



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF
MESTRADO ACADÊMICO

VANESSA CURITIBA FELIX

**MULHERES QUE TIVERAM UM RECÉM-NASCIDO COM SÍFILIS CONGÊNITA E
SUA RELAÇÃO COM O PARCEIRO ÍNTIMO: PERSPECTIVA À LUZ DO
AMBIENTE DA TEORIA DE LEVINE**

Rio de Janeiro

2021

Vanessa Curitiba Felix

**MULHERES QUE TIVERAM UM RECÉM-NASCIDO COM SÍFILIS CONGÊNITA E
SUA RELAÇÃO COM O PARCEIRO ÍNTIMO: PERSPECTIVA À LUZ DO
AMBIENTE DA TEORIA DE LEVINE**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Biociências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Selma Villas Boas Teixeira

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Leila Rangel da Silva

Rio de Janeiro

2021

VANESSA CURITIBA FELIX

**MULHERES QUE TIVERAM UM RECÉM-NASCIDO COM SÍFILIS CONGÊNITA E
SUA RELAÇÃO COM O PARCEIRO ÍNTIMO: PERSPECTIVA À LUZ DO
AMBIENTE DA TEORIA DE LEVINE**

Defesa de dissertação de mestrado apresentado à Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - EEAP, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Biociências do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGENF.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Selma Villas Boas Teixeira
(Presidente)

Prof.^a Dr.^a Lucia Helena Garcia Penna
(1^a Examinadora Externa)
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Prof.^a Dr.^a Cristiane Rodrigues da Rocha
(1^a Examinadora Interna)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Prof.^a Dr.^a Ana Claudia Mateus Barreto
(Suplente Externo)
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Prof.^a Dr.^a Adriana Lemos Pereira
(Suplente Interno)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Rio de Janeiro

2021

C316 Curitiba Felix, Vanessa
Mulheres que tiveram um recém-nascido com sífilis congênita e sua relação com o parceiro íntimo: perspectiva à luz do ambiente da Teoria de Levine / Vanessa Curitiba Felix. -- Rio de Janeiro, 2021.
146

Orientador: Selma Vilas Boas Teixeira.
Coorientador: Leila Rangel da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2021.

1. Enfermagem. 2. Sífilis. 3. Gestação. 4. Teoria de enfermagem. 5. Violência de gênero. I. Vilas Boas Teixeira, Selma, orient. II. Rangel da Silva, Leila, coorient. III. Título.

Dedico esta dissertação ao Nosso Pai Criador, pois senti sua presença ao meu lado durante toda pesquisa. Aos meus pais, pilares da minha formação como ser humano e aos professores que influenciaram a minha trajetória.

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo a Deus por ter me inspirado durante a construção deste estudo, permitindo que eu vencesse as adversidades e concluísse esta pesquisa.

À minha querida Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, por ter sido palco da minha formação na graduação e agora no mestrado.

À minha orientadora, Selma Villas Boas Teixeira, por ter me aceitado nessa luta da violência contra a mulher, com quem muito aprendi e contribuiu nas minhas reflexões quanto ao gênero, sexualidade e a assistência à saúde feminina, pessoa íntegra e de caráter sem igual.

À minha co-orientadora, Leila Rangel, por ter me inserido a formação e o senso crítico na luta constante do enfrentamento da sífilis, pessoa de coração gigante, com quem muito aprendi durante todo processo, com contribuições indispensáveis para a conclusão do presente estudo.

Aos Membros da Banca Examinadora, por terem trazido contribuições estritamente relevantes para elaboração deste estudo.

À minha mãe, que junto ao meu pai, me estimulou a estudar desde a infância e propiciou condições materiais e emocionais para que eu chegasse até aqui. E ainda, por serem meu exemplo de responsabilidade, contribuindo para meu empenho nesses dois anos. Obrigada por tudo!

À minha irmã Damáris, cunhado Alex, avó Zilar e todos da minha família que torceram e oraram por mim em cada etapa vencida.

Ao meu namorado Felipe, por ter sido meu parceiro e amigo durante os momentos de incertezas e cansaço, pela compreensão às minhas ausências em diversos momentos para cumprir meu cronograma acadêmico.

Agradeço aos meus tios do coração, Juacila e Heronilton, que abriram as portas de casa para que eu pudesse dispor e com isso me manter assídua às aulas presenciais na Universidade, o acolhimento e generosidade de vocês já vêm de muito antes, gratidão!

À minha equipe de trabalho que foi tão generosa comigo em cada instante que precisei de amparo, sempre com uma palavra de revigoro para continuar.

Às minhas parceiras na trajetória do mestrado acadêmico, Ana Paula e Lívia que desde início nos amparamos em cada oportunidade de aulas e estágios.

Aos membros do Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança (NUPPEMC), pelas palavras trocadas de incentivo e ânimo.

Ao Hospital Maternidade da Mãe por ter aberto as portas para a realização do estudo e a todos os profissionais do seu corpo clínico, principalmente aos técnicos de enfermagem, enfermeiras obstetras e pediatras, que me acolheram e contribuíram para minhas reflexões culturais, sociais e assistenciais na saúde da mulher.

Em especial, agradeço a essas vinte e cinco mulheres por terem aberto suas vidas, dividido comigo suas vivências, medos, felicidades, incertezas, pois as suas narrativas foram as principais responsáveis pela elaboração desta pesquisa, a qual me provocou enquanto pesquisadora e enfermeira obstetra, fazendo-me refletir quanto as minhas práticas profissionais.

Enfim, conseguimos!

RESUMO

Introdução: Dissertação teve como objeto de estudo o ambiente da mulher que teve um recém-nascido com sífilis congênita e sua relação com o parceiro íntimo. O interesse pelo estudo se deu a através do contexto social e conjugal das mulheres com recém-nascidos com sífilis congênita, a partir de suas falas durante a permanência no alojamento conjunto. Está fundamentado à luz do ambiente da Teoria de Myra Levine que considera o indivíduo, um ser holístico e dinâmico e, portanto, em constante interação com o seu ambiente, ou seja, dependente de sua relação com outras pessoas, família e meio social.

Objetivos: descrever os elementos envolvidos no ambiente da mulher que teve um recém-nascido com sífilis congênita; analisar os elementos do ambiente da mulher que influenciaram no desfecho da sífilis congênita e a sua relação com o parceiro íntimo. **Metodologia:** pesquisa qualitativa e descritiva. O cenário de pesquisa foi uma Maternidade Estadual na baixa fluminense, no estado do Rio de Janeiro. As participantes foram vinte e cinco mulheres no puerpério mediato que estavam internadas no alojamento conjunto acompanhando o recém-nascido com sífilis congênita. Foram excluídas aquelas que não realizaram pré-natal, que foram diagnosticadas com sífilis na gravidez, todavia não foram tratadas ou tratadas inadequadamente, puérperas com outras patologias. A coleta dos dados ocorreu de janeiro a março de 2020. A técnica adotada foi a entrevista semiestruturada e individual. Aprovada pelo CEP da UNIRIO/RJ em 12/12/2019. A técnica de análise de dados utilizada foi à análise temática.

Resultados: O ambiente externo em que viveram as mulheres na infância e adolescência, até chegar à gravidez atual, foi expresso como um cotidiano social e familiar em que houve a presença da sífilis e da violência de gênero com repercussões no ambiente interno refletindo na saúde física, com a ruptura da totalidade por meio do diagnóstico de sífilis; saúde mental, pelo temor do abandono pelo parceiro e preconceito; na saúde sexual e reprodutiva, uma vez que as relações de gênero acabam por interferir no relacionamento conjugal e no tratamento da sífilis durante o pré-natal. **Conclusão:** Os elementos para a ocorrência da sífilis na gestação foram: violência intrafamiliar; multiplicidade de parceiros e comportamento sexual de risco; baixa escolaridade; desconhecimento da sífilis e violência perpetrada pelo parceiro íntimo, principalmente pela recusa do homem em utilizar preservativo nas relações sexuais, mesmo ciente do seu diagnóstico de sífilis. Todos esses elementos não somente contribuíram como foram determinantes para o desfecho da sífilis congênita.

Palavras-chave: Enfermagem; sífilis; gestação; Teoria de enfermagem; Violência de gênero.

ABSTRACT

Introduction: *Dissertation had as study object the woman's environment who had a newborn with congenital syphilis and its relationship with an intimate partner. The interest in the study took place through the social and marital context of women with newborns with congenital syphilis, from their speeches during their stay in the joint accommodation. It's grounded in the light of the Myra Estrin Levine Theory environment that considers the individual, a holistic and dynamic being and, therefore, in constant interaction with his environment, that is, dependent on his relationship with other people, Family and social environment.* **Objectives:** *to describe the elements involved in the environment of the woman who had a newborn with congenital syphilis; to analyze the elements of the woman's environment that influenced the outcome of congenital syphilis and its relationship with the intimate partner.* **Methodology:** *qualitative and descriptive research. The research scenario was a State Maternity Hospital in downtown Rio de Janeiro, in the state of Rio de Janeiro. The participants were twenty-five women in the mediation puerperium who were hospitalized in the joint accommodation accompanying the newborn with congenital syphilis. Those who didn't undergo prenatal care, who were diagnosed with syphilis during pregnancy, were not treated or treated inadequately, puerperal women with other pathologies. Data collection took place from January to March 2020. The technique used was the semi-structured and individual interview. Approved by CEP of UNIRIO/RJ on 12/12/2019. The data analysis technique used was thematic analysis.* **Results:** *The external environment in which women lived in childhood and adolescence, until reaching their current pregnancy, was expressed as a social and Family routine in which repercussions in the internal environment reflecting on physical health, with the rupture of the totality through the diagnosis of syphilis; mental health, fear of abandonment by the partner and prejudice; in sexual and reproductive health, since gender relations end up interfering in the marital relationship and in the treatment of syphilis during prenatal care.* **Conclusion:** *The elements for the occurrence of syphilis during pregnancy were: intrafamily violence; multiplicity of partners and risky sexual behavior; low education level; ignorance of syphilis and violence perpetrated by an intimate partner, mainly due to the man's refusal to use condoms during sexual intercourse, even though aware of his diagnosis of syphilis. All of these elements not only contributed but were also decisive for outcome of congenital syphilis.*

Keywords: *Nursing; Syphilis; Pregnancy; Nursing Theory; Gender-Based Violence.*

RESUMEN

Introducción: El objeto de estudio de la tesis fue entorno de la mujer que tuvo un recién nacido con sífilis congénita y su relación con su pareja íntima. El interés por el estudio se produjo a través del contexto social y conyugal de mujeres con recién nacidos con sífilis congénita, a partir de sus discursos durante su estadía en el alojamiento conjunto. Se fundamenta a la Luz del entorno de la Teoría de Myra Estrin Levine que considera al individuo, un ser holístico y dinámico y, por tanto, en constante interacción con su entorno, es decir, dependiente de su relación con otras personas, entorno familiar y social. **Objetivos:** describir los elementos involucrados en el entorno de la mujer que tuvo un recién nacido con sífilis congénita; analizar los elementos del entorno de la mujer que influyeron en el desenlace de la sífilis congénita y su relación con la pareja íntima. **Metodología:** investigación cualitativa y descriptiva. El escenario de investigación fue un Hospital de Maternidad del Estado en el centro de Río de Janeiro, en el estado de Río de Janeiro. Las participantes fueron veinticinco mujeres en el puerperio mediato que fueron hospitalizadas en la acomodación conjunto acompañando al recién nacido con sífilis congénita. Las que no recibieron atención prenatal, que fueron diagnosticadas con sífilis durante el embarazo, sin embargo, no fueron tratadas o tratadas de manera inadecuada, puerperas con otras patologías. La recogida de datos se llevó a cabo de enero a marzo de 2020. La técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada e individual. Aprobado por CEP de UNIRIO/RJ el 12/12/2019. La técnica de análisis de datos utilizada fue el análisis temático. **Resultados:** El ambiente externo en el que vivieron las mujeres en la niñez y adolescencia, hasta llegar a su embarazo actual, se expresó como una rutina social y familiar en la que existía la presencia de sífilis y violencia de género con repercusiones en el ambiente interno reflejándose en la salud física; con la ruptura de la totalidad por el diagnóstico de sífilis; salud mental, miedo al abandono por parte de la pareja y prejuicios; en salud sexual y reproductiva, ya que las relaciones de género terminan interfiriendo en la relación conyugal y el tratamiento de la sífilis durante la atención prenatal. **Conclusión:** Los elementos para la ocurrencia de sífilis durante el embarazo fueron: violencia intrafamiliar; multiplicidad de parejas y comportamientos sexuales de riesgo; bajo nivel educativo; desconocimiento de la sífilis y violencia perpetrada por la pareja íntima; principalmente debido a la negativa del hombre a usar condón durante las relaciones sexuales, a pesar de conocer su diagnóstico de sífilis. Todos estos elementos no solo contribuyeron sino que también fueron decisivos para el desenlace de la sífilis congénita.

Palabras clave: Enfermería; Sífilis; Embarazo; Teoría de Enfermería; Violencia de Género.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1– Diagrama conceitual adaptado da Teoria do Modelo da Conservação	44
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Agrupamento de unidades temáticas em eixos temáticos	50
Quadro 2 – Violência de gênero perpetrada pelo parceiro íntimo às mulheres entrevistadas na Maternidade Estadual da Mãe, Mesquita /RJ, jan/março 2020	78
Quadro 3 – Perfil das mulheres segundo idade, cor, escolaridade, profissão/ocupação e renda pessoal e familiar. Jan/março 2020.....	128
Quadro 4 – Perfil das mulheres segundo situação conjugal, tempo de convivência, idade e profissão do parceiro. Jan/março 2020	129
Quadro 5 – Mulheres entrevistadas no alojamento do conjunto do hospital maternidade estadual da mãe. Mesquita/RJ, Jan/Março, 2020 (parte 1).....	133
Quadro 6 – Mulheres entrevistadas no alojamento do conjunto do hospital maternidade estadual da mãe. Mesquita/RJ, Jan/Março, 2020 (parte 2).....	134

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CISMU	Comissão de Saúde da Mulher
DEM	Delegacia Especial da Mulher
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FTA	ABS – <i>Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IG	Idade Gestacional
IS	Infecção Sexualmente Transmissível
LCR	Líquor
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAISMCA	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente
PCDT	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
PNAISH	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAISM	Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RC	Rede Cegonha
RPR	Teste de Reagins Plasmática Rápido
SC	Sífilis Congênita
SG	Sífilis Gestacional
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TPHA	<i>Treponema Pallidum Hemagglutination</i>
TR	Teste Rápido
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VF	Violência Física
VP	Violência Psicológica
VPA	Violência Patrimonial

VPI Violência Perpetrada por Parceiro Íntimo
VS Violência Sexual

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.2	PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	17
1.3	JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO	22
2	BASES CONCEITUAIS	24
2.1	SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: ASPECTOS CONCEITUAIS E CONTEXTUAIS	24
2.1.1	Sífilis gestacional – epidemiologia, conceitos e protocolos de tratamento	27
2.1.2	Sífilis congênita - epidemiologia, conceitos e protocolos de tratamento	30
2.2	POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA SAÚDE DA MULHER	32
2.3	GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	36
3	ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	41
3.1	A TEORIA DO MODELO DE CONSERVAÇÃO DE MYRA ESTRIN LEVINE	41
3.2	TIPO DE ESTUDO	44
3.3	CENÁRIO DA PESQUISA.....	45
3.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA	47
3.4.1	Critérios de inclusão e exclusão	47
3.5	COLETA DE DADOS.....	47
3.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	48
3.7	PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS	49
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
4.1	CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES	55
4.1.1	Categoria 1 – ambiente externo e interno da mulher que teve um recém-nascido com sífilis congênita e sua relação com parceiro íntimo	58
4.1.1.1	Subcategoria 1.1 - ambiente externo da mulher que teve um recém-nascido com sífilis congênita e sua relação com parceiro íntimo.....	59
4.1.1.1.1	<i>O ambiente externo da mulher antes gravidez atual.....</i>	<i>59</i>

4.1.1.1.2	<i>O ambiente externo da mulher na gravidez atual</i>	73
4.1.1.2	Ambiente interno da mulher que teve um recém-nascido com sífilis congênita e sua relação com parceiro íntimo.....	81
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
	REFERÊNCIAS	98
	APENDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	116
	APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS)	119
	APENDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MENORES DE 12 A 18 ANOS)	121
	APENDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEIS)	124
	APENDICE E – TABELA DE FREQUÊNCIA DE DISTRIBUIÇÃO DE ENUNCIADOS	127
	APENDICE F – PERFIL DAS MULHERES	128
	APENDICE G - HISTÓRICO SEXUAL E REPRODUTIVO DAS MULHERES ENTREVISTADAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO DO HOSPITAL MATERNIDADE DA MÃE. MESQUITA/RJ, JAN/MARÇO, 2020	131
	APENDICE H – HISTÓRICO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GRAVIDEZ DAS MULHERES	133
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP DA UNIRIO	138

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por objeto de estudo o ambiente da mulher que teve um recém-nascido com sífilis congênita e sua relação com o parceiro íntimo.

A motivação para o seu desenvolvimento emergiu da minha trajetória profissional que inicialmente deu-se entre os anos de 2012 e 2014 quando cursava a Pós-Graduação nos Moldes de Residência em Obstetrícia e acompanhava de perto a problemática que envolve gestantes, puérperas e recém-nascidos diagnosticados com sífilis e que estava envolto por problemas de ordem social e íntimo. A partir desta experiência desenvolvi um trabalho de conclusão de curso que possibilitou refletir sobre as ações dos enfermeiros durante as consultas de pré-natal frente à sífilis gestacional (SG) dentro do modelo biomédico.

Em 2015, ingressei como enfermeira obstetra em uma maternidade estadual, localizada num município da baixada fluminense do Estado do Rio de Janeiro. À época, um dos alojamentos conjunto contava com uma enfermeira responsável por aproximadamente 30 leitos, destinada exclusivamente para o tratamento dos recém-nascidos diagnosticados com sífilis congênita (SC), essa enfermaria foi apelidada pelos funcionários de “sifilândia”.

Neste cenário, muitas vezes indaguei as puérperas sobre o conhecimento da sífilis na gravidez, o diagnóstico e tratamento no pré-natal, a adesão do parceiro e se tinham conhecimento sobre as consequências para a saúde do recém-nascido com desfecho SC. Enfim, muitos eram os questionamentos, sem a devida compreensão de suas causas.

No início de 2017, assumi a coordenação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (PAISMCA) em um município no interior do estado do Rio de Janeiro. Esse Programa é um apoiador da Atenção Primária à Saúde (APS), no que se refere às ações de supervisão da qualidade das consultas de pré-natal; educação permanente com as enfermeiras¹ das Unidades Básicas de Saúde; monitoramento dos exames de triagem neonatal, entre outros.

No desempenho atual de minhas funções voltadas para o âmbito da saúde da mulher, percebo a dificuldade dos profissionais na assistência pré-natal em acompanhar as mulheres com diagnóstico de sífilis na gestação, diante da complexidade da doença que envolve diversos fatores, tais como: a captação precoce das grávidas no primeiro trimestre gestacional; garantia do diagnóstico da doença na gestação no menor prazo possível; manejo clínico adequado das gestantes e de suas parcerias sexuais; o aconselhamento

¹ Utilizou-se o termo “enfermeira(s)” em decorrência desse gênero constituir a realidade majoritária no universo da Enfermagem.

singular e individual sobre a doença e formas de prevenção, conhecendo e respeitando as vivências de cada mulher.

Costa et al. (2016), complementa essa reflexão quando afirma que o diagnóstico de uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) como a sífilis durante a gestação, para a maioria das mulheres, resulta em sentimentos negativos e no receio de ser alvo de preconceito e abandono por parte da parceria sexual. Fato que possivelmente influencia negativamente na adesão ao tratamento e dificulta o processo de cura da doença, além de considerarmos que muitas vezes a revelação desse diagnóstico ao parceiro íntimo favorece diversas situações conflitantes, que podem desencadear a falha do tratamento protocolado.

Ademais, o desconhecimento das mulheres acerca dessa doença e a sua naturalização, especialmente no que tange às repercussões negativas ao feto, mesmo para aquelas que realizaram o pré-natal assiduamente. Acrescido a isso, chama a atenção, o contexto social, familiar e conjugal das mulheres grávidas diagnosticadas com sífilis, pois muitas nos confidenciam relacionamentos abusivos por parte dos parceiros, relacionamentos extraconjugais por parte dela e do parceiro, o não uso do preservativo masculino, em função da não aceitação do homem, entre outros fatores que revelam situações que as vulnerabilizam diante da sífilis.

Estudos afirmam que a convivência das mulheres com parceiros violentos faz com que possuam dificuldades no protagonismo de suas escolhas, uma vez que não há permissão do parceiro para o uso de contraceptivos, e muitos, se recusam a utilizar o preservativo, ficando evidente as relações assimétricas associadas à dominação pelo gênero masculino (LOGIUDICE, 2014; PALLITTO et al., 2016; MARQUES et al., 2017).

Na perspectiva das questões de gênero, os limites na relação entre o homem e a mulher muitas vezes são estabelecidos pelo masculino, onde o homem foi quem decidiu sobre o uso ou não do preservativo, deixando claro que ele se expunha à sífilis e, ao mesmo tempo, expunha a mulher, fazendo-me concluir que este fato seria uma violência de gênero, uma vez que agindo desta forma, a mulher se anula, submetendo-se à vontade do parceiro (ANDRADE et al., 2015).

Esse contexto despertou-me para uma reflexão no que tange ao papel da mulher na sociedade, que faz com que ela tenha mais chances de vivenciar gravidezes indesejadas, abortamentos, violência por parceiros íntimos, adquirirem sífilis e outras IST. Situação que evidencia que apesar de estarmos no terceiro milênio e de termos avançado sobre a representatividade social da mulher, ainda é alarmante a desigualdade de gênero e seu inferior controle sobre suas decisões num relacionamento conjugal.

1.2 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

No dia a dia durante o cumprimento de minhas atribuições como enfermeira obstétrica me deparei diversas vezes com declarações das mulheres sobre as parcerias sexuais que não compartilhavam do tratamento concomitantemente e a responsabilizavam, única e exclusivamente pela transmissão vertical da sífilis. Esse contexto que permeia a causa e/ou consequência da transmissão da sífilis durante o período gestacional reitera a submissão da mulher pelo seu parceiro, reforçando que a dominação no relacionamento pelo homem tem sua raiz na cultura patriarcal, que promove a desigualdade de poder entre os gêneros (SPIWAK et al., 2013).

Diante disso, presume-se que a vivência de violência por parceiro íntimo (VPI) pela mulher na gravidez resultará num relacionamento conjugal não saudável e esta condição poderá interferir no processo de diagnóstico e tratamento da sífilis gestacional. Há de se pensar que o diagnóstico de uma IST, como a sífilis na gestação, para muitas mulheres, resulta diversos sentimentos, entre eles a tristeza, medo de revelar o diagnóstico ao parceiro, familiares e profissionais de saúde (COSTA et al., 2016).

Estudo realizado no Ceará reforça essa situação quando aponta que o fato da mulher revelar o diagnóstico de alguma IST ao parceiro sexual, também pode provocar manifestações de atos violentos, o que pode ser responsável pela dificuldade de tratamento das parcerias sexuais (MIRANDA et al., 2016). Portanto, motivo pelo qual muitas não compartilham o diagnóstico com a parceria, dificultando assim a inserção de práticas preventivas e curativas, especialmente do uso do preservativo, causando reinfecções e consequentemente desencadeando falhas no manejo clínico da SG com predomínio de casos evitáveis de SC.

O Ministério da Saúde (MS) no âmbito da Rede Cegonha (RC) preconiza a realização dos testes rápidos de sífilis, HIV, Hepatites B e C como obrigatória durante o período gestacional, ou seja, durante o pré-natal (BRASIL, 2012). Esta política pública foi criada com a intenção de ampliar o acesso ao diagnóstico das IST como a sífilis, viabilizando o tratamento precoce, haja vista as altas taxas de SG e SC.

Em relação aos dados epidemiológicos, em 2018, no Brasil, detectou-se uma taxa de 21,4/1.000 nascidos vivos de sífilis gestacional SG (25,7% superior observada no ano anterior). A taxa de detecção da região sudeste foi de 24,4/1.000 nascidos vivos, sendo a maior a nível nacional (BRASIL, 2019). De acordo com o SINAN, no ano de 2018 houve

registro de 4.353 casos de SG no município do Rio de Janeiro, totalizando no Brasil no mesmo ano, 62.599 casos (BRASIL, 2019).

No que tange a sífilis congênita (SC), de 2013 e 2014 ocorreu uma das maiores taxas de incidência da SC na Região Metropolitana I com 16,3 casos por 1000 nascidos vivos. Em 2017, a taxa de incidência de SC no estado do Rio de Janeiro foi de 18,9 casos por mil nascidos vivos, nesse mesmo ano a taxa de incidência da Região Metropolitana I, que compõe grande parte dos municípios da baixada fluminense, foi de 22,1 por 1000 nascidos vivos (RIO DE JANEIRO, 2018).

O aumento de casos de notificação de SG a nível nacional coincide com que foi revelado no município do Rio de Janeiro, esse crescente pode ser correlacionado a diversos fatores como, por exemplo, o aumento da cobertura de testagem com a ampliação do uso e acesso aos testes rápidos diagnósticos, principalmente com a distribuição dos testes rápidos para as Unidades Básicas e a diminuição de subregistros e consequentemente aumento das notificações (BRASIL, 2018).

Ressalta-se que o aumento de número de casos, não pode ser associado unicamente à melhora da notificação por meio das ações estratégicas de saúde, mas também ao crescente número de práticas sexuais desprotegidas, a falta de informação sobre os riscos da infecção, suas formas de contágio de eficiência da terapia, além de outros obstáculos que inviabilizam o acesso aos serviços de saúde para início precoce ao pré-natal, prescrição incorreta do tratamento medicamentoso pelos profissionais de saúde e a dificuldade de inclusão do parceiro para diagnóstico, tratamento e seguimento (NUNES et al., 2018; COELHO et al., 2019, CÂMARA et al., 2020).

Estudo de doutorado intitulado *Modelo de cuidado de enfermagem para famílias em experiências transicionais diante da sífilis congênita* chama a atenção para o não acompanhamento de todos os pais (homens) das crianças porque não estiveram presentes na hospitalização da criança e/ou no acompanhando das consultas de seguimento realizadas nas unidades de atenção primária. E conclui que o envolvimento dos homens nos serviços de saúde é um dos grandes desafios para o controle da sífilis e da sífilis congênita (RIBEIRO, 2019).

O Guia de Pré-Natal do Parceiro direcionado aos profissionais de saúde, com objetivo de esclarecer a importância e o envolvimento dos homens na assistência pré-natal (BRASIL, 2016) é mais uma das estratégias de política do Ministério da Saúde para o controle da sífilis e sífilis congênita.

O acompanhamento pré-natal é um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher, e um espaço de acolhimento do casal por ser um espaço facilitador para a detecção de situações conflituosas entre os casais.

Considera-se que em muitos casos, quando a gestante compareça sozinha na consulta ou em um momento íntimo do exame físico obstétrico, como uma das únicas oportunidades para serem acolhidas, retirarem suas dúvidas e de confienciarem as diversas situações vivenciadas, serem cuidadas e preservarem a sua saúde integral (CHA et al., 2014; JUNIOR; FREIRE; FERNANDES, 2016; TEIXEIRA; TAQUETTE; MONTEIRO, 2019).

Portanto, uma postura acolhedora e sensível dos profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras, que por estarem em uma posição estratégica no local onde atuam e serem, muitas vezes as primeiras a terem o contato inicial com as mulheres grávidas, devem conhecer o seu contexto social, familiar e conjugal para identificar seus riscos e possibilidades de cuidados (BRASIL, 2012; OMS, 2012).

O vínculo criado é fundamental para a identificação de casos de VPI. Essa detecção pode ser feita por meio de expressões faciais e da angústia da mulher quando se referem ao parceiro e, especialmente, ao ser diagnosticada com sífilis na gravidez (BRASIL, 2012).

Portanto, o cuidado dispensado a essas mulheres necessita ser individual e transcender os aspectos biomédicos para esse cuidado seja efetivo. Acrescenta-se a isso, a importância do desenvolvimento de práticas educativas nos alojamentos conjuntos das maternidades, que contará com a presença dessas mulheres durante 10 dias em acompanhamento para tratamento de seus filhos diagnosticados com SC, em que seria uma oportunidade para a discussão de temas referentes à sexualidade, gênero, ISTs, especialmente quanto aos cuidados do pós-tratamento da sífilis e a importância da conscientização do segmento para controle.

Os profissionais de saúde lotados nas equipes de saúde (APS) representam atores importantes, uma vez que a Atenção Primária é ordenadora e coordenadora do cuidado, constituindo-se a porta de entrada preferencial do usuário nos serviços de saúde (PNAB, 2017). Ressalta-se a importância de que este momento possa ser único para se identificar fatores de risco sociais, biológicos e de convocar as parcerias sexuais. É imperioso ressaltar que numa relação íntima com desafetos traz agravos ao corpo da mulher, que quando se encontra no período gestacional, refletirá ao conceito. Há necessidade de se considerar que as diversas formas de VPI faz com que a mulher tenha um risco adicional às IST, entre elas

a sífilis, além de outras patologias ginecológicas (DÍAZ-OLAVARRIETA et al., 2007; LOEFFEN et al., 2016).

Existem outros fatores associados ao histórico da mulher que podem contribuir para naturalizar a vivência da violência de gênero por parceiro na vida adulta e suas repercussões, como, testemunhar violência entre os pais na infância, vivenciar maus-tratos ou ser abusada sexualmente na infância, viver em comunidades violentas (PALITTO et al., 2013), dependência econômica, baixa escolaridade, gravidez sem planejamento, infidelidade no casal, entre outros (OMS, 2012; TEIXEIRA et al., 2015). Situação que reforça a importância da anamnese e acolhimento nas consultas de pré-natal com vistas ao conhecimento de suas vivências.

A incidência da SG é tida como um marcador de qualidade da assistência prestada no pré-natal. Considera-se a falta de capacitação de recursos humanos, ou seja, os profissionais de saúde que atuam no âmbito Atenção Básica (AB), quantidade insuficiente de recursos humanos, falhas no diagnóstico e tratamento, além da não captação precoce da gestante e do seu parceiro, são fatores que contribuem para aumento da incidência na sífilis, levando ao crescimento do número de casos (SHUBERT et al., 2018; COSTA et al., 2018).

É necessário reforçar as práticas de educação em saúde junto aos serviços de atenção primária e comunidade como mais uma estratégia de cuidado de enfermagem à mulher na gravidez sendo uma importante estratégia para desmistificar mitos e tabus relacionados às questões de gênero, a saúde, direitos, violência contra a mulher, entre outros (TOLDO; MENEGAZZO; SOUTO, 2018).

Considerando a alta prevalência da sífilis congênita no estado do Rio de Janeiro, conhecer e reconhecer os fatores individuais e contextuais que se fundamentam dentro das relações conjugais nos faz refletir sobre os fatores subjetivos que envolvem às mulheres na gravidez e suas parcerias sexuais no que diz respeito a comportamentos de risco dentro de um contexto de maior vulnerabilidade.

Diante da magnitude da SC no nosso país e das suas possíveis causas, o referencial teórico de Myra Estrin Levine, foi a nossa opção uma vez que favorecerá a reflexão sobre as formas de cuidar da mulher com sífilis na gestação na perspectiva da assistência pré-natal, evitando assim o desfecho da SC. Esta situação ilustra um problema de alta magnitude, que representa um grave problema de saúde pública, com repercussões negativas à saúde materna e neonatal.

O Modelo de Conservação de Myra Levine aplica o conceito do ambiente como um dos pilares na construção de sua Teoria e será o nosso alicerce no desenvolvimento

deste estudo. Este Modelo possibilita a manutenção ou a recuperação do bem-estar físico, mental, social e espiritual do indivíduo (LEVINE, 1989).

Justifica-se a utilização dessa Teoria, visando subsidiar as enfermeiras na prestação de um cuidado individualizado e integral, considerando o indivíduo um ser holístico e dinâmico. Significa que interage constantemente com seu ambiente e depende de sua relação com outras pessoas, família e meio social, a fim de manter a sua saúde (LEVINE, 1989, 1990, 1991). No decorrer das consultas de pré-natal a enfermeira precisa acolher às mulheres com escuta ativa e sensível de forma que os aspectos de subjetividade possam emergir das falas para compreender seu contexto social.

A Teoria do Modelo de Conservação (LEVINE, 1989, 1990,1991) sustentará esta investigação, por considerarmos que a integridade biopsicossocial da mulher precisa ser respeitada e avaliada durante o cuidado, em especial as que possuem um diagnóstico de SG. Poderá ser mais um instrumento para as consultas de enfermagem pré-natal e nas maternidades, possibilitando a identificação de novos casos de violência de gênero por parceiro íntimo e assim, auxiliá-las no tratamento adequado da sífilis na gestação.

A possibilidade de identificação de violência perpetrada pelo parceiro íntimo diante da presença da SG por meio de diagnósticos clínicos e sorológicos durante as consultas de pré-natal e correlacionar tais achados com as vivências da mulher, pode representar uma possibilidade de uma mudança positiva no cenário atual da sífilis. Isto significaria uma estratégia de cuidado baseado em promover comportamentos preventivos e terapêuticos eficazes às mulheres grávidas, a fim de evitar a transmissão vertical.

Diante da situação problema delineada apresentam-se as seguintes questões norteadoras que fundamentam a pesquisa:

1. Quais os elementos envolvidos no ambiente da mulher que teve um recém-nascido com sífilis congênita?
2. Quais os elementos do ambiente da mulher que influenciaram no desfecho da sífilis congênita e a sua relação com o parceiro íntimo?

Considerando esses questionamentos foram definidos os seguintes objetivos:

- 1- Descrever os elementos envolvidos no ambiente da mulher que teve um recém-nascido com sífilis congênita.
- 2- Analisar os elementos do ambiente da mulher que influenciaram no desfecho da sífilis congênita e a sua relação com o parceiro íntimo.

1.3 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO

Foi realizada uma revisão integrativa com o objetivo de fazer um levantamento das publicações nacionais e internacionais existentes sobre a temática em questão. Dessa forma, a pergunta que norteou a busca foi: “Qual o contexto social e conjugal de mulheres grávidas que tiveram um recém-nascido com sífilis congênita?”.

O levantamento foi realizado pela Internet, através das seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual de saúde (BVS) através da BDNF, SCIELO e PAHO e *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) através do PUBMED. Os idiomas escolhidos para a utilização da busca foram: Inglês, espanhol e português. Foram selecionados os *MeSH Terms* (*Medical Subject Heading*) para a busca no PubMed: “*Syphilis*”, “*Syphilis Congenital*”, “*Pregnancy*”, “*Women Health*”, “*Prenatal Care*”, “*Intimate Partner Violence*”. E na BVS utilizou-se os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DECS): “Sífilis”, “Sífilis congênita”, “Infecções Sexualmente Transmissíveis”, “Gravidez”, “Saúde da Mulher”, “Cuidados Pré-Natal”, “Violência por parceiro íntimo” a partir dos operadores booleanos *OR/AND/NOT*.

O recorte temporal foi do ano de 2015 a 2020. Para organização da busca estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão de acordo como o escopo da pesquisa: artigos disponíveis eletronicamente na íntegra no idioma português, espanhol e inglês, obedecendo ao recorte temporal. Foram excluídos os artigos de revisão de literatura, documentos do tipo tese, dissertação e monografia. Dessa busca surgiu um total de 20.975 publicações, com posterior aplicação do filtro foram selecionados 3.030 artigos. Após a leitura dos resumos restaram 119 artigos. Desses, 96 artigos lidos na íntegra, dezoito (18) artigos abordavam as Infecções Sexualmente Transmissíveis e somente um (1) artigo abordava a temática da sífilis em gestantes e as repercussões com seus parceiros pós-notificação. Nessa perspectiva, nenhum estudo respondeu à questão norteadora da busca.

A realização desta revisão integrativa evidencia a lacuna de conhecimento acerca do objeto do estudo, o que salienta a relevância de investir em estudos qualitativos que favoreçam os aspectos subjetivos que envolvem o contexto social da mulher grávida que teve um recém-nascido com sífilis congênita no Brasil.

Desta forma, a pesquisa justifica-se por contribuir para desvelar o ambiente da mulher grávida, visando conhecer as possíveis causas que culminou em um recém-nascido com sífilis congênita. Ademais, o estudo possibilitará fornecer subsídios que favorecerão o cuidado integral prestado à mulher na gravidez e sua família à luz da Teoria de

Enfermagem de Levine, contribuindo como uma ferramenta para a prática profissional dos enfermeiros, em especial no contexto das consultas de enfermagem no pré-natal, possibilitando a implementação de um cuidado holístico.

A presente pesquisa integra a Pesquisa Institucional: Sífilis no Ciclo da Vida: Interfaces entre a saúde e educação e está cadastrada no Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança - NUPEEMC, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - EEAP, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO e contribuirá para os cenários de atuação da enfermeira obstétrica, especialmente no âmbito da assistência pré-natal e da educação em saúde. Ademais, colaborará com ações específicas na área sífilis e violência de gênero contra a mulher.

2 BASES CONCEITUAIS

2.1 SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA: ASPECTOS CONCEITUAIS E CONTEXTUAIS

A sífilis é uma doença conhecida há séculos; seu agente etiológico é o *Treponema pallidum*, foi descoberto em 1905. Sua transmissão se dá principalmente por contato sexual; contudo, pode ser transmitida verticalmente durante a gestação de uma mulher com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente (PINTO et al., 2016; BRASIL, 2019).

A sífilis congênita é decorrente da transmissão da bactéria da gestante infectada, não tratada ou inadequadamente tratada. As manifestações clínicas variam desde abortamento espontâneo à morte perinatal. A infecção do feto depende do estágio da doença, quanto mais recente a infecção materna, maior é o risco de comprometimento fetal (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015).

A sífilis gestacional é classificada de acordo com o tempo de infecção e suas manifestações clínicas. A evolução pode ser classificada em duas fases, a primeira delas é a sífilis recente, menos de 1 (um) ano de duração, essa fase pode corresponder em até três estágios. A sífilis primária, cujos sintomas aparecem de 10 a 90 dias após contato sexual desprotegido (em média, 3 semanas), com manifestação clínica de uma úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única, com fundo limpo, infiltrada. Essa lesão desaparece sem cicatriz em 2 a 6 semanas, com ou sem tratamento (BRASIL, 2019).

Sífilis secundária caracteriza-se por lesões cutaneomucosas sintomáticas com risco de envolvimento ocular, hepático e neurológico. Seus sintomas aparecem de 6 semanas a 6 meses após o contato sexual desprotegido e as lesões tendem a desaparecer sem cicatrizes em 4 a 12 semanas, todavia esses surtos ainda podem reaparecer. A sífilis recente é designada como assintomática, com testes imunológicos reagentes (BRASIL, 2018).

A segunda classificação corresponde à sífilis tardia, mais de 1 (um) ano de duração e se subdivide em dois estágios da infecção. Sífilis latente tardia, é determinada como assintomática, com testes imunológicos reagentes e a sífilis terciária, cujos sintomas aparecem de 2 a 40 anos após o contato sexual desprotegido com sintomas de um quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão e acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo (BRASIL, 2019).

A transmissibilidade da sífilis é maior nos estágios iniciais (sífilis primária e secundária), regredindo gradativamente com o passar do tempo (sífilis latente

recente/tardia). Essa maior transmissibilidade se explica pela riqueza de treponemas nas lesões, comuns na sífilis primária (cancro duro) e secundária (lesões muco-cutâneas). As bactérias do grupo espiroquetas penetram diretamente nas membranas mucosas ou entram por abrasões na pele (PEELING et al., 2017). Essas lesões tornam-se raras ou inexistentes a partir do ano da doença.

Os métodos para diagnóstico da infecção materna pelo *T. pallidum* dependem da fase da doença, são os testes não treponêmicos e testes treponêmicos. Os testes não treponêmicos são inespecíficos e detectam a produção de anticorpos IgG e IgM contra a cardiolipína liberada pelos treponemas, conhecidos como reaginas. O exame de VDRL utilizado por muitos anos como diagnóstico de sífilis na rede pública de saúde é um teste não treponêmico, que, apesar de ter uma sensibilidade elevada, apresenta uma baixa especificidade, com resultados falso-positivos relacionados a interferentes como amostras hemolisadas ou contaminadas (TORRES et al., 2019, BRASIL, 2019).

Além dos testes imunológicos também existem os exames diretos, que são aplicáveis somente nas fases classificadas como sífilis primária e secundária, e é feito pela microscopia de campo escuro das lesões (74 a 86 % de sensibilidade), ou através da imunofluorescência direta, pelo material corado e biópsias (BRASIL, 2019).

Outros testes treponêmicos utilizados são o FTA-Abs (anticorpo treponêmico fluorescente com absorção) e a hemaglutinação (TPHA). Ambos são utilizados com testes confirmatórios nos fluxogramas diagnósticos de sífilis. Apesar de versões modificadas do FTA-Abs detectarem anticorpos IgM para a sífilis, a sensibilidade desse teste é baixa, não devendo ser utilizados para o diagnóstico da infecção aguda da doença.

O teste rápido (TR) para sífilis é o teste treponêmico de rápida execução, seu uso é recomendado nos locais onde não se dispõe de sorologias não treponêmicas para as testagens usuais durante a gravidez, ou por ocasião do parto. A conduta do TR está relacionada à alta prevalência de SC no Brasil, ao descrédito da própria mulher e da parceria sexual frente a probabilidade da transmissão vertical da sífilis, além dos problemas estruturais, como demora do tempo de recebimento dos resultados dos exames laboratoriais tradicionais para poder se detectar possíveis intercorrências e tratá-las o mais precocemente possível. A testagem para sífilis também deverá ocorrer na internação para o parto, em caso de aborto/natimorto ou história de exposição de risco/violência sexual (BRASIL, 2019).

No Brasil, a Portaria nº 77 de 12 de janeiro de 2012 dispõe sobre a realização de TRs, na detecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sífilis e outros agravos, no âmbito da atenção básica ao público geral assim como mulheres grávidas e suas parcerias

sexuais. Corroborando a essa narrativa temos também a Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011 da Rede Cegonha, que em seu artigo 7 enfatiza a prevenção e tratamento das IST como a sífilis, HIV/ Aids e hepatites.

Após confirmação diagnóstica e posterior tratamento é realizado o monitoramento da mulher grávida e avaliado os aspectos laboratoriais e clínicos como parâmetros da resposta pelo tratamento e cura. Os testes VDRL e RPR (Teste de Reagina Plasmática Rápido), não treponêmicos, são os mais apropriados nesta fase, e devem ser solicitados mensalmente às gestantes como seguimento pós o cumprimento da aplicação da Penicilina G benzatina, objetivando comparações entre as titulações. Quando há a queda da titulação em pelo menos duas titulações em até 3 meses após a conclusão do tratamento, caracteriza resposta imunológica adequada; quando há aumento da titulação em pelo menos duas titulações, ou persistência, ou recorrência dos sinais e sintomas, ou ausência de queda esperada da titulação deve-se investigar a hipótese de reinfecção ou investigar sinais ou sintomas neurológicos e/ou oftalmológico (BRASIL, 2019).

Ressalta-se que quando as gestantes com sífilis se classificam como não tratada ou inadequadamente tratada, a taxa de transmissão vertical para o feto é de até 80%, que também pode ocorrer durante o parto vaginal, se a mãe apresentar alguma lesão sifilítica. A infecção fetal é influenciada pelo estágio na doença na mãe (maior no estágio primário e secundário) e pelo tempo que o feto foi exposto. Tal acometimento fetal provoca entre 30 a 50% de morte intraútero, parto pré-termo ou morte neonatal (COSTA et al., 2018; BRASIL, 2019).

A avaliação do recém-nascido (RN) exposto à sífilis ou com SC é realizado imediatamente após o nascimento, na maternidade ou em casa de parto a partir do histórico materno quanto ao tratamento e seguimento na gestação, os sinais e sintomas clínicos na criança e o teste não treponêmico periférico do RN comparado com o da mãe. Essa testagem simultânea configura o melhor cenário para a determinação do significado dos achados sorológicos da criança (TORRES et al., 2019; BRASIL, 2019).

Os recém-nascidos de mulheres que têm história bem documentada de tratamento adequado para sífilis em qualquer estágio clínico, anterior à gestação, sem aumento na titulação dos testes não treponêmicos durante a gestação e sem fator de risco conhecido de reinfecção, não são consideradas expostas, e não precisam ser investigadas para sífilis congênita (TORRES et al., 2019; BRASIL, 2019).

2.1.1 Sífilis gestacional – epidemiologia, conceitos e protocolos de tratamento

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) por ano 12 milhões de pessoas são contaminadas pela sífilis em todo mundo (BRASIL, 2018). No período de 2005 a junho de 2019, foram notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) 324.321 casos de sífilis em gestantes, dos quais 45,0% eram residentes na região sudeste (BRASIL, 2019).

Em 2018, o número total de casos notificados no Brasil foi de 62.599 (25,7% mais casos que no ano anterior), dos quais 28.103 (44,9%) eram residentes da região sudeste (BRASIL, 2019). É obrigatória para todos os profissionais de saúde e responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao usuário, a notificação compulsória de SG em conformidade com artigo 8 da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. É preciso realizar a comunicação oficial às autoridades sanitárias sobre a existência de uma doença ou agravo à saúde e sua inobservância confere infração à legislação de saúde, mesmo assim sua subnotificação ainda segue frequente em todo o Brasil (BRASIL, 1975).

A maior parte das pessoas que se infectam com a sífilis adquirida, é assintomática; o mesmo ocorre com a SG, quando apresentam sinais e sintomas muitas vezes não percebem ou valorizam, e podem, sem saber, transmitir a infecção às suas parcerias sexuais. Quando não tratada, a sífilis pode evoluir para formas mais graves, comprometendo especialmente os sistemas nervoso e cardiovascular, e quando na condição de gestante a transmissão vertical se amplifica (WORKOWSKY; BOLAN, 2015; PEELING et al., 2017).

A incidência da SG é tida como um marcador de qualidade da assistência prestada no pré-natal, da mesma forma que a má qualificação de recursos humanos, quantidade insuficiente de profissionais, falhas na identificação do tratamento, além da não captação precoce da gestante e do seu parceiro são fatores que contribuem para aumento da incidência na sífilis, levando a crescentes taxas (COSTA et al., 2018). A qualidade da assistência do pré-natal facilita a redução dos desfechos perinatais negativos, ao monitorar o desenvolvimento da gestação, diagnosticar e tratar intercorrências clínicas, além da percepção e intervenção nos casos de violência vivenciado por essas mulheres dentro do ciclo gravídico-puerperal.

Estudos indicam que a falta de conhecimento e familiaridade pelos enfermeiros com relação aos protocolos nacionais de controle da sífilis e o desacordo durante abordagem das IST configuram a necessidade de uma frequência e incentivo à educação permanente desses

profissionais de saúde objetivando a melhoria da assistência durante o pré-natal (LIMA et al., 2013; NUNES et al., 2017). A assistência realizada pela enfermeira durante o pré-natal de risco habitual é de extrema importância e está assegurada pela Lei do Exercício Profissional 7498/86 e pela Resolução 516/16 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2016).

De acordo com Protocolo Nacional de Diretrizes Terapêuticas (PCDT), as gestantes devem ser testadas para sífilis na primeira consulta e terceiro trimestre gestacional, evidenciando a importância do acompanhamento bem próximo da enfermeira que realiza o pré-natal, além da educação em saúde utilizada nas consultas de enfermagem dividindo com a gestante a corresponsabilização pelo seu processo saúde-doença. O Brasil, como muitos países por todo o mundo, apresenta a sífilis como uma doença reemergente. Diante disso, os profissionais de saúde necessitam estar aptos a reconhecer as manifestações clínicas em todos os níveis de atenção, conhecer os testes diagnósticos disponíveis, e principalmente saber interpretar o resultado do exame para diagnóstico, controle de tratamento e seguimento com vistas a cura (BRASIL, 2019).

Na gestação a sífilis pode apresentar repercussões severas, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e /ou morte do recém-nascido (LAFETÁ et al., 2016; BRASIL, 2020). Nas gestantes com sífilis não tratadas ou inadequadamente tratadas, a taxa de abortamento ou natimortalidade é de 25%, prematuridade ou baixo peso ao nascer, de 13%, neomortalidade, de 11%, e 20% dos lactentes são sintomáticos (BRASIL, 2019).

As gestantes com TR reagente para sífilis deverão ser classificadas como portadoras de sífilis e com ausência de tratamento adequado, recente ou documentado, deverão ser tratadas no momento da consulta de pré-natal. Ainda nesse momento, deve ser solicitado, ou preferencialmente colhido, teste não treponêmico para seguimento sorológico. O seguimento deve ser mensal até o termo. Após o parto, o seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento (NUNES et al., 2017; BRASIL, 2020).

Existem barreiras importantes na prática do cuidar quando se trata das parcerias sexuais das mulheres com SG, principalmente na captação para adesão ao tratamento e seguimento. Considerando a complexidade dessa abordagem, é considerado inadequado o profissional de saúde delegar somente às mulheres a responsabilidade de levarem os pedidos de exames ou tratamento aos parceiros sexuais sem o comparecimento desses aos serviços de saúde, pois esta dinâmica pode prejudicar a quebra da cadeia de transmissão da doença, ocasionada por viés na transmissão de informações ou até mesmo quando as

mulheres ocultam o diagnóstico aos parceiros. Assim, a conduta mais adequada seria a abordagem direta, por meio do profissional de saúde, desde que se encontre treinado e com experiência na prática (FIGUEIREDO et al., 2015).

Para se tratar a sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de 1 ano de evolução) na gestação utiliza-se a Penicilina G benzatina com dosagem de 2,4 milhões Unidades Internacionais (UI) em cada glúteo); quando sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária na gestação utiliza-se a dosagem de 2,4 milhões UI, intramuscular (IM), por 3 semanas. Dose total, 7,2 milhões UI, IM (BRASIL, 2019).

De acordo com o PCDT de IST do ano de 2020, as parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes, com isso devem ser tratadas presumivelmente com uma dose de Penicilina G benzatina, via intramuscular (BRASIL, 2020). Este é um fator de relevância, uma vez que ele pode conter a permanência do agravo.

A Penicilina G benzatina deve ser administrada exclusivamente por via IM, sendo a região ventro-glútea a via preferencial, por ser livre de vasos e nervos importantes, sendo tecido subcutâneo de menor espessura com poucos efeitos adversos e dor local (COFEN, 2017). O tratamento da sífilis em gestantes deve ser realizado de acordo com o estadiamento da doença, sendo que os parceiros sexuais deverão realizar os testes imunológicos e quando reagentes devem ser tratados com esquema de sífilis terciária na ausência de sinais e sintomas (BRASIL, 2020).

O Ministério da Saúde recomenda aos profissionais de saúde do pré-natal quanto ao tratamento adequado da gestante com sífilis, administração da Penicilina G benzatina (sífilis terciária/gestação); início do tratamento até 30 dias antes do parto; esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico; respeito ao intervalo recomendado de doses; avaliação quanto ao risco de reinfecção; documentação de queda de título do teste não treponêmico em pelo menos duas titulações em três meses, ou de quatro titulações em seis meses após a conclusão do tratamento – resposta imunológica adequada (BRASIL, 2020).

Dentro do contexto do protocolo de tratamento da SG é importante salientar que o único fármaco com eficácia comprovada para tratar a gestante e o feto é a penicilina G benzatina. As mulheres na condição de gestantes com alergia confirmada à penicilina exigem-se a dessensibilização e o tratamento com a penicilina G benzatina (ROCHA et al., 2019, BRASIL, 2020). Havendo o impedimento na realização da dessensibilização durante o período gravídico, a mulher deverá ser tratada com o fármaco ceftriaxona, todavia é

classificado como tratamento inadequado da gestante por não proteger o feto da transmissão vertical, ou por não tratar o feto intraútero, com isso será necessário investigar/notificar e tratar o recém-nascido para a SC (BRASIL, 2020).

2.1.2 Sífilis congênita - epidemiologia, conceitos e protocolos de tratamento

A SC também é de notificação compulsória, sendo obrigatória sua realização por profissionais de saúde e sua inobservância confere infração à legislação de saúde, de acordo com a Nota informativa nº2-SEI do ano de 2017. Foi alterado o critério de definição de casos para notificação de SC, onde para fins de vigilância epidemiológica, não se considera como critério de definição de SC, o tratamento da parceria sexual da mãe.

Em 2016 houve registro de 20.474 casos de SC, com destaque para região sudeste, o Rio de Janeiro é um dos quatro estados do Brasil com as mais elevadas taxas de sífilis em Gestantes. Além disso, o Estado apresentou a taxa de 18,1 óbitos/1000 nascidos vivos, representando 23,2% do total observado em todo Território Nacional (BRASIL, 2017). Em 2018, verificou-se uma taxa de incidência de 9,0 casos/1.000 nascidos vivos, tendo a região sudeste (9,7 casos/1.000 nascidos vivos) a maior taxa, acima da taxa nacional (BRASIL, 2019).

A SC é a causa de grande peso dentro da mortalidade perinatal, classificada no Sistema Informação de Mortalidade (SIM) como mortalidade infantil. Faz-se relevante reforçar que esse desfecho negativo causado pelo diagnóstico da SC é considerado como uma causa evitável, sendo então o mais sensível dos indicadores propostos para o evento sentinela da qualidade dos serviços de pré-natal de uma população (CABRAL et al., 2017). A sífilis é um agravo impactante na assistência pré-natal nacionalmente e em especial no estado e município do Rio de Janeiro.

A região sudeste possui a maior taxa de notificação de SC e o estado do Rio de Janeiro tem as maiores taxas de incidência por nascidos (9,8/1.000), sendo que a meta pela OMS seria de 0,5/1.000 até o ano de 2015, estabelecido também pelo MS, porém ainda está longe de ser alcançada aqui no Brasil (SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO, 2018). O custo da prevenção da infecção congênita, incluindo teste e tratamento, é menor que US\$ 1,50 por pessoa, e o risco de transmissão vertical na gravidez varia de 70 a 100%, nos casos de sífilis recente, e 30 a 40%, na sífilis tardia (BRASIL, 2019).

A infecção pela sífilis na gestante sempre fornece risco para o conceito e a ocorrência de SC, via transplacentária. Os recém-nascidos de mulheres que têm história

bem documentada de tratamento adequado para sífilis em qualquer estágio clínico, anterior à gestação, sem aumento na titulação dos testes não treponêmicos durante a gestação e sem fator de risco conhecido de reinfecção, não são consideradas expostas, e não precisam ser investigadas para sífilis congênita (TORRES et al., 2019, BRASIL, 2019).

Todas as crianças com diagnóstico de SC devem ser submetidas a uma investigação completa, incluído raio-x de ossos longos e punção lombar para análise do líquido, para rastreamento da neurosífilis na criança com sífilis congênita. O principal tratamento para SC é com administração de Penicilina Cristalina de quatro em quatro horas e para Penicilina G Procaína 50.000 UI/KG de 12 em 12 horas, por 10 dias. A penicilina G procaína pode ser considerada alternativa à penicilina cristalina em casos extremos, como no caso de RN pré-termo sem massa muscular para receber medicação por via intramuscular (BRASIL, 2019).

No contexto do tratamento da SC o fármaco ceftriaxona é indicado quando a neurosífilis é confirmada ou provável: ceftriaxona 100 mg/kg (dose de ataque) no primeiro dia, seguida de 80mg/kg, intravenosa, 1x/dia, durante 10 a 14 dias; já em neurosífilis porém afastado comprometimento do sistema nervoso central (SNC), faz-se uso da ceftriaxona 75mg/kg, intravenosa, 1x/dia, durante 10 a 14 dias (BRASIL, 2019).

A cefotaxina (droga semelhante à ceftriaxona, mas com menor ligação à albumina) é indicada nas primeiras quatro semanas de vida, sobretudo em prematuros e/ou neonatos com hiperbilirrubinemia): 50mg/kg/dose de 12/12 horas na primeira semana e posteriormente 50mg/kg/dose de 8/8 horas durante 10 a 14 dias (BRASIL, 2019).

A SC precoce pode surgir até 2 anos de idade, com principais sintomas: hepatoesplenomegalia, lesões cutâneas (rash, condiloma plano, pênfigo palmo-plantar), obstrução nasal e rinite sero-sanguinolenta, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, icterícia, pseudoparalisias, edema (secundário a síndrome nefrótica e/ou desnutrição), petéquias, púrpura, fissura peribucal, hidropsia, hipertensão pulmonar, pan-hipopituitarismo transitório, convulsão e meningite (BRASIL, 2019).

O aparecimento após essa faixa etária é considerado SC tardia, cuja criança pode apresentar sintomas como: ceratite intersticial, periostite, osteíte ou osteo-condrite (com alterações características ao estudo radiológico), surdez neurológica, anormalidades dentárias (dentes incisivos medianos superiores deformados – dentes de Hutchinson, molares em “amora”), desenvolvimento pobre da maxila, palato em ogiva, nariz em sela, “fronte olímpica”. São sinais menos frequentes: tibia em sabre, rágades (fissuras periorais e perinasais), retardo mental, hidrocefalia, escápula em clarão e articulações de Clutton

(efusão dos joelhos). Quando a mãe não foi tratada ou foi tratada de uma forma não adequada durante o pré-natal são classificadas como casos de SC independentemente dos resultados de avaliação clínica ou de exames complementares (BRASIL, 2019).

A frequência e condutas específicas da criança exposta à sífilis ou diagnosticada com SC segue à nível ambulatorial com consultas mensais até o sexto mês de idade e bimestrais do sexto ao décimo oitavo mês; seguimento sorológico através teste não treponêmico VDRL no 1, 3, 6, 12 e 18º mês de vida, com interrupção do seguimento laboratorial após dois testes não reagentes consecutivos; consulta oftalmológica e auditiva bimestrais até os dois anos de vida e quando primeiro teste líquido (LCR) alterado, seguir com teste semestral até a sua normalização (BRASIL, 2019).

Deve-se orientar e reforçar aos pais quanto à importância do seguimento do RN com SC, sendo explicitados os riscos de sequelas à criança quando não acompanhada da maneira efetiva por profissionais especializados dentro do intervalo de tempo preconizado pelo MS, pois a falta deste poderá acarretar danos ao desenvolvimento infantil como déficit de aprendizado, retardo mental, deformidades ósseas e dentárias, surdez e até cegueira (FEITOSA; COSTA; ROCHA, 2016).

2.2 POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA SAÚDE DA MULHER

Conforme Brasil (2011, p. 15):

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis foram elaborados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, e ilustravam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e familiares.

Visando garantir o melhoramento da assistência pré-natal, em 1984, o Ministério da Saúde (MS), atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que foi elaborado na perspectiva da necessidade de ampliação ao atendimento da mulher na sua integralidade, em todo o seu ciclo de vida. Portanto, tal iniciativa foi inovadora pelo MS, apesar dessa política pública ainda ser focada na reprodução humana (SILVA; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2017).

Com o passar dos anos as concepções sobre a atenção à saúde das mulheres foram formuladas a partir de amplas e complexas discussões, e trouxeram contribuições para o processo de transformação que antes trazia somente o contexto materno-infantil no âmbito da saúde da mulher. Esse processo foi dinâmico e acompanhou as transformações da

sociedade, trazendo consigo um avanço especial na constante busca da saúde da mulher no âmbito integral.

Como resultado dessa nova remodelação a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM foi elaborada em 2004 e caracterizou-se como um marco, onde a partir do diagnóstico epidemiológico da situação da saúde da mulher no Brasil foi reconhecida a importância de se contar com diretrizes que orientassem as políticas de Saúde da Mulher. O PNAISM teve como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher - PAISM, elaborado, em 1983, no contexto da redemocratização do país com a Conferência de Alma-Ata (1978) e com a participação dos movimentos sociais e de mulheres, em especial o movimento feminista (BRASIL, 2014).

O PNAISM foi constituído em parceria por diferentes departamentos, coordenações e comissões do MS e agregou contribuições significativas do movimento de mulheres, do movimento de mulheres negras e de trabalhadoras rurais, de sociedades científicas, de pesquisadores e estudiosos da área, de organizações não governamentais, de gestores do SUS e de agências de cooperação internacional, baseada na integralidade da assistência à saúde da mulher, reforçando relevância das ações preventivas em relação à violência de gênero contra a mulher (SANTANA et al., 2019).

A incorporação das ações voltadas à mulher está relacionada aos movimentos e entidades de mulheres, via feminista, em âmbito nacional, como é o caso da inclusão de temas como contracepção e sexualidade. Na perspectiva do PNAISM, revela um potencial de *empowerment* das mulheres, pois passam a ter condições de tomar decisões sobre seu próprio corpo, recebendo não apenas tratamento de saúde, mas também acesso a informações que as capacitam a tomar decisões relativas à sua saúde, à sexualidade, à contracepção e ao planejamento reprodutivo (SANTANA et al., 2019).

Ao final, a PNAISM foi submetida à apreciação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e à Comissão de Saúde da Mulher (CISMU) desse Conselho. Trata-se, portanto, de um documento legitimado por diversos setores da Sociedade e pelas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014).

Dentro do cenário político brasileiro, logo após a redemocratização, houve um movimento de reforma sanitária, onde foi implantado no Brasil o SUS através da Lei nº8080, de 19 de setembro 1990, com objetivo de prestar uma assistência mais qualificada aos cidadãos, sem distinção, tendo como financiamento base os impostos (BRASIL, 1990). Em 1994 foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma estratégia para facilitar a assistência à população, por meio da Atenção Primária (AP) (BRASIL, 2000).

Logo após, ocorreu a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF), estabelecido pelo MS preconizando ações coletivas que possibilitassem uma assistência à saúde por meio da Atenção Básica (AB) fundamentado na integralidade, universalidade com base na equidade, e nessa conjuntura destacou-se dentre outros programas, a assistência à saúde da mulher (BRASIL, 2001; BRASIL, 2004 apud JORGE et al., 2014).

Visando qualificar e capacitar os profissionais de saúde que atendem às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, vale destacar a inserção do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, publicado no ano de 2002, instituindo o projeto de especialização das enfermeiras obstétricas (BRASIL, 2002), dentro dessa perspectiva o enfermeiro tem respaldo legal para assistir essa população, através da Lei nº 7.498, que regulamenta o exercício da enfermagem, o pré-natal de risco habitual pode ser acompanhado inteiramente pelo enfermeiro (BRASIL, 1986; BRASIL, 2005).

Ao analisar as Políticas Públicas voltadas para as mulheres, existe uma parte expressiva, subgrupos, programas voltados para saúde materno-infantil, como a RC Mãe-Canguru, por exemplo, que incluem ações dirigidas às mulheres gestantes e recém-nascidas. Tais programas e subprogramas envolvem focalização das políticas sociais, ao elegerem mulheres gestantes (e seus filhos) como grupo de risco.

A RC contribuiu de maneira significativa para a ampliação e acesso ao diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, todavia os programas e políticas públicas de saúde instituídas no decorrer dos últimos anos se mostraram não tão eficientes para atingir a redução da população com sífilis gestacional e conseqüentemente o desfecho da sífilis congênita (BRASIL, 2011). É importante ressaltar que as políticas de saúde desenvolvidas especificamente para determinados grupos populacionais são ferramentas essenciais para a limitação da vulnerabilidade programática.

A assistência pré-natal tem a finalidade de garantir o desenvolvimento da gestação, acolher a mulher, assegurando o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno infantil. Essas consultas caracterizam-se como uma oportunidade privilegiada para discutir e esclarecer questões excepcionais de cada gestante, com abordagens particularidades dentro do âmbito psicossocial; realização de atividades educativas e preventivas; solicitação de exames de rotina; se tornando uma ferramenta fundamental para a diminuição da mortalidade materna no cenário brasileiro (BRASIL, 2012).

Atualmente, a taxa de mortalidade materna depois de cair para 56% no ano de 1990, teve leve alta em 2013, voltou a cair em 2015, num sinal de estabilização e teve um repique

em 2016, taxa de 64,4 por cada 100 mil nascidos vivos, cuja meta era limitar até 2015 a taxa de 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2018).

Frequentemente as mulheres gestantes que são atendidas nos serviços de saúde durante o pré-natal apresentam questões singulares que raras vezes são verbalizadas aos profissionais de saúde/enfermeiros, principalmente quando não encontram confiança com o profissional. É de fundamental relevância que haja um ambiente que atenda à mulher com atendimento individualizado para que possam compreender suas vulnerabilidades, dentre essas, a vulnerabilidade individual e social. A mulher deve ser compreendida em sua totalidade e integralidade, observando suas condições sociais, culturais, étnicas, raciais e de gênero.

Sabemos que grande parte das gestações não é planejada, tampouco as mulheres buscam uma avaliação pré-concepcional, com isso uma parte descobre a sífilis na primeira consulta de pré-natal, por meio do TR de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR e a sorologia para sífilis deve ser repetida no terceiro trimestre da gravidez (LEITE et al., 2016). Os casais e suas parcerias sexuais que tiveram sífilis no período gestacional e que transmitiram verticalmente a doença necessitam ser acompanhados pela equipe de saúde, assim como pela enfermeira durante as consultas de pré-natal, sendo extremamente importante tratamento imediato, já que a sífilis é uma IST evolutiva e crônica, que pode ocasionar irreversíveis problemas de saúde, inclusive a morte (SILVA; RIBEIRO; TEIXEIRA, 2017).

Uma condição importante para ser ressaltada é a negligência dos profissionais, sistemas e instituições de saúde quanto aos efeitos da sífilis, decerto por ser uma doença rotulada e banalizada pela sociedade, por ter cura e tratamento barato. Esses estereótipos em relação à sífilis contribuem para que a população não reconheça situações que os expõem à infecção (PAIVA; ZUCCH, 2012).

Estudos demonstram que os profissionais de saúde ainda têm condutas que contradizem o preconizado nos protocolos, cujo tratamento ineficiente é uma das principais causas que contribuem para o desfecho da sífilis congênita. À vista disso, a educação em saúde se confirma como um instrumento indispensável para a assistência, com orientações pertinentes, identificação precoce da parceria sexual, busca ativa e adoção de intervenções preventivas são estratégias que associadas à corresponsabilização do indivíduo podem contribuir para a redução da sífilis gestacional e congênita (DOMINGUES et al., 2013; SUTO et al., 2016; COSTA et al., 2018).

A predominância na elevação de tratamentos inadequados de mulheres gestantes com sífilis pode ter como uma das causas o não tratamento do parceiro (DOMINGUES et

al., 2014; FELIZ et al., 2016; RODRIGUES et al, 2016) São muitos os fatores que contribuem para a dificuldade do tratamento do homem e das parcerias sexuais à exemplo da construção de políticas públicas, que sempre foram excludentes ao homem; a percepção do homem de sua condição saúde-doença, atribuição da responsabilidade do cuidado sempre à mulher; o uso de drogas e álcool; além da autopercepção ao se reconhecer como um ser invulnerável, forte e viril, consequência dos valores culturais estereotipados da sociedade, desencadeando uma resistência aos serviços de saúde.

No Brasil, a instituição da política de saúde do homem, Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) ocorreu somente em 2009 (BRASIL, 2009) e tal acontecimento de maneira tardia reflete na dificuldade de envolvimento e participação dos homens nos serviços de saúde, o que influencia na conscientização da prevenção e tratamento da sífilis. Por isso, os profissionais de saúde da AP precisam estar atentos às questões sociais e culturais, pois devem ser consideradas para as formulações das ações e estratégias para o tratamento adequado da sífilis visando a prevenção da SC.

2.3 GÊNERO E VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Os Direitos Humanos são os direitos básicos de todo o ser humano, que “nascem livres e iguais em dignidade de direitos” e “têm capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nessa Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, etnia, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição” (ONU, 1948).

A soberania de um Estado advém dos cidadãos que têm igualdade perante a lei. A política e a economia também estão separadas nos estados capitalistas e constituem um paradoxo, porque o conceito de cidadania remete à igualdade de direitos e deveres, enquanto o sistema econômico vigente para os cidadãos está fundamentado na desigualdade econômica e diferenciação entre classes (FLEURY; OUVENEY, 2012).

No Brasil o termo violência de gênero passou a ser utilizado no final da década de 70 e se propagou rapidamente pelas inúmeras mobilizações feministas contra o assassinato de mulheres e concomitante impunidade dos agressores, comumente os próprios maridos, rotineiramente absolvidos em nome da “legítima defesa da honra”. Com o passar do tempo as mulheres passaram a questionar os papéis sociais que lhes foram atribuídos pela condição de serem mulheres com a responsabilidade exclusiva por atribuições no campo doméstico, como cuidar da casa, marido e filhos. Por meio de organizações políticas,

particularmente do Movimento de Mulheres, inicia-se um movimento e igualdade de direitos (BRASIL, 2014).

O termo “gênero”, na antropologia, é definido como diferenças entre homens e mulheres, que são construídas socialmente ao longo das relações sociais. As relações de gênero na sociedade envolvem diretamente as relações assimétricas de poder, cujo homem é visto como o macho, viril e provedor, já as mulheres enfrentam obstáculos dia a dia na busca de oportunidades e autonomia, cada uma dentro do seu contexto social no enfrentamento dos estereótipos na vida pública e doméstica e as maneiras nada sutis que são caracterizadas desde meninas, invisíveis e sem poder (LEÔNIDAS et al., 2014).

As mulheres, ao longo do tempo, foram vistas como objetos de satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros e de força de trabalho. Em contraposição aos homens, a sujeição das mulheres envolvia a prestação de serviços sexuais aos seus dominadores, opressão. O patriarcado é defendido, entre outras coisas, com base na segregação ocupacional e na marginalização das mulheres, dos processos e papéis econômicos e políticos, bem como do controle de sua sexualidade e, como consequência, da sua capacidade reprodutiva, situação que obrigava às mulheres um grande número de filhos, independente do seu desejo de tê-los (DI GIACOMO et al., 2017).

Para esta pesquisa, utilizaremos o conceito de violência de gênero, formulado na Convenção de Pará, que caracteriza como qualquer ato que resulta ou possa resultar em danos ou sofrimentos físico, sexual, psicológico ou patrimonial da mulher, inclusive ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade em público ou na vida privada, assim como castigos, maus tratos, agressão sexual ou incesto (OEA, 1994). Nesse raciocínio, os papéis feminino e masculino formam arranjos estereotipados entre os gêneros e quando os mecanismos sutis de controle não funcionam, o uso de violência é acionado para garantir a hierarquização entre os sexos, legitimando os maus-tratos contra as mulheres.

A violência contra a mulher pode ser caracterizada como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano patrimonial ou moral (BRASIL, 2006), podendo se configurar como violência física, que consiste em qualquer conduta que ofenda a integridade ou a saúde corporal das mulheres; a violência moral caracterizada por calúnias, injúrias e difamações; violência psicológica, desencadeada por humilhações, ameaças e perseguição; violência sexual, por relações sexuais não desejadas, onde não há consentimento da mulher, além do

impedimento do uso de contraceptivos; e a violência patrimonial se efetua por retenção ou danos aos bens materiais e roubo (TEIXEIRA et al., 2015).

Na tentativa de compreender a violência como um fenômeno no qual nenhum fator ocorre isoladamente, a Organização Mundial da Saúde se baseou no seu Modelo Ecológico, no qual a violência é entendida como resultado de uma ação recíproca e complexa de fatores individuais, relacionais, sociais, culturais e ambientais. A estrutura ecológica prioriza as múltiplas causas do fenômeno, assim como sua interação dentro da família de contextos mais abrangentes como o comunitário, cultural, econômico e social, com isso, entende-se a violência por sua natureza complexa, onde envolve as pessoas em sua totalidade biopsíquica e social (OMS, 2012).

A perspectiva do gênero dentro do âmbito do sistema de saúde é reconhecida através dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), onde a equidade e a desigualdade de gênero devem ser abordadas nas políticas públicas de saúde, principalmente na saúde da mulher, tendo a responsabilidade de reconhecer esses fatores sociais, relações de vida e distribuição desigual do poder e recursos, ou seja, trata-se de um conceito relacional (OMS, 2008).

De acordo com Oliveira e Minayo (2005), a violência contra a mulher somente passou a fazer parte da pauta sanitária a partir das décadas de 60 e 70, no século XX, nos países da América Latina, por entender a saúde como um conceito complexo, como resultados de condicionantes e determinantes sociais. Até então, a violência era privativamente da justiça criminal. Hoje, reconhecemos a complexidade da violência à mulher e suas estruturas a partir do conceito de gênero, que advém de uma construção histórica e sociocultural, atribuindo papéis e comportamentos aos sexos (LEÔNIDAS et al., 2014).

Nesse sentido, destaca-se a situação da violência de gênero contra a mulher ocorre em todos os países do mundo, em especial na América Latina onde, apesar do crescimento econômico dos últimos anos e dos movimentos sociais, os casos notificados se mantêm muito altos, com uma incidência que vai de 30 a 60% da população feminina, independente da sua origem social, racial e étnica; essa condição desigual das mulheres contribui para gerar sua vulnerabilidade (ONU, 2014).

No ano de 2015, dos quase 5 mil assassinatos de mulheres registrados em 2013 no Brasil, 50,3% foram cometidos por familiares, sendo que em 33,2% destes casos, o crime foi praticado pelo parceiro ou ex. O estudo indicou que a residência da vítima aparece como local do assassinato em 27,1% dos casos, o que aponta a casa como local de alto risco de

homicídio para as mulheres e no primeiro semestre de 2015, dos mais de 360 mil atendimentos feitos pela Central de Atendimento à Mulher (180), 32 mil referiam-se a atos de violência. Desse total, 52% eram relatos de violência física e mais de 70% envolviam agressores com algum vínculo afetivo com a vítima, sejam familiares, companheiros ou ex-companheiros (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2015).

Através de uma pesquisa realizada no Brasil, em todas as capitais nordestinas em 2016 sobre a vitimização mais abrangente voltada exclusivamente para as questões de violência de gênero, em relação às Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher (PCSVDFMulher), das 11.141 mulheres entre 15 e 49 anos, segundo as estimativas de Carvalho e Oliveira (2016), 2,42% foram vítimas de violência sexual nos últimos 12 meses. Supondo-se que a prevalência de violências sexuais no Brasil fosse igual à das capitais nordestinas, isso implicaria dizer que a cada ano cerca de 1,350 milhão de mulheres seriam acometidas por violência sexual no país (ATLAS DA VIOLÊNCIA, 2018).

Dados do Sistema de Vigilância de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências (BRASIL, 2015) nos permitem ter uma visão panorâmica do que ocorre no Brasil, quando informam que foram registrados 143.448 casos de violência contra mulheres no ano de 2014. Entre as mulheres a maior proporção de ocorrências foi observada entre as de 20 a 29 anos (51%) seguidas daquelas de 10 a 19 anos (27%) e de 0 a 9 anos (16%). Deste percentual, 80% dos casos foram agressões físicas, 56,2% por violência psicológica, 30,8% por violência sexual, seguidas de negligência ou abandono 5% e violência patrimonial 7,4 %. Ressalta-se que mais da metade dessas mulheres viveu mais de um tipo de violência.

São vários os tipos de violência de gênero, e que podem trazer graves implicações à saúde física, psicológica, sexual e reprodutiva da mulher (ONU, 2010). A violência é qualquer ato de agressão ou de negligência à pessoa, ou a comunidade, que produz ou pode produzir dano psicológico, sofrimento físico ou sexual, incluindo ameaças, coerção ou privação arbitrária da liberdade, tanto em âmbito público como privado (LEI MARIA DA PENHA, 2006; LEÔNIDAS et al., 2014). Diversos fatores também podem gerar tensões que levem às várias formas de agressões, tais como baixa escolaridade, iniquidade social e econômica feminina, ou seja, fatores que favorecem relações em que as ações dominantes são apresentadas como naturais e inquestionáveis (DÍAZ-OLAVARRIETA et al., 2007).

A Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340 de 2006, foi um grande marco jurídico na transformação da sociedade brasileira. Ela trouxe não só perspectiva da responsabilização,

mas também o caráter protetivo e educativo no enfrentamento à violência contra a mulher (DOSSIÊ MULHER, 2019). Importante salientar que a Lei Maria da Penha deixa clara a possibilidade de configuração de violência sexual no âmbito das relações domésticas e familiares. E isso contribui para o reconhecimento dos estupros maritais, o seja, abusos sexuais praticados contra mulheres por parte de seus maridos ou companheiros. Muitas das vítimas omitem essa situação e não denunciam seus agressores por medo dessas ocorrências aumentarem ou, ainda por acreditarem que o sexo no âmbito do casamento é uma obrigação, mesmo que forçado mediante violência física ou coação psicológica (DOSSIÊ MULHER, 2020).

É considerável sobrepujar que a subnotificação dos casos de violência, em muitas situações, as mulheres que foram agredidas não desejam utilizar os recursos legais para defenderem-se do agressor. Apesar do apoio institucional para protegê-las, muitas se recusam a fazê-lo por não acreditarem nas ações e medidas protetivas estabelecidas pelo governo, além do medo de represálias por parte do agressor, evidenciando a dificuldade dessas mulheres em assumirem-se como cidadãs, exercendo e exigindo seus direitos (ALMEIDA; SILVA; MACHADO, 2014).

Os dados relativos à violência contra as mulheres são reconhecidamente inexatos, em razão da maioria das vítimas de maus tratos se calarem. Não obstante, dados obtidos são razoáveis o bastante para demonstrar a dimensão do problema: mais de cem mil mulheres foram vítimas de homicídio entre 1980 e 2013. Em 9 de março de 2015 foi sancionada a Lei 13.104, Lei do Feminicídio, que altera o Código Penal que considerar como qualificado o homicídio contra a mulher por razões da condição do sexo feminino (BARBOZA; JUNIOR, 2017).

Vivemos em uma sociedade que exige constante reflexão sobre as questões de gênero, pois a vivência da violência no contexto social e familiar da mulher poderá acarretar relacionamentos conjugais não saudáveis, propiciando o diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, ademais dificultar o tratamento, desencadeando o desfecho da SC.

3 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Esta pesquisa utilizará o referencial teórico da Enfermeira norte-americana Myra Estrin Levine, que elaborou a Teoria do Modelo de Conservação, que aplica o ambiente como um dos seus pilares. Essa Teoria considera a pessoa um ser holístico e dinâmico, que interage constantemente com seu ambiente e advém da sua relação com outras pessoas, meio social, a fim de manter a sua saúde (LEVINE, 1989; TEIXEIRA et al., 2013).

3.1 A TEORIA DO MODELO DE CONSERVAÇÃO DE MYRA ESTRIN LEVINE

A enfermeira Myra Estrin Levine, atuou na docência, em meados da década de 60. Inicialmente este modelo foi construído com o objetivo de fazer com que as enfermeiras da área médico-cirúrgica refletissem sobre o cuidado individualizado, compreendendo que cada paciente deveria ser cuidado de forma única, levando em consideração os aspectos pessoais de onde vive e se relacionam, o ambiente (TEIXEIRA, 2013).

O indivíduo não pode ser avaliado fora do seu contexto, devendo ser considerado todos os aspectos sobrepostos na sua história passada e atual. Desta forma, o Modelo de Conservação foi elaborado para auxiliar as enfermeiras na prestação de um cuidado individualizado, considerando o indivíduo inserido em seu ambiente, denominado também, contexto social (LEVINE, 1989). Esse conceito teórico está fundamentado em quatro metaparadigmas:

I- Indivíduo:

O indivíduo é um ser holístico, que se relaciona com tudo e todos à sua volta. Está em contínua adaptação em suas interações e com o ambiente. Os seres humanos são influenciados por suas circunstâncias imediatas, mas também trazem consigo as experiências boas e ruins de uma vida inteira, que ficam registradas nos tecidos do corpo, mente e espírito. (LEVINE, 1989; TEIXEIRA, 2013).

II- A Saúde:

Levine ressalta que a saúde está relacionada com questões étnicas e pela crença de um determinado grupo aos quais os indivíduos pertencem. Com isso, reconhece que cada indivíduo define sua própria forma de entendimento acerca do conceito de saúde. Sugere que a saúde e a doença são padrões de mudanças adaptativas, mas que toda adaptação está em busca do melhor reajuste com o ambiente (LEVINE, 1989). Para Levine a saúde integral advém do termo grego *holos*, no sentido de totalidade. Desta forma, no Modelo de Conservação a saúde integral, é considerada a Totalidade do indivíduo (TEIXEIRA, 2013).

III- O Ambiente (externo e interno):

De acordo com Levine (1989, p. 325-337):

O ambiente é compreendido em externo e interno, o ambiente externo é caracterizado pelo contexto social onde o indivíduo vive e interage, dentro do conceito de ambiente externo existe a definição de três aspectos distintos, mas que se complementam, sendo eles: ambiente operacional, se refere aos componentes ambientais, que podem atingir o indivíduo de maneira imperceptível, como por exemplo os micro-organismos; o ambiente perceptivo caracterizado pelas informações que são registrados pelos órgãos sensoriais; e o ambiente conceitual influenciado pela cultura, linguagem, ideia e cognição do indivíduo.

Nessa conjuntura, o ambiente interno constitui os aspectos fisiológicos do indivíduo, continuamente influenciados pelo ambiente externo, com repercussões positivas e negativas a sua saúde. Quanto aos efeitos negativos à saúde, devemos considerar que tal não se trata de uma situação estática, inerte, uma vez que o indivíduo pode ter plena saúde e se deparar inesperadamente com um processo patológico, resultado da interação com seu ambiente externo (LEVINE, 1989, p. 325-337; TEIXEIRA, 2015). Dessa forma, neste estudo, os aspectos fisiológicos são compreendidos como bem-estar biopsicossocial e espiritual, que correspondem à saúde da gestante; e o patológico, às repercussões negativas por meio do diagnóstico da sífilis gestacional com desfecho da sífilis congênita.

Com isso, entendemos que os ambientes interno e externo completam a totalidade de um indivíduo. O ambiente interno combina os aspectos fisiológicos e patológicos do indivíduo que é constantemente desafiado e influenciado pelo ambiente externo. O ambiente externo é considerado o contexto social onde participamos ativamente em nosso dia a dia. (LEVINE, 1989; TEIXEIRA, 2013). Segundo Levine (1989), a adaptação e a conservação baseiam-se na interação do indivíduo com o ambiente para atingir sua integridade, de forma que a herança étnica e cultural, as oportunidades ignoradas ou aproveitadas fazem parte do contexto social do indivíduo. (TEIXEIRA, 2013).

IV- A Enfermagem:

Os cuidados de enfermagem se tornam parte do ambiente externo, de forma a manter uma efetiva comunicação nas relações interpessoais, além de respeitar a singularidade de opiniões e valores de cada um, considerando as influências do meio social e as respostas individuais (LEVINE, 1989, 1990, 1991).

Levine (1989) ressalta que a enfermeira necessita conhecer o ambiente externo do indivíduo para que, por meio de suas ações, possa favorecer os ajustes de que ele necessita. Destaca-se que a totalidade pode ser entendida como o melhor ajuste entre os dois ambientes: interno ou externo. Desta forma, um rompimento em qualquer um desses

ambientes, poderá criar uma perturbação à sua saúde. Para implementar então a sua assistência, a enfermeira deve compreender um corpo de princípios científicos com o objetivo de fundamentar suas decisões e utilizá-los nas situações adequadas, respeitando a individualidade (LEVINE, 1989; TEIXEIRA, 2013).

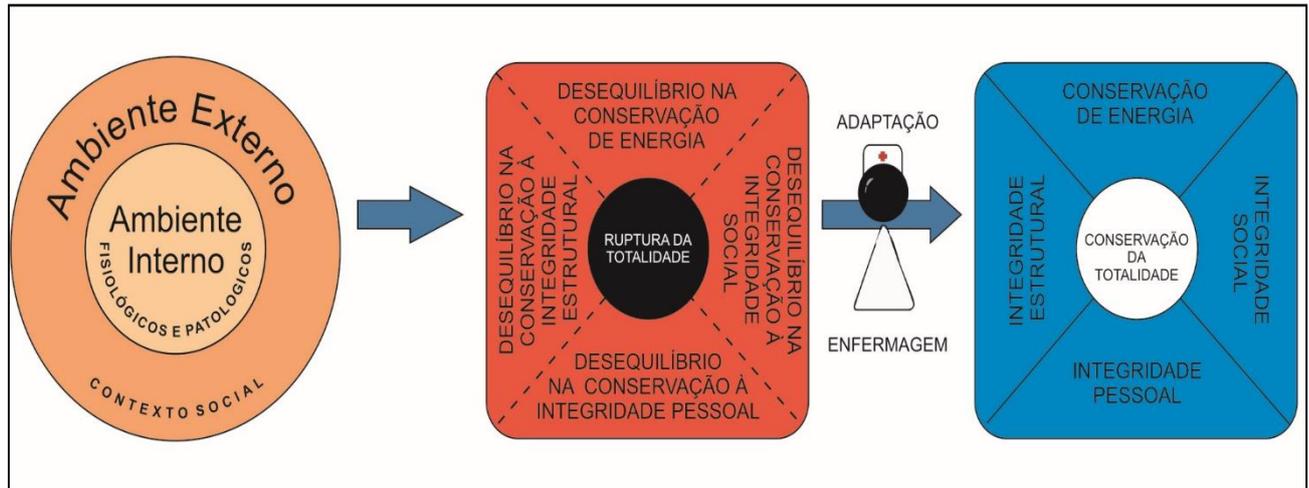
Os principais conceitos do Modelo da Conservação (LEVINE, 1989, 1990, 1991), estão baseados em quatro princípios: energia, integridade estrutural, integridade pessoal e integridade social. A conservação é considerada um conceito universal, que trata da defesa da totalidade e da integridade do sistema vivo. Para Levine o produto de adaptação é a conservação, esse princípio assegura a capacidade do indivíduo de salvaguardar em um amplo conjunto de eventos obrigatórios, aceitando a melhor forma, confrontando-se com as mudanças apropriadas para e reter sua identidade (LEVINE, 1989; TEIXEIRA, 2013).

Para atingir os objetivos dos princípios de conservação, a enfermeira deve realizar seu cuidado de modo que o indivíduo obtenha o melhor ajuste disponível, isto é, a melhor “adaptação” que possa ser alcançado por ele, com vistas à manutenção ou recuperação da sua saúde, a fim de manter a totalidade (LEVINE, 1989; TEIXEIRA, 2013).

O primeiro princípio, a conservação de energia, consiste no equilíbrio entre a entrada e a saída de energia com o objetivo de evitar o cansaço excessivo do indivíduo; a conservação da integridade estrutural refere-se à manutenção ou recuperação da estrutura do corpo, ou seja, o processo de cura; a conservação da integridade pessoal reforça que o sentido de self é muito mais que uma experiência física de todo o corpo, isto é, refere-se à autovalorização e à identidade do indivíduo; e a conservação da integridade social, consiste no reconhecimento do indivíduo como um ser social que envolve a interação humana, ou seja, a definição do ser que transcende e vai além de si mesmo (LEVINE, 1989; TEIXEIRA, 2013).

Para facilitar a compreensão foi construída uma representação gráfica (Figura 1) com elementos oriundos da Teoria do Modelo de Conservação de Levine (1989, 1990, 1991) e da tese de doutorado intitulado *Violência à mulher grávida perpetrada pelo parceiro íntimo: análise à luz da Teoria de Levine* (TEIXEIRA, 2013), conforme mostrado na figura 1 a seguir:

Figura 1– Diagrama conceitual adaptado da Teoria do Modelo da Conservação



Fonte: Teixeira (2013, p. 75)

Nesta perspectiva, essa Teoria representa uma ferramenta a ser utilizada pelas enfermeiras e demais profissional de saúde sobre um cuidado holístico que possui o objetivo de compreender o ambiente para cuidar do indivíduo. Desta forma, esse cuidado deve ser pautado no conhecimento dos ambientes interno e externo de cada um, entendendo que a mulher grávida não deve ser compreendida fora do seu contexto social, familiar e conjugal.

3.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva relata as características de determinada população, fenômeno ou as relações entre variáveis. Demanda do pesquisador um conjunto de informações sobre o que pretende pesquisar. Esse tipo de estudo descreve os fatos e fenômenos de determinada realidade, permitindo um levantamento de características do fenômeno já conhecidas, mas com maior aproximação através de levantamentos ou observações sistemáticas cujo objetivo básico é descrever fenômenos, tentando descobrir a verdade sobre algo (POLIT; BECK, 2019).

A pesquisa exploratória começa com um fenômeno de interesse, examinando a sua natureza, a maneira como ele se manifesta e outros fatores que possam causá-lo (POLIT; BECK, 2019).

Pesquisas que tenham abordagem qualitativa se caracterizam em propor investigar as histórias sociais sob a ótica dos sujeitos, aplicável ao:

Estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como

vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p. 57).

Preocupa-se com a realidade que não pode ser quantificada, respondendo questões muito particulares, trabalhando com um universo de significados, atitudes, aspirações, crenças e valores que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

A opção pela pesquisa qualitativa foi considerada, a partir do delineamento do objeto de estudo, visto que as informações fornecidas pelas participantes, parte fundamental do processo da investigação, possibilitarão alcançar a detecção da violência de gênero em mulheres que tiveram filhos com sífilis congênita. Por meio da subjetividade dos depoimentos das mulheres, buscamos o aprofundamento acerca do contexto de vida de cada uma, uma vez que estas mulheres estabelecem relações entre si e seu ambiente, extraíndo experiências que possuem significados, que se refletem no seu modo de vida.

Amatuzza (2006) reforça que a subjetividade da vivência e das relações humanas está relacionada ao modo de como o indivíduo percebe a si e ao mundo, pensa, reflete e interage. Este campo vem sendo explorado através das pesquisas qualitativas, pois a subjetividade humana não é inata e mesmo sendo componente do universo interno, resulta do desenvolvimento pessoal decorrente da vivência humana. Esta pesquisa envolve a utilização de estudos e a coleção de uma variedade de material, tal como experiência pessoal, introspecção, entrevistas, história da vida, artefatos, textos, observação, dentre outros. Esta pesquisa envolve a utilização de estudos e a coleção de uma variedade de material, tal como experiência pessoal, introspecção, entrevistas, história da vida, artefatos, textos, observação, dentre outros.

A abordagem da análise de conteúdo tem como proposta, a partir de um conjunto de técnicas parciais e complementares, demonstrar e sistematizar o conteúdo da mensagem e o seu significado, por meio de deduções lógicas e justificadas, tendo como referência sua origem (quem emitiu) e o contexto da mensagem (BARDIN, 2010). Constitui ferramenta metodológica de grande utilidade em estudos cujos dados coletados resultem de entrevistas auxiliando o pesquisador a identificar os significados do texto que está analisando.

3.3 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um Hospital Maternidade Estadual, localizado na Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, na cidade de Mesquita. Teve como

cenário as enfermarias de alojamento conjunto da referida maternidade. Tal escolha se justifica por ser uma unidade hospitalar de referência obstétrica para alto risco neonatal, com grande número de partos e nascimentos ao mês. Além de apresentar recorrentes casos de sífilis congênita, com a setorização de uma ala com 30 leitos obstétricos específicos para tratamento dessa infecção.

Esta maternidade possui uma estrutura física com 100 leitos de alojamentos conjunto, 2 salas cirúrgicas, 12 de salas de PPP (pré-parto, parto e pós-parto), 10 leitos de UTI Neonatal com estrutura e equipamentos para atendimento ao recém-nascido de risco e 15 unidades intermediárias. Registrou-se nessa estrutura hospitalar um total 41.254 nascimentos em seis anos de funcionamento, o que proporcionou o título de campeão de partos no estado do Rio de Janeiro no ano de 2017, com taxas de 75% de partos vaginais (CONEXÃO SAÚDE RJ, 2018).

Ressalta-se que a Baixada Fluminense possui uma população de aproximadamente quatro milhões de habitantes, a segunda mais populosa do estado, que só perde para a capital, a cidade do Rio de Janeiro, e é composta por 12 municípios: Belford Roxo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Guapimirim, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, São João de Meriti, Queimados e Seropédica. Outro aspecto importante que merece destaque refere-se à sua realidade social, marcada por baixos índices de desenvolvimento humano (IDH), evasão escolar e outros problemas comuns às grandes metrópoles brasileiras, como falta de saneamento básico, precariedade do transporte público e violência urbana (PLETSCH, 2012).

A cidade de Mesquita emancipou-se no ano de 1999 do município vizinho, Nova Iguaçu, sendo o município mais novo da Baixada Fluminense e do estado do Rio de Janeiro. Tem população estimada de 176.103 habitantes no ano de 2019 (IBGE, 2019). No ano de 2018, teve registro de 7.679 nascidos vivos (por ocorrência), 5.537 por parto normal, equivalendo 72,1% do total de partos (DATASUS, 2018). É aliado importante ao percentual expressivo de partos normais o cumprimento de rotinas hospitalares de incentivo ao processo parturitivo humanizado desenvolvido por essa maternidade estadual, que é referência. A equipe de saúde da maternidade tem como integrante a enfermagem obstétrica, que é responsável por acompanhar e assistir até 80% dos partos normais desde ano de 2015 (CONEXÃO SAÚDE RJ, 2018).

3.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

As participantes da pesquisa foram 25 mulheres na condição de puerpério mediato (BRASIL, 2004), ou seja, de 2 horas a 10 dias de pós-parto, que estavam internadas na enfermaria de alojamento conjunto, acompanhando seus recém-nascidos em tratamento para sífilis congênita.

3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão foram: mulheres que se relacionavam intimamente com homens ou mulheres; estivessem em condições físicas e psicológicas para participar voluntariamente da pesquisa; tivessem realizado o tratamento medicamentoso da sífilis durante o pré-natal, atendendo a exigência de início do tratamento de até 30 dias antes do parto, com esquema terapêutico preconizado pelo Ministério da Saúde para sífilis gestacional. Isto significa, ter utilizado a penicilina G benzatina, com intervalo semanal de 3 doses.

Foram excluídas as mulheres que não realizaram pré-natal, que foram diagnosticadas com sífilis na gravidez, todavia não foram tratadas ou tratadas inadequadamente, puérperas com outras patologias e as que acompanhavam recém-nascidos.

3.5 COLETA DE DADOS

Para a captação das participantes, primeiramente foi consultado o prontuário do binômio para confirmar o diagnóstico da sífilis congênita e averiguado o cartão de pré-natal da mulher para identificar se tinha ocorrido o tratamento da sífilis durante o pré-natal. Após isso, as mulheres foram convidadas para participar da entrevista.

A partir desse momento, foi entregue o contato da pesquisadora para o agendamento da entrevista. Assim como, foi anotado o contato da interessada para confirmação do encontro, que ocorreu em um sala que normalmente é utilizada para recomendações de pós-alta, com o objetivo de manter a privacidade e o conforto das mulheres, assegurando confiança e receptividade, para que pudessem falar sem receios sobre suas vivências. O horário foi o de preferência da mulher, durante os dias de semana, em turnos diurnos.

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, individual, realizado através de um roteiro elaborado com perguntas abertas e fechadas (APÊNDICE A). A vantagem da utilização do roteiro foi ter um guia para atender a uma série de

questões específicas, além de outras mais estruturadas visando obter detalhes sobre o tema, e questões abertas que oferecesse liberdade de expressão às entrevistadas e permitisse à pesquisadora introduzir novas perguntas, caso julgue necessário, com o propósito de melhor esclarecer as questões da pesquisa.

Desta forma, o roteiro foi constituído por três fases: no primeiro momento, foram abordadas questões fechadas relativas às características socioeconômicas, buscando exploração do seu perfil; segundo momento constou de perguntas abertas que se referiram às informações sexuais e reprodutivas; no terceiro e último momento foi abordado informações sobre sífilis e a vivência nos relacionamentos conjugais. As perguntas e respostas foram gravadas em aparelho digital e imediatamente transcritas, o que permitiu organizar os dados e lembrar as entrevistas. As gravações e transcrições serão guardadas por cinco anos, sob responsabilidade da pesquisadora; decorrido este período, os textos serão incinerados e as gravações, apagadas.

Durante a coleta de dados, a pretensão ética foi a de manter e proteger a privacidade das participantes desta pesquisa, respeitando seus momentos e suas vivências, acolhendo suas singularidades e oferecendo-lhes a sua participação na pesquisa uma escolha voluntária, com a possibilidade de desistência.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Em cumprimento a Resolução 466 do ano de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que normatiza as pesquisas que envolvem seres humanos, essa pesquisa teve a Carta de Anuência aprovada pela Subsecretaria de Pós-graduação, Ensino e Pesquisa em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, para ser posteriormente submetida ao Conselho de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, que emitiu o parecer favorável conforme protocolo CAAE nº 25637319.6.0000.5285 (ANEXO 1). O projeto foi encaminhado também à Direção do Hospital Maternidade Estadual da Mãe, com vistas à ciência para o início da coleta de dados.

Após a identificação da mulher que estava acompanhando o seu filho diagnosticado com sífilis congênita, era realizado o convite para participar da pesquisa, e após o aceite, eram apresentados procedimentos metodológicos e questões da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE B) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) e Termo de Consentimento Livre Esclarecido para responsáveis (APÊNDICE D).

A pesquisa atendeu os princípios éticos da autonomia, da beneficência, da não maleficência, da justiça e da igualdade às participantes. Foi-lhes assegurada que os dados coletados nos depoimentos seriam veiculados apenas com finalidade científica e difusão de conhecimentos em períodos.

Com o propósito de garantir que a identidade das entrevistadas fosse preservada, foi adotado um código alfanumérico: M (Mulher), seguido de numeral conforme a ordem de realização da entrevista (M1 a M25). O número de participantes ocorreu de acordo com o princípio da saturação por escasseamento, exemplificado no Apêndice E, que ocorre quando as respostas das participantes sobre suas experiências tornam-se redundantes, de modo que já não gera novas informações (POLIT; BECK, 2019).

3.7 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

A trajetória do tratamento dos dados foi realizada pelos dados empíricos, a partir da análise temática, que compõe uma das técnicas de análise de conteúdo. Neste estudo, o processamento dos dados utilizado foi a modalidade temática, seguindo as etapas propostas por Bardin (2010), a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. No estudo proposto, a inferência estatística foi substituída pela unidade temática.

Na etapa de pré-análise debruçamo-nos sobre o conjunto das transcrições dos depoimentos das participantes. A cada entrevista realizada, a gravação era imediatamente transcrita, o que nos permitiu organizar as ideias em relação aos questionamentos, tendo como foco os objetivos da pesquisa. Cada material transcrito foi considerado um texto. Cada texto produzido recebeu um numeral de identificação, referente à sequência das entrevistas.

A transcrição foi uma atividade extenuante, uma vez que em muitos momentos a fala dessas mulheres as conduzia para recordações com desesperanças, além dos momentos de introspecção. No entanto, foi um processo de grande valia, porque oportunizou à pesquisadora compartilhar as experiências vivenciadas, por meio da riqueza do diálogo estabelecido.

No momento de pré-análise, houve a preparação de dados brutos, ocasião em que passamos ao aprofundamento dos discursos por intermédio das leituras e releituras, confrontando-os com a transcrição de cada entrevista. As leituras foram conduzidas pela retomada constante ao objeto e aos objetivos da pesquisa, de forma que possibilitasse

estabelecer as unidades de registro, identificada como: as vivências. Essa fase analítica é compreendida por Bardin (2010, p. 121) como: “a organização dos dados que consiste em tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, chamada de leitura flutuante”. Portanto, é uma fase que se fundamenta em estabelecer contato com o texto, deixando-se invadir por impressões e orientações. Este procedimento foi necessário para que pudéssemos identificar o *corpus* da pesquisa.

A segunda etapa de análise temática constou da exploração do material com o objetivo de agrupar os assuntos emergentes por aproximação, o que só foi possível após sucessivas leituras; concomitantemente, realizamos a técnica de marcação das unidades de significação com canetas coloridas. Após a codificação, fizemos uma releitura do material e chegamos a quatro agrupamentos, que foram denominados de eixos temáticos, demonstrado no quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Agrupamento de unidades temáticas em eixos temáticos

Eixo temático 1: A vivência da mulher com diagnóstico da sífilis gestacional e sua relação com a saúde:
Conhecimento acerca da sífilis/ Tratamento da mulher/ Tratamento do homem/ Comportamento sexual/Atuação dos profissionais de saúde.
Unidades temáticas:
● Reconhecimento da sífilis;
● Pouco conhecimento sobre a sífilis;
● Desconhecimento da sífilis como IST;
● Naturalização da sífilis;
● Tratamento para sífilis na gravidez para a mulher;
● Tratamento para sífilis no homem;
● Comportamento sexual após o diagnóstico da sífilis gestacional;
● Profissional de saúde que esclarece o tratamento à mulher;
● Profissional de saúde que não esclarece o tratamento à mulher.
Eixo temático 2: A vivência da mulher que teve diagnóstico de sífilis gestacional:
Parceiros sexuais / Comportamentos de risco / Sexualidade/ Gênero/ ISTs/ Sífilis/ Relacionamentos anteriores/ Violência de gênero perpetrada à mulher/ Sífilis em relações anteriores/ Sífilis em gestação anterior/ Sífilis na comunidade/Dependência

econômica/Álcool e outras drogas lícitas e ilícitas/ Apoio à mulher.
Unidades temáticas:
● Múltiplos parceiros;
● Poucos parceiros;
● Método contraceptivo regular antes da gravidez;
● Método contraceptivo irregular antes da gravidez;
● Não utilização dos contraceptivos por conta dos efeitos colaterais;
● Comportamento sexual de risco;
● Conhecimentos e sexualidade;
● Aborto;
● Negar outras ISTs;
● Uso de álcool e fumo pela mulher na gestação;
● Não ter sífilis em gestações anteriores;
● Ter sífilis em gestações anteriores;
● Ter sífilis em relações anteriores;
● Não interrupção da cadeia de transmissão da sífilis;
● Sentimento da mulher frente à sífilis congênita;
● Conhecimento de sífilis e outras ISTs em familiares/comunidade;
● Não divulgar a sífilis gestacional à familiar;
● Relacionamentos anteriores bem-sucedidos;
● Relacionamentos anteriores malsucedidos;
● Estigma à mulher vítima de estupro;
● Reconhecimento da agressividade masculina;
● Histórico de violência física pelo parceiro em relacionamentos anteriores;
● Violência Patrimonial em relações anteriores;
● Violência física e psicológica em relacionamentos anteriores;
● Contaminação da mulher por relacionamentos anteriores;
● Dependência econômica de familiares;
● Apoio de familiares;
● Apoio de instituições.
Eixo temático 3: A vivência da mulher com seu parceiro íntimo atual:

Bom relacionamento atual/Dependência econômica/Usos de drogas ilícitas e álcool/Confiança pelo parceiro/Relação conjugal no contexto da sífilis/Tipos de violência/Instabilidade conjugal/Relacionamento extraconjugal/Reação do parceiro frente à sífilis.
Unidades temáticas:
● Boa avaliação do parceiro atual;
● Fidelidade ao parceiro atual;
● Gostar do sexo com o parceiro;
● Apoio do parceiro por método contraceptivo antes da gravidez;
● Confiança no parceiro fazendo com que a mulher não utilize preservativo;
● Dependência econômica do parceiro atual;
● Dependência econômica do parceiro atual e familiares;
● Uso de drogas lícitas pelo parceiro;
● Uso de drogas lícitas pelo casal;
● Não uso de drogas pelo casal;
● Drogas ilícitas pela mulher e parceiro;
● Vivência da violência sexual no relacionamento atual;
● Violência sexual no período gestacional;
● Violência física antes da gravidez;
● Violência física na gravidez;
● Aceitação do parceiro após agressão;
● Aceitação da traição do parceiro para se manter no relacionamento;
● Violência psicológica no relacionamento atual;
● Violência moral no relacionamento atual;
● Naturalização da violência pela mulher;
● Relacionamento atual casual;
● Relacionamento atual não estável;
● Brigas no relacionamento atual;
● Ciúmes da mulher pelo companheiro;
● Sentimentos da mulher frente à sífilis gestacional;
● Separação do casal em função da sífilis;
● Infidelidade do parceiro atual;

• Relacionamento extraconjugal da mulher durante a gravidez;
• Reação do parceiro frente à sífilis gestacional;
• Reação do parceiro frente à sífilis congênita;
• Culpabilização do parceiro pela mulher;
• Relacionamento abusivo por parte da mulher;
• Relação extraconjugal por parte do homem;
• Relacionamento extraconjugal por parte da mulher.
Eixo temático 4: A vivência da mulher com a família:
Relação familiar conflituosa/Sífilis na família/Abuso de drogas lícitas e ilícitas/Violência sexual na adolescência/ Violência urbana/Relação familiar harmoniosa.
Unidades temáticas:
• Contexto familiar de conflitos;
• IST/Sífilis na família e comunidade;
• Histórico de mãe agredida pelo pai/ padrasto;
• Infância de pobreza e abandono da mulher;
• Abuso de drogas ilícitas por familiares da mulher;
• Violência sexual na adolescência;
• Violência urbana sofrida por familiares;
• Relação familiar saudável.

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Dessa forma, obtivemos 70 unidades temáticas referentes aos quatro (4) eixos temáticos que estão relacionadas a unidade de registro: as “vivências”. Desta forma, a partir da elaboração dos eixos temáticos, procedemos com uma nova leitura e submetemos as unidades temáticas a uma nova recodificação. Nesta fase, os pontos de convergência encontrados dentro de cada eixo temático, deu origem a uma grande categoria analítica, com 2 subcategorias, abaixo mencionadas, as quais refletem uma síntese da interpretação dos temas encontrados na pesquisa.

- a) Categoria 1: Ambiente externo e interno da mulher que teve um recém-nascido com sífilis congênita e sua relação com parceiro íntimo.
- **Subcategoria 1.1:** Ambiente externo da mulher que teve um recém-nascido com sífilis congênita e sua relação com parceiro íntimo;

- **Subcategoria 1.2:** Ambiente interno da mulher que teve um recém-nascido com sífilis congênita e sua relação com parceiro íntimo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo discute os resultados da investigação com as mulheres que acompanhavam seus recém-nascidos com sífilis congênita no alojamento conjunto. Optou-se por apresentá-las nos apêndices F e G para observarmos de forma panorâmica a caracterização das participantes, o histórico sexual e reprodutivo. Segue-se a apresentação da análise dos resultados, considerando o objeto, os objetivos e o referencial teórico proposto para a presente pesquisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES

Conforme mostrado, o Apêndice F trata da caracterização das vinte e cinco (25) entrevistadas e de seus parceiros. A partir da leitura desse quadro ficou evidenciado que as mulheres se encontravam na faixa etária entre 15 e 34 anos. Em relação à cor da pele, a maioria (11) se declarou de cor parda, reforçando nosso padrão nacional que é de população miscigenada, com a maioria composta por pessoas que se autodeclararam pardos ou negros (NONATO; MELO; GUIMARÃES, 2015; CARVALHO; DE BRITO, 2014).

Quanto ao local de moradia, todas as participantes afirmaram morar na Baixada Fluminense, visto que a maternidade onde ocorreu o estudo é referência dessa região. O município mais citado foi Belford Roxo, total de nove (9), seguido pelo município de Nova Iguaçu (4), Duque de Caxias (3), Queimados (3), São João de Meriti (3), Nilópolis (2) e Mesquita (1).

Sobre religião, a maioria (17) declarou não ter religião, quatro (4) cristãs protestantes, duas (2) espíritas, uma (1) cristã católica e uma (1) umbandista. Estudo brasileiro revelou que a filiação religiosa tem impacto nas opiniões e experiências com a sexualidade, cuja maior frequência em atividades religiosas, diminui a chance de iniciação sexual precoce (COUTINHO; MIRANDA-RIBEIRO, 2014), todavia sabemos que os impactos das diferentes matrizes religiosas dependem da dinâmica de articulação do discurso religioso em si, além da associação aos discursos a que os jovens têm acesso na sua socialização.

Contrapondo o resultado do estudo acima (COUTINHO; MIRANDA-RIBEIRO, 2014), outra pesquisa brasileira, desenvolvida com jovens do ensino médio de seis escolas públicas de duas cidades, entre os anos de 2013 a 2017 apontou que não houve associação sobre a frequência de atividades religiosas com a iniciação da vida sexual precoce e uso de preservativo na última relação sexual (PAIVA; ANTUNES; SANCHEZ, 2020).

Sobre o nível de escolaridade, evidenciamos que a maioria (12) das participantes concluiu o ensino fundamental, oito (8) o ensino médio, e as demais (5) não possuíam o ensino fundamental. Estudos apontam que as mulheres com baixa escolaridade possuem maiores chances de adotarem comportamentos de risco além de limitações ao serviço de saúde. (MOREIRA et al., 2017). Intervenções efetivas contra a sífilis e outras IST não envolvem somente aspectos biológicos, mas também comportamentais e socioculturais (CHA et al., 2017).

A escolaridade pode propiciar às mulheres a possibilidade de ascensão social, pois, à medida que aumenta seu nível de instrução, têm mais chance de ingressar no mercado de trabalho e com isso, promover o sustento da casa, conseguir cuidar de si própria e da família com mais independência (BARRIOS et al., 2015; TEIXEIRA et al., 2015; SANTOS et al., 2018;).

O desenvolvimento socioeconômico das mulheres através do incentivo da educação deve ser estimulado, esse propósito compõe os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (NETTO et al., 2015). Entretanto, não se pode afirmar que esse único fator seja determinante para a ocorrência da violência contra mulher durante a vida, mas deve-se considerar que a soma de outros fatores associados possa ser relevante nessa situação.

Em relação à ocupação, observou-se que quatro (4) mulheres estavam no mercado de trabalho informal. As ocupações relatadas foram as de vendedora ambulante, manicure e cabeleireira *delivery*, ou seja, funções laborais no setor de serviços, ocupando postos de baixa qualificação e remuneração, apenas uma (1) afirmou ter um emprego formal com carteira de trabalho assinada, profissão de babá.

A maioria (20) das participantes não possuía tinham profissão, nem tampouco atividade remunerada, exercendo exclusivamente a função do lar. Pode-se relacionar este resultado à baixa escolaridade, pois quanto menor o grau de escolaridade, menor as chances de conseguir um emprego com boa remuneração e melhor qualidade laboral (MOREIRA et al., 2017). De maneira semelhante, pesquisa no Distrito Federal que analisou o perfil das gestantes com VDRL reagente acompanhadas em uma maternidade pública encontrou que a maioria das que apresentaram sífilis gestacional (63,17%) não desenvolvia nenhuma atividade remunerada e exerciam a função do lar (MAGALHÃES et al., 2013).

Pode-se inferir que o fato de a mulher não trabalhar, ou estar impossibilitada de exercer uma função fora do lar, favoreça uma situação de subordinação financeira que faz com que fique atrelada ao relacionamento, com isso facilitando a dominação do homem sobre ela (ANDRADE et al.; 2015).

Destaca-se que a taxa de desemprego das mulheres é cerca de duas vezes maior em relação a dos homens, uma diferença quando comparada ao homem branco (5,3%) e com mulheres afrodescendentes (12,5%). Apenas um quarto das mulheres empregadas está no emprego formal (ONU, 2015). Tal afirmação se confirma no presente estudo e uma (1) participante se declarou com emprego formal, babá. O cargo de trabalho assumido por elas está diretamente relacionado às habilidades de cada profissão, diretamente associado ao salário, onde determinará seu grau de autonomia, além da realização pessoal e profissional.

De acordo com os resultados, verificou-se que a renda pessoal informada variou entre R\$235,00 e R\$1.045,00, enquanto a renda familiar foi de R\$235,00 a R\$3.135,00. Do total de mulheres, dezenove (19) não possuem renda pessoal e moravam com o parceiro ou familiares. Vale ressaltar que nossos resultados apontaram que mais da metade das mulheres dependiam financeiramente do seu parceiro íntimo. Duas (2) declararam não ter renda pessoal e moravam sozinhas, sobreviviam de doações de familiares e comunidade. Três (3) declararam renda pessoal menor que um salário-mínimo mensal², R\$500,00 e moravam com familiares. Uma (1) vivia com uma renda de um salário-mínimo mensal e duas (2) declararam a renda pessoal de duzentos e trinta e cinco reais que corresponde ao valor recebido pelo Programa Social Federal Bolsa Família³.

De acordo com as informações, 92,4% dos titulares da Bolsa Família são mulheres (BRASIL, 2018). Esse programa de mínimos sociais tem objetivo de combate à pobreza através de um auxílio financeiro de origem Federal para famílias pobres previamente selecionadas, cujo vetor de mobilização são as mulheres, agora na função de legítimas provedoras do uso de recursos escassos. A identificação das mulheres como as beneficiárias nominais da transferência, na perspectiva de que, no âmbito das relações de gênero, as mulheres promoveriam um uso mais eficiente e efetivo de um recurso relativamente pequeno alocado à família, evitando, assim desperdícios e usos indevidos (LAVINAS; COBO; VEIGA, 2012).

Há de se considerar que o salário pessoal e familiar interfere diretamente no acesso aos serviços e cuidados pré-natais. Uma mulher grávida que possui baixa renda, provavelmente terá limitações quanto à alimentação e tratamento caso necessite, além de outros bens necessários à sua saúde.

² Salário-mínimo vigente é de R\$ 1.045,00 (mil e quarenta e cinco reais).

³ Valor correspondente ao bolsa família corresponde a R\$235,00 (duzentos e trinta e cinco reais).

No que se refere à situação conjugal, quatorze (14) conviviam com os parceiros. Dessas, doze (12) relataram viver em regime de união consensual e duas (2) eram casadas; três (3) afirmaram “namorar”, ou seja, possuíam um relacionamento afetivo e sexual, mas sem coabitação e oito (8) estavam separadas dos seus parceiros, residindo sozinhas ou na casa de familiares (mãe, irmã ou outros parentes próximos). Os motivos para a separação foram: três (3) por sucessivos desentendimentos desencadeados pela descoberta do diagnóstico da sífilis no pré-natal, uma (1) pela descoberta do diagnóstico da SG, (1) pelo parceiro ter desaparecido após se confirmar a gravidez e (2) pela vivência da violência física pelo parceiro. Dessas, uma (1) participante relatou que mantinha relacionamentos extraconjugais apesar de manter relações com o pai do recém-nascido.

Houve uma variação quanto ao tempo de convivência com os parceiros. As que referiram conviver com os parceiros o tempo variou entre um (1) ano e doze (12) anos. Para as oito (8) que estavam separadas, o tempo de convivência variou entre seis meses e três anos com último parceiro. Dentre as que se declararam namorando, o tempo variou de um (1) a dez (10) anos de relacionamento. Todas as mulheres do estudo se declararam heteroafetivas.

Mais de um terço das uniões no Brasil são consensuais, sem casamento civil ou religioso. De acordo com o último levantamento divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2014) houve um aumento de 28,6% deste tipo de relacionamento, em 2000, para 36,4% para o ano de 2010, último Censo divulgado. Esse mesmo estudo mostra que a união sem formalização é mais frequente em classe social mais baixa, representando 48,9% das ligações na população com rendimento de até meio salário-mínimo, entre brasileiros de até 39 anos.

No que diz respeito à idade dos homens, variou entre 17 e 47 anos. Ao relacionar o perfil etário das entrevistadas e de seus parceiros íntimos, foi possível identificar que dois (2) possuíam idade inferior ao das mulheres. Os demais (23) tinham idade superior ou igual ao das entrevistadas. Estudo realizado numa Delegacia Especial da Mulher (DEM) no estado do Paraná com objetivo de caracterizar o perfil dos homens autores de violência contra a mulher, cuja idade dos agressores variou entre 18 e 66 anos, contudo prevaleceu a faixa etária adulto jovem, tendo a faixa de 20 a 29 anos, a maior representação (45,4%), seguida de 40 a 49 anos (22,3%), onde 65,4% eram financeiramente dependente do agressor. Esses dados corroboram com nossos resultados quando apontam que a prevalência da violência de gênero é maior quando os agressores possuem uma idade maior que a das mulheres e dependem financeiramente deles (MADUREIRA et al., 2014).

Em relação à ocupação dos homens, a maioria (11) estava desempregado, um (1) era estudante e (1) presidiário. No grupo masculino, existiam nove (9) homens que exerciam funções laborais no setor de serviços, ocupando postos com baixa remuneração, tal como no caso das mulheres. Nesse mesmo grupo, (1) deles era mecânico, (1) autônomo e (1) microempreendedor. Por fim, dois (2) eram policiais militares.

Embora nesse estudo não tenhamos verificado a escolaridade dos homens, os estudos revelam que a baixa renda e a escolaridade masculina são consideradas fatores de risco para as mulheres. Estudos afirmam que homens desempregados são os que mais perpetram maus tratos às mulheres (GRIEBLER; BORGES, 2013; SILVA; COELHO; NJAINE, 2014).

Estudo retrospectivo numa cidade da região sul do Brasil sobre o perfil dos agressores detidos numa Unidade Policial para crimes contra mulheres era exclusivamente do sexo masculino, com predomínio de adultos jovens, com baixa escolaridade e que exerciam trabalho remunerado no setor de serviços (MADUREIRA et al., 2014). Essa realidade também foi evidenciada em outro estudo numa Delegacia de Proteção à Mulher em Florianópolis, Santa Catarina, onde os infratores tinham idade média de 40 anos, com variação entre 23 e 78 anos; 40% com ensino fundamental incompleto (DEEKE et al., 2009).

O apêndice G apresenta o histórico sexual e reprodutivo das mulheres entrevistadas. Quanto ao histórico sexual das vinte e cinco (25) mulheres, verificamos que a maioria (15) referiram sexarca aos 15 anos de idade ou com idade inferior. Duas (2) delas tiveram sua primeira experiência sexual vivenciada por estupro, sendo uma (1) delas com idade inferior a 14 anos. As outras (10) participantes, tiveram sua primeira experiência sexual a partir dos 16 anos de idade.

Ressalta-se que a legislação brasileira caracteriza como estupro de vulnerável, a prática de atos de conotação sexual ou conjunção carnal, em que a vítima é menor de 14 anos, mesmo que tenha sido realizado, com a permissão da mulher. Isto significa, que mesmo sem a conotação de abuso ou violência, alegando um consentimento da vítima ou mediante o envolvimento amoroso com ela, o crime de estupro de vulnerável estará configurado (BRASIL, 2009).

Estudos apontam que os casos de sífilis vêm aumentando no Brasil na população mais jovem, de 13 a 29 anos e que os dois principais fatores de risco são as práticas sexuais sem uso de preservativos e a sexarca em idade precoce (JALKH et al., 2014; CANTOR et al., 2016). Ademais, a precocidade aumenta as chances de a mulher engravidar, pois

implica em maior número de vezes de relações sexuais desprotegidas, uso inconsistente de métodos anticoncepcionais e favorece o abandono escolar, o que possibilita a dependência financeira e a torna susceptível à violência e às IST (LARA; ABDO, 2015). Neste estudo, uma (1) entrevistada afirmou que a gestação foi planejada.

Em relação à paridade, a maioria (17) das mulheres eram primigestas, três (3) tinham quatro filhos, caracterizando-se múltiparas, e duas (2) tinham cinco filhos ou mais, sendo grandes múltiparas, possuindo uma situação obstétrica especial, pois todas as participantes que apresentaram esse perfil de multiparidade tinham 30 anos de idade ou menos. Este histórico obstétrico pode representar risco materno e perinatal, em função da possibilidade de a mulher desenvolver hipertensão arterial, partos prematuros, ruptura uterina, entre outros (BRASIL, 2012; MONTENEGRO; REZENDE, 2013). Acrescidos a estes, existem as repercussões da violência na saúde reprodutiva dessas mulheres (DE OLIVEIRA et al., 2015; CARNEIRO et al., 2016).

Todas as participantes negaram a existência de outras IST anteriores. Esse resultado vai contra um estudo que mostrou a prevalência de mulheres adquirirem—infecções concomitantes durante a vida devido ao histórico de baixa escolaridade, baixa renda familiar, não exercer atividade remunerada, ou se submeter a ocupações de baixa remuneração, ser mais jovem, na maioria das vezes sem companheiro fixo e dificuldade de negociação no uso do preservativo masculino durante as relações sexuais (SANTOS et al., 2017).

Diante disso, considera-se que a negação sobre ter tido ou não alguma IST pode estar relacionada a vergonha e medo de confidenciar algo que elas possam ser julgadas. Ciriaco, et al. (2019) afirmam que muitas mulheres temem falar sobre temas que as exponham com os profissionais, tais como a gravidez não desejada, abortos, IST, assim como confidenciar suas dúvidas e presença de sinais e sintomas em seu corpo, fato que justifica muitas vezes, a reduzida busca do serviço de saúde para realização do exame ginecológico e a falta de percepção ao risco de contrair alguma doença, o que levam essas mulheres a estarem mais expostas.

No que tange ao aborto, somente uma (1) mulher referiu ter vivenciado a experiência do aborto, sendo classificado por ela como espontâneo. Merece destaque o fato de termos observado a resistência das mulheres em responder também a esse questionamento. O aborto é uma prática muito comum entre as mulheres brasileiras e representa a quarta causa de morte materna obstétrica direta, sendo considerado um grande problema de saúde pública (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2016).

Pesquisa Nacional de Aborto (PNA) de 2016, mostra que das 2.002 mulheres alfabetizadas entre 18 e 39 anos, 13% já realizou pelo menos um aborto inseguro, uma proporção semelhante à da PNA 2010 (15%). Cabe destacar, que muitas têm ciência que o aborto inseguro é considerado crime em nosso país, com pena prevista de 1 a 4 anos de reclusão e sempre representa um tema de difícil abordagem.

Estudo realizado entre 2000 a 2011 no estado de Minas Gerais, que tratou da morte materna geral e específica, revelou que foram registrados 183 óbitos por aborto, que totalizou 15% dos óbitos maternos naquele período. Esse percentual reforça a permanência de práticas clandestinas de aborto no Brasil, que se configura como um grave problema de saúde pública (MARTINS et al., 2017).

Os resultados da caracterização das participantes apontam para as diversas situações vivenciadas em seu ambiente externo, o que pode comprometer a sua saúde física, mental, sexual e reprodutiva. Isto significa, que influencia diretamente no seu ambiente interno, propiciando a ruptura da totalidade.

4.1.1 Categoria 1 – ambiente externo e interno da mulher que teve um recém-nascido com sífilis congênita e sua relação com parceiro íntimo

No cotidiano das mulheres que tiveram SG foi identificado que o ambiente externo foi marcado por diversos aspectos relacionados a comportamentos de risco, uso de drogas lícitas e ilícitas, sífilis e violência de gênero na família, especialmente às vivências com o parceiro sexual, que para a maioria foi conflituosa. Desta forma, o ambiente externo configurou-se como um cotidiano no qual prevaleceram as desigualdades e a violência de gênero.

O ambiente é o contexto social onde o indivíduo interage constantemente e do qual, participa ativamente e que, a teórica de enfermagem que sustenta esta investigação (LEVINE, 1989), afirma que o ambiente está dividido em externo e interno. Uma ruptura na interface entre esses ambientes poderá representar um desafio por trazer perturbações à sua totalidade, considerada a saúde integral (TEIXEIRA, 2013).

Nesta primeira subcategoria, trataremos o ambiente externo da mulher, sua relação com as antigas parcerias sexuais, família e comportamentos que fizeram parte de suas vivências e entendendo os aspectos envolvidos nesse ambiente que contribuíram para as suas vivências atuais e favoreceram para o seu desequilíbrio biopsicossocial, que desencadearam em comportamentos que propiciaram a SG e transmissão vertical.

A segunda subcategoria abordará o ambiente interno, que conceitua os aspectos fisiológicos e patológicos (op. cit., 1989). Nesse estudo, os aspectos fisiológicos são considerados a gravidez da mulher, que se torna patológica com a sífilis, propiciando ruptura da sua totalidade, ou seja, a perda da saúde integral.

4.1.1.1 Subcategoria 1.1 - ambiente externo da mulher que teve um recém-nascido com sífilis congênita e sua relação com parceiro íntimo

Nesta subcategoria discutiremos as vivências das mulheres que tiveram o diagnóstico de sífilis gestacional na última gravidez.

Os resultados dessa investigação identificaram que as características das mulheres que foram diagnosticadas com sífilis em algum momento da vida e na última gravidez, são de jovens, autodeclaradas pardas ou pretas, possuem baixa renda e escolaridade, culminando em atividades laborais com baixa remuneração, muitas vezes aquém de um salário-mínimo. Levine (1989) ressalta que a interação entre o indivíduo e o seu ambiente é um processo ordenado, cuja consequência resulta no produto de características do ser individual, influenciado pelos fatores externos.

Estudos brasileiros ratificam os resultados, quando apontam que o perfil epidemiológico de mulheres com sífilis, com desfecho na SC, possui as mesmas características, como ser da cor parda, ter baixa escolaridade, idade entre 20 e 30 anos (CABRAL et al., 2017; LIMA; MOSELLE; GAVINHO, 2018; BOTTURA et al., 2019).

4.1.1.1.1 *O ambiente externo da mulher antes gravidez atual*

Nessa subcategoria serão discutidos os resultados que se referem às vivências das mulheres entrevistadas, antes de sua última gravidez.

O desconhecimento da sífilis, pelo fato do não interesse da própria mulher sobre a doença ou por meio da orientação profissional não esclarecedora, muitas vezes se fez presente nos relatos das mulheres da presente pesquisa, visto que a maioria (15) afirmou não conhecer a doença e as demais, ouviram falar algo sobre a sífilis em algum momento da vida. Contudo, não reconheciam as suas manifestações clínicas, formas de prevenção e transmissão da doença, conforme evidenciado pelas seguintes falas:

Não sei o que é. M10

Só sei que é uma doença que você pega através do sexo. Não sei te explicar não. M12

É uma doença que pega pelo sexo, só isso. M11

Não sei te explicar direito não. M18

Sei que é uma doença sexualmente transmissível. M20

Por razões multifatoriais, como a falta de educação, acesso aos serviços de saúde, condições de vida à margem da sociedade, entre outros, a população em geral continua sem conhecer a doença, seus riscos e sua prevenção (JUNIOR; FREIRE; FERNANDES, 2016). Observa-se assim, que como a sífilis apresenta sinais e sintomas que passam muitas vezes despercebidos, ela não é vista como uma doença, dificultando assim o tratamento e entendimento sobre sua transmissão. Diante dessa afirmativa, segue depoimento dessa participante:

Olha eu não sei muito. Só sei que é horrível, mas em mim não apareceu machucado nem nada. M24

Os resultados apontam que a maioria (18) das entrevistadas, referiu a não utilização do método de barreira como forma de prevenção de IST e gravidez.

[...] aí aconteceu, porque eu não usava camisinha. M20

Não usava camisinha por escolha mesmo. M23

Não uso, porque eles sempre reclamam. M10

Essas expressões nos fazem deduzir que as entrevistadas não reconheciam a importância do uso do preservativo no ato sexual, assim como, tiveram dificuldade de negociar o uso do preservativo com o parceiro sexual. Estudos ratificam esse resultado quando revelam que a proporção de mulheres que utilizam o preservativo em todas as relações sexuais é bastante baixa (PINTO et al., 2018; LANNES; GONZAGA, 2018).

Ademais, estudos de acordo com a OMS (2015) e Loeffen et al. (2016) afirmam que as mulheres que convivem com parceiros violentos, possuem dificuldade de planejar a gravidez e tornam-se vulneráveis também, aos abortos provocados, patologias ginecológicas e ao aumento do risco de infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis. Isto significa dizer, que os homens que se recusam a utilizar o preservativo e não há a permissão deles para o uso do preservativo, fica evidente a influência das questões culturais associadas à dominação masculina, reflexo da sociedade patriarcal.

As demais (7) referiram utilizar o preservativo, mesmo que de forma inadequada para prevenir a gravidez, mas não para as IST, de acordo com as falas a seguir:

Anticoncepcional oral. Eu usava sim, mas depois acabei parando. Camisinha nem sempre. M17

Eu tomava só a pílula mesmo, mas parei. M19

Tomava remédio, pílula, e camisinha às vezes. Aí eu me esqueci de tomar remédio, aí engravidei. M22

Esses relatos evidenciam que tanto o preservativo como os métodos contraceptivos, eram utilizados de maneira irregular. Depreende-se que a infecção pela sífilis ocorreu pelo não reconhecimento da mulher em relação aos riscos à sua saúde e o não uso de camisinha. Para elas muitas vezes se trata de um “risco controlado” pela aparência da saúde do parceiro e da fidelidade conjugal. A gravidez para essas mulheres, não foi desejada e aconteceu porque não tiveram meios de impedi-la ou pelo desconhecimento do uso correto dos métodos. Acrescenta-se a isso, a baixa escolaridade das participantes evidenciada no nosso resultado que favorece a falta de decisão sobre métodos eficazes para evitar a concepção e a transmissão de infecções sexuais.

Estudo realizado com mulheres grávidas adolescentes na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro ressalta que há associação entre o baixo nível de escolaridade e o fato do não uso ou do uso inadequado de métodos contraceptivos, sujeitando às mulheres a risco bastante elevado de experimentar uma gravidez indesejada (SILVA et al., 2015).

Sobre a sífilis adquirida, os resultados mostraram que quatro (4) participantes tinham se contaminado em relacionamentos anteriores. Essas mulheres reconheceram o contágio anterior, de acordo com as falas a seguir:

Eu com certeza peguei de uma pessoa antes, eu sei quem é, mas não tenho mais contato. M4

Quando eu namorava o outro eu usava preservativo, com certeza a camisinha furou e eu peguei [sífilis] dele. Porque meu marido fez teste antes de eu ficar grávida e ele não tinha. M11

Porque eu sei que foi eu que passei para o meu marido, veio da minha relação anterior. M14

Esses relatos evidenciam que as mulheres tinham a certeza de que o parceiro atual não foi o responsável pela transmissão da sífilis, o que nos leva a acreditar que nos relacionamentos anteriores as participantes estabeleceram um sentimento de confiança afetiva pelo parceiro, que por sua vez a levaram à prática do sexo desprotegido.

Vale ressaltar que das cinco (5) entrevistadas caracterizadas como múltiparas/grandes múltiparas, três (3) revelaram o diagnóstico da sífilis na gravidez anterior.

Eu tive sífilis no meu primeiro filho, na segunda (gestação) não tive, na terceira tive também [...]. M2

Eu já tive sífilis na minha segunda gravidez também [...]. M8

Já tive sífilis sim. Tenho quatro filhos, os dois mais velhos são do mesmo pai desse meu último. O meu terceiro filho foi de outra pessoa, e eu não tive sífilis [...]. M10

Estudo realizado numa maternidade em Porto Alegre, mostra que dos 318 bebês internados com SC, 182 eram filhos de mulheres com histórico de gravidezes anteriores com diagnóstico de SG (HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2014). Nesse sentido, vale a reflexão acerca das reinfecções pela sífilis, onde geralmente permeia relacionamentos extraconjugais, seja pelo parceiro ou pela própria mulher. A participante (M2) relatou ter o mesmo parceiro em todas as gestações, enquanto (M8) já se encontrava em um novo relacionamento e (M10) havia reatado o relacionamento há pouco tempo.

Foi observado que as entrevistadas tiveram vários parceiros sexuais ao mesmo tempo e que nem sempre foi utilizado método de proteção, conforme os relatos que se seguem:

Já tive relações com uns três na mesma época, mas não namorava ninguém. Só ficava. Foi na época que eu era mais jovem [...]. Ihhh foram bastantes, não sei a média. M12

Eu já tive relação com muita gente ao mesmo tempo, eu era solteira então ... beleza. Nem sempre usava camisinha. M13

[...] já houve época de eu ter mais de um parceiro, ao mesmo tempo, mas eu era solteira e não era nada sério! Nem sempre eu usava camisinha. M16

Essas expressões revelam que as participantes tiveram um comportamento considerado de risco, com múltiplos parceiros. Dessa forma, a existência de multiplicidade de parceiros pode ser um fator de risco para a maior probabilidade de contágio da sífilis, outras IST e a gravidez, especialmente se não há a utilização de preservativo como forma de proteção.

Nesse sentido, a OMS (2016) alerta que para prevenir as IST, tais como a sífilis, há necessidade de uma reflexão quanto a comportamentos que evitem a vulnerabilidade do

contágio, como reduzir o número de parcerias sexuais. Sabe-se que apenas o número não reduzido de parcerias sexuais por si só não quer dizer que o indivíduo venha se contaminar por alguma IST, visto que o fato mais relevante desse contexto é a adoção de uma prática sexual com o uso de métodos seguros de proteção.

Estudo de Bezerra et al. (2019), aponta que os profissionais de saúde da AB reconhecem a multiplicidade de parceiros das mulheres como um desafio social que repercute no cuidado prestado e na saúde da mulher, uma vez que esse comportamento poderá ter impacto na morbidade e mortalidade materna e neonatal, uma vez que a sífilis mesmo sendo uma IST que tem cura reconhecida, muitas das vezes passa despercebida até mesmo entre gerações.

Acrescenta-se a isso, a possibilidade de uma gravidez não planejada ter a consequência uma atitude violenta por parte do parceiro, que não deseja o filho (OMS, 2016). Destaca-se que relacionamentos casuais e sem vínculo afetivo, acentua o sentimento da não responsabilidade e afeição paternal do parceiro sobre a gravidez (CARNEIRO et al., 2016).

Neste contexto, nossos resultados revelam que uma (1) participante referiu ter vivenciado a experiência do aborto, sendo conceituado por ela como espontâneo. É imperioso destacar que temas que envolvem sexualidade e sexo costumam trazer constrangimento à pessoa, o que, em parte, pode remeter à forte conotação moral, limitando discursos das mulheres, em especial sobre essa temática. Ademais, o aborto inseguro em nosso país é considerado crime, motivo pelo qual muitas mulheres evitam falar sobre esse tema.

A SG não tratada ou tratada inadequadamente pode levar a transmissão da SC evoluindo para o aborto espontâneo, natimorto, neomorto e óbito perinatal, porém no caso específico desse estudo uma única participante (M24) que confirmou o aborto também revelou o desconhecimento da gravidez na época e só soube da gravidez em si ao vivenciar o abortamento espontâneo diagnosticado no hospital em que buscou assistência, contudo a participante negou o diagnóstico da sífilis em gestações anteriores.

O reconhecimento de uma gestação somente na ocasião de um abortamento chama atenção sobre a importância do planejamento e práticas do sexo seguro com a utilização de métodos contraceptivos, uma vez que o desfecho pelo aborto poderá aumentar o risco de morte materna por causa direta.

Sobre a adoção de comportamentos de risco associados à prática sexual desprotegida, ratificamos a escola como uma das principais responsáveis em incentivar a

formação do indivíduo no desenvolvimento de opiniões e comportamentos relacionados à sexualidade, através da inserção da educação sexual, podendo ser compreendida como um processo contínuo de ensino e aprendizagem de maneira formal, a fim de evitar a gravidez indesejada, aborto e IST (FURLANETTO; LAUERMANN; MARIN, 2018).

Estudo realizado em duas escolas da cidade de Leopoldo/MG com o objetivo de caracterizar o acesso e a qualidade da informação recebida sobre sexo e sexualidade nos contextos familiar e escolar, a partir da perspectiva dos alunos teve como resultado o uso inconsistente de preservativo por 40% dos estudantes, sugerindo então uma lacuna entre a transmissão de informações sobre sexo e sexualidade (FURLANETTO; MARIN; GONÇALVES, 2019).

Os resultados revelaram que sete (7) participantes da pesquisa estavam na faixa etária que corresponde à adolescência e corroboram com o fato apresentado acima, no que tange ao não uso do método de barreira nas relações sexuais.

Nunca usei nenhum método. M3

Não, nunca usava camisinha. Só pílula do dia seguinte. M4

[...] aí aconteceu, porque eu não usava camisinha. M19

Estes relatos podem expressar a falta de conhecimento sobre educação sexual e a fisiologia do corpo, em especial o sistema reprodutivo. Situação que reflete a problemática atual quando tratamos de uma população mais jovem, como os adolescentes e o não uso do preservativo, pois apesar da população juvenil demonstrar ter mais acesso à informação em relação à prevenção, utilizar o preservativo no momento do ato sexual é outra história.

Oliveira et al. (2015) revela que nos últimos anos o aumento de contaminação por IST vem crescendo no Brasil, particularmente entre os adolescentes, em função do não uso de preservativo. De acordo com a OPAS e MS, a adolescência compreende as idades entre os 10 e os 19 anos e representa uma etapa de passagem da infância para a vida adulta (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; BRASIL, 2017).

Essa “transição” para a vida adulta que há entre os adolescentes caracteriza uma acelerada necessidade de viverem novas experiências, muitas das vezes de forma impulsiva, como a prática do sexo desprotegido, que os torna vulneráveis à gravidez indesejada e precoce, além da exposição às IST como a sífilis (PORTELA; ARAUJO, 2013).

A enfermeira, profissional capacitada na sua formação e diretamente envolvida na AB, tem a oportunidade de promover atividades de educação em saúde com relação aos

temas ligados ao ciclo reprodutivo, como o planejamento reprodutivo, sexualidade, uso consciente de contraceptivos, preservativos, IST, dentre outros temas. O acesso a informações empodera, pois a partir do conhecimento apreendido é presumível uma tomada de decisão consciente perante circunstâncias que venham se apresentar ao longo da vida do indivíduo (RODRIGUES et al., 2016; VASCONCELOS et al., 2017). Sobre a sífilis, essas abordagens educacionais na saúde incentivam comportamentos proativos, que poderá contribuir significativamente para a adesão correta ao tratamento e segmento da doença.

Costa et al. (2016) reforça a importância de trabalharmos com as práticas de educação em saúde discutindo a realidade com exemplos do nosso cotidiano, considerando as vivências e o nível de compreensão do usuário. A oportunidade possibilita melhor interação do público-alvo, principalmente quando se trata dos adolescentes e jovens.

No quesito educação sexual, Furlanetto, Lauermann e Marin (2018) afirmam que durante a vida existe a vivência classificada como informal, cujo processo é global e ocorre de forma deliberada desde o nascimento, a partir das experiências do cotidiano, por meio da comunicação e transmissão de valores do contexto social e familiar, com repercussão direta ou indireta sobre a vida dos indivíduos.

Levine (1989) afirma que o ambiente externo é influenciado pela cultura, crenças religiosas, cognição, linguagem e ideias, consistindo na capacidade do ser humano de reflexão e vivência na experimentação de emoções e valores no modo de vida, a partir da relação com o outro, significa que o indivíduo é um produto de todas as relações com o meio em que vive.

Destaca-se que a maioria das entrevistadas eram adultas e apresentavam comportamentos de forma semelhante quando mais jovens com relação a falta de prevenção, reforçando os conceitos de Levine (1989, 1990, 1991), no que se refere aos valores e conhecimento adquiridos ao longo da vida e que tem influência nas atitudes na vida adulta.

Verificamos que pessoas próximas, como familiares das entrevistadas foram portadores de sífilis, de acordo com os relatos abaixo:

Soube que minha mãe teve sífilis em alguma das gestações dela, e essa irmã nasceu bem ruinzinha [...]. M11

A minha prima teve sífilis. Ela descobriu antes de engravidar, mas não ligou para isso, nem tratou [...]. M23

Tenho uma irmã que também teve sífilis na gestação da filha dela, mas ficou como um segredo de família. M25

Os relatos evidenciam que a sífilis esteve presente na família das mulheres entrevistadas. Esse modelo de repetição de comportamentos também pode ocorrer quando relacionado às infecções. No caso específico da sífilis podemos considerar o conceito de transgeracionalidade da sífilis (VEIGA, 2018), que atravessa gerações e se mantém como um padrão a ser seguido, naturalizado para muitas famílias (COLOSSI; MARASCA; FALCKE, 2015). Desta forma, orientar as mulheres quanto aos riscos da doença e a sua prevenção, poderá diminuir consideravelmente a perpetuação de padrões de comportamento dentro das famílias.

Estudos apontam importantes dificuldades para abordar esses temas com os filhos, que incluem o sentimento de constrangimento, o desconhecimento sobre como e quando conversar sobre o assunto e barreiras advindas das próprias vivências sexuais dos pais, que podem ter sido mais repressoras, além das questões sociais, que ilustram um cenário de dificuldade de apreensão de informações e revertê-las em comportamentos mais seguros (SAVEGNAGO; ARPINI, 2016; SELOILWE et al., 2015).

As transmissões referentes aos valores, crenças, religião e hábitos familiares são parte da estrutura do núcleo familiar, sendo os pais e mães modelos de espelhamento e identificação para seus filhos. Essa reflexão nos leva ao entendimento de que a transgeracionalidade no contexto familiar é inevitável (BOTTON; CÚNICO; BARCINSKI; STREY, 2015).

Levine (1989) afirma que, em relação ao conhecimento de um ambiente perceptivo, tudo que o ser humano vivencia no seu mundo externo, ele capta e introjeta podendo levar a experiência vivida para a vida futura. Nesta perspectiva, os relatos foram claros em relação ao uso de drogas lícitas e ilícitas entre os familiares. Situação esta que evidencia quando as entrevistadas afirmam conviver em um ambiente familiar na infância e registram no seu sistema sensorial o cotidiano negativo, repercutido na sua vida como um modelo a ser seguido de forma natural e que favoreceu a perpetuação de padrões, conforme as falas a seguir:

Meu pai sempre usou, fumou e bebeu muito [...]. M13

Lá em casa, todos sempre usaram cigarro, maconha às vezes. M19

Os relatos revelam que a perpetuação não se fez somente com o uso de drogas lícitas e ilícitas, mas também houve a presença da violência intrafamiliar nesse ambiente.

[...] quando eu era criança meu pai batia muito na minha mãe, eles se batiam, era um relacionamento violento dos dois, ele bebia muito também. M4

Eu e minha irmã não falamos com ele[pai] até hoje. Ele bebia muito e batia na minha mãe sempre, uma vez esfaqueou ela várias vezes. Tanto que a minha mãe é cheia de marca de faca, no olho, nas costas. M21

Os relatos evidenciam as relações agressivas, com tentativas de feminicídio entre os pais das entrevistadas. Considera-se que o uso do álcool e as drogas ilícitas não são os principais responsáveis pela violência de gênero, mas são potencializadores desse fenômeno da violência. O contexto familiar violento vivenciados pelas participantes, quando crianças e adolescentes, estão associados ao abuso de bebida alcoólicas e outras drogas (VIEIRA et al., 2014; TAKAHARA et al., 2017).

Violência intrafamiliar conceituada como “toda ação de omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família” (BRASIL, 2002) é entendida como um fenômeno que está presente em todas as classes sociais.

A Constituição Federal (1988) considera que a família representa a união entre pessoas que possuem laços sanguíneos, de convivência e baseados no afeto abrangendo diversas formas de organização fundamentadas na relação afetiva entre seus membros. A família também tem papel de aconselhar o indivíduo e subsidiá-lo no desenvolvimento de opiniões e comportamentos. É no âmbito familiar que serão transmitidas, de distintas formas, as primeiras noções de valores morais, de respeito ao próximo, comportamento sexual, entre outros (FURLANETTO; LAUERMANN; MARIN, 2018).

Nessa perspectiva, todos os membros da estrutura familiar sofrem as consequências da violência gerada pelo uso abusivo do álcool. Considera-se que as crianças e adolescentes sejam as mais vulneráveis, uma vez que testemunhem a violência presente no seio da família poderão reproduzi-la futuramente. Quanto mais intensa a violência física ou verbal em situações que envolvem alcoolismo, mais graves serão os prejuízos causados na infância, já que poderão repercutir na saúde mental quando se tornarem adolescentes e adultos, podendo influenciar na capacidade de perpetrarem ou aceitarem a violência (OMS, 2002).

As participantes afirmaram viver em um ambiente familiar violento na infância e adolescência e que repercute esse padrão na vida adulta.

O meu pai batia muito na minha mãe, eu ficava meio que largada na rua. M10

Eu gosto da minha mãe, mas a minha mãe já é falecida e meu pai eu não conheço. Minha mãe morreu com uma infecção na urina, por causa da facada que ela levou do ex-namorado. É porque ela não queria mais ficar com ele, aí ele foi lá em casa e deu facada nela! M13

Observa-se que a violência doméstica e intrafamiliar fez parte da vida de onze (11) entrevistadas. Ressalta-se que a família no senso comum, é um ambiente seguro, e para essas mulheres, o conviver no ambiente familiar foi sofrido e deixou marcas que possivelmente refletirá em suas vidas.

Revisitando a Teoria, Levine (1989) destaca-se que as diversas situações que o ser humano vivencia no seu ambiente externo, acaba por captar e apreender, podendo deixar marcas que influenciarão a vida futura.

A violência intrafamiliar e doméstica integra o contexto da violência contra a mulher, porém cada uma tem sua própria definição, apesar de existir semelhanças. A Lei Maria da Penha (Lei n. 11.340, 2006) define a violência intrafamiliar como “dentro do âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa”. Já a violência doméstica, “ocorre em espaço domiciliar, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas”.

Podemos trazer como exemplo de uma mulher que conviveu com uma mãe em situação de violência ao longo da vida e acaba por conviver em um ambiente violento em seu lar de forma natural aceitando com mais naturalidade a convivência agressiva em seus relacionamentos ou não e desejar não repetir esse padrão na sua vida.

[...] toda a vez que a gente brigava, ele queria me bater, aí eu terminei de vez. Não quero ficar igual a minha mãe. M17

Este relato revela que a violência existente no interior das famílias e na sociedade é sustentada pela desigualdade entre gêneros, no que diz respeito ao aspecto que, para determinar estereótipos do homem, ele precisa ser o dominador, forte, controlador e essas características o torna também, agressivo, podendo levá-lo a situações de violência de gênero (DI GIACOMO et al., 2017).

De acordo com Levine (1989), o indivíduo é influenciado pela cultura e ideias que fazem parte do seu sistema de valores da toda sua vivência. Desse modo, mulheres que viveram um contexto familiar de conflitos na infância, poderão ter mais dificuldades na vida adulta para combater situações diferentes das que ela reconhece como intrínseco à vivência de uma mulher, e isso poderá refletir no seu cotidiano conjugal.

As participantes relataram que nem sempre houve uma vivência harmoniosa com seus ex-parceiros:

Eu já sentia medo dele, porque ele não queria que eu me separasse. Me ameaçava disso e daquilo M12

Já sim, com meu primeiro namorado, ele era muito ciumento, tinha muito ciúme de mim. Ele não queria deixar eu sair sozinha. M15

[...] Era muito ruim, ele me perseguia. Foi uma luta eu conseguir me livrar dele. M20

A presença da violência psicológica existente nos relacionamentos das mulheres das participantes e que foram representadas pelo ciúme excessivo, perseguição e ameaças, podem repercutir diretamente na sua saúde mental e autoestima. É um tipo de violência que não se apresenta através de lesões visíveis, entretanto deixam marcas no emocional que poderão trazer repercussões relevantes na vida da mulher (BRASIL, 2006).

Esses depoimentos demonstram que a violência psicológica sofrida em relacionamentos anteriores, acabam por registrar no seu sistema sensorial esse passado negativo, podendo repercutir no relacionamento atual como um modelo a ser seguido (LEVINE, 1989).

Houve relatos da prática de infidelidade por parte do ex-parceiro íntimo:

No meu relacionamento anterior, meu parceiro era muito ciumento, e eu acho que era pelo fato do medo de eu descobrir que ele tinha uma esposa, e eu que era a outra e não sabia! M14

Ele sempre teve várias mulheres. Ficava mal com isso, mas resolvi acabar para parar de sofrer. M24

As situações evidenciam que, culturalmente, o homem considera perdoável e natural suas traições conjugais, uma vez que a infidelidade muitas vezes é aceita pela mulher, e vista como sendo um comportamento pertinente à sexualidade masculina.

Tal situação, pode se configurar como mais uma agressão contra a mulher, pois o fato da descoberta do relacionamento extraconjugal do parceiro, no momento da gestação, poderá fragilizar ainda mais a sua autoestima.

A violência física também foi revelada pelas mulheres em relacionamentos anteriores, como os que se seguem:

Meu primeiro, ele me empurrava quando ficava nervoso comigo, ou por qualquer outra coisa [...]. M1

Já sim, há bastante tempo antes, a gente já namorava. Aí ele não me respeitava, era muito ruim. Ele não chegou a me agredir e eu ficava muito triste. Minha família me ajudou quando me separei dele. M9

Tinha muito medo. Uma vez me deu uma banda e cai no chão. Tinha muita vergonha também. Mas eu prefiro guardar isso pra mim e deletar. M17

No cotidiano dessas mulheres ficou claro a presença de um relacionamento agressivo. A violência física caracteriza-se por violação da integridade física corporal, e pode se manifestar através de agressões físicas, com uso ou não de objetos (BRASIL, 2006).

Os resultados apontam que vivenciaram a violência sexual em relacionamentos anteriores. Destaca-se que essa forma de violência é definida como uma variedade de situações que envolvam a penetração oral, vaginal ou anal por pênis ou outro objeto, de forma forçada, carícias não desejadas, estupro, assédio sexual, abuso incestuoso, proibição de métodos contraceptivos, prostituição forçada, aborto entre outros (BRASIL, 2006).

Acho que quando eu ia lá ter relação (sexual) às vezes eu me machucava, e ele forçava, não queria saber [...]. M10

Eu pedia a camisinha, mas na hora ele nunca colocava [...]. M17

Essas falas expressam que a violência sexual existiu, mas que nem sempre era identificado por elas, como uma situação que representava uma coerção que evidenciava uma relação assimétrica, onde prevalecia o desejo do homem. Destaca-se que essa forma de violência é difícil de ser identificada pelas mulheres, especialmente as que possuem relacionamentos estáveis, uma vez que está implícito que os atos sexuais devem ser uma obrigação conjugal (TEIXEIRA et al., 2015).

Depoimento de M11 evidencia uma sobreposição das formas de violência, onde ocorreu a violência sexual seguida da violência psicológica:

[...] a gente sempre ia para as festas, um dia ele me chamou pra ir para um bloco de carnaval, eu fui. [...]Aí ele trancou o carro, apontou a arma pra mim e disse que se eu não fizesse com ele, ele poderia jogar meu corpo ali mesmo que ninguém ia saber. Aí ele

ficou me ameaçando, aí eu não tive o que falar, aí ele fez aquilo comigo, eu fiquei toda suja porque eu era virgem. M11

Essa fala deixa claro a humilhação e o medo da mulher diante da situação vivenciada. Fato emblemático no que se refere a agressão masculina, deixando claro o estupro da mulher, seguido da ameaça de morte do próprio parceiro.

O impacto negativo da violência sexual é refletido em danos imediatos e a longo prazo, e são agravados pela sobreposição de violências sofridas (OMS, 2012). Estudo realizado em duas universidades dentro do estado de São Paulo identificou um maior percentual de violência sofrida pelas mulheres quando ocorre a combinação da violência psicológica com a sexual (23,5%), seguida da violência psicológica, física e sexual (15,8%) (FLAKE et al., 2013).

A violência patrimonial é uma das faces ainda pouco visibilizadas da violência de gênero. Este tipo de violência é bastante comum quando a mulher manifesta o desejo de romper a relação, e o agressor, como forma de punição ou coerção, destrói ou subtrai objetos pessoais ou documentos da vítima ou até mesmo dos filhos (BRASIL, 2006).

Nesta pesquisa uma (1) participante reconheceu ter vivenciado esse tipo de violência, depoimento de M12 revela que a violência patrimonial foi expressa por meio de retração dos documentos, refletindo-se no impedimento da realização de atividades civis pela mulher.

[...] porque meu ex-companheiro não queria se separar de mim e não queria deixar eu pegar minhas coisas. Queria ficar com meus cartões, dinheiro e telefone. M12

A violência moral foi identificada e está relacionada a ferir a dignidade da vítima, ridicularizando-a, com o objetivo de atacar sua reputação ou autoestima. Apesar de não deixar marcas físicas, a agressão com palavras, principalmente quando recorrente, é capaz de causar grave dano social e emocional, com consequências sérias tanto para a saúde como para a sociabilidade da vítima. Este tipo de violência é muito comum em relacionamentos abusivos (BRASIL, 2006).

O meu namorado anterior, há uns 3 anos, ele me tratava muito mal, ele me xingava muito, era muita briga e discussão. Mas nunca me bateu não. M14

O meu namorado de antes do pai dessa, há uns 3 anos, ele me tratava muito mal, a forma como a gente se relacionava, ele me xingava muito. M20

As falas revelam que a utilização de palavras rudes como na forma de xingamento ilustrou uma violência moral, situação que guarda uma relação direta com a violência psicológica, uma vez que atinge a autoestima da mulher.

Os resultados do estudo apontam que algumas mulheres não reconheceram as situações agressivas como uma forma de violência vivenciada em relacionamentos anteriores.

Eu não achei que fosse essa agressão toda sabe? Poderia ter sido pior. M13

Em dois relacionamentos, meu primeiro namorado e meu marido hoje, me empurrava, mas não chegava a me agredir não, mas me empurrava e me segurava firme pelos braços [...]. M24

As falas ilustram que a violência contra a mulher na maioria das vezes é legitimada, aceita e tolerada pela sociedade, como algo imputado/inerente à mulher, e por isso a própria mulher não reconhece em seus relacionamentos atos de violência, e isso muitas vezes advém das características de relações caracterizadas como “naturais” entre pessoas do sexo feminino e masculino.

A violência na relação afetiva, para essas mulheres, sempre fez parte de um ambiente em que as agressões e conflitos já existiam. Portanto, a vivência de violência por parte das mulheres perpassou pelas famílias e culminou nos relacionamentos com seus parceiros íntimos, encontrando-se ancoradas nas desigualdades de gênero e responsável por tornar natural a perspectiva de que a mulher deva ser submissa ao homem. Ao longo da história, a relação entre homens e mulheres tem mostrado caráter de dominação, sendo designadas à mulher as condições de obediência, reprodução, fidelidade, cuidadora do lar e educadora dos filhos.

No entanto, para algumas mulheres os relacionamentos conjugais foram harmoniosos.

[...] graças a Deus tive sorte em todos os meus relacionamentos, não reconheço nada de abusivo que possa ter acontecido comigo, coação, nada disso. Acho que tive sorte. [...] nunca passei por isso. Nada, sorte né?! Meus pais sempre me orientaram muito pra eu não cair nesse tipo de relação abusiva. M16

Nunca tive isso não, nem física, nem psicologicamente. Nada não. M18

Isso nunca aconteceu comigo, em nenhum relacionamento. M22

Os resultados mostraram que o ambiente externo em que viveram as mulheres na infância e adolescência, até chegar à gravidez atual, foi expresso como um cotidiano social e familiar em que houve a presença da sífilis e da violência de gênero. Para Levine (1989), o ambiente externo age como um pano de fundo sobre toda a informação ambiental que a pessoa recebe durante toda a vida. Os vários estímulos e as informações recebidas agem no ambiente perceptivo e conceitual do indivíduo, ficando armazenado como elementos imediatos e históricos de suas vivências.

Os fatores externos registrados pelas mulheres ao longo de suas vidas, farão parte de suas realidades, pois serão reconhecidos como situações verdadeiras, comuns às suas existências, que podem favorecer sobremaneira a perpetuação de padrões. Assim, as enfermeiras e outros profissionais de saúde devem estar preparados para conhecer o ambiente externo e identificar suas vulnerabilidades, que nem sempre é verbalizada pelas mulheres, para elaborar seu cuidado.

4.1.1.1.2 O ambiente externo da mulher na gravidez atual

Nesta subcategoria discutiremos os resultados que se referem às vivências das mulheres entrevistadas, no que se refere ao seu relacionamento com suas parcerias sexuais, a família, a sífilis no contexto da gravidez atual. Levine (1989) afirma que o ambiente é o contexto social onde o indivíduo interage constantemente, resultando no produto de características do ser individual, ou seja, tudo que fez parte do ambiente da mulher ao longo da vida influencia suas escolhas na vida atual.

O atual relacionamento foi relato por algumas mulheres como bom e agradável, como demonstram as falas a seguir:

Ele sempre é presente em todos os momentos, agora ele está lá cuidando das outras crianças, enquanto eu estou aqui com o bebê [...]. M2

[...] ele é mais jovem que eu, a gente se dá bem namorando quase um ano. Uma relação boa, amorosa e familiar. Ele sempre vem aqui me vê, ele também me ajudou durante a gravidez. M8

Ele fica sempre do meu lado, gosto dele, ele me trata bem. Até hoje ele tem sido o melhor que eu tive na minha vida. M9

Não tenho o que reclamar do meu marido não. M11

Estamos juntos há dois anos. E se Deus quiser nós vamos nos casar no papel. M15

Sobre vivenciar um relacionamento harmonioso, tivemos relatos quanto às questões de a prática do ato sexual com o parceiro ser prazeroso e consensual:

Todas as vezes que transamos aconteceram porque eu quis também. M20

O sexo também foi desejado por mim. M22

Todas as transas foram porque eu também queria. M23

Foi constatado que as participantes não utilizavam preservativos para prevenir a gravidez ou as IST nos relacionamentos atuais:

[...] foi morar comigo e eu tive relação sexual sem camisinha depois que moramos juntos. M17

A gente não usava camisinha, eu tive só ele a minha vida toda. M23

Esses relatos evidenciam que a relação estável com os parceiros fez com que as mulheres não utilizassem a proteção de barreira, para evitar a gravidez ou contrair as IST. Dessa forma, do total de participantes, somente uma (1) relatou ter planejado sua gravidez: *[...] demorei tanto a ter um filho, eu queria muito [...].* M25

A atenção à saúde sexual e reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da AB (BRASIL, 2010), e sua oferta deve ter como princípio a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, conforme declarados nas políticas públicas como a PNAISM (BRASIL, 2004) e a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (BRASIL, 2005). Observa-se que o planejamento reprodutivo é visto pela sociedade como uma incumbência da mulher e tende a repercutir a ideia de responsabilidade da mulher pela reprodução (LUIZ; NAKANO; BONAN, 2015).

Estudo realizado em uma maternidade da cidade de São Paulo sobre ao uso de métodos contraceptivos no momento da gravidez, com 385 puérperas que se declararam viver relacionamento estável nos últimos doze meses, revelou que 44,4% não usava nenhum método, e a maioria (55,6%) não planejou a gravidez (OKADA et al., 2015).

O relacionamento afetivo entre o casal com o desencadeamento de uma gravidez não planejada pode ocasionar desgastes para as pessoas envolvidas, como sofrimento devido à dependência emocional pelo parceiro, principalmente quando a relação conjugal já é conflituosa. A prática do uso do preservativo não é uma atitude fácil, e sua utilização não

é simples para as mulheres, em geral, tendo em vista que a sua negociação está fortemente ancorada nas questões de gênero.

Destaca-se que no que tange à opção sexual, todas as participantes declararam-se heterossexuais. Portanto, deve-se considerar que no contexto de uma sociedade patriarcal, a decisão pelo uso do preservativo, frequentemente, cabe ao homem, sendo necessário o empoderamento das mulheres para negociar essa questão (REIS; MELO; GIR, 2016).

Eu sempre confiei nele. M14

Não usava nada não, a gente está junto[...] então a gente confia [...]. M15

[...] sempre foi só com ele, [...] muito tempo já com ele. M23

Os relatos evidenciam que a fidelidade para a mulher é clara no contexto da relação estável. Isto significa que é um contrato “invisível” assinado entre o casal, que aceita essa condição (SATLER; TAVARES; SILVA, 2017). Além disso, há de se pensar que uma mulher que propõe ao parceiro o uso do preservativo em relações estáveis, poderia colocar em dúvida a sua fidelidade.

Entretanto, a prática de infidelidade do parceiro foi descoberta na gravidez:

[...] porque eu descobri a traição dele [...]. M7

Teve uma traição dele “né”, [...]. M6

Fiquei muito triste pela traição dele, mas aí na hora fiquei quieta, [...] ele já tinha me passado mesmo, aí não falei nada. M9

[...] Ele foi e me confessou que teve relação com outras pessoas aqui fora antes de ser preso, ele me traiu. M23

As situações evidenciam que, culturalmente, o homem considera perdoável e natural suas traições conjugais, uma vez que a infidelidade muitas das vezes é aceita pela mulher, e vista como sendo um comportamento pertinente à sexualidade masculina.

A desigualdade de gênero torna natural a perspectiva de que a mulher deva ser submissa ao homem. Ao longo da história, a relação entre homens e mulheres têm mostrado caráter de dominação, sendo designada à mulher as condições de obediência, fidelidade, cuidadora do lar e educação dos filhos. Os papéis destinados à mulher, ao longo dos anos, tornaram-se naturais, tendo características comuns (FONTOURA et al., 2016).

As diversas formas de discriminação e de violência contra a mulher são entendidas, na perspectiva de gênero, como manifestações de relações de poder construídos de maneira

desigual, em que a ideologia do gênero legitima e justifica a dominação masculina (OMS, 2016).

Tal situação pode se configurar como uma agressão contra a mulher, pois o fato da descoberta do relacionamento extraconjugal do parceiro, no momento da gravidez e poderá fragilizá-la ainda mais a sua autoestima, além da possibilidade de a gravidez não ser desejada pelo casal e vivenciada em um ambiente conflituoso.

Obtivemos relatos de que a separação do casal foi ocasionada pela revelação da infidelidade masculina, devido ao diagnóstico da sífilis na gravidez:

[...] porque quando eu soube da sífilis, logo vi que era da traição [...] aí eu larguei ele. M3

[...] no final da gravidez a gente já estava separado [...] essa sífilis me mostrou a traição dele [...]. M5

[...] eu estava com o pai dela ainda, mas aí depois que eu descobri a sífilis eu não fiquei mais com ele [...] me separei. M19

Essas falas expressam que essas mulheres não aceitaram a traição e romperam o relacionamento, mesmo estando grávidas. Nessa perspectiva, a infidelidade conjugal pode ser compreendida por elas, como uma “violação da exclusividade sexual esperada” em um relacionamento, que inclui as práticas de cunho sexual e de envolvimento afetivo (COSTA et al., 2018). Além, do maior risco de contaminação por IST (CONLEY et al., 2012; PINHEIRO et al., 2012).

Outras mulheres aceitaram a traição de seus parceiros evidenciando que a prática da infidelidade foi aceita por algumas, como um comportamento pertinente à sexualidade masculina, ou seja, o senso comum aceita que os homens tenham relacionamentos extraconjugais. Dessa forma, algumas mulheres mesmo que tenham relatado conflitos após a revelação da infidelidade, mantiveram o relacionamento:

[..] aí depois que fui saber [traição]mas já tinha passado, aí não falei nada. M9

ele teve outra pessoa durante um mês, [...] isso tudo aconteceu durante a gravidez, mas estamos juntos. M20

Vale destacar que os relatos mostraram que a infidelidade não foi somente a masculina, 2 (duas) mulheres afirmaram que tiveram outros parceiros sexuais:

Assim, ele é muito desconfiado de mim, porque sabe que eu trai ele com outro, porque a gente tinha brigado [...]estava grávida. M4

Durante minha gravidez eu fiquei com outra pessoa por três vezes [...]. M17

Essas mulheres expressaram que durante a gravidez elas tiveram outros parceiros sexuais. Considera-se que apesar de estarmos vivendo numa sociedade em transição no que tange à perspectiva da igualdade de gêneros, onde a prática feminina no contexto da infidelidade pode ser assemelhar ao masculino, esse comportamento ainda pode levar a mulher à represálias, das quais será alvo do julgamento social, pautado no modelo patriarcal (COSTA; CENCI, 2014).

Para mulheres que tinham tido relacionamentos anteriores, afirmaram que como a relação era estável e estavam grávidas, não tiveram outros parceiros sexuais:

[...] só com meu marido mesmo. M13

[...] foi só com meu marido. M16

Apesar dos resultados não terem registros de violência por parceiro íntimo contra a mulher na revelação do diagnóstico da sífilis. Sabe-se que a revelação de um diagnóstico de uma IST, traduz muitas vezes no comportamento sexual do outro parceiro ou de si mesmo.

Estudo no Ceará com 221 pessoas (homens e mulheres) diagnosticadas com alguma IST corrobora com essa evidência quando revela que do total de participantes, 28,1% perpetraram violência contra a parceria, no momento da revelação do diagnóstico pela infecção sexual (ANDRADE et al., 2016). Os relatos das mulheres evidenciaram diversas situações, que foram para além da infidelidade masculina, como a multiplicidade de parceiros antes do relacionamento atual ou mesmo na gravidez.

Me senti muito mal e com vergonha para contar que tinha pego a sífilis. Cheguei pra falar com ele, chorando muito. M6

Eu fiquei desesperada na hora em que falei para ele, não esperava por isso [...]. M15

Os resultados apontaram que apesar da única entrevistada (M25) ter relatado que a gravidez foi planejada, ela referiu a vivência de um relacionamento conflituoso, de acordo com a fala:

[...] ele saía de casa e me deixava sempre sozinha, a gente brigava muito por causa disso, eu me sentia muito rejeitada. Ele vivia a vida dele normalmente, me ignorava totalmente em casa e me xingava também, mesmo grávida. [...] hoje, eu quero manter a minha família com ele. M25

Embora nesse discurso a participante tenha expressado descontentamento quanto a essa vivência, ela finaliza reafirmando a decisão de permanecer no relacionamento conflituoso, para manter a família. Esse tema reacende a discussão sobre a dependência

econômica, emocional e baixa autoestima que faz com às mulheres se subjuguem a uma situação que a faz sofrer e certamente, que terá repercussões à saúde física e mental.

Ressalta-se que, mulheres que tiveram modelos de famílias conservadoras em seu ambiente externo, como modelo nuclear tradicional e mantidas ao longo do tempo, podem introjetar esse padrão e aceitar relacionamentos conflituosos para manter a sua família, ou seja, os fatores externos registrados ao longo de suas vidas, farão parte de suas realidades, pois serão reconhecidos como situações verdadeiras, comuns às suas existências, que podem favorecer sobremaneira a perpetuação de situações que favorecem a violência de gênero (TEIXEIRA, 2013).

A autoestima e autoimagem são pilares da “estrutura emocional” de qualquer pessoa, ao longo de uma convivência conjugal onde a mulher se sucumbe à permanência do relacionamento apenas para manter o padrão social do *status* “do lar”, ela vai interiorizando concepções e sentimentos depreciativos, reforçando sua baixa autoestima, e absorvendo os desejos e vontades somente do parceiro, anulando os seus (FREITAS; SALES, 2019).

De acordo com os relatos verificamos que a violência por parceiro íntimo fez parte da vida delas:

A gente briga muito, são muitos momentos difíceis [...]. M9

A gente sempre discute, ele volta bêbado e vai dormir, eu não acho isso bom. M14

A gente briga direto e ele me xinga também! M20

A construção do quadro 2 foi elaborado com a identificação das diversas formas de violência de gênero vivenciadas pelas mulheres com o parceiro, então declarado pai do recém-nascido com SC, a partir da categorização da Lei Maria da Penha (2006).

Quadro 2 – Violência de gênero perpetrada pelo parceiro íntimo às mulheres entrevistadas na Maternidade Estadual da Mãe, Mesquita /RJ, jan/março 2020

Mulheres Entrevistadas	Idade	VF	VS	VP	VPA	VM	Tempo de Convivência
M1	20 anos	X		X		X	1 ano
M2	23 anos		X				6 anos
M3	15 anos	X		X			6 meses
M4	17 anos			X			1 ano e 2 meses
M5	23 anos		X	X			2 anos
M6	29 anos			X			12 anos
M7	22 anos			X			1 ano

Mulheres Entrevistadas	Idade	VF	VS	VP	VPA	VM	Tempo de Convivência
M8	21 anos		X	X			1 ano
M9	19 anos		X	X			4 anos
M10	30 anos		X			X	10 anos
M11	17 anos	X	X	X			1 ano e 10 meses
M12	21 anos	X	X	X			1 ano e 11 meses
M13	16 anos		X				3 anos
M14	22 anos		X			X	3 anos
M15	19 anos		X				3 anos
M16	24 anos		X				1 ano e 11 meses
M17	21 anos	X	X	X		X	10 meses
M18	22 anos						2 anos
M19	18 anos			X			1 ano
M20	20 anos		X	X		X	2 anos
M21	22 anos	X		X			1 ano e 6 meses
M22	22 anos			X			3 anos
M23	22 anos			X			8 anos
M24	25 anos	X	X				8 anos
M25	34 anos		X	X		X	1 ano e 6 meses

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Legenda: VF = violência física; VS = violência sexual; VP = violência psicológica; VPA = violência patrimonial. VM = violência moral.

De acordo com o quadro 2 podemos evidenciar que das 25 participantes, a maioria (23) das mulheres vivenciaram pelo menos uma forma de violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo, segundo a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006).

É importante destacar que os documentos oficiais como a OMS (2002) e a Lei Maria da Penha (2006), estabelecem teoricamente a conceituação da violência de gênero e definem suas diversas formas.

De acordo com o mesmo quadro, constatamos que dezesseis (16) mulheres relataram terem vivenciado a violência psicológica, quinze (15) a sexual, sete (7) a física e seis (6) a moral. Destaca-se que não obtivemos depoimentos acerca da violência patrimonial no contexto do relacionamento atual.

Segue algumas falas sobre a violência psicológica:

[...] sempre ficava apreensiva achando que ia acontecer de novo.
M11

Mas assim, de uma vez que eu estive com o pai do meu filho ele disse que eu era obrigada a fazer com ele [...] Ele não me obrigou, mas disse isso pra mim. M17

Eu me sentia meio que estranha, mal [...] só de perceber a hora dele chegar, por causa das discussões [...]. M20

Estudo realizado no distrito de Bangladesh concluiu que a vivência de relacionamentos conflituosos houve maior prevalência (65%) da violência psicológica quando a mulher está no curso de sua gestação (ISLAN et al., 2017). De acordo com Teixeira (2015) esse fenômeno também foi evidenciado através da fala das mulheres, onde a violência psicológica ficou mais intensa no período gestacional.

Obtivemos relatos das participantes sobre o não uso do preservativo pelo seu parceiro mesmo após o conhecimento do diagnóstico da sífilis e escolha pela não realização do tratamento, configurando-se assim violência sexual:

[...] ele não deixava eu usar camisinha sempre que eu queria [...]. M14

Eu pedia pra usar, mas ele na hora não usava [...]. M16

Sobre a violência física, sete (7) mulheres relataram ter vivenciado essa forma de agressão:

[...] ele ficou nervoso e me deu um socão [...] E olha que eu já estava grávida hein. M17

[...] me agrediu sim por causa de ciúmes, ele me empurrou e me deu um soco na barriga. M21

Muitas vezes ele fez isso, de brigar e acabar sendo agredida na rua mesmo. M24

No Brasil, pesquisas apontam que 25,4% a 55,2% das mulheres vivenciaram violência perpetrada pelo parceiro íntimo em algum momento na vida, sendo que 15,5% a 30,1% vivenciaram antes e durante a gravidez. No período gestacional, aproximadamente 95% vivenciaram violência psicológica, seguido de violência física com 33,3% e 2,7% de violência sexual (CARNEIRO et al., 2016; RODRIGUES; RODRIGUES; FERREIRA, 2017).

A fala de M25 evidencia que essa mulher não foi poupada na gravidez e vivenciou a violência sexual, ou seja, a gravidez não representou um fator de proteção perante um relacionamento conflituoso.

Uma vez só, logo no início, foi assim que eu descobri a gravidez, ele foi e insistiu, eu fui e tive que fazer, mas ele viu que eu não queria, não estava com vontade. M25

Seguem alguns depoimentos voltados para xingamentos, embaraço e sofrimento emocional da mulher à parte afetiva, considerada então violência moral:

[..] ahhh a cada discussão é um xingamento novo dele pra mim, não importa quem esteja perto, isso me envergonha. M14

Ele também critica minhas roupas, diz que são chamativas, fala pra eu me trocar se quiser sair com ele [...]já me chamou de piranha por causa disso. M20

Desta forma, os resultados desse estudo revelam que o processo patológico da mulher que resultou na sífilis na gravidez, teve a contribuição por um ambiente externo violento, de desrespeito, de desamor, seguidos de outros elementos que contribuíram para um desfecho negativo, tornando-se um fator de risco para contaminação da mulher. Essa afirmação reforça que os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras não devem cuidar dos indivíduos, sem conhecer o seu contexto social (LEVINE, 1989).

Levine (1989) afirma que a saúde é considerada a manutenção da integridade do indivíduo com o objetivo de alcançar a totalidade e que deve ser compreendida como um padrão adaptativo em busca do melhor ajuste entre o ambiente interno e externo; e portanto, não é uma condição estática, ou seja, um indivíduo pode ter plena saúde e se deparar repentinamente com um processo patológico, advindo do seu ambiente externo, como a sífilis gestacional.

Essa subcategoria reafirma que a consulta de pré-natal é uma oportunidade de acolhimento, imprescindível para a investigação do ambiente externo da mulher, onde destacamos o imperioso papel da enfermeira. Significa que por meio do conhecimento do seu ambiente, as situações revelarão, que tais convivências com o parceiro íntimo, seus hábitos de vida, comportamento sexual e assim, favorecer no estabelecimento de estratégias para o cuidado de enfermagem para recuperar a saúde e evitar o desfecho da sífilis congênita.

4.1.1.2 Ambiente interno da mulher que teve um recém-nascido com sífilis congênita e sua relação com parceiro íntimo

Essa subcategoria discute os aspectos fisiológicos e patológicos do ambiente interno da mulher grávida, que é constantemente desafiado pelo ambiente externo (LEVINE, 1989). A gravidez é considerada um processo fisiológico, mas que se torna patológica pela infecção da sífilis, propiciando a ruptura da totalidade, ou seja, da saúde integral (figura 1).

Nesse contexto, abordaremos o significado para as mulheres da gravidez atual com sífilis, o tratamento do parceiro e a conduta dos profissionais no âmbito da assistência pré-natal.

Revisitando a Teoria Levine (1989) apud Teixeira (2013) a saúde é considerada a manutenção da integridade do indivíduo, com o objetivo de alcançar a totalidade e deve ser compreendida como um padrão adaptativo, em busca do melhor ajuste com o ambiente. Não é uma condição estática, ou seja, um indivíduo pode ter plena saúde e se deparar repentinamente com um processo patológico advindo do seu ambiente externo.

Dessa forma, a preservação da saúde significa uma adaptação bem sucedida aos desafios ambientais com o objetivo de alcançar a totalidade, ou seja, é um padrão adaptativo em busca do melhor ajuste entre o ambiente interno e externo (LEVINE, 1989 apud TEIXEIRA, 2013). Destaca-se que o ambiente interno é constantemente influenciado pelo ambiente externo (LEVINE, 1989), que podem ser considerados as adversidades da vida.

Nesse contexto, espera-se que a gravidez deva ocorrer como um processo natural, fisiológico, e vista pelas mulheres como parte de uma experiência de vida saudável, que envolvem mudanças biológicas, emocionais e sociais (BRASIL, 2000).

Há de se pensar que no decorrer da história, a identidade feminina esteve diretamente associada às representações da maternidade, em que caracterizava a melhor e a verdadeira imagem de feminilidade. Dessa forma, ainda existe a concepção de que encontrar-se grávida, traz alusão de empoderamento à mulher, sendo considerado um evento muito valorizado em nossa sociedade (OLIVEIRA, 2015).

Cabe ressaltar, que a gravidez é considerada um evento social, que envolve as parcerias sexuais, família e comunidade. Momento que deve acontecer como um processo natural, que poderia representar um momento pleno, cercado de carinho e proteção. Entretanto, essa não é a realidade das mulheres grávidas, especialmente as que vivenciam a violência de gênero e estão infectadas pela sífilis. Isto significa, que o ambiente externo lhes trouxe sérias complicações para a saúde física, mental, reprodutiva, sexual colocando em risco a sua vida e a de seu futuro filho.

Os resultados apontaram que, apesar das participantes do estudo comprovarem o tratamento medicamentoso protocolado pelo MS para o tratamento da SG, elas não obtiveram a cura da doença. Diante do diagnóstico positivo durante o acompanhamento pré-natal, as mulheres foram surpreendidas e demonstraram diversos sentimentos, de acordo com as falas a seguir:

Nossa, foi horrível, me senti muito mal e impotente. M1

Eu podia ter tomado a injeção (penicilina benzatina) naquele dia mesmo lá no pré-natal, mas sai tão apavorada, que só quis ir para casa chorar [...]. M14

Eu morri de vergonha e queria saber logo como me livrar dessa doença. M19

Evidenciamos que as mulheres se sentiram impotentes, culpadas e envergonhadas após a constatação da sífilis. Diante do diagnóstico temem ser vítima de preconceito de familiares e amigos, além da possibilidade de ser abandonada pelo parceiro (SILVA et al., 2018), fato que possivelmente ocasionará perturbações à saúde mental.

Espera-se que a enfermeira em conjunto com outros profissionais de saúde consiga um manejo terapêutico efetivo, além do acolhimento à mulher para que ela possa lidar com as mais diversas reações. A revelação de um diagnóstico de sífilis ou de outras IST, emergem questões subjetivas referentes ao relacionamento conjugal, especialmente no que tange ao comportamento sexual do homem e/ou das parcerias sexuais (RODRIGUES et. al., 2016).

Levine (1989, 1990, 1991) apud Teixeira (2013) reforça que a enfermeira é responsável pelos cuidados prestados ao indivíduo, devendo incorporar no seu atendimento a sua habilidade e conhecimento técnico-científico, de forma a manter uma efetiva comunicação nas relações interpessoais, considerando a influência do meio social e as respostas individuais diante dos desafios ambientais.

Há de se pensar que no imaginário de uma mulher grávida, o seu filho sempre nascerá belo e saudável. No entanto, as participantes demonstraram medo da transmissão vertical e da possibilidade de repercussões negativas à sua saúde, de acordo com as falas a seguir:

Olha, eu fiquei em choque, porque poderia ser só comigo, mas quando eu soube que passa para o bebê fiquei desesperada [...].M7

Eu logo pensei que ele [o filho] podia nascer com defeito [...]. Chorei muito [...]. M15

Essas expressões evidenciam a tristeza e o temor das participantes em transmitirem a doença ao filho. Nesse cenário de incertezas e angústia, revela-se a necessidade da disponibilidade do profissional, da segurança sobre as informações recebidas e da confiança no cuidado recebido no âmbito do pré-natal, para que ela confidencie suas vivências e tenha

a adesão ao tratamento para a cura da sífilis (SIQUEIRA et al., 2017; ARAÚJO et al., 2020).

Todavia, nem todas as participantes se preocuparam com o diagnóstico da sífilis durante a realização do pré-natal, de acordo com as falas a seguir:

Não me senti mal pela sífilis. É normal [...]. M8

[...] eu disse: “então, tem cura! Então tá de boa [...]. M12

Ah foi tranquilo, levei de boa [...]. M20

Mas eu acho que é uma doença quase que normal [...]. M24

Essas expressões demonstram que M8, M12 e M24 naturalizaram a doença. Fato que nos faz refletir sobre o ambiente externo no qual essas participantes estão imersas, onde há a violência de gênero perpetrada pelo parceiro, a perpetuação familiar da sífilis, o comportamento sexual de risco do casal, o baixo nível educacional e de renda. Aspectos estes que certamente, favorecem o não reconhecimento da SG, assim como, das medidas de prevenção e tratamento. Acrescido do fato de ser uma infecção no qual, na maioria das vezes, não se visualizam sinais e nem se observam os sintomas (DOMINGUES; LEAL, 2016; SILVA et al., 2018).

Supomos que, pelo fato de a mulher ter presenciado a sífilis no âmbito familiar na sua adolescência e fase adulta, além das várias formas de violência de gênero, ela tenha captado e introjetado do seu ambiente externo, essa experiência negativa pelo seu sistema sensorial, que favorecerá a naturalização dessa IST como um processo natural. Realidade que representa um risco à saúde mental, sexual e reprodutiva da mulher, com repercussões nefastas à saúde fetal e neonatal e que certamente comprometerá o futuro das crianças.

A verdade é que as mulheres não têm a devida compreensão e/ ou informação sobre essa IST devido a fatores como a baixa escolaridade. Ademais, naturalizam a doença, em função da transgeracionalidade no contexto familiar, todavia a sífilis é uma doença que deixa sequelas, muitas das vezes irreversíveis e com isso, questiona-se se essas mulheres saberão da importância do seguimento dos filhos nos primeiros 2 anos de vida conforme preconiza os protocolos ministeriais.

No que tange, ao tratamento da sífilis no pré-natal das mulheres participantes do estudo, as informações a seguir foram extraídas do cartão da gestante e prontuário e serão apresentados no apêndice H, em que constará o histórico de diagnóstico e tratamento da sífilis na gravidez.

Em relação ao número total de consultas de pré-natal, observa-se que a maioria (16) realizou seis ou mais consultas, o que significa que a quantidade é a preconizada pelo MS (BRASIL, 2011). A maioria (21) realizou o acompanhamento na rede SUS, três (3) na rede particular e uma (1) na rede pública e particular.

No que tange a testagem para a sífilis no pré-natal, apenas cinco (5) participantes realizaram o teste rápido. Dessas, quatro (4) mulheres tiveram resultados reagentes na primeira consulta e uma (1) delas, recebeu o resultado no terceiro trimestre, sugerindo um início tardio de acompanhamento pré-natal.

As demais (20) foram diagnosticadas por meio do VDRL. Desse grupo, duas (2), no primeiro trimestre de gravidez, oito (8) no 2^a trimestre e dez (10) no terceiro trimestre.

O protocolo governamental (BRASIL, 2020) aponta que as gestantes quando testadas com TR e com resultado reagente para sífilis deverão ser classificadas como portadoras de sífilis e com ausência de tratamento adequado, recente ou documentado e deverão ser tratadas no momento da consulta de pré-natal. Ainda nesse momento, deverá ser solicitado, ou preferencialmente realizado, o VDRL para seguimento sorológico. Após o parto, o seguimento é trimestral até o 12^o mês de acompanhamento.

Sobre a maioria (20) das participantes que realizaram o VDRL, dezoito (18) delas foram diagnosticadas no segundo e terceiro trimestres de gravidez. Correlacionando com o número mínimo de consultas de pré-natal, esses dados revelam que a sua realização não foi o suficiente para que tivessem acesso precoce ao diagnóstico da sífilis, indicando uma baixa qualidade da assistência pré-natal.

De acordo com as estatísticas nacionais sobre notificação compulsória da SG e SC, o resultado dos exames de rotina no período gravídico muitas vezes vem tardiamente, apresentando um cenário de falha no pré-natal, que tem como consequência o resultado tardio da sífilis e postergando o tratamento necessário e eficaz (BRASIL, 2018). Destaca-se que não é apenas o número mínimo de consultas de pré-natal que ditará a qualidade da assistência às mulheres, mas sim o acesso a testagem rápida e tratamento precoce do casal, para o controle da transmissão vertical da sífilis (HOLZMANN et al., 2018).

Outros estudos, de acordo com Suto et al. (2016), Junior, Freire e Fernandes (2016), Cha et al. (2017) e Brasil (2020), reforçam a importância do teste rápido treponêmico no primeiro e terceiro trimestres de gravidez para otimizar o tratamento em todas as unidades de saúde no país, além de ser um direito da mulher (BRASIL, 2012). No entanto, a grande maioria das participantes não teve acesso a testagem rápida, sendo mais um elemento que favoreceu o tratamento ineficaz.

Um estudo realizado em uma maternidade do Triângulo Mineiro corrobora com os resultados quando avaliou os dados obstétricos de 268 gestantes com sífilis e desse total, 70% tiveram acesso ao diagnóstico da doença somente no segundo ou no terceiro trimestre de gestação, mesmo tendo realizado o número de consultas pré-natal preconizado pelo MS (TORRES et al., 2019).

Outra pesquisa, consoante Lafetá et al. (2016), que objetivou identificar os casos notificados de SG na cidade de Montes Claros, em Minas Gerais, revelou que 85% das mulheres não tiveram acesso ao resultado de sífilis no primeiro trimestre de gestação e desse total, 43% tinham realizado o número mínimo de consultas de pré-natal. Situação que evidenciou claramente problemas estruturais nas unidades de saúde, tais como: a não disponibilização de TR, o retardo do resultado do VDRL, a falta dos materiais necessários para a realização dos exames nos laboratórios, entre outros (MÉLO et al., 2020).

É fundamental a qualidade da assistência pré-natal, considerando que esse serviço é um determinante importante na redução das taxas de transmissão vertical da sífilis e outras IST, tendo como fundamento a triagem sorológica e o tratamento adequado das gestantes infectadas.

Os resultados apontaram que uma das participantes recebeu o resultado da testagem rápida no terceiro trimestre, em função do início tardio do pré-natal. Ribeiro et al. (2020) reforça que muitas mulheres no nosso país iniciam o pré-natal tardiamente, por diversos fatores, tais como, gestação não desejada, terem baixa escolaridade, falta de informações sobre a importância de iniciarem o acompanhamento precocemente, dificuldade de acesso às unidades básicas.

Nessa perspectiva, considera-se que às adversidades no ambiente externo da mulher impactam negativamente no resultado da SG. Portanto, não devemos culpabilizar somente os serviços de saúde ou profissionais por esse desfecho, pois entendemos que no processo saúde-doença, a mulher com diagnóstico de SG é coadjuvante na responsabilidade da recuperação de sua saúde.

Considerando esse raciocínio, as enfermeiras que assistem as mulheres grávidas nas consultas podem, por meio do vínculo e de um atendimento acolhedor, construir um cuidado individualizado a partir desse enfoque, especialmente as que iniciaram o pré-natal tardiamente (TEIXEIRA, 2013).

Ademais, Levine (1989) apud Teixeira, 2013) reforça que as enfermeiras não devem cuidar dos indivíduos sem conhecer o seu contexto social, pois os ambientes interno e externo estão imbricados em uma mesma pessoa. Logo, aquelas que atuam nas consultas de

pré-natal e nas maternidades, integram o ambiente externo da mulher que é diagnosticada com SG, devem planejar o seu cuidado ajustando-o de acordo com as necessidades. Deve-se considerar que esse processo patológico pode ser a consequência de um ambiente externo perverso, que influencia diretamente no seu ambiente interno, criando um desequilíbrio na sua saúde.

Sobre tratamento terapêutico, dezoito (18) participantes realizaram um ciclo de três doses de penicilina benzatina em três semanas, seis (6) mulheres repetiram duas vezes e uma (1) repetiu por três vezes durante o pré-natal. De acordo com PCDT (2019) algumas causas justificam a falta de resposta terapêutica aos esquemas convencionais da sífilis, dentre elas a mais preponderante é a atividade sexual, sem uso de preservativos.

Nessa perspectiva, sobre a participante (M15) em especial, que realizou três ciclos de tratamento para a sífilis durante a gestação, teve os resultados das titulações: VDRL 1:4; VDRL1:16; VDRL 1:64 e VDRL 1:16 (vide apêndice H), e um histórico de não tratamento do parceiro e não uso de preservativo. Salientamos que quando o homem tem conhecimento da sífilis como uma IST, não trata e se recusa a utilizar preservativo nas relações sexuais, é caracterizado como uma violência sexual, resultando em repercussões a saúde da mulher e do filho.

Reforçamos que dentre as dez (10) mulheres que receberam o diagnóstico no terceiro trimestre, duas (2) obtiveram resultados negativos nos exames de primeira rotina, evidenciando que a infecção ocorreu durante a gestação.

Destaca-se que as duas participantes se infectaram na gestação, mas somente uma dessas (M7) afirmou ter observado o sinal cancro duro na região íntima, com titulação no momento do diagnóstico de 1:128. Ela não tinha comprovante do tratamento do parceiro, embora afirmado ter utilizado o preservativo durante tratamento. A outra mulher (M25), tinha uma titulação de 1:64, referiu abstinência sexual durante o tratamento, no entanto, relatou que o parceiro não havia realizado o tratamento. Vale ressaltar que ambas realizaram acompanhamento pré-natal exclusivo pelo SUS.

A vivência dessas duas mulheres, reforça a importância do uso do preservativo e do tratamento do parceiro sexual durante o período gestacional no tratamento. Sabe-se que a negociação da utilização do preservativo não é fácil para a mulher, uma vez que o relacionamento estável está pautado na fidelidade conjugal, acrescido das questões relacionadas às desigualdades de gênero, sendo vista como uma agressão à saúde sexual e reprodutiva. Ademais, mulheres que vivenciam violência perpetrada por parceiros, têm menor poder de negociação e autonomia na relação conjugal para decidir sobre métodos

contraceptivos e impedir uma gravidez, que muitas vezes é indesejada pelo casal (ONU, 2010; OMS, 2012).

Eu tomei as injeções, mas meu único erro foi a camisinha, me sinto muito mal por isso [...]. M15

Nós não usamos camisinha, eu sei que foi esse o erro [...]. M24

Estes relatos evidenciam a culpa da mulher pelo não uso do preservativo durante o tratamento da SG, mesmo tendo ciência da necessidade de seu uso. Dessa forma, em relação ao uso do preservativo, combinado à terapêutica medicamentosa, a maioria (16) das mulheres referiu não ter feito uso desse método de proteção de barreira, como ferramenta de associação ao tratamento da sífilis na gravidez. Sabe-se que o seu uso previne a infecção e sua reinfecção, sendo recomendado como um aliado no tratamento da SG (BRASIL, 2019).

Eu dei mole. Ele insistiu em fazer sem camisinha e eu acabei deixando. Fizemos sexo sem camisinha, algumas semanas antes de eu entrar em trabalho de parto [...]. M14

Aí depois que baixou de novo a minha (titulação), ele me disse “acho que não tem problema mais” e aí fizemos (sexo) sem camisinha e deu nisso [...]. M15

No que se refere às relações de gênero, as desigualdades existentes entre homens e mulheres interferem no relacionamento conjugal e no tratamento da sífilis, uma vez que o senso comum, alimentado por mitos e estereótipos, afirma que o homem não contrai com facilidade as IST.

Ele diz que macho não pega doença. Mas sei que foi ele que passou pra mim [...] não tenho outro. M25

Além disso, existe a possibilidade da suspeita da infidelidade da mulher.

Ele me perguntava o porquê de eu querer usar a camisinha. Isso só de eu pedir. Achava que eu estava traindo ele com outro. [...] não toquei mais no assunto. M25

É sabido que a descoberta da SG, muitas vezes revela a infidelidade do parceiro ou da mulher, e traz para a cerne da vida conjugal, os sentimentos de culpa e a revolta, em um momento em que mulher se encontra preocupada com as implicações da doença na sua gestação.

A situação evidencia que, culturalmente, a infidelidade masculina muitas vezes é aceita pela mulher, e vista como sendo um comportamento pertinente à sexualidade masculina. Entretanto, essa descoberta no momento da gestação, poderá fragilizar ainda mais a sua autoestima, uma vez que pode ser vivenciada em um ambiente com desamor, insegurança e instabilidade emocional. Desta forma, essas mulheres necessitam de um apoio emocional para melhorarem a autoestima, a fim de manterem a saúde mental e física.

Sobre a reação dos parceiros ao tomar conhecimento do diagnóstico da sífilis na gravidez, seguem as falas:

Ele ficou triste, com o olho cheio d'água, querendo chorar. M6

Ele ficou espantado. Em choque! [...]. M7

[...] logo de cara ele ficou em choque [...]. M8

A gente estava junto na hora lá no pré-natal [...] saímos de lá chorando [...]. M16

Ele ficou muito preocupado, porque ele tinha um conhecido que também tinha isso [...]. M22

Essas falas demonstram o sentimento de desapontamento dos homens. De acordo com Oliveira (2015), os estereótipos de gênero presentes há séculos na cultura patriarcal, potencializam práticas masculinas baseadas em crenças e valores do que é ser homem. A doença é considerada como um sinal de fragilidade, em que eles não reconhecem a sua invulnerabilidade, o que acaba por contribuir que se exponha mais às situações de risco.

Quando abordadas sobre a adesão ao tratamento dos pais dos recém-nascidos, a maioria (15) das participantes afirmou que os parceiros não tinham realizado o tratamento. As demais (10), afirmaram que eles fizeram tratamento. No entanto, a maioria (8) não tinham comprovantes dos seus parceiros. Desses 10 (dez), 3 (três) recém-nascidos, que são filhos das participantes M6, M12 e M23, teriam tido alta hospitalar, caso fosse considerado o protocolo vigente pelo MS.

Esse fato nos mostrou o quão importante é a adesão ao preservativo durante toda a fase de tratamento do casal, pois dos oito (8) homens que não tinham comprovantes, seis (6) mulheres mantinham relacionamento estável e referiram não usar preservativo nas relações sexuais. O preservativo é a única forma de prevenção da sífilis e de outras IST, e a infidelidade é uma realidade na vida de homens e mulheres que se reflete no âmbito do mundo privado, sendo necessário o tratamento do casal.

Uma delas, relatou ter utilizado preservativo durante a gravidez e outra alegou ter tido abstinência sexual. As outras (2) mulheres, disseram que o homem tinha realizado

tratamento adequado e apresentaram comprovantes, mas revelaram não ter adotado o método de barreira durante o ato sexual.

Um estudo realizado em Uganda, para Nakku-Joloba et. al. (2019), complementa os resultados, quando apontam que as principais barreiras para os parceiros masculinos não retornarem para o tratamento da sífilis após notificação durante o pré-natal de suas mulheres são: falta de tempo pela ocupação do trabalho, medo da dor pela injeção, a percepção da sífilis como uma doença genética ou como um problema da mulher, incomodo por compartilhar o mesmo espaço com as mulheres nas unidades de saúde. Situações que reiteram as questões relacionadas ao gênero, na não adesão do tratamento dos parceiros.

Estudos realizados no Brasil corroboram com essa situação e acrescentam que o principal desafio enfrentado para a adesão ao tratamento também é o desconhecimento sobre a doença repercutindo negativamente sobre a saúde da mulher e de seu filho (MOTTA et. al., 2018; PADOVANI; DE OLIVEIRA; PELLOSO, 2018; SOUZA; BECK, 2019). Houve relatos de situações em que houve a separação do casal, antes da mulher grávida ter ciência do seu diagnóstico, conforme as falas a seguir:

Ele se separou de mim assim que descobrimos a gravidez, sumiu [...]nem deu para ele fazer teste nem nada [...] agora deve tá aí repassando pra todo mundo [...]. M16

Eu tentei entregar o papel para ele fazer o exame, mas não deu certo porque não estamos mais juntos [...] com certeza ele não fez nada (diagnóstico e tratamento) e tá passando pra geral aí. M21

Essas expressões evidenciam a problemática da separação conjugal, antes do compartilhamento da informação sobre a sífilis. Fato que significa um grave problema de saúde pública, uma vez que o homem será um agente potencial de transmissão da doença.

Diante dessa realidade, acrescida da baixa adesão dos homens ao tratamento da sífilis, o MS segundo Brasil (2020), recomenda o tratamento presuntivo aos parceiros sexuais, independente do estágio clínico, com dose única de penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhão de UI em cada glúteo).

Vale ressaltar que no cenário onde ocorreu a pesquisa o protocolo institucional, preconiza-se que a mulher seja considerada tratada se o parceiro comprovar o tratamento com três doses de penicilina, diferentemente do Protocolo instituído pelo PCDT (2019). Assim, caso a mulher não consiga comprovar o tratamento do parceiro, o casal é classificado como não tratado, independente da titulação do VDRL do recém-nascido.

Além, da alta prevalência de SG na maternidade e no município onde ocorreu a pesquisa, a direção médica segue protocolo institucional e não a do MS, por considerar as vulnerabilidades do ambiente externo das mulheres grávidas.

Nesse sentido, observa-se no apêndice H que o VDRL dos recém-nascidos das participantes M6, M11, M12, M15, M17, M18, M19, M22, M23 e M25 apresentaram titulação quatro vezes menor quando comparados à titulação de internação da mãe, mesmo assim, esses 10 (dez) recém-nascidos foram classificados como SC. Situação que fez com que esses recém-nascidos e suas mães permanecessem internados na unidade por 10 dias para o tratamento.

Estudos de Domingues, Leal (2016), Vargas et al. (2018) e Torres et al. (2019), acrescentam que o aumento do número de casos de recém-nascidos com diagnóstico de SC no nosso país, tem um custo alto para o SUS direcionados à medicação, alimentação e estadia do binômio na unidade hospitalar.

Destaca-se que todos os recém-nascidos acompanhados das participantes estavam assintomáticos, com peso adequado e bom valor de Apgar. Esses dados reforçam que a maior parte de SC ocorre em bebês aparentemente normais, e com bom peso. Todavia essas características não amenizam o sentimento da mulher ao receber a notícia do diagnóstico de sífilis para o filho.

Frente a isto, seguem os relatos das participantes ao serem informadas na maternidade sobre diagnóstico de SC do seu filho.

Me sinto mal, o bichinho fica aqui sofrendo, sendo furado. M6

Ah, me sinto culpada [...] eu tive o meu filho e ele tem que ficar aqui [...]. M8

[...] só disseram “mãezinha você teve alta, mas seu bebê não”. Eu fiquei apavorada [...]. M11

Me senti com coração apertado [...]. M17

Eu fiquei arrasada, vai um pedaço da gente vê a filha com esse antibiótico tão forte nesses dias todos.” M18

Estes depoimentos estão carregados de culpa, o que traz mais sofrimentos para as mães. Elas acham que são as responsáveis pela doença de seus filhos, entendendo que já nasceram marcados com uma doença proveniente delas.

Uma das ferramentas para evitar esse desfecho com relatos tão carregados de pesar e culpa, evidencia-se o imperioso papel do profissional de saúde. Para Levine (1989, 1990, 1991) as enfermeiras possuem papel influenciador na manutenção e recuperação da saúde

do indivíduo. Portanto, deverão acolher, confortar e orientar sobre a situação vivenciada de modo a possibilitar a manutenção da conservação da totalidade.

Nessa perspectiva, o objetivo da assistência pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012). Uma assistência pré-natal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e fetal, devendo incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado as complicações que podem ocorrer neste período.

A atuação do profissional de saúde nesse contexto da assistência pode ser interpretada como parte do ambiente externo da mulher na gravidez, porém esse estudo entende que as ações da enfermeira como de outros profissionais de saúde no âmbito do pré-natal repercutirão de forma mais significativa no ambiente interno da mulher com SG, pois o trabalho da enfermeira em relação à sífilis durante o pré-natal torna-se mais difícil, pois essa doença envolve temas como: relações sexuais, dúvidas, crenças, tabus, sexualidade, além do sentimento de culpa que amplificam o desafio para controle dessa IST (LEITE et al., 2016; RODRIGUES et al., 2016).

Os resultados revelam que 18 (dezoito) participantes avaliaram de forma positiva a assistência profissional prestada pelas enfermeiras e médicos durante o pré-natal.

Ela perguntou se eu já tinha sífilis, [...]conversou direitinho comigo, falou que seria três doses [...] ela foi muito legal. M5

O enfermeiro da unidade que me contou sobre a sífilis, ele foi bem atencioso comigo, porque eu fiquei tão em choque que ele foi fundamental, me confortou. M7

Me explicou tudo direitinho, era enfermeira, ih ela me explicou tudo mesmo, falou do tratamento com as injeções [...]. M20

Essas expressões revelam o cuidado acolhedor dos profissionais às mulheres. Portanto, os profissionais de saúde, especialmente as enfermeiras devem embasar o seu cuidado respeitando a individualidade da mulher grávida, pois a observação sensível, o diálogo e o levantamento de problemas, identificados durante a anamnese e o exame físico, são relevantes para a implementação de suas ações nas consultas de pré-natal.

Para tanto, faz-se necessário que conheçam o ambiente externo e interno de cada mulher, a fim de sugerir os ajustes necessários à melhor adaptação possível com vistas a

manter sua totalidade, uma vez que a mulher se relaciona com tudo, ou seja, todos os aspectos que fazem parte do seu contexto social e todos à sua volta.

O suporte às mulheres grávidas com SG é imprescindível, de forma que haja um diálogo franco, sem rodeios, esclarecedor, sem responsabilizá-las pela doença (SOARES et al., 2017; CABRAL et al., 2017; ZOILO et al., 2018; MÉLO et al., 2020)

Sobre a importância do diálogo entre o profissional e a mulher, segue a fala de uma depoente sobre seu tratamento da SG.

Ela perguntou se eu já tinha tido sífilis, por causa do resultado do teste rápido [...] ela mandou eu fazer também o exame de sangue, conversou comigo me explicando sobre tudo da doença. Ela foi ótima! Aí eu já tomei logo de cara todas as três injeções. M9

Quando a mulher é esclarecida e acolhida, fica mais propensa a se apropriar do que acontece com ela e se mostra envolvida nesse trabalho compartilhado, apresentando uma maior adesão ao tratamento da SG (LIMA et al., 2016).

No entanto, essa realidade não foi comum à todas, pois obtivemos relatos que contradizem os protocolos ministeriais no que tange a humanização da assistência.

O médico não me explicou direito o que era, disse só que tinha dado reagente e passou as injeções. M9

Porque na hora que deu positivo no pré-natal, a médica não me explicou nada não. M10

Eu quando descobri lá no posto perto de onde eu moro, eu não achei uma boa explicação não [...]. M11

Só falou que deu positivo e que tinha que curar tomando a injeção [...] me aplicou lá mesmo no pré-natal. M13

Essas falas expressam que alguns profissionais não fizeram o aconselhamento necessário no pós-teste e as mulheres não foram informadas sobre as doenças e seus riscos. Levine (1989) recomenda que as enfermeiras conduzam suas ações fundamentadas por preceitos éticos, contribuindo para que os indivíduos possam definir o seu lugar, obtendo direitos que sejam considerados cidadãos.

O profissional de saúde ao diagnosticar um caso de sífilis no âmbito do pré-natal, deve apoiar, acolher, orientar e conhecer o ambiente externo para identificar elementos, no qual possam planejar o seu cuidado. Ademais, a OMS (2008), os usuários de serviços de saúde devem receber informação sobre a sífilis e serem esclarecidas acerca do tratamento e prevenção.

Destaca-se que foi observado nos registros do cartão de pré-natal, que as consultas foram realizadas majoritariamente por enfermeiras. Fato preocupante é que ocorreram numerosas prescrições equivocadas para tratamento da SG, com condutas que contradiziam ao preconizado pelo MS. Situação que repercute na saúde reprodutiva e mental da mulher e contribuem para a ocorrência da SC. Esse fato reforça a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para um tratamento adequado e que considere o seu ambiente externo (COSTA et al., 2018; VARGAS et al., 2018; SOUZA; BECK, 2019).

A capacitação dos profissionais de saúde que atuam na AB é de fundamental importância pois propiciará a prática em saúde com mais qualidade e resolutividade, visto que, a aquisição do conhecimento sobre a sífilis deve-se iniciar desde a formação acadêmica através de discussões em sala de aula e seminários, devendo ser consolidada a cada dia como processo dinâmico por meio do acolhimento e escuta ativa que buscam induzir iniciativas que traduzem desempenhos capazes de enfrentar os desafios que a população apresenta devido ao seu contexto social, principalmente no contexto do pré-natal do SUS (PEREIRA et al., 2020).

Os resultados apontaram que os elementos do ambiente externo de desrespeito, desamor, cotidiano social e familiar em que houve a presença da sífilis, especialmente a violência sexual perpetrada por parceiro íntimo, refletiram diretamente no ambiente interno das mulheres grávidas com repercussões negativas na sua saúde física, mental, sexual e reprodutiva, culminando com a sífilis congênita.

Portanto todas às mulheres grávidas com diagnóstico ou não de sífilis, independente da classe social e que estejam sendo atendidas na rede SUS ou privada, precisam de um cuidado integral e resolutivo pautado em uma relação de confiança e de conhecimento sobre as suas vivências. É certo que esta conduta favorecerá recuperação da saúde integral, por meio de um cuidado que transcenda o modelo biomédico, ou seja, um modelo que considere os contextos social, econômico, familiar e conjugal envolvidos no processo de cuidar, conforme preconiza o Modelo de Conservação de Levine.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as etapas da produção de dados das vinte e cinco mulheres permitiu identificar que os fatores culturais e sociais, contidos no ambiente externo estão imbricados no contágio da sífilis e a não cura da doença na gestação, apesar de terem na sua maioria realizado tratamento medicamentoso no período pré-natal, desencadeando o desfecho da sífilis congênita.

É de domínio público que o Brasil vivencia uma epidemia de sífilis, fato corroborado por levantamentos epidemiológicos revelando o aumento progressivo dessa IST. Embora o tratamento seja assegurado pelo Sistema Único de Saúde, no que diz respeito à terapêutica medicamentosa e seguimento para sífilis congênita. A sífilis se mantém como um grave problema de saúde pública e destaca-se a transgeracionalidade da doença nas famílias das participantes, uma vez que a sífilis foi considerada como um fenômeno natural, com a sua consequente perpetuação.

Os resultados encaminharam-se no sentido de conhecer as características das mulheres que eram, em sua maioria jovem, do lar, com baixa renda familiar e/ou pessoal, vivia em regime de união consensual, que variou de um a doze anos de convivência. As demais, que não coabitavam com os parceiros, variaram entre 1 (um) e 10 (dez) anos.

Em relação aos parceiros íntimos, a faixa etária variou entre 17 e 47 anos, a maioria estava desempregado e os demais, trabalhavam exercendo funções no setor de serviços, ocupando postos com baixa remuneração e dois deles eram policiais militares. O histórico sexual e reprodutivo apontou que a maioria das mulheres eram primigestas, as gestações não foram planejadas e uma revelou ter vivenciado aborto.

Os relatos destacaram uma forte influência familiar, social e cultural às situações que elas reconhecem como intrínsecas à sua vivência, refletindo no relacionamento conjugal. Com isso, a discussão foi pautada à luz do ambiente da Teoria de Levine, com objetivo de que o indivíduo não pode ser avaliado durante seu cuidado sem considerar o contexto no qual está inserido, devendo ser considerados todos os aspectos sobrepostos na sua história passada e atual, em especial as que possuem um diagnóstico de sífilis gestacional. Ademais o Modelo de Conservação de Levine torna-se um instrumento de enfermagem nas consultas de pré-natal, possibilitando a identificação de novos casos de violência por parceiro íntimo e assim, poderá auxiliar e singularizar o tratamento adequado da sífilis na gestação.

As vivências das mulheres expressaram um ambiente externo hostil e pernicioso, em que a violência se iniciou na infância e adolescência. A maioria (23) das participantes vivenciou pelo menos uma forma de violência perpetrada por parceiro íntimo, através da violência sexual, psicológica, física e moral.

Em tempos em que a violência contra a mulher, grávida ou não, é constante destaque nas mídias sociais, os resultados revelaram que muitas dores e mágoas, em função da violência de gênero inserida no ambiente externo e vivenciadas ao longo de sua vida, que repercutiram no relacionamento conjugal atual e na gravidez. Portanto, a violência de gênero vivenciada no contexto social e familiar da mulher, resultou em relacionamentos conjugais abusivos, com repercussões negativas à saúde materna e neonatal.

Essencialmente, os elementos apresentados para a ocorrência da sífilis na gestação foram: violência intrafamiliar, multiplicidade de parceiros e comportamento sexual de risco, baixa escolaridade, desconhecimento da sífilis e violência perpetrada pelo parceiro íntimo, principalmente pela recusa do homem em utilizar preservativo nas relações sexuais, mesmo ciente do seu diagnóstico de sífilis. Todos esses elementos mencionados não somente contribuíram como foram determinantes para o desfecho da sífilis congênita, trazendo consequências nefastas para o ambiente interno da mulher com a ruptura da sua totalidade, por meio do diagnóstico da sífilis na gestação, com reflexo direto na saúde mental, sexual e reprodutiva.

As diversas situações vivenciadas pelas mulheres apontaram a importância das enfermeiras e outros profissionais de saúde estarem preparados para conhecer o ambiente externo e identificar suas vulnerabilidades, que nem sempre é verbalizada pelas mulheres, para elaborar seu cuidado de forma integral no âmbito do cuidado pré-natal.

Faz-se necessário a capacitação dos profissionais de saúde que acompanham mulheres período gestacional objetivando o desenvolvimento de um tratamento adequado pautado pelo MS e que considere o ambiente externo dessa mulher. Essa assistência necessita de uma atuação intersetorial conjunta, pois somente assim será possível se aproximar do objetivo do controle da sífilis e enfrentamento do fenômeno da violência de gênero contra a mulher.

Este estudo propõe ações da enfermeira e outros profissionais de saúde por meio da aplicabilidade dos princípios da conservação de Levine nas mulheres com SG que vivenciaram a violência de gênero no âmbito da assistência pré-natal, com propósito da conservação da energia e recuperar a integridade estrutural, pessoal e social da mulher,

tendo como objetivo preservar-lhe a identidade e devolver-lhe a autonomia para que se sintam fortalecidas durante o processo de tratamento da sífilis durante o pré-natal.

Com isso, como parte das ações que podem ser aplicadas, recomendamos a implementação das práticas integrativas e complementares já adotadas pelo SUS, que podem possibilitar a melhor interação entre profissionais de saúde e as mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação.

Entretanto, como ainda predomina a assistência pautada no modelo biomédico, pode haver resistência na utilização de um cuidado holístico, em que os aspectos subjetivos das mulheres sejam valorizados e que as secretarias de saúde capacitem os profissionais de saúde para que possam com total segurança interpretar os resultados dos diferentes exames laboratoriais para tratamento da sífilis adquirida, gestacional e congênita.

É imprescindível a inserção da temática sobre “gênero e sexualidade” considerando a alta prevalência da sífilis nas propostas pedagógicas das instituições de ensino de graduação e pós-graduação, refletindo assim uma mudança no atendimento oferecido às mulheres, e ao casal, no âmbito da assistência pré-natal, sensibilizando o futuro profissional na sua maneira de lidar com as temáticas da violência como também respeitar os protocolos ministeriais, sempre pautados na vivência da mulher.

Ressaltamos o ineditismo dessa pesquisa, mediante a lacuna de conhecimento de estudos sobre essa temática, que retratou de forma qualitativa, o fenômeno das relações conjugais de mulheres que tiveram um filho com diagnóstico de sífilis congênita, à luz do ambiente da Teoria de Levine. O estudo atingiu seus objetivos contribuindo para a compreensão dos elementos envolvidos no ambiente externo e interno das 25 mulheres com história de sífilis.

Por último, corroboramos com o estudo de doutorado: “Cuidado de enfermagem na dimensão cultural e social – História de vida de mães com sífilis” (Silva, 2003), que conclama para o combate a sífilis, uma doença secular e de diagnóstico e tratamento definidos, que é possível erradicá-la com determinação, respeito as questões culturais e sociais, tanto individuais quanto coletivas.

REFERÊNCIAS

_____. Conservation and Integrity. In: PARKER, M. **Nursing theories in practice**.

_____. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>. Acesso em: 20 jun, 2019.

_____. The conservation principles: a model for health. In: SCHAEFER, K. M.; POND, J.B. **Levine's conservation model: a framework for nursing practice**. 3rd ed. Philadelphia: F.A. Davis. 1991.

ALMEIDA, L. R.; SILVA, A. T. M. C.; MACHADO, L. S. The object, the purpose and the instruments of healthcare work processes in attending to gender-based violence in a primary care service. **Interface**, São Paulo, v. 18, n. 48, p. 47-59, 2014.

AMATUZZI, M. M. A subjetividade e sua pesquisa. **Memorandum**, Belo Horizonte, v. 10, p. 93-97, 2006.

ANDRADE, R. F. V.; ARAÚJO, M. A. L.; DOURADO, M. I. C.; MIRANDA, A. B. E.; REIS, C. B. S. Prevalência e fatores associados à violência entre parceiros íntimos após a revelação do diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis ao parceiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 7, e. 0008715, 2016.

ANDRADE, R. F. V.; ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, L. J. E. S.; REIS, C. B. S.; MIRANDA, A. E. Violência por parceiro íntimo após diagnósticos de doenças sexualmente transmissíveis. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 3, p. 2-9, 2015.

ARAUJO, C. L.; SHIMIZU, H. E.; SOUZA, A. I. A.; HAMANN, A. M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 479-86, 2014.

ARAUJO, M. F. Gênero e violência contra a mulher: o perigoso jogo de poder e dominação. **Psicol Am Lat**, México, n. 14, out. 2008.

ARAÚJO, S. R. et al. A vivência das mães frente a ocorrência de sífilis congênita em seus filhos. **REAS/EJCH**, São Paulo, n. 42, p. 1-8, 2020.

BARBOZA, H. H. G.; JUNIOR, V. A. A. (Des) Igualdade de gênero: restrições à autonomia da mulher. **Rev. Ciências Jurídicas Pensar**, Fortaleza, v. 22, n. 1, p. 240-71, 2017.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARRIOS, Y. V.; GELAYE, B.; ZHONG, Q.; NICOLAIDIS, C.; RONDON, M. B.; GARCIA, P. J. Association of childhood physical and sexual abuse with intimate partner violence, poor general health and depressive symptoms among pregnant women. **Plos One [Internet]**, Califórnia, v. 10, n. 1, 2015.

BEZERRA, M. L. M. B.; FERNANDES, F. E. C. V.; NUNES, J. P. O.; BALTAR, S. L. S. M. A.; RANDAU, K. P. Congenital syphilis as a measure on maternal and child healthcare, Brazil. **Emerging Infectious Disease**, USA, v. 25, n. 8, 2019.

BOTTON, A.; CÚNICO, S. D.; BARCINSKI, M.; STREY, M. N. Os papéis parentais nas famílias: analisando aspectos transgeracionais e de gênero. **Pensando famílias**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 43-56, 2015.

BOTTURA *et al.* Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016/Epidemiological profile of gestational and congenital syphilis in Brazil—from 2007 to 2016. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, São Paulo, v. 64, n. 2, p. 69-75, 2019.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 9. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BRASIL, CONGRESSO NACIONAL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1986.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Alma-ata – Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. Brasília, 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de atenção básica. Secretaria de saúde pública. Programa saúde da família. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 316-9, 2000.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. **Caderno de boas práticas: uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil**. Brasília, DF, 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. **Boletim Epidemiológico da Sífilis**. Brasília, DF, 2018.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha**. Portaria nº 1459 de 24 de junho de 2011. Brasília, DF, 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº77, de 12 de janeiro de 2012. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na Atenção Básica para a detecção de HIV e**

Sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito na atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Brasília, DF, 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnica.** Brasília, DF, 2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília, DF, 2002.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).** Brasília, DF, 2015.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETRARIA-EXECUTIVA. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: ambiência.** Brasília, DF, 2004.

BRASIL. **Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006.** Dispõe sobre a criação de mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Dispõe sobre crimes hediondos. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 10 ago 2009; Seção 3: 2884.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dados epidemiológicos: sífilis congênita.** Brasília, DF, 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Departamento de atenção básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, DF: Editora MS, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília, DF, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).** Brasília, DF, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de doenças de condições crônicas e infecções sexualmente transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília, DF, 2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis. Número especial**. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Nota informativa Nº2, de 19 de setembro de 2017. Altera os critérios de definição de casos para notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Portaria Nº 33, de 14 de Julho de 2005. Regulamenta doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jul. 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sífilis congênita – Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Brasília, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. **Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. Rio de Janeiro, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. ORÇAMENTO E GESTÃO. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estatísticas do registro civil. **Estat. Reg. civ.**, v. 41, p. 1 – 82, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2014_v41.pdf. Acesso em: 25 jul, 2020.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Lei nº 11.340/2006**. Lei Maria da Penha - coibição à violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Rede de enfrentamento à violência contra a mulher**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. RESOLUÇÃO DO COFEN Nº477. **Dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas.** Conselho Federal de Enfermagem, 2015.

CABRAL, B. T. V.; DANTAS, J. C.; SILVA, J. A. da; DE OLIVEIRA, D.A. Sífilis em gestante e sífilis congênita: um estudo retrospectivo. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 3, n. 3, p. 32-44, 2017.

CAMARA, L. S. *et al.* Perfil epidemiológico das gestantes com sífilis no Rio de Janeiro. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 9, n. 10, p. 2-14, 2020.

CAMPOS A. L. A.; ARAÚJO M. A. L.; MELO S. P.; ANDRADE R. F. V.; GONÇALVES M. L. C. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev Bras Ginecol Obstet**, São Paulo, v. 34, n. 9, p. 397-402, 2012.

CANTOR, A. G.; PAPPAS, M.; DAEGES, M. *et al.* Screening for syphilis: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. **JAMA**, EUA, v. 315, n. 21, 2016.

CARNEIRO, J. F.; VALONGUEIRO, S.; LUDERMIR, A. B.; DE ARAÚJO, T. V. B. Violência física pelo parceiro íntimo e uso inadequado de pré-natal entre mulheres no nordeste do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 243-255, 2016.

CARVALHO, I. S.; DE BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 23, n. 2, p. 287-293, 2014.

CASIQUE, L.; FUREGATO, A. R. F. Violence against women: theoretical reflections. **Rev Latino-Am Enf**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 6, p. 950-956, 2006.

CERQUEIRA, D. *et al.* **Mapa da Violência 2018**, 2018. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33410&Itemid=432. Acesso em 30 jul. 2019.

CHA, S. *et al.* Screening for Syphilis and Other Sexually Transmitted Infections in Pregnant Women. **MMWR**, United States, v. 66, n. 24, p. 644-48, 2017.

CIRIACO, N. L. C.; PEREIRA, L. A. A. C.; CAMPOS-JUNIOR, P. H. A.; COSTA, R. A. A importância do conhecimento sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST) pelos adolescentes e a necessidade de uma abordagem que vá além das concepções biológicas. **Em extensão**, Uberlândia, v. 18, n. 1, p. 63-80, 2019.

COFEN. Nota Técnica COFEN nº 03, de 14 de junho de 2017. **Esclarecimento aos profissionais de enfermagem sobre a importância da administração da Penicilina Benzatina nas Unidades Básicas de Saúde do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/NOTA-T%C3%89CNICA-COFENCTLN-N%C2%B0-03-2017.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

COLOSSI, P. M.; MARASCA, A. R.; FALCKE, D. De geração em geração: A violência conjugal e as experiências na família de origem. **Revistas Psico.**, Porto Alegre, v. 46, n. 4, p.493-502, 2015.

COMMISSION ON THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health.** Final report. Geneva (CHE), 2008.

CONTEC, **Penicilina benzatina para prevenção da sífilis congênita durante a gravidez**, nº 150, 2015.

CONLEY, T. D. M.; MOORS A. C.; ZIEGLER, A.; KARATHANASIS, C. Unfaithful Individuals are Less Likely to Practice Safer Sex Than Openly Nonmonogamous Individuals. **The Journal of Sexual Medicine**, Netherland, v. 9, p. 1559–1565, 2012.

COSTA, C. B.; CENCI, C. M. B. A relação conjugal diante da infidelidade: a perspectiva do homem infiel. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 19-34, 2014.

COSTA, C.C. *et al.* Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 152-9, 2013.

COSTA, J. S. *et al.* O conhecimento de gestantes com diagnóstico de sífilis sobre a doença. **R. Interd.**, Piauí, v. 9, n. 2, p. 79-89, 2016.

COSTA, L. D. *et al.* Conhecimento dos profissionais que realizam pré-natal da atenção básica sobre o manejo da sífilis. **Ciência, cuidado e saúde**, Paraná, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2018.

COSTA, M. A. *et al.* A infidelidade conjugal como porta-voz da complexidade relacional: revisão de literatura. **Revista Saúde e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 57-65, 2018.

COUTINHO R.Z.; MIRANDA-RIBEIRO P. Religião, religiosidade e iniciação sexual na adolescência e juventude: lições de uma revisão bibliográfica sistemática de mais de meio século de pesquisas. **Rev Bras Estud Popul**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 333-65, 2014.

COUTINHO, R. X.; DOS SANTOS, W. M.; FOLMER, V.; PUNTEL, R. L. Prevalência de comportamentos de risco em adolescentes. **Cad. Saúde Col.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 441-449, 2013.

SILVA, A. L. G. da; COELHO, E.B.S.; NJAINE, K. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1255-1262, 2014.

SILVA, M. A. M. da; SOUSA, A. J. C.; ALBUQUERQUE, E. S.; MOREIRA, A. C. A.; MARTINS, K. M. C. Feelings of pregnant women diagnosed with syphilis. **Rev Enfermagem UFPI**, Piauí, v. 4, n.2, p. 84-91, 2015.

SILVA, M. R. B. da; SILVA, L. A. da; MATURANA, H. C. A.; SILVA, R. B. da; SANTOS, M. E. dos; FILHO, V. F. Por que elas não usam? Um estudo sobre a não adesão das adolescentes ao preservativo e suas repercussões. **Saúde em Res.**, Porto Alegre, v. 1, n. 4, p. 75-83, 2015.

LIMA, B. C. F. de; MOSELE, T. M. W.; GAVINHO, B. Incidência de sífilis no município de Almirante, Tamandaré 2010 a 2018. **Revista Uniandrade**, Curitiba, v. 19. n. 3, p. 133-138, 2018.

DE OLIVEIRA, L. C. Q.; FONSECA-MACHADO, M. O.; STEFANELLO, J.; GOMES-SPONOLZ, F. A. Violência por parceiro íntimo na gestação: identificação de mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, esp. 233 – 238, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000500233&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 ago, 2020.

DEEKE, L.P.; BOING, A.F.; OLIVEIRA, W.F.; COELHO, E.B.S. A Dinâmica da Violência Doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saude Soc**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 248-58, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902009000200008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 mar, 2020.

DI GIACOMO, P.; CAVALLO, A.; BRAGNASCO, A.; SARTINI, M. Violence against women: knowledge, attitudes and beliefs of nurses and midwives. **Journal Clinical of Nursing**, Oxford, v.13, n.6, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13625>. Acesso em: 05 ago, 2020.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciênc. Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n2/653-660/es/>. Acesso em: 24 maio, 2020.

DOMINGUES, R.M.S.M.; LEAL, M.C. Incidencia de sífilis congénita y factores asociados a la transmisión vertical de la sífilis: datos del estudio Nacer em Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n.6, p. 2-12, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2016000605002&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 20 set, 2019.

DOMINGUES, R.M.S.M.; SZWARCOWALD, C.L.; JUNIOR, P.R.B.S.; LEAL, M.C. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nacer no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.5, p. 766-774, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102014000500766&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 8 abr, 2019.

FEITOZA, J.A.S.; ROCHA, C.H.R.; COSTA, F.S. Artigo de revisão: sífilis congênita. **Rev Med Saúde Brasília**, Brasília, v. 5, n. 2, p. 286-297, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Sa%C3%BAde%20da%20Mulher/Desktop/6749-33131-1-PB.pdf>. Acesso em: 11 dez, 2020.

FELIZ; M. C. *et al.* Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. **Rev Bras Epidemiol**, São

Paulo, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2016.v19n4/727-739/pt/>. Acesso em: 31 jul, 2020.

FIGUEIREDO, M.S.N. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre a adesão ao tratamento dos parceiros de gestantes com sífilis. **Rev Rene**, Ceará, v. 16, n. 3, p. 345 – 354, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324041234007.pdf>. Acesso em: 10 dez, 2020.

FLAKE, T.A.; BARROS, C.; SCHRAIBER, L.B.; MENEZES, P.R. Intimate partner violence among undergradu - ate students of two universities of the state of São Paulo, Brazil. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.16, p. 801-16, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2013.v16n4/801-816/en/>. Acesso em: 17 set, 2020.

FONSECA, C.S.; OLIVEIRA, L.M.; ALMEIDA, N.M.R.; SILVA, K.S.; KALE, P.L. Incidência da sífilis congênita na região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro: Desigualdades socioecômicas. **DST J Bras Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 21 – 25, 2013. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista25-1-3013/8.Incidence%20of%20Congenital%20Syphilis.pdf>. Acesso em: 6 set, 2020.

FONTOURA, N. *et al.* **Uso do tempo e gênero**. Sindicato Nacional dos Editores de Livros: UERJ, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8034/1/Uso%20do%20tempo%20e%20g%C3%AAnero.pdf#page=103>. Acesso em: 21 set, 2020.

FREITAS, M.F.C.; SALES, M.M. Maria, Marias: Narrativas de mulheres sobre relacionamentos abusivos. **Revista da graduação de Psicologia PUC**, Minas Gerais, v. 4, n.7, p. 408-429, 2019. Disponível em: <http://200.229.32.43/index.php/pretextos/article/view/20769/15043>. Acesso em: 21 set, 2020.

FURLANETTO, M. F. *et al.* Educação sexual em escolas brasileiras: revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Pesquisa**, v. 48, n. 168, p. 550-571, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742018000200550&script=sci_arttext. Acesso em: 14 set, 2020.

FURLANETTO, M.F.; MARIN, A.H.; GONÇALVES, T.R. Acesso e qualidade de informação recebido sobre sexo e sexualidade na perspectiva adolescente. **Estud. psicol. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 644-664, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/46907/31359>. Acesso em 14 set, 2020.

FURTADO, M.F.S *et al.* Fatores epidemiológicos da sífilis em gestantes no município de São Luís – MA. **Revista Uningá**, Paraná, v. 52, n.1, 2017. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1401/1016>. Acesso em: 22 out, 2020.

GRIEBLER, C.N.; BORGES, J.L. Violência contra a mulher: perfil dos envolvidos em boletins de ocorrência da Lei Maria da Penha. **Psico**, Rio Grande do Sul, v. 44, n.2, p.215-25, 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/11463/9640>. Acesso em: 01 out, 2019.

GUIMARÃES, M.S.F. **Vulnerabilidade e parentalidade na hospitalização de um filho com sífilis congênita à luz da teoria das transições.** [Dissertação de mestrado] UNIRIO, 2015.

HEBMULLER, M.G.; FIORI, H.H.; LAGO, E.G. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2867-2878, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2867.pdf>. Acesso em: 18 set, 2020.

HOLZMANN, A. P. F.; BARROS, S. M. O.; SILVA, C. S. O., BARBOSA, D.A. Sífilis materna e sífilis congênita: avaliação da assistência hospitalar. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 3, p. 1 - 6, 2018. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/09/18309.pdf>. Acesso em: 30 nov, 2020.

JALKH, A. P. *et al.* Chlamydia trachomatis in human immunodeficiency virus-infected men treated at a referral hospital for sexually transmitted diseases in the Amazonas, Brazil. **Braz. J Infect Dis**, Salvador, v. 18, n. 2, p. 158-63, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-86702014000200158. Acesso em: 25 jun, 2020.

JARDIM, M.J.A.; SILVA, A.A.; FONSECA, L.M.B. Contribuições do enfermeiro no pré-natal para a conquista do empoderamento da gestante. **Rev. Fundam. Care. Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. esp., p. 432-440, 2019. Disponível em: <file:///D:/Documentos/Downloads/6370-40508-1-PB.pdf>. Acesso em: 14 nov, 2020.

JUNIOR, M. B. F.; FREIRE, G. K. A.; FERNANDES, H.R. Syphilis screening during prenatal development: missed opportunities in a public maternity hospital in Recife, Brazil. **DST- J Bras Doenças Sex Transm**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 120-125, 2016. Disponível em: http://www.dst.uff.br/revista28-4-2016/DST%20v28n4_IN_120-125.pdf. Acesso em: 19 maio, 2020.

LAFETÁ *et. al.* Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.19, n.1, p.63-74, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00063.pdf>. Acesso em: 25 out, 2020.

LANNES, D.R.C.; GONZAGA, L.L. Rejeição do uso de camisinha por adolescentes: uma perspectiva a partir da zona muda das representações sociais. **Espaço Pedagógico**, Passo Fundo, v. 25, n. 2, p. 472-481, 2018. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rep/article/view/8174>. Acesso em: 16 set, 2020.

LARA, L.A.S.; ABDO, C.H.N. Aspectos da vida sexual precoce. **Rev. Bras, Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 199 – 202, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032015000500199&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 31 jul, 2020.

LAVINAS, L.; COBO, B.; VEIGA, A. Bolsa família: impacto das transferências de renda sobre a autonomia das mulheres pobres e as relações de gênero. **Revista Latinoamericana**

de Población, Buenos Aires, v. 6, n. 10, p. 31-56, 2012. Disponível em: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=323828757002>. Acesso em: 16 maio, 2020.

LEITE, I.; OLIVEIRA, J. M. de; LEÃO, M. C. M.; LOPES, S. F.; FRANÇA, A. M. B. de. Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. **Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 3, n. 3, p. 166-176, 2016.

LEVINE, M. S. The conservation principles of nursing: twenty years later. In: RIEHLSISCA, J. P. **Conceptual models for nursing practice**. 3rd ed. New York: Appleton Lange, 1989.

LIMA, M. G.; RIBEIRO, G. S.; SANTOS, R. F. R.; BARBOSA, G. J. A. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 499-506, 2013.

LIMA, V. C. *et al.* Percepção de mães acerca da sífilis congênita em seu conceito. Espaço para a saúde. **Rev Saúde Pública**, Paraná, v. 17, n. 2, p. 118-125, 2016.

LINS, C. D. M. **Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita no extremo setentrional da Amazônia**. 2014. 72 f. Dissertação (Mestrado) – Ciências da Saúde, Universidade Federal de Roraima, Boa vista.

LOEFFEN, M. J. W. *et al.* Are gynecological and pregnancy-associated conditions in Family practice indicators of intimate partner violence? **Family Practice**, New England, v. 33, n. 4, p. 354-359, 2016.

LOGUIDICE, J. A. Prenatal screening for intimate partner violence: A qualitative meta-synthesis. **Applied Nursing Research**, Amsterdã, v. 28, n. 1, p. 2- 9, 2014.

LUIZ, M. S.; NAKANO, A. R.; BONAN, C. Planejamento reprodutivo na clínica da família de um Teias: condições facilitadoras e limites à assistência. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 671-682, 2015.

MADUREIRA, A. B.; RAIMONDO, M. L.; FERRAZ; M. I. S.; MARCOVICZ, G. V.; LABRONICI, L. M.; MANTOVANI, M. F. Perfil de homens autores de violência contra as mulheres detidos em flagrante: contribuições para o enfrentamento. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 600-606, 2014.

MAGALHÃES, D. M. S.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. M. P. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, 2013.

MANSO, F. V.; CAMPAGNAC, V. **Dossiê mulher 2019**. 14. ed. Rio de Janeiro: RioSegurança, 2019.

MANSO, F. V.; CAMPAGNAC, V. **Dossiê mulher 2020**. 15. ed. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2020.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas e amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação dos dados**. 7. ed. São Paulo, Atlas, 2009.

MARQUES, S. S.; RIQUINHO, D. L.; SANTOS, M. C.; VIEIRA, L. B. Estratégias para a identificação e enfrentamento de situação de violência por parceiro íntimo em mulheres gestantes. **Rev Gaúcha Enferm**, Rio Grande do Sul, v. 38, n. 3, p. 1-8, 2017.

MARTINS, E. F.; ALMEIDA, P. F. B. de; PAIXÃO, C. O.; BICALHO, P. G.; ERRICO, L. S. P. de. Causas múltiplas de mortalidade relacionada ao aborto no estado de Minas Gerais, Brasil, 2000-2011. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 1-11, 2017.

MÉLO, K. C. *et al.* Sífilis em gestantes no nordeste do Brasil de 2008 a 2015: uma análise de tendência segundo características sociodemográficas e clínicas. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberada, v. 53, p. 1-6, 2020.

MENEGHEL, S. N.; BAIROS, F.; MUELLER, B.; MONTEIRO, D.; OLIVEIRA, L. P. de.; COLLAZIO, M. E. A rota crítica das mulheres no Brasil – aspectos preliminares do estudo em São Leopoldo. Rotas críticas – Mulheres enfrentando a violência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 743-752, 2011.

MIRANDA, R. B.; ARAÚJO, M. A. L.; LIMA, B. M. C.; ANDRADE, R. F.; LIMA, L. Sexual and domestical violence among women attending a STI/Aids clinic, Brazil. in Vitória. **DST- J bras Doenças Sex Transm**, v. 28, n. 1, p. 16-19, 2016.

MONTEIRO, C. F. S.; SOUZA, I. E. O. Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 26-31, 2007.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Fundamentos de obstetrícia**. Guanabara Koogan: Grupo editorial nacional, 2013.

MOREIRA, K. F. A.; et al. Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. **Cogitare Enferm**, Paraná, v. 22, n. 2, p. 48-59, 2017.

MOTTA, I. A. *et al.* Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta? **Rev Med Minas Gerais**, Minas Gerais, Sup. 6, s. 280610, 2018.

NAKKU-JOLOBA, E. *et al.* Perspectives on male partner notification and treatment for syphilis among antenatal women and their partners in kampala and Wakiso districts, Uganda. **BMC Infectious Diseases, Englang**, n. 19, v. 124, p. 1-13, 2019.

NAZARETH, I. V. **O itinerário terapêutico de mulheres com sífilis: bases para o cuidado de enfermagem**. 2017. 190 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

NETTO, L. A.; MOURA, M.A.V.; QUEIROZ, A. B. A.; TYRREL, M. A. R.; PASTOR BRAVO, MdeIM. Violência contra a mulher e suas consequências. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 5, p. 458-464, 2014.

NETTO, L. A.; MOURA, M. A. V.; SILVA, G. F. E.; PENNA, L. H. G.; PEREIRA, A. L. F. Woman in Situation of violence by their Intimate Partner: Making a Decision to Seek a Specialized Violence Support Service. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 36, n. spec, p. 135-42, 2015.

NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte - MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 4, 2015.

NUNES, P. S. *et. al.* Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da estratégia de saúde da família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, e2018127, 2018.

NUNES, P. S. *et. al.* Sífilis na gestação: perspectivas e condutas do enfermeiro. **Rev enferm UFPE Online**, Recife, v. 11, n. 12, p. 4875-4884. 2017.

OEA. Organização dos Estados Americanos. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, “Convenção de Belém do Pará”**. Adotada em Belém do Pará, Brasil em 9 de junho de 1994, no Vigésimo Quarto Período Ordinário de Sessões da Assembleia Geral.

OKADA, M. M.; HOGA, L. A. K.; BORGES, A. L. V.; ALBUQUERQUE, R. S. de; BELLI, M. A. Violência doméstica na gravidez. **Act. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 270-275, 2015.

OLIVEIRA, H.; MINAYO, M. C. S. Violência: um novo velho desafio para o cuidado da saúde. **Bras Educ Médica**, Brasília, v. 29, n. 1, 2005.

OLIVEIRA, T. D. C. M. Representação social do parto para a mulher diante da primeira gestação. **Psicologia. PT**, p. 1-24, 2015.

OMS. **Adolescent Friendly Health Services – an agenda for change**. Genebra, 2002.

OMS. **Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016-2021**. Genebra, 2002.

OMS. **Estratégia mundial del sector de la salud contra ças infecciones de transmisión sexuales 2016-2021**. Haciaelfin de las ITS. Genebra, 2016.

OMS. **Informe Mundial sobre Violência e Saúde 2002**. Genebra, 2002.

OMS. **Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: Promoting better maternal and child health and stronger health systems**. Genebra, 2012.

OMS. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Washington DC, 2012.

OMS. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra, 2002.

OMS. **Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.** Genebra, 2013.

OMS. **Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence.** Genebra, 2012.

ONU. Departamento f Economic and Social Affairs. **The World's Women 2010 – Trends and Statistics.** United Nations. New York, 2010.

ONU. **Progresso das Mulheres no Mundo:** transformar as economias para realizar os direitos, lançado em 27 de abril de 2015.

PAIVA, V.; ANTUNES, M .C.; SANCHEZ, M. N. O direito à prevenção da Aids em tempos de retrocesso: religiosidade e sexualidade na escola. **Interface**, Botucatu, v. 24, e180625, 2020.

PALLITTO, C. *et al.* Multi Country Study on Women's Health and Domestic Violence. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence. **Int J Gynaecol Obstet**, v. 120, p. 3-9, 2013.

PALLITTO, C. *et. al.* Testing a counselling intervencion in antenatal care for women experiencing partner violence: a study protocol for a randomized controlled trial in Johannesburg, South Africa. **BMC Health Services Research**, England, v. 16, p. 2-10. 2016.

PATIAS, N. D.; BUAES, C. S. “Tem que ser uma escolha da mulher”! Representações de maternidade em mulheres não-mães por opção. **Psicologia & Sociedade**, Santa Maria/Brasília, v. 24, n. 2, p. 300-306, 2012.

PAVODAN, C.; OLIVEIRA, R. S. de; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região sul do Brasil. **Rev. Latino-Am**, Ribeirão Preto, v. 26, p. 1-10, 2018.

PEREIRA, R. M. D.; SELVATI, F. de. S.; RAMOS, K. de. S.; TEIXEIRA, L. G. F.; SILVA, L. R. da. Conhecimentos, atitudes e práticas de enfermeiros e médicos sobre sífilis: revisão integrativa. **Rev Recien**, São Paulo, v. 31, n. 10, p. 131-141.

PINHEIRO, P. N. C.; FERREIRA, A. G. N.; DIAS, F.; SILVA, K. L. Relação entre Infidelidade e Infecção ao HIV/AIDS na visão de homens heterossexuais. **Ciência y Enfermaria**, Chile, v. 18, n. 3, p. 39-48, 2012.

PINTO, M. *et al.* Carga treponêmica em amostras biológicas correspondentes a diferentes fases clínicas da sífilis. **Artigos breves**, Paraná, n. 5, p. 14-18, 2016.

PINTO, V. M.; BASSO, C. R.; BARROS, C. R. S.; GUTIERREZ. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2423-2432, 2018.

PLETSCH, M. D. Educação Especial e Inclusão Escolar: uma radiografia do atendimento educacional especializado nas redes de ensino da Baixada Fluminense /RJ. **Ci. Huma. e Soc. em Rev.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12, p. 31-48, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Artmed, 2019.

PORTELA, N. L. C.; ARAUJO, L. P. Conhecimento e prática dos métodos contraceptivos por estudantes adolescentes: um estudo comparativo. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 19, n. 33, p. 13-24, set/2013.

REIS, R. K.; MELO, E. S.; GIR, E. Fatores associados ao uso inconsistente do preservativo entre pessoas vivendo com HIV/Aids. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 1, p. 47-53, 2016.

RIBEIRO, K. N. *et al.* Caracterização do conhecimento das gestantes sobre as possíveis complicações relacionadas ao início do pré-natal tardio. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 59458-59468, 2020.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. **Conexão Saúde RJ**, 2020.

ROCHA, A. F. B. *et al.* Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil – a qualitative study. **BMC Health Services Research**, New England, v. 19, n. 65, 2019.

RODRIGUES, A.; SILVA, M.; CAVALCANTE, A.; MOREIRA, A.; MOURÃO NETTO, J.; GOYANNA, N. Atuação dos enfermeiros no acompanhamento da sífilis na atenção primária. **Rev Enferm UFPE Online**, Recife, v.10, n. 4, p. 1247-55, 2016.

RODRIGUES, W. F. G.; RODRIGUES, R. F. G.; FERREIRA, F. A. Violência contra a mulher dentro de um contexto biopsicossocial: um desafio para o profissional de enfermagem. **Revista de Enfermagem**, Recife, v. 11, n. 4, p. 1752-1758, 2017.

SANTANA, T. D. B. *et al.* Avanços e desafios da concretização política nacional da saúde da mulher: uma revisão de literatura. **Rev. Aten. Saúde**, Caetano do Sul, v. 17, n.61, 2019.

SANTOS, W. J.; DE OLIVEIRA, P.P.; VIEGAS, S.M.F.; RAMOS, T. M.; POLICARPO, A.G.; DA SILVEIRA, A. A. Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo: Representações Sociais de Profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p-770-77, 2018.

SATTLER, M. K.; TAVARES, A. C. C. N.; SILVA, I. M. A infidelidade no relacionamento amoroso: possibilidades no trabalho clínico com casais. **Pensando famílias**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 162-175, 2017.

SAVEGNAGO, S. D. O.; ARPIRINI, D. M. A abordagem do tema sexualidade no contexto familiar: o ponto de vista de mães adolescentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 1, p. 130-144, 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. SUBSECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Boletim epidemiológico – Sífilis adquirida, sífilis materna e sífilis congênita.** Rio de Janeiro, 2018.

SELOILWE, E. S. *et al.* Parent and youth communication patterns on HIV and AIDS, STIs and sexual matters: Opportunities and challenges. **Journal of Child and Adolescence Behavior**, v. 3, n. 203, p. 1-6, 2015.

SHUBERT, C. A.; SILVA, S. D. da; DE CARVALHO, C.M.S.M.; DA CUNHA, J.C.; DOS SANTOS, L.F.M.; SILVA, C. B. F. da. Transmissão vertical da sífilis: o enfermeiro e as ações de prevenção. **Ciência atual**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p 03-13. 2018.

SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/AIDS. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v. 43, n.2, p. 401-6, 2009.

SILVA, L. R.; NAZARETH, I. V.; GUIMARÃES, M.S.F.; TEIXEIRA, S. V. B. Conhecimento de mulheres com diagnóstico de sífilis e suas escolhas terapêuticas. **Convencion Salud**, Cuba, 2018. Disponível em: <http://convencionosalud2018.sld.cu/index.php/convencionosalud/2018/paper/viewFile/1931/643>. Acesso em: 20 nov., 2020.

SILVA, L. R.; RIBEIRO, M. S. F. G; TEIXEIRA, S. V. **Sífilis na gestação: subsídios para a assistência de enfermagem no pré-natal.** PROENF Saúde materna e neonatal, Porto Alegre: Artmed Panamericana, 2017.

SILVERMAN, J. G.; DECKER, M. R.; KAPUR, N. A.; GUPTA, J.; RAJ, A. Violence against wives, sexual risk and sexually transmitted infection among Bangladeshimen. **Sex Transm Infect**, v. 83, n. 3, p. 211-15, 2007.

SILVERMAN, J.G.; MCCAULEY, H.L.; DECKER, M.R.; MILLER, E.; REED, E.; RAJ, A. Coercive Forms of Sexual Risk and Associated Violence Perpetrated by Male Partners of Female Adolescents. **Perspect Sex Reprod Health**, v. 43, n. 1, p. 60-65, 2011.

SIQUEIRA, D. D. *et al.* Sentimentos e conhecimentos de puérperas em face da sífilis congênita neonatal. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Espírito Santo, v. 19, n. 3, p. 56-61, 2017.

SOARES, L. G. *et. al.* Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v, 17, n.4, p. 791-799, 2017.

SOUZA, M. H. T.; BECK, E. Q. Compreendendo a sífilis congênita a partir do olhar materno. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v9, n. 56, p. 1-13, 2019.

SPIWAK, R.; AFF, T.O.; HALLI, S.; GARCIA-MORENO, C.; SAREEN, J. The relationship between physical intimate partner violence and sexually transmitted infection among women in India and the United States. **J Interpers Violence**, v. 28, p. 2770–91, 2013..

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília, DF, 2004.

SUTO C.S.C.; SILVA D.L.; ALMEIDA E.S.; COSTA L.E.L.; EVANGELISTA T.J. Assistência pré-natal à gestante com diagnóstico de sífilis. **Rev Enferm Atenção Saúde**, Minas Gerais, v. 5, n. 2, p. 18 - 33, 2016.

SUTO, C. S. S.; SILVA, D. L.; ALMEIDA, E. S.; COSTA, L. E. L.; EVANGELISTA, T. J. Assistência pré-natal à gestante com diagnóstico de sífilis. **Rev Enfermagem e Atenção à Saúde**, Mato Grosso, v. 5, n. 2, p. 1536-1544, 2016.

TAKAHARA, A. H.; FURINO, V.; MARQUES, A.C.; ZERBETTO, S.; FURINO, F. Relações familiares, álcool e outras drogas: uma revisão integrativa. **Rev. APS.**, Juiz de Fora, v. 20, n. 3, p. 434-443, 2017.

TEIXEIRA, S. A. M.; TAQUETTE, S. R. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 440-446, 2010.

TEIXEIRA, S. A. M.; TAQUETTE, S. R.; MONTEIRO, D. L. M. Violence and sexually transmitted infections in pregnancy. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 65, n. 3, p. 475-484, 2019.

TEIXEIRA, S. V. B. **Violência à mulher grávida perpetrada pelo parceiro íntimo: análise à luz da Teoria de Levine.** 2013. 196 f. Tese (Doutorado) – Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro.

TEIXEIRA, S. V. B.; MOURA, M. A. V.; SILVA L. R.; QUEIROZ, A. B. A.; SOUZA, K. V.; NETTO, L. A. Violência perpetrada pelo parceiro íntimo à gestante: à luz da teoria de Levine. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo. v. 49, n. 6, p. 882-889, 2015.

TOLDO, M. K. S.; MENEGAZZO, L. S.; SOUTO A. S. A recrudescência da sífilis congênita. **Revista Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 47, n. 1, p. 02-10, 2018.

TORRES, R. G. *et al.* Syphilis in pregnancy: The reality in public hospital. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 90-96, 2019.

UNITED NATION OFFICE OF HIGH COMMISSIONER. **Women's Rights are Human Rights HR/PUB/14/2**, 2014. Disponível em: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HR-PUB-14-2.pdf>. Acesso em: 06 ago, 2020.

VARGAS, L.; AMARAL, S.; ARRIAGA, M.; SARNO, M.; BRITES, C. High prevalence of syphilis in parturient women and congenital syphilis cases in public maternities in Salvador-Bahia, Brazil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 1202-1212, 2019.

VASCONCELOS, M. I. O. *et. al.* Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, p. 85-92, 2016.

VEIGA, M. A. A. **Narrativas de vida de homens com sífilis na perspectiva transcultural**: subsídios da enfermagem. 2018. 264 f. Tese (Doutorado) – Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

VIEIRA, L. B. *et. al.* Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos. **Rev, bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 3, 366-372, 2014.

VIOLA, R. C. **Políticas de Atenção à Saúde da Mulher e os 20 Anos de Sistema Único de Saúde No Brasil**. *In*: Saúde Brasil 2008. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

ZOILLO, C. S.; BARBOSA, E. P. M.; BARBOSA, J. A.; PAES, L. B. O. Fatores maternos associados à transmissão vertical da sífilis congênita. **CuidArte Enferm.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 211-217, 2017.

APÊNDICES

APENDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Universidade Federal do Estado do Rio De Janeiro – UNIRIO
 Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
 Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – MESTRADO

Formulário de entrevista

Data: ___/___/___

Entrevista n°: _____

Aspectos socioeconômicos

- Idade:
- Escolaridade:
- Cor autodeclarada:
- Religião:
- Situação conjugal:
- Orientação sexual:
- Qual idade do seu parceiro?
- Orientação sexual do parceiro?
- Cidade de origem:
- Reside com parceiro ou familiares?
- Quantas pessoas residem com você?
- Possui alguma ocupação que gere renda? () Sim () Não
- Em caso de resposta afirmativa, qual ocupação/profissão?
- Seu parceiro possui alguma ocupação que gere renda? () Sim () Não
- Em caso de resposta afirmativa, qual ocupação/profissão?
- Renda mensal familiar:

Aspectos sexuais e reprodutivos

- Menarca:
- Sexarca:
- Número de gestações:
- Número de partos:
- Número de filhos:

- Teve algum aborto? () Sim () Não
- Em caso de resposta afirmativa, o (s) aborto (s) foi espontâneo ou provocado?
- O parceiro teve influência sobre essa decisão?
- Antes da gravidez você utilizava algum método contraceptivo?
- Qual o método?
- Seu parceiro já te impediu de utilizar algum método contraceptivo?
- Você já teve alguma outra IST (Infecção Sexualmente Transmissível)?
- Qual?
- Teve sífilis em alguma gestação anterior?
- Já teve mais de um parceiro (a) em uma mesma época antes ou durante essa gravidez?

Sífilis e Relacionamentos conjugais

- Você conhece alguém da sua família/vizinhança/amigos próximos já teve sífilis em algum período da vida?
- Quantos relacionamentos você já teve e qual foi a duração média?
- Você já vivenciou ou vivencia alguma situação que você considera agressiva ou que não é boa em algum desses relacionamentos?
- Você utiliza preservativo? Caso a resposta seja afirmativa, responda com que frequência. Depois que soube do diagnóstico da sífilis utilizou em TODAS as relações sexuais.
- As relações sexuais sempre foram desejadas por você, mesmo na gravidez?
- Se você ainda continua com o parceiro (pai do filho) fale-me como é esse relacionamento?
- Você ou seu parceiro (a) utilizam alguma droga lícita ou ilícita?
- Como é a relação entre seus pais e os pais do parceiro (a)?
- Já houve alguma situação nesse ou em outro relacionamento em que você sentisse medo e/ou envergonhada?
- Você já vivenciou ou vivencia alguma situação que você não considera boa em algum momento no seu relacionamento conjugal atual?
- Caso tenha vivenciado um relacionamento no qual você tenha se sentido humilhada ou ferida, diga como você enfrentou ou enfrenta a situação e se teve apoio de alguém da família ou alguma instituição?

- Você sabe o que é sífilis?
- Em que período da gravidez você soube que estava com sífilis?
- O que você sabe sobre o tratamento da sífilis na gravidez? Como foi o seu?
- Como você acha que foi a assistência do profissional de saúde e da unidade de saúde no seu diagnóstico e tratamento sífilis?
- Como você se sentiu ao ser informada que o bebê está com sífilis?
- O que aconteceu quando você contou ao parceiro sobre a sífilis?
- Ele fez o teste e o tratamento? Como foi?

**APENDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS)**

TÍTULO: “Relações conjugais de mulheres grávidas que tiveram um recém-nascido com sífilis congênita: análise à luz da Teoria de Levine”.

OBJETIVOS DO ESTUDO: 1- Descrever os aspectos envolvidos no ambiente da mulher com diagnóstico de sífilis na gravidez. 2- Analisar os fatores que interferiram na não cura sorológica da sífilis na gravidez e a sua relação com o parceiro íntimo.

ALTERNATIVA PARA A PARTICIPAÇÃO DO ESTUDO: Você tem o direito de não participar do estudo. Estamos coletando informações para conhecermos como ocorre o processo da violência contra a mulher às mulheres com sífilis na gravidez. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida, nem na sua assistência na instituição. Todas as informações fornecidas por você serão sigilosas e confidenciais.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar esse estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos as informações coletadas como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio e ouvidas por mim. Serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado ou citado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre número e nomes permanecerá trancado em um arquivo. Os áudios serão utilizados somente para a coleta de dados, mas se você não quiser se gravado em áudio, você não poderá participar desse estudo.

RISCOS: Os riscos da pesquisa são considerados mínimos, visto que a coleta de informações será relativa as suas experiências pessoais. Podem estar relacionados a dúvidas quanto aos cuidados em saúde ou constrangimentos e serão respondidas pela pesquisadora, com o suporte e intercomunicação da equipe multidisciplinar da unidade hospitalar, se necessário. Você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Assim como a liberdade em retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, ou seja, desistir da pesquisa, sem penalização alguma.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a aumentar o conhecimento na área da enfermagem e saúde quanto à assistência a mulher no que se relaciona ao cuidado integral, dentro do ciclo gravídico-puerperal no contexto da sífilis e da violência contra a mulher, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte desse estudo,

você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para a própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá e não será citado, bem como nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo dessas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Maternidade Estadual da Mãe, sendo a enfermeira e discente **Vanessa Curitiba Felix** a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a **Selma Villas Boas Teixeira**. Nosso endereço profissional é Rua Dr. Xavier Sigaud nº 290, Urca- Rio de Janeiro, 9h às 16h, as investigadoras estão disponíveis para responder qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Vanessa Curitiba Felix no telefone (21) 991077807, Leila Rangel da Silva (rangel.silva@gmail.com) (021) 994690139, Selma Villas Boas Teixeira (selma.villasboas@globo.com) (021) 999843931, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. Essa pesquisa passou pela aprovação da Subsecretaria de Pós-Graduação, Ensino e Pesquisa de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro/SES-RJ. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você e fornecerá nome, endereço e contato apenas para a equipe do estudo possa lhe contactar, em caso de necessidade.

Eu concordo em participar desse estudo.

Assinatura _____

Data: _____

Endereço: _____

Telefone de contato: _____

Assinatura (Pesquisadora): _____

Nome: _____

Data: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (CEP-UNIRIO):
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240. Telefones: 21- 25427796.

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Contatos da pesquisadora responsável: Vanessa Curitiba Felix

Telefone: (21) 99107-7807

E-mail: vanessafelix@hotmail.com

APENDICE C – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MENORES DE 12 A 18 ANOS)

Convidamos você, após autorização dos responsáveis legais para participar como voluntário (a) da pesquisa: “Relações conjugais de mulheres grávidas que tiveram um recém-nascido com sífilis congênita: análise à luz da Teoria de Levine”. As suas informações podem oferecer subsídios para o planejamento de estratégias de ação que atendam às necessidades de mulheres que tiveram sífilis em algum momento do ciclo gravídico.

Este Termo de Assentimento pode conter informações que você não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que esteja bem esclarecida sobre sua participação na pesquisa. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer pagamento para participar. Você será esclarecida sobre qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se, permitindo a sua desistência a qualquer momento. Após ler as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é para ser entregue ao seu responsável para guardar e a outra é do pesquisador. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema se desistir, é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

A pesquisa tem como objetivos: 1- Descrever os aspectos envolvidos no ambiente da mulher com o diagnóstico de sífilis na gravidez e 2- Analisar os fatores que favorecem a não cura sorológica da sífilis na gravidez e a sua relação com o parceiro íntimo.

PARTICIPAÇÃO: Sua participação na pesquisa acontecerá através de uma entrevista com data e hora previamente agendadas, bem como utilizaremos as informações coletadas como parte do objeto do estudo.

RISCOS: Os riscos da pesquisa são considerados mínimos, visto que a coleta de informações será relativa as suas experiências pessoais. Podem estar relacionados a dúvidas quanto aos cuidados em saúde ou constrangimentos e serão respondidas pela pesquisadora, com o suporte e intercomunicação da equipe multidisciplinar da unidade hospitalar, se necessário. Você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se

incomodado. Assim como a liberdade em retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, ou seja, desistir da pesquisa, sem penalização alguma.

BENEFÍCIOS: A entrevista da menor ajudará a aprimorar uma assistência integral da enfermagem quanto ao cuidado holístico à mulher com sífilis na gestação que tenha tido um recém-nascido com sífilis congênita.

CONFIDENCIALIDADE E DIREITOS DA ENTREVISTADA: As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa mediante entrevistas gravadas, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Nem você e nem seus responsáveis legais pagarão nada para você participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação e de seus responsáveis serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Assinando esse consentimento, você não desiste de nenhum de seus direitos, bem como não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. O investigador deste estudo também poderá retirá-la do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem estar. A gravação da entrevista durará no máximo 1h.

Este documento passou pela aprovação da Superintendência de Educação e Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro/SES-RJ e do Comitê de Ética e Pesquisa CEP- UNIRIO, caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, contacte o CEP- UNIRIO no telefone (21) 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. Esta pesquisa será realizada no Hospital Estadual Maternidade da Mãe.

Sou da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) através do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e Biociências– Mestrado, enfermeira e discente **Vanessa Curitiba Felix** a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a **Selma Villas Boas Teixeira**, nosso endereço profissional é Rua Dr. Xavier Sigaud nº 290, Urca- Rio de Janeiro, 9h às 16h, as investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, entre em contato com a pesquisadora principal no telefone (21) 99107-7807 /e-mail: vanessafelix@hotmail.com, ou as orientadoras Leila Rangel da Silva

(rangel.leila@gmail.com) (021)994690139, Selma Villas Boas Teixeira
(selma.villasboas@globo.com) (021) 999843931.

Assinatura da pesquisadora

Data: __/__/____

ASSENTIMENTO DA MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Relações conjugais de mulheres portadoras de sífilis que tenham apresentado como desfecho o recém-nascido com sífilis congênita: análise à luz da Teoria de Levine”, como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Assinatura da menor:

Data: __/__/__

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: __/__/__

Nome: _____

Assinatura _____ Data: __/__/__

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (CEP-UNIRIO):
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240. Telefones: 21- 25427796.

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Contatos da pesquisadora responsável: Vanessa Curitiba Felix.

Telefone: (21) 99107-7807.

E-mail: vanessafelix@hotmail.com

APENDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEIS)

ESCLARECIMENTOS: O objetivo deste é solicitar o consentimento do responsável para autorizar a menor sob sua guarda para participar como voluntária na presente pesquisa intitulada: “Relações conjugais de mulheres grávidas que tiveram um recém-nascido com sífilis congênita: análise à luz da Teoria de Levine”. Ressalta-se que a participação da menor tem como finalidade oferecer subsídios para o planejamento de estratégias de ação que atendam às mulheres com sífilis na gestação que tenham tido um recém-nascido com sífilis congênita.

OBJETIVOS DO ESTUDO: 1- Descrever os aspectos envolvidos no ambiente da mulher com diagnóstico de sífilis na gravidez. 2- Analisar os fatores que interferiram na não cura sorológica da sífilis na gravidez e a sua relação com o parceiro íntimo.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: A menor participará de: uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos as informações coletadas como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: A entrevista será gravada em áudio, através de um gravador de áudio voz digital. Os áudios serão ouvidos por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação. As gravações serão utilizadas somente para coleta de dados.

RISCOS: Os riscos da pesquisa são considerados mínimos, visto que a coleta de informações será relativa às suas experiências pessoais. Podem estar relacionados a dúvidas quanto aos cuidados em saúde ou constrangimentos e serão respondidas pela pesquisadora, com o suporte e intercomunicação da equipe multidisciplinar da unidade hospitalar, se necessário. Você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Assim como a liberdade em retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, ou seja, desistir da pesquisa, sem penalização alguma.

BENEFÍCIOS: A entrevista da menor ajudará a aprimorar uma assistência integral da enfermagem quanto ao cuidado holístico à mulher com sífilis na gestação que tenha tido um recém-nascido com sífilis congênita.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Sua participação é voluntária, o que significa dizer que você poderá desistir ou interromper a colaboração de menor a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo à saúde ou bem-estar físico ou penalidade. Informamos também que a sua participação no estudo e a do menor são isentas de despesas e não serão remuneradas.

CONFIDENCIALIDADE E DIREITOS DO ENTREVISTADO: O estudo mantém sigilo e anonimato. O nome do menor não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós.

Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa em que o menor seja identificado. Assinando esse consentimento, você não desiste de nenhum de seus direitos, bem como não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A participação é inteiramente voluntária, podendo se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento, sem que interfira na assistência e no vínculo com esta instituição.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente. Contacte Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO através do telefone (21) 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. É assegurado o completo sigilo da identidade do menor quanto a participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos. Esta pesquisa será realizada no Hospital Estadual Maternidade da Mãe.

Sou da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) através do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem e Biociências– Mestrado, enfermeira e discente **Vanessa Curitiba Felix** a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a **Selma Villas Boas Teixeira**. Nosso endereço profissional é Rua Dr. Xavier Sigaud nº 290, Urca- Rio de Janeiro, 9h às 16h, as investigadoras disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, entre em contato com a pesquisadora principal no telefone (21) 99107-7807 /e-mail: vanessafelix@hotmail.com, ou a orientadora Selma Villas Boas Teixeira (selma.villasboas@globocom.com) (021) 999843931.

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA E DO RESPONSÁVEL:

Nome do menor ou incapaz:	Data de Nascimento: //
Nome do responsável:	Data de Nascimento: //
Profissão:	Nacionalidade:
CPF:	RG:
Endereço:	Telefone:

Eu, responsável pela menor acima identificado, autorizo sua participação, como voluntária no presente estudo. Discuti com a pesquisadora sobre a minha decisão em autorizar a sua participação e estou ciente dos esclarecimentos acima apresentados. Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma em minha posse. Eu concordo em participar deste estudo.

Responsável: Nome: _____ Data: __/__/____

Assinatura: _____

Discuti a proposta da pesquisa com esta participante e, em minha opinião, ela compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Responsável: Nome: _____ Data: __/__/____

Assinatura: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (CEP-UNIRIO):
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240. Telefones: 21- 25427796.

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Contatos da pesquisadora responsável: Vanessa Curitiba Felix

Telefone: (21) 99107-7807

E-mail: vanessafelix@hotmail.com

APENDICE E – TABELA DE FREQUÊNCIA DE DISTRIBUIÇÃO DE ENUNCIADOS

Enunciados	Entrevistas																									Total de Recorrências
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
Sexarca precoce (Antes dos 15 anos de idade).	X	x		x	x	x		x	x		x		x								x		x	x	x	13
Multiparcerias sexuais pela mulher durante a vida.				X			x	x		x			x			x	x							x		7
Relacionamento atual saudável.		X					x	x		x	x	x		x	x	x				x						11
Violência psicológica relacionamento atual/anteriores.									X		x	x		x			x			x	x	x			x	9
Violência sexual relacionamento atual/anteriores.										X			x				x							x	x	5
Violência física relacionamento atual/anteriores.	X		x									x	x									x			x	6
Violência patrimonial relacionamento atual/anteriores.													X													1
Violência moral relacionamento atual/anteriores	x									x				x			x			x					x	5
Naturalização da sífilis na gestação.		X							x	x	x			x												4
Relacionamento extra-conjugal do parceiro frente ao resultado positivo sífilis.	X		x		x	x	x		x	x			x		x		x		x	x	x		x	x	x	15
Relacionamento extra-conjugal da mulher antes e/ou durante a última gestação.				X						x			x				x									4
Dependência financeira (relacionamento atual).				X	x	x	x		x	x	x		x	x		x	x			x		x	x	x		14
Drogas ilícitas pelo parceiro atual.																	X				x					2
Drogas lícitas pelo parceiro atual.		X		x	x	x	x		x	x	x			x		x		x	x	x			x	x	x	16
Ambiente familiar não saudável na infância.	X			x		x		x		x	x		x						x	x	x			x		11
Método contraceptivo antes da última gestação.	X	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x								x		x				13
Reconhecimento de outra IST pela mulher na sua vida.												X														1
Sífilis na gestação anterior.		X						x		x																3
Sífilis na comunidade.											X			x		x	x	x		x	x	x	x	x	x	11
Recorrência na doses de penicilina benzatina (repetição tratamentos).				X		x								x	x		x				x			x		6
Tratamento correto da parceria sexual.		X				x	x	x				x		x							x					8
Tratamento inadequado ou não realizado pela parceria sexual.	X		x	x	x				x	x	x		x		x	x	x	x	x			x	x	x	x	16
Separação do casal após a descoberta da sífilis durante pré-natal.	X		x		x								x						x		x					6
Não adesão ao uso preservativo no dia a dia.		X			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x			x				x	x	15
Abstinência sexual após descoberta sífilis na gestação.	X		x																x	x		x	x	x		7
Adesão ao preservativo durante tratamento sífilis.				X													x									2
Conformismo frente à sífilis congênita/internação do bebê.								X					x										x	x		4
Reação negativa frente à sífilis congênita/internação do bebê.	X	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	22
Total de novos enunciados para cada entrevista	9	6	0	3	2	0	0	1	1	1	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	Ati

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Legenda: “X” Enunciado novo, “x” Enunciado recorrente.

APENDICE F – PERFIL DAS MULHERES

Quadro 3 – Perfil das mulheres segundo idade, cor, escolaridade, profissão/ocupação e renda pessoal e familiar. Jan/março 2020

Entrevistas	Idade	Cor	Cidade	Escolaridade	Trabalha	Profissão/Ocupação	Renda Pessoal *	Renda Familiar **
M1	20 anos	Parda	Queimados	Ensino médio	Sim	Vendedora ambulante	RS 500,00	R\$1.045,00
M2	23 anos	Parda	Duque de Caxias	Ensino médio incompleto	Não	Do lar	Não se aplica	R\$1.045,00
M3	15 anos	Parda	Belford Roxo	Ensino médio incompleto	Sim	Vendedora ambulante	R\$500,00	R\$1.045
M4	17 anos	Branca	Belford Roxo	Ensino fundamental	Não	Do lar	Não se aplica	R\$2.030,00
M5	23 anos	Parda	Nova Iguaçu	Ensino médio	Sim	Manicure	RS500,00	R\$1.545,00
M6	29 anos	Negra	Nova Iguaçu	Ens. fundamental incomp.	Não	Do lar	Não se aplica	R\$1.045,00
M7	22 anos	Branca	Nova Iguaçu	Ensino médio	Não	Do lar	Não se aplica	R\$1.567,50
M8	21 anos	Preta	Duque de Caxias	Ensino médio incompleto	Não	Do lar	Não se aplica	RS1.567,50
M9	19 anos	Parda	São João de Meriti	Ensino médio	Não	Do lar	Não se aplica	R\$1.045,00
M10	30 anos	Branca	Belford Roxo	Ens. fundamental incomp.	Não	Do lar	R\$235,00	R\$235,00
M11	17 anos	Preta	Queimados	Ensino fundamental	Não	Do lar	Não se aplica	R\$2.030,00
M12	21 anos	Preta	Belford Roxo	Ensino fundamental	Não	Do lar	Não se aplica	R\$1.567,50
M13	16 anos	Branca	Queimados	Ens. Fundamental incomp.	Não	Do lar	Não se aplica	Não tem renda
M14	22 anos	Branca	Belford Roxo	Ensino médio incompleto	Sim	Cabeleireira <i>delivery</i>	R\$500,00	R\$2.552,50
M15	19 anos	Branca	Duque de Caxias	Ensino médio incompleto	Não	Do lar	Não se aplica	R\$2.030,00
M16	24 anos	Branca	Nilópolis	Ensino médio incompleto	Não	Do lar	Não se aplica	R\$3.135,00
M17	21 anos	Branca	São João de Meriti	Ensino médio	Não	Do lar	Não se aplica	R\$2.030,00
M18	22 anos	Parda	Nova Iguaçu	Ensino médio	Não	Do lar	Não se aplica	R\$2.030,00
M19	18 anos	Parda	Belford Roxo	Ensino fundamental	Não	Do lar	Não se aplica	Não tem renda
M20	20 anos	Parda	Belford Roxo	Ensino fundamental	Não	Do lar	Não se aplica	R\$1.045,00
M21	22 anos	Parda	Mesquita	Ensino fundamental	Não	Do lar	Não se aplica	RS900,00
M22	22 anos	Parda	São João de Meriti	Ensino médio	Não	Do lar	Não se aplica	R\$1.045,00
M23	22 anos	Parda	Belford Roxo	Ens. fundamental incomp.	Não	Do lar	R\$235,00	R\$235,00
M24	25 anos	Preta	Nilópolis	Ens. fundamental incomp.	Não	Do lar	Não se aplica	R\$2.030,00

M25	34 anos	Preta	Belford Roxo	Ensino médio incompleto	Sim	Babá	R\$1.045,00	R\$3.135,00
------------	---------	-------	--------------	-------------------------	-----	------	-------------	-------------

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Quadro 4 – Perfil das mulheres segundo situação conjugal, tempo de convivência, idade e profissão do parceiro. Jan/março 2020

Entrevistas	Situação Conjugal	Tempo Convivência	Idade do Parceiro	Profissão do Parceiro
M1	Solteira	1 ano	20 anos	Desempregado
M2	União consensual	6 anos	28 anos	Pedreiro
M3	Solteira	6 meses	17 anos	Estudante
M4	Namorando	1 ano 2 meses	19 anos	Desempregado
M5	Solteira	2 anos	26 anos	Vendedor
M6	União consensual	12 anos	30 anos	Empacotador
M7	União consensual	1 ano	25 anos	Autônomo
M8	União consensual	1 ano	17anos	Desempregado
M9	Namorando	4 anos	20 anos	Desempregado
M10	Namorando	10 anos	38 anos	Desempregado
M11	União consensual	1 ano 6 meses	25 anos	Porteiro
M12	União consensual	1 ano 11 meses	46 anos	Dedetizador
M13	Solteira	3 anos	47 anos	Mecânico
M14	União consensual	3 anos	33 anos	Policia Militar
M15	União consensual	2 anos	24 anos	Policia Militar
M16	União consensual	1 ano 11 meses	42 anos	Microempreendedor
M17	Solteira	10 meses	24 anos	Desempregado
M18	Solteira	2 anos	28 anos	Desempregado

M19	Solteira	1 ano	19 anos	Desempregado
M20	União consensual	2 anos	28 anos	Montador de móveis
M21	Solteira	1 ano e seis meses	17 anos	Desempregado
M22	União consensual	3 anos	29 anos	Manobrista
M23	União consensual	8 anos	22 anos	Presidiário
M24	União consensual	8 anos	30 anos	Téc. Concessionária de luz
M25	União consensual	1 ano e seis meses	40 anos	Caminhoneiro

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

* Salário-mínimo vigente no Brasil em 2020 é de R\$1045,00.

** Renda familiar composta por todos os membros da família que exercem atividades laborais, incluindo as entrevistadas.

**APENDICE G - HISTÓRICO SEXUAL E REPRODUTIVO DAS MULHERES ENTREVISTADAS NO ALOJAMENTO CONJUNTO
DO HOSPITAL MATERNIDADE DA MÃE. MESQUITA/RJ, JAN/MARÇO, 2020**

Entrevistada	Idade	Menarca	Sexarca	Paridade	Aborto (E) (I)	Nº de Filhos	Outras ISTs	Gravidez Planejada
M1	20 anos	13 anos	16 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M2	23 anos	13 anos	15 anos	GIV PIV	Não	Quatro filhos	Não	Não
M3	15 anos	12 anos	14 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M4	17 anos	12 anos	15 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M5	23 anos	11 anos	16 anos	GII PII	Não	Dois filhos	Não	Não
M6	29 anos	11 anos	13 anos	GV PV	Não	Cinco filhos	Não	Não
M7	22 anos	12 anos	17 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M8	21 anos	11 anos	13 anos	GIV PIV	Não	Quatro filhos	Não	Não
M9	19 anos	11 anos	16 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M10	30 anos	12 anos	16 anos	GIV PIV	Não	Quatro filhos	Não	Não
M11	17 anos	7 anos	11 anos	GII PII	Não	Dois filhos	Não	Não
M12	21 anos	12 anos	14 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M13	16 anos	13 anos	13 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M14	22 anos	13 anos	15 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M15	19 anos	14 anos	15 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M16	24 anos	11 anos	18 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M17	21 anos	12 anos	16 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M18	22 anos	15 anos	18 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M19	18 anos	16 anos	16 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M20	20 anos	13 anos	13 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M21	22 anos	12 anos	14 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M22	22 anos	13 anos	17 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Não
M23	22 anos	10 anos	13 anos	GIII PIII	Não	Três filhos	Não	Não
M24	25 anos	11 anos	14 anos	GVI PV	Espontâneo - 1	Cinco filhos	Não	Não
M25	34 anos	12 anos	15 anos	GI PI	Não	Um filho	Não	Sim

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Legenda: G: Gesta – número de vezes que a mulher engravidou; P: Paridade – número de partições, ou seja, de partos; E: espontâneo; I: Induzido; IST: Infecção sexualmente transmissível.

APENDICE H – HISTÓRICO DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GRAVIDEZ DAS MULHERES

Quadro 5 – Mulheres entrevistadas no alojamento do conjunto do hospital maternidade estadual da mãe. Mesquita/RJ, Jan/Março, 2020 (parte 1)

Entrevistada	Nº de consultas	IG no diagnóstico	Realizou TR?	Titulação VDRL	Tratamento terapêutico da mulher	Uso do preservativo durante o tratamento
M1	6 consultas	20 semanas IG	Não	VDRL 1:16	Três doses (1 ciclo)	Abstinência sexual
M2	5 consultas	16 semanas IG	Não	VDRL 1:4	Três doses (1 ciclo)	Não
M3	6 consultas	28 semanas IG	Não	VDRL 1:16	Três doses (1 ciclo)	Abstinência sexual
M4	8 consultas	8 semanas IG	Sim	TR positivo	Três doses (1 ciclo)	Não
M5	7 consultas	20 semanas IG	Sim	TR positivo	Seis doses (2 ciclos)	Não
M6	4 consultas	28 semanas IG	Sim	TR positivo	Três doses (1 ciclo)	Não
M7	8 consultas	28 semanas IG	Não	VDRL não reagente VDRL 1:128*	Seis doses (2 ciclos)	Sim
M8	3 consultas	28 semanas IG	Não	VDRL 1:64	Três doses (1 ciclo)	Não
M9	10 consultas	8 semanas IG	Sim	TR positivo	Três doses (1 ciclo)	Não
M10	3 consultas	28 semanas IG	Não	VDRL 1:4	Três doses (1 ciclo)	Não
M11	6 consultas	16 semanas IG	Não	VDRL 1:32	Três doses (1 ciclo)	Não
M12	6 consultas	20 semanas IG	Não	VDRL 1:32	Três doses (1 ciclo)	Não
M13	5 consultas	28 semanas IG	Não	VDRL 1:64	Três doses (1 ciclo)	Não
M14	9 consultas	20 semanas IG	Não	VDRL 1:16	Três doses (1 ciclo)	Não
M15	4 consultas	20 semanas IG	Não	VDRL 1:4	Nove doses (3 ciclos)	Não
M16	10 consultas	11 semanas IG	Não	VDRL 1:8	Seis doses (2 ciclos)	Não
M17	10 consultas	20 semanas IG	Não	VDRL 1:8	Seis doses (2 ciclos)	Não
M18	10 consultas	20 semanas IG	Não	VDRL 1:64	Três doses (1 ciclo)	Abstinência sexual

M19	6 consultas	28 semanas IG	Não	VDRL 1:32	Três doses (1 ciclo)	Abstinência sexual
M20	3 consultas	30 semanas IG	Não	VDRL 1:32	Três doses (1 ciclo)	Não
M21	3 consultas	13 semanas IG	Sim	TR positivo	Seis doses (2 ciclos)	Abstinência sexual
M22	8 consultas	8 semanas IG	Não	VDRL 1:64	Três doses (1 ciclo)	Abstinência sexual
M23	4 consultas	30 semanas IG	Não	VDRL 1:64	Três doses (1 ciclo)	Abstinência sexual
M24	6 consultas	20 semanas IG	Não	VDRL 1:16	Seis doses (2 ciclos)	Não
M25	9 consultas	28 semanas IG	Não	VDRL não reagente VDRL 1:64*	Três doses (1 ciclo)	Abstinência sexual

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Quadro 6 – Mulheres entrevistadas no alojamento do conjunto do hospital maternidade estadual da mãe. Mesquita/RJ, Jan/Março, 2020 (parte 2)

Entrevistada	VDRL da mulher pós – tratamento	Tratamento da parceria sexual	VDRL da mulher internação/parto	VDRL do recém-nascido
M1	VDRL 1:8	Não	VDRL 1:8	VDRL 1:4
M2	VDRL 1:8	Sim (sem comprovante)**	VDRL 1:8	VDRL 1:8
M3	Não houve registro no cartão pré-natal	Não	VDRL 1:4	VDRL 1:4
M4	VDRL 1:8	Não	VDRL 1:8	VDRL 1:4
M5	VDRL 1:8	Sim (sem comprovante)**	VDRL 1:8	VDRL 1:8
M6	Não houve registro no cartão pré-natal	Sim (sem comprovante)**	VDRL 1:16	VDRL 1:4
M7	VDRL 1:8	Sim (sem comprovante)**	VDRL 1:16	VDRL 1:32

M8	Não houve registro no cartão pré-natal	Sim	VDRL 1:4	VDRL 1:8
M9	Não houve registro no cartão pré-natal	Sim	VDRL 1:4	VDRL 1:4
M10	Não houve registro no cartão pré-natal	Não	VDRL 1:8	VDRL 1:4
M11	Não houve registro no cartão pré-natal	Não	VDRL 1:8	VDRL 1:2
M12	VDRL 1:8	Sim (sem comprovante)**	VDRL 1:16	VDRL 1:4
M13	Não houve registro no cartão pré-natal	Sim (sem comprovante)**	VDRL 1:4	VDRL 1:4
M14	VDRL 1:2	Não	VDRL 1:8	VDRL 1:8
M15	VDRL 1:16	Não	VDRL 1:32	VDRL 1:4
M16	VDRL 1:4	Não	VDRL 1:8	VDRL 1:4
M17	Não houve registro no cartão pré-natal	Não	VDRL 1:32	VDRL 1:2
M18	Não houve registro no cartão pré-natal	Não	VDRL 1:32	VDRL 1:4
M19	VDRL 1:16	Não	VDRL 1:32	VDRL 1:4
M20	Não houve registro no cartão pré-natal	Sim (sem comprovante)**	VDRL 1:8	VDRL 1:4
M21	Não houve registro no cartão pré-natal	Não	VDRL 1:16	VDRL 1:16

M22	Não houve registro no cartão pré-natal	Não	VDRL 1:32	VDRL 1:8
M23	Não houve registro no cartão pré-natal	Sim (sem comprovante)**	VDRL 1:32	VDRL 1:8
M24	Não houve registro no cartão pré-natal	Não	VDRL 1:8	VDRL 1:8
M25	VDRL 1:16	Não	VDRL 1:16	VDRL 1:8

Fonte: Elaborado pela autora (2020)

Legenda: * Resultado positivo no 3º trimestre.

** De acordo com o Protocolo Institucional de Neonatologia da Maternidade, todos os tratamentos dos parceiros sem comprovante no cartão de pré-natal serão considerados como “não tratados”.

IG (Idade Gestacional); TR (Teste Rápido).

ANEXO

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP DA UNIRIO

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Relações conjugais de mulheres grávidas que tiveram um recém-nascido com sífilis congênita: análise à luz da Teoria de Levine

Pesquisador: VANESSA CURITIBA FELIX

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25637319.6.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.764.043

Apresentação do Projeto:

O estudo trata as relações conjugais de mulheres grávidas que tiveram um recém-nascido com sífilis congênita. Destaca reforçar que esse desfecho negativo causado pelo diagnóstico da sífilis congênita é considerado como uma causa evitável, sendo então o mais sensível dos indicadores propostos para o evento sentinela da qualidade dos serviços de pré-natal de uma população. Toma como referência que a sífilis congênita é decorrente da transmissão da bactéria da gestante infectada, não tratada ou inadequadamente tratada. A partir dessa realidade, foi construída a problemática do estudo, que está assentada na associação de fatores sociodemográficos semelhantes que se fazem presentes no contexto da vida de mulheres grávidas que relatam terem sido expostas a ISTs a um cenário conturbado de seu relacionamento conjugal, ilustrando sua vulnerabilidade para a vivência de violências. O estudo tem como objeto: as relações conjugais de mulheres grávidas que tiveram um recém-nascido com sífilis congênita e as questões norteadoras são: Quais os aspectos envolvidos no ambiente da mulher com diagnóstico de sífilis na gravidez? Quais os fatores que interferem na não cura sorológica da sífilis na gravidez e a sua relação com o parceiro íntimo? Estrutura-se como pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. O caráter qualitativo possibilitará a análise das relações conjugais das mulheres que tiveram o desfecho da sífilis congênita em seus recém-nascidos. Esta pesquisa será desenvolvida em uma maternidade estadual (sendo co-participante o estado do Rio de Janeiro) de referência para atendimento às gestantes de baixo risco na região da baixada no estado do Rio de Janeiro.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7795

E-mail: cep@unirio.br

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 1.764.043

Participarão dessa pesquisa mulheres na condição de puerpério mediato, ou seja, de 2 horas a 10 dias de pós-parto, que estarão internadas na enfermaria de alojamento conjunto acompanhando seus recém-nascidos com sífilis congênita. Como critérios de inclusão do estudo foram definidos: mulheres puerperas de qualquer idade, que se relacionam com homens e mulheres, tenham realizado o tratamento terapêutico protocolado da sífilis durante a assistência pré-natal, que estejam acompanhando seus bebês com sífilis congênita no alojamento conjunto, que estejam em condições físicas e psicológicas para participar voluntariamente da pesquisa, que assinem o TCLE ou TALE. O critério de saturação das respostas será aplicado para o término da coleta. Será utilizada a técnica de entrevista orientada por um roteiro semi-estruturado. Os instrumentos serão testados e adaptados de acordo com as respostas obtidas para que seja considerado claro e adequado aos objetivos da pesquisa. Se autorizado pela depoente, a entrevista será gravada. Durante a fase de aproximação as mulheres serão convidadas a participar da pesquisa no pós-parto mediato, sendo apresentadas as informações básicas sobre o estudo. As que aceitarem deverão ler e assinar o TCLE (maiores de idade) ou o TALE (menores de idade). Visando a preservar a identidade das mulheres, serão atribuídos nomes fictícios para os depoimentos citados nos resultados do estudo. Será garantido às participantes o direito de desistir em participar do estudo a qualquer momento. Os dados da pesquisa ficarão sob a guarda da autora durante 5 anos. O relatório final será encaminhado para o comitê de ética e para a instituição co-participante que representa a maternidade em questão, ficando a autora disponível para apresentação pública se solicitada. Os resultados serão divulgados na instituição, em eventos científicos na área de saúde e poderá gerar artigos em periódicos.*

Objetivo da Pesquisa:

***Objetivo Primário:**

Descrever os aspectos envolvidos no ambiente da mulher com diagnóstico de sífilis na gravidez.

Objetivo Secundário:

Analisar os fatores que interferiram na não cura sorológica da sífilis na gravidez e a sua relação com o parceiro íntimo.*

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

***Riscos:**

Os riscos da pesquisa são considerados mínimos, visto que a coleta de informações será relativa às suas experiências pessoais. Podem estar relacionados a dúvidas quanto aos cuidados em saúde ou constrangimentos e serão respondidas pela pesquisadora, com o suporte e comunicação

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 3.764.043

da equipe multidisciplinar da unidade hospitalar, se necessário. Você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Assim como a liberdade em retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, ou seja, desistir da pesquisa, sem penalização alguma.

Benefícios:

O mesmo beneficia a sociedade por mostrar a situação do pré natal e parto pela visão da própria usuária, melhorando de forma integral do sistema, favorecendo a população e para instituição ajudara a nortear suas pratica no pré natal e parto, nenhum benefício específico para a participante além do caráter voluntário de contribuição para com a investigação proposta.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de dissertação de mestrado em enfermagem que buscara identificar a falha na não cura diante de diagnóstico médico de sífilis, durante a gestação, e tratamento. As potenciais participantes são puerperas, internadas em uma maternidade, na cidade de Mesquita.

Pendências foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta:

Folha de rosto

Carta de anuência

TCLEs

TALE

Instrumento de coleta de dados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezadx Pesquisadorx,

Por favor, não esqueça de inserir os relatórios parcial e final da pesquisa na Plataforma Brasil na parte de notificação (icone à direita da tela, na linha do título do projeto).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_1401746.pdf	05/12/2019 15:40:14		Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2543-7796

E-mail: cep@unirio.br

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 3.764.043

Outros	INSTRUMENTOCOLETADADOajustado.docx	05/12/2019 15:37:06	VANESSA CURITIBA FELIX	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoPesquisaCOMPLETOajustado.docx	05/12/2019 15:36:24	VANESSA CURITIBA FELIX	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALEajustado.docx	05/12/2019 15:34:46	VANESSA CURITIBA FELIX	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEParaResponsaveisAjustado.docx	05/12/2019 15:34:16	VANESSA CURITIBA FELIX	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEMaiores18anosAjustado.docx	05/12/2019 15:34:07	VANESSA CURITIBA FELIX	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PesquisaMest.docx	06/11/2019 10:29:13	VANESSA CURITIBA FELIX	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAssinada.pdf	06/11/2019 10:27:59	VANESSA CURITIBA FELIX	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoNegativaCustos.pdf	06/11/2019 10:26:49	VANESSA CURITIBA FELIX	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	04/11/2019 23:15:42	VANESSA CURITIBA FELIX	Aceito
Outros	CartaDeAnuenciaAssinada.pdf	27/10/2019 13:44:43	VANESSA CURITIBA FELIX	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 12 de Dezembro de 2019

Assinado por:
Renata Flavia Abreu da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-340

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cap@unirio.br