



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências (PPGENFBIO) -
Doutorado

Isis Vanessa Nazareth

**O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM SÍFILIS– BASES
PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Rio de Janeiro

2017

ISIS VANESSA NAZARETH

**O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM SÍFILIS– BASES
PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Relatório final apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências –Doutorado, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – EEAP/UNIRIO, para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem e Biociências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Leila Rangel da Silva

Rio de Janeiro
Novembro/ 2017

CATALOGAÇÃO INFORMATIZADA PELO(A) AUTOR(A)

N335	Nazareth, Isis Vanessa O Itinerário terapêutico de mulheres com sífilis: Bases para o cuidado de Enfermagem / Isis Vanessa Nazareth. -- Rio de Janeiro, 2017. 190
	Orientador: Leila Rangel Da Silva. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, 2017.
	1. Enfermagem Transcultural. 2. Saúde da Mulher. 3. Sífilis. I. Da Silva, Leila Rangel , orient. II. Título.

**NAZARETH, Isis Vanessa. O itinerário terapêutico de mulheres com sífilis–
bases para o cuidado de enfermagem**

Relatório para Defesa de Tese submetida à Banca Examinadora:

Aprovada por:

Prof^a Dr^a Leila Rangel da Silva – Presidente

Prof^a Dr^a Ana Beatriz Queiroz
1^a Examinadora Externa
Universidade Federal do Rio de Janeiro-UFRJ/EEAN

Prof. Dr. Ítalo Rodolfo Silva
2^a Examinador Externo
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ/Macaé

Prof^a Dr^a Maria Aparecida de Luca Nascimento
3^a Examinadora Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof^a Dr^a Selma Villas Boas Teixeira
4^o Examinadora Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Prof^a Dr^a Octávio Muniz da Costa Vargens
Suplente Externo
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

Prof^a Dr^a Inês Maria Meneses dos Santos
Suplente Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

AGRADECIMENTO

- ✓ A **Deus** por Ele ter sido meu melhor professor e ter se manifestado na minha vida a cada momento deste estudo.
- ✓ A minha mãe **Agenilda** por ter me proporcionado a vida; por ser meu exemplo de superação e sempre me incentivar nos momentos que eu achava que não ia conseguir.
- ✓ Ao meu pai **Washington** por ser meu *direcionador* nesta vida; pelo incentivo desde sempre ao caminho do saber e da leitura, mostrando que o conhecimento é a maior riqueza que podemos ter.
- ✓ A minha irmã **Tainá** que sempre esteve disponível para me ajudar. Você foi crucial para a conclusão desta etapa.
- ✓ Ao tio **Fernando** que me acolheu como uma filha no Rio de Janeiro. Obrigada pelas conversas nos fim de tardes que tanto aliviavam o meu cansaço depois de um dia de estudo.
- ✓ Ao marido **Rodrigo** que ao longo deste estudo me deu coragem sempre que precisei, mesmo em meio às incertezas, sempre atencioso e carinhoso para as minhas flutuantes emoções - afinal, organizamos nosso casamento e agora a espera de **Miguel**, a maior manifestação de Deus nas nossas vidas.
Obrigada pelo incentivo em TODAS as áreas da minha vida (desde sempre), inclusive nas pesquisas acadêmicas: seu companheirismo e dedicação foram fundamentais em meio à exigência de solidão que este estudo me requereu. Você me faz uma pessoa melhor a cada dia.
- ✓ A **Fatinha**, minha cadela que sempre estava ao meu redor em horas incansáveis no computador e nas leituras. Acho que você sabia que eu precisava e uma companhia silenciosa e tranquila. A gata **Maria** que como se quisesse falar, chamava minha atenção com seus miados em volta da cadeira, suas patas no *mouse* ou amassando meus papeis, como se quisesse dizer: “Relaxa! Estou fazendo esta bagunça para tirar o seu estresse”. E eu claro, ria para você me distraíndo da tensão. Esta caminhada só foi menos solitária porque vocês sempre estavam ao meu redor, dia e noite.
- ✓ A amiga **Ester**, sempre me ensinando que não dá para saber sozinho. Acho que não haveria pessoa melhor para saber comigo! Obrigada por sempre estar

disponível. Você é fundamental em todos os momentos da minha vida.

- ✓ Ao amigo **Ítalo** obrigado por sempre estar disponível para ler as primeiras provas deste trabalho, minhas reflexões, reclamações, e outras ‘ões’ em alguns momentos. Você é um profissional enfermeiro e pesquisador brilhante. Todas as conversas e argumentações me ajudaram nesta construção.
- ✓ A professora Dra. **Leila Rangel da Silva**, minha orientadora, por ter me ajudado a superar grandes desafios, fundamental não só para construção desta tese, mas, para minha formação acadêmica. Obrigada pelas leituras *minuciosas* desta pesquisa que abriram meu entendimento para o que eu não conseguia ver. Não posso deixar de agradecer pelas vezes que falou firme comigo e me ajudou a tomar decisões. O-B-R-I-G-A-D-A! Tenho-lhe grande admiração por ser uma enfermeira visionária no campo da área materno-infantil.
- ✓ As colegas de trabalho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé- **Patrícia Siqueira, Rejane Marques e Juliana Pontes** por todo apoio em algumas ausências com a finalidade de ultrapassar novos obstáculos. Obrigada por terem me deixado compartilhar os caminhos dessa pesquisa com vocês.
- ✓ Aos Professores **Ana Beatriz Queiroz, Ítalo Rodolfo da Silva, Maria Aparecida de Luca Nascimento, Selma Villas Boas Teixeira** pelas valiosas observações e contribuições durante o exame de Qualificação.
- ✓ Às **mulheres e profissionais do Programa de DST/HIV** participantes deste estudo, muito obrigada por permitirem que eu os ouvisse e apreendesse com vocês. Sem pedir nada em troca, me deixaram fazer parte de suas histórias e de seus momentos.
- ✓ Agradeço a todos os **professores** do doutorado que contribuíram para um aprendizado significativo em pesquisa científica.

EPÍGRAFE

"Quando amamos e acreditamos do fundo de nossa alma, em algo, nos sentimos mais fortes que o mundo, e somos tomados de uma serenidade que vem da certeza de que nada poderá vencer a nossa fé. Esta força estranha faz com que sempre tomemos a decisão certa, na hora exata e, quando atingimos nossos objetivos ficamos surpresos com nossa própria capacidade."

(Paulo Coelho)

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
INTRODUÇÃO	1
1.2- JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	12
CAPÍTULO 2	17
BASES CONCEITUAIS	17
2.1- SÍFILIS: PROCESSOS HISTÓRICOS E CONTEMPORÂNEOS.....	17
2.2- HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER E A COLABORAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ITNERÁRIO TERAPÊUTICO	21
2.3- A MULHER E A SÍFILIS: A QUESTÃO DE GÊNERO E OS SEUS PARADIGMAS	25
2.4- A SÉRIE HISTÓRICA DE NOTIFICAÇÕES DA SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE MACAÉ/RJ: CONHECER PARA INTERVIR.....	28
CAPÍTULO 3	35
ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	35
3.1- TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL	35
3.2- A CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E O SISTEMA DE CUIDADO A SAÚDE DE ARTHUR KLEINMAN	44
CAPÍTULO 4	53
ABORDAGEM METODOLÓGICA	53
4.1- TIPO DO ESTUDO	53
4.2- CENÁRIO DA PESQUISA.....	54
4.3- ASPECTOS ÉTICAS E LEGAIS	57
4.4- PARTICIPANTES DO ESTUDO	58
4.5- COLETA DOS DADOS	59
4.6- ANÁLISE DOS DADOS.....	63
CAPÍTULO 5	65
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
5.1-PERFIL DAS INFORMANTES CHAVES	65
5.2-PERFIL DOS INFORMANTES GERAIS	83
5.3- ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS	84
CAPÍTULO 6	89

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DEPOIMENTOS	89
PRIMEIRA CATEGORIA ANALÍTICA: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM SÍFILIS: DO (DES) CONHECIMENTO DA DOENÇA ATÉ AS ESCOLHAS PARA O (NÃO) CUIDADO COM A SAÚDE	89
1.1- A ENTRADA NO SISTEMA DE CUIDADO A SAÚDE: CONSTRUINDO O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO PARA A SÍFILIS.....	90
1.2- AS PRIMEIRAS DECISÕES SÃO EFETUADAS: TRILHA DE INTERAÇÕES SOCIAIS E CULTURAIS	110
SEGUNDA CATEGORIA ANALÍTICA: A SINGULARIDADE NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES COM SÍFILIS	122
2.1- O TRATAMENTO: ESTRATÉGIAS DE ESCOLHA, AVALIAÇÃO E ADERÊNCIA ÀS FORMAS DE TRATAMENTO	122
2.2- O CUIDADO CULTURAL: RESPOSTAS ADAPTATIVAS PARA SOLUÇÃO DA SÍFILIS.....	139
CAPÍTULO 7	151
CONSIDERAÇÕES FINAIS	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	160
APÊNDICES	172
ANEXO	180

NAZARETH, Isis Vanessa. O itinerário terapêutico de mulheres com sífilis– bases para o cuidado de enfermagem

RESUMO

Os objetivos do estudo foram: Compreender o itinerário terapêutico das mulheres com diagnóstico de sífilis e Discutir a relação entre itinerário terapêutico das mulheres com diagnóstico de sífilis à luz do cuidado cultural. Pesquisa descritiva, qualitativa baseado no método da etnoenfermagem. Realizado no período de março de 2016 até fevereiro de 2017. O cenário foi o Programa Municipal de DST/HIV do município de Macaé/RJ. Os participantes foram 20 mulheres com diagnóstico de sífilis e sete profissionais de saúde. Utilizou-se para a obtenção dos dados dois capacitadores (facilitadores). O primeiro foi o 1º nível do Modelo *Sunrise*, e o segundo foi Observação-Participação-Reflexão (OPR). Utilizou-se também roteiro de entrevista semiestruturada e questionário sobre antecedentes ginecológicos. A análise dos depoimentos foi fundamentada na Análise de Dados da Etnoenfermagem. Codificou-se duas grandes categorias: 1) O Itinerário Terapêutico de Mulheres com Sífilis: do (Des)Conhecimento da Doença até as Escolhas para o (Não)Cuidado com a Saúde; 2) A singularidade no Itinerário Terapêutico de Mulheres com sífilis. Os resultados demonstram que para resolver os problemas de saúde, às mulheres estão inseridas nos mais diversos contextos sociais e culturais, recorrendo às diferentes alternativas de tratamento as quais são escolhidas de acordo com a disponibilidade de recursos e do seu estado psicobiossocial. A descoberta da sífilis gera situações conflitantes para às mulheres, desde a realização de seu próprio tratamento à revelação do diagnóstico aos seus familiares e parceiro sexual. Entender o itinerário terapêutico das mulheres com sífilis relacionado com as questões sociais e culturais nos remete a uma responsabilidade como profissionais de saúde e o desafio de discutir a cultura e o cuidado de enfermagem em um relacionamento novo, identificando-o como dimensões inseparáveis na construção de um novo paradigma para a discussão do processo saúde e doença.

Palavras-Chave: Enfermagem Transcultural; Saúde da Mulher; Sífilis

CAPÍTULO 1

1- INTRODUÇÃO

Esta investigação tem como objeto de estudo o itinerário terapêutico das mulheres com sífilis. Os itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos ou práticas desencadeados por indivíduos ou grupos sociais na escolha, avaliação e adesão (ou não) a determinadas formas de tratamento para resolver os seus problemas de saúde (KLEINMAN, 1980; ALVES, 2015).

Para Arthur Kleinman (1980), médico e estudioso da Antropologia da Saúde, os aspectos socioculturais influenciam a saúde, a doença e o processo de cura. Ele parte da premissa que em todas as sociedades, as relações interpessoais, regras morais e práticas relacionadas com problemas de saúde sofrem ação do ambiente social particular dos atores e do contexto ambiental que o rodeia.

Na análise de Kleinman (1980), saúde é uma construção social e não podemos compreendê-la se não considerarmos a cultura em que os indivíduos estão inseridos (KLEINMAN, 1980; ALVES, 2015). Este conceito complementa a visão da enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger, quando cita que saúde é:

Estado de bem estar culturalmente definido, avaliado, valorizado e praticado, refletindo na habilidade individual (ou grupos) executando as suas atividades diárias em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados (LEININGER & MCFARLAND 2015 p. 48).

A doença é pouco referenciada na obra de Madeleine Leininger (1991; 2001; 2006; 2015), e geralmente aparece através dos sinônimos “*ilness*”, “*helth problems*” e “*disease*”. Para Kleinman (1980) o conceito de doença é forjado através da construção social e da construção mental individual, e o adoecer é uma experiência de vida. Dessa forma, o conceito de doença não é somente empregado como se pudesse falar do adoecer de forma concreta, mas se trata de efetivar atos capazes de responder a sua totalidade, pois, a prática dos profissionais de saúde entra em contato com os homens, e não apenas com seus órgãos e funções (CZERESNIA, 2009).

As questões ligadas à saúde, à doença e as escolhas para a cura, como fenômenos biológicos, psicológicos, sociais, religiosos e culturais, têm levado os profissionais da

saúde a interessarem-se pelas dimensões que cercam a dualidade saúde e doença, os processos de decisões terapêuticas e a forma como interagem (ALVES, 2015).

Interessou-me entender o itinerário terapêutico da mulher com sífilis durante a Pós-Graduação *Stricto-Sensu* (Mestrado Acadêmico em Enfermagem) quando, ao desenvolver um estudo com 20 mães de filhos prematuros a respeito das dimensões da estrutura cultural e social e a influência no desenvolvimento infantil (NAZARETH, 2013), observei que duas mulheres que tiveram diagnóstico de sífilis na gravidez, não realizaram tratamento e por isso pariram seus filhos prematuramente em razão desta infecção congênita causada pelo *Treponema pallidum*, que se caracteriza como agravo sistêmico de evolução crônica, que não exige de sofisticação tecnológica para a sua cura, demandando ações de prevenção e tratamento que depende dos itinerários terapêuticos dos indivíduos, ou seja, das suas escolhas e decisões que serão forjadas sob a influência de diversos fatores e contextos. (DOMINGUES, SARACEN, HARTZ, LEAL, 2013; ALVES, 2015).

Ao iniciar minha carreira como docente no ano de 2013, no curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Professor Aloísio Teixeira – Macaé, na disciplina Cuidados de Enfermagem Básicos à Saúde da Mulher, me inseri em atividades teórico-prática e práticas de ensino com os discentes no acompanhamento da saúde da mulher em Estratégia Saúde da Família (ESF) de um bairro periférico do município Macaé, Norte Fluminense/RJ, responsável 1.100 famílias.

Nestes quatro últimos anos exercendo a carreira do magistério e inserida na prática de ensino na saúde da mulher, constatei que nas consultas ginecológicas não é rotina local a investigação laboratorial para a sífilis e nem para outras infecções sexualmente transmissíveis, sendo a preocupação prioritária a prevenção do câncer de colo uterino. Reflito que a mulher, na maioria das vezes, ainda é representada pelo sistema de saúde como procriadora, sendo que neste caso, sempre há solicitação de exame para sífilis. Ou seja, há dificuldades de enxergar a mulher como um ser sexualmente ativo fora desta situação, tornando incompleto o rastreio sobre sua situação de saúde.

Durante o acompanhamento de 80 gestantes nas consultas de pré-natal e ao avaliar os resultados de exame laboratoriais, chamou-me a atenção o fato de que 10 gestantes, ou seja, 12,5% apresentaram diagnóstico de sífilis, sendo que em três, o caso era de recidiva. Posteriormente, ao conversar com o enfermeiro responsável pela ESF, apesar

do tratamento completo antes do 30º dia do nascimento da criança como preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) descobriu-se a ocorrência da transmissão vertical no desfecho da gestação de cinco das gestantes acompanhadas.

Estudos locais realizados por Silva (2003; 2014), Kupek e Oliveira (2012), Domingues, Saraceni, Hartz, Leal (2013), e Cooper, Michelow, Wozniak, Sánchez (2016) também indicam falhas no tratamento das gestantes infectadas por sífilis, quando consideradas as recomendações Ministério da Saúde (2016) sobre o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis, tendo como consequência a transmissão vertical.

Outro cenário de prática de ensino para os acadêmicos de enfermagem é a maternidade municipal de Macaé, e regularmente nos deparamos com uma demanda crescente de puérperas que ficam internadas com seus filhos para o tratamento de sífilis congênita no alojamento conjunto.

Após conhecer a realidade de duas instituições públicas de saúde, de primeiro e terceiro níveis de complexidade, que cuidam de mulheres, e constatar o aumento linear de casos de sífilis, passei a questionar quais seriam os reais motivos para que elas não realizem, ou até mesmo deem continuidade ao acompanhamento da sífilis. Quais são as dificuldades enfrentadas pelas mulheres? Os parceiros sabem da doença de suas mulheres? Eles realizam exames e tratamento concomitante à sua companheira? Existe apoio da família após a descoberta da doença e no tratamento? Quais as reais existências culturais que influenciam diretamente no diagnóstico e tratamento de mulheres com sífilis? Como os profissionais de saúde lidam com a diversidade cultural e social ao cuidar de mulheres com sífilis?

Atrelado com as atividades acadêmicas, a realização de visitas domiciliares na casa das mulheres que possuem história de sífilis, remete-nos ao espaço social que vivem, fazendo-nos entender que elas formam um grupo cultural que compartilham conhecimentos, valores, símbolos e significados por meio de interações sociais, que precisa ser valorizado para o estabelecimento de condutas individuais e culturalmente congruentes dirigidas à construção do itinerário terapêutico para melhoria da qualidade de vida (KLEINMAN, 1980; ALVES, 2015; LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Este estudo visa entender o itinerário terapêutico das mulheres com sífilis fora do ciclo gravídico puerperal, pois recentemente, novos programas ministeriais têm sido dirigidos às mulheres gestantes, enquanto que a mulher fora do ciclo gravídico puerperal é pouco vista pelo sistema de saúde e pelas estratégias públicas preventivas.

Ou seja, não se pode deixar de refletir que a parcela feminina não grávida também está em risco crescente em relação às infecções sexualmente transmissíveis, como publicado no Boletim Epidemiológico no Brasil em 2016, onde se computaram 227.663 casos de sífilis adquirida entre 2010 a junho de 2106 (BRASIL, 2016).

Assim, relacionar esses crescentes casos de sífilis adquirida com as questões sociais e culturais nos remete a uma responsabilidade como profissionais de saúde, desafiando-nos a trazer a cultura e o cuidado juntos, em um novo relacionamento conceitual e teórico, identificando as decisões para o itinerário terapêutico como uma dimensão inseparável do cuidado de enfermagem na construção de um novo paradigma na defesa de uma atenção à saúde de fato integral e acolhedora (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Apesar de se reconhecer que as dimensões da estrutura cultural e social permeia o processo de saúde e doença, pouco se conhece sobre as influências desses fatores e sobre as especificidades do itinerário terapêutico da mulher, principalmente quando se aborda a sífilis, fenômeno que historicamente possui fortes apelos sociais onde a vítima sempre foi responsabilizada. Sobre tal suposição Sérgio Carrara, historiador descreve em seu livro “Tributo a Vênus: A Luta Contra a Sífilis no Brasil, da Passagem do Século aos Anos 40” a percepção da sociedade sobre os indivíduos com sífilis na metade do século XX:

Se a sífilis era um mal necessário, um merecido castigo, um elemento importante na dissuasão sexual, como queiram muitos, por que erradicá-la? Por que o Estado deveria se ocupar com dinheiro dos cidadãos “honestos”, em sanar gratuitamente os males daqueles que bem os havia procurado? (CARRARA, 1996, p.134)

Pondera-se então que a problemática da sífilis em mulheres atinge dimensões que perpassam o campo biológico, havendo conotações políticas, sociais, culturais e econômicas. Permanecer na pretenciosa projeção da realidade biologista consiste em um obstáculo epistemológico que fragmenta a multidimensionalidade do fenômeno, que no caso desta investigação, é o itinerário terapêutico de mulheres com sífilis, agravo que pode ser potencializado ou minimizado pelas circunstâncias de vidas individuais (fatores religiosos e filosóficos; de companheirismo e sociais, políticos e legais; econômicos; educacionais; tecnológicos; e culturais e modos de vida) onde cada um deles alcança determinada proporção, de acordo com o contexto e modos de vida, que influenciam na construção do itinerário terapêutico (BACHELARD, 1996; SILVA,

2003; LIMA, MORORÓ, MARTINS, RIBEIRO, LINHARES, 2015; LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Considerando o contexto e modos de vida, é de extrema importância tanto o conhecimento do percurso das mulheres diagnosticadas com sífilis quanto a reflexão crítica acerca das vivências na adesão (ou não) do tratamento para resolução do problema de saúde, compreendendo que as dimensões da estrutura cultural e social envolvem:

A natureza dinâmica dos fatores estruturais ou organizacionais inter-relacionados de uma determinada cultura (subcultura ou sociedade), e a maneira como funcionam esses fatores para dar sentido e ordem cultural, incluindo fatores religiosos, de parentesco, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais (LEININGER & MCFARLAND, 2015, p.15).

E o Cuidado Cultural é definido como

os valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidos, que auxiliam, facilitam, sustentam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte (LEININGER & MCFARLAND, 2015, p.14).

Sendo que o pressuposto relacionado ao Cuidado Cultural é

meio holístico mais amplo para conhecer, explicar, interpretar e prever o fenômeno do atendimento de enfermagem visando orientar as práticas de cuidados de enfermagem (LEININGER & MCFARLAND, 2015, p.14).

Para Leininger e McFarland (2015) a estrutura cultural que envolve a sociedade fornece sentido, estabelecem os limites e as possibilidades para o cuidado cultural no sentido de melhorar o estado de saúde dos indivíduos. Isto corrobora com Kleinman (1980) e Alves (2015), pois eles explicitam que é necessário reunir informações das mulheres em múltiplas perspectivas, analisando âmbitos multidimensionais no intuito de interpretar a realidade feminina de forma mais clara e aproximada. Portanto, a maneira de cuidar culturalmente, considerando o itinerário terapêutico escolhido pela mulher com sífilis exige que se valorize a dinamicidade do contexto no qual ela está inserida, uma vez que o seu modo de vida e o contexto do ambiente em que vive, são complexos e envolvem diferentes variáveis, tornando-se necessário compreendê-los em suas especificidades para traçar estratégias de cuidado junto à mulher com sífilis.

Desta forma, na tentativa de não fragmentar a multidimensionalidade do fenômeno da sífilis em mulheres, e ao entender que o Ministério da Saúde possui critérios estabelecidos para tratamento deste agravo, o que se observa, no entanto, é que

para resolver os problemas de saúde, mulheres e homens, inseridos nos mais diversos contextos sociais e culturais, podem recorrer às diferentes alternativas, que são escolhidas de acordo com a capacidade de responder às suas aflições, à sua disponibilidade e acesso aos recursos e do seu estado psicobiossocial. Segundo Alves (2015) e Kleinman (1980) essas decisões vão elucidar ações que constituirão determinado percurso, que não necessariamente, irão coincidir com esquemas e fluxos pré-determinados.

Silva, Sena, Belga, Silva, Rodrigues (2014) explicam que os fluxos pré-determinados pelas políticas públicas de saúde no Brasil foram construídas sem o detalhamento das desigualdades regionais e microrregionais do país, resultando em pouca aproximação da complexidade dos problemas sanitários da população. Assim sendo, constitui um desafio constante a construção de uma prática sanitária que considere os acontecimentos cotidianos dos indivíduos e da coletividade nos modos de vida, bem como as expressões singulares e subjetivas na determinação da saúde e da doença, articulando toda a sociedade em prol da melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e do coletivo (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Para superar os desafios e focar em uma prática sanitária condizente com a realidade populacional é necessário que o princípio da integralidade continue como eixo norteador das ações na atenção à mulher com sífilis, alicerçada em um novo paradigma preparado para ouvir, entender e, a partir daí, atender às demandas das mulheres com sífilis, motivando a construção do itinerário terapêutico com autonomia, socialização dos saberes e da reflexão voltada para a ação no que tange ao controle deste agravo (ARAÚJO, GOMES, BRASIL, 2014; ALVES, 2015).

Outro ponto importante para refletir sobre as práticas femininas em relação à sífilis é entender que o princípio da universalidade deve ir além da oferta de tratamentos clínicos e curativos. Este conceito assegurado na legislação brasileira constitui-se como um direito à cidadania a ser garantido pelo Estado e implica, necessariamente, a formulação de um modelo social e equânime norteado pela inclusão social. O acesso universal aos serviços de saúde requer uma luta constante pelo fortalecimento da saúde como um bem público, e na edificação da saúde como direito que deve ser fortalecido respeitando as realidades sociais e individuais da população (HILDEBRAND, 2010; ASSIS, JESUS, 2012).

Ao compreender que a cultura determina o tipo de cuidado desejado e que o exercício da enfermagem se define como uma profissão focalizada no fenômeno, nas

atividades do cuidado, no comportamento humano e suas variações determinadas pelo processo cultural (LEININGER & MCFARLAND 2015), intui-se tornar o conhecimento, o princípio da integralidade, universalidade e a prática profissional culturalmente embasada, conceituada, planejada e direcionada para os consumidores dos serviços de saúde, compreendendo sua perspectiva, sua visão de mundo, seu conhecimento e suas práticas como base para o auxílio na construção do itinerário terapêutico de mulheres com sífilis.

Desta forma, esta investigação tem como objeto de estudo: “Itinerário terapêutico das mulheres com sífilis”.

Com a intenção de obter orientação a esta investigação, há o seguinte pressuposto: O processo de construção do itinerário terapêutico é um fenômeno cultural e depende da articulação com ações programáticas de saúde¹, pois as mulheres crescem imersas em um contexto político, social, cultural e familiar repleto de expectativas, crenças e valores que podem interferir no processo de tratamento da sífilis.

Assim, para dar direcionamento ao estudo propõem-se as seguintes questões norteadoras:

- Como se dá o itinerário terapêutico de mulheres com diagnóstico de sífilis?
- Qual a relação do itinerário terapêutico com o cuidado cultural das mulheres com diagnóstico de sífilis?

OBJETIVOS:

Tendo em vista os questionamentos a respeito do itinerário terapêutico de mulheres com diagnóstico de sífilis, são propostos os seguintes objetivos:

- Compreender o itinerário terapêutico das mulheres com diagnóstico de sífilis;
- Discutir a relação entre itinerário terapêutico das mulheres com diagnóstico de sífilis à luz do cuidado cultural;

A importância de se ter traçado esses objetivos é que através de leituras dos Boletins Epidemiológicos observa-se que apesar do tratamento, no que diz respeito à terapêutica medicamentosa ser eficaz e de baixo custo, a sífilis vem se mantendo como um grave problema de saúde pública (CAVALCANTE, SILVA, RODRIGUES, NETTO, MOREIRA, GOYANNA, 2012), provocando a reflexão sobre as dificuldades

¹Ações Programáticas em Saúde seriam as dimensões técnicas, o processo de trabalho em saúde propriamente dito, articulando o saber sanitário e o saber clínico. Tem como características: programas organizados por grupos populacionais e por doenças de importância sanitária; objetivos definidos com base no diagnóstico de saúde da população; organização interna das atividades (consulta médica, atendimento de enfermagem, grupos de atendimento, visita domiciliar etc.); utilização de equipe multidisciplinar; padronização de condutas diagnósticas e terapêuticas; sistema de informação e avaliação permanente; hierarquização e regionalização dos serviços (NEMES,1996.)

das estratégias de elaboração do itinerário terapêutico na população, considerando que as taxas da sífilis estão elevadas, e ainda observam-se casos de recidiva.

No mundo a sífilis é uma infecção emergente, como verificado na Itália e nos Estados Unidos da América, chamando a atenção para a necessidade de rastreamento para todas as mulheres e tratamento em tempo ágil, com o objetivo de conter os seus crescentes números (TRIDAPALLI, CAPRETTI, REGGIANI, STRONATI, FALDELLA, 2012; MATTEI, BEACHKOFISKY, GILSON, WISCO, 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2014, publicou estimativa de ocorrência de 11 milhões de casos novos de sífilis por ano no mundo, sendo 2,4 milhões para a América Latina e Caribe. Para o Brasil, a conjectura de transmissão de sífilis na população sexualmente ativa é de 937.000 casos a cada ano (WHO, 2014).

Salienta-se que o prazo estipulado para o cumprimento das Metas do Milênio para a erradicação da sífilis, findou (2000-2015). Mas dados nacionais apontam que entre 2010 a junho de 2016, 62,1% casos de sífilis adquirida ocorreram na região Sudeste, 20,5% no Sul, 9,3% no Nordeste, 4,7% no Centro-Oeste e 3,4% no Norte (BRASIL, 2016).

Quanto às Unidades Federativas, a taxa de detecção mais elevada, em 2015, foi observada no Rio Grande do Sul (111,5 casos/100 mil hab.), e a mais baixa em Alagoas (3,8 casos/100 mil hab.) como se observa na Figura 1. Especificamente no município de Macaé em 2015 houve 259 notificações de sífilis adquirida, levando em consideração homens e mulheres (SINAN/ MACAÉ, 2015; BRASIL, 2016).

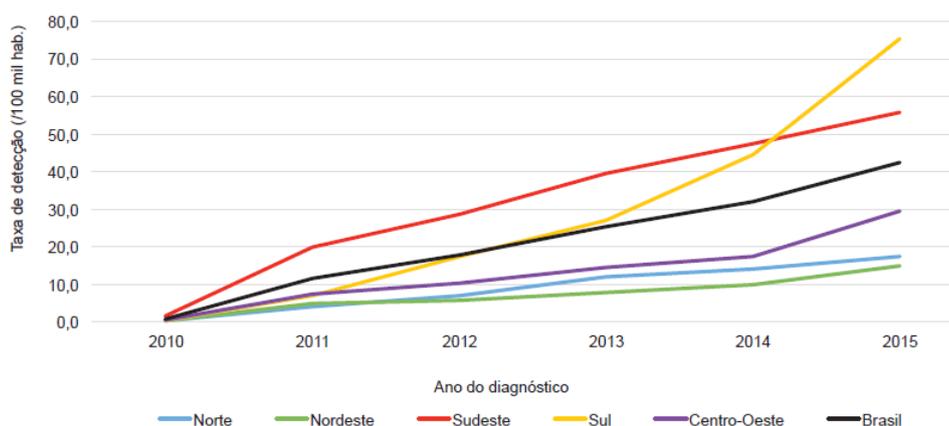


Figura 1. Taxa de detecção (/100 mil hab.) de sífilis adquirida, segundo região de residência e por ano de diagnóstico, Brasil, 2010-2015.

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Aids e Hepatites Virais, 2016.

Na Figura 2, é possível observar a comparação entre as taxas de detecção dos agravos notificados de sífilis e a elevação da taxa de incidência de sífilis congênita (/mil nascidos vivos) e das taxas de detecção de sífilis em gestante (/mil nascidos vivos) e adquirida (/100 mil hab.) ao longo do período 2010 a 2015 (BRASIL, 2016).

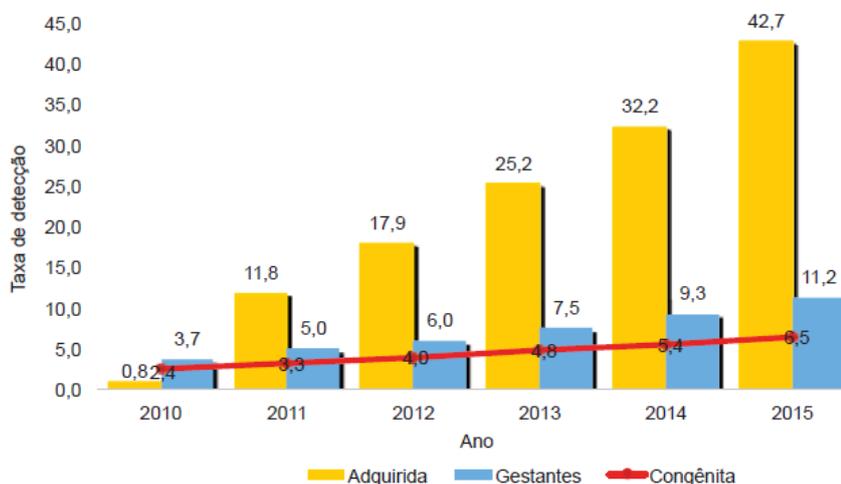


Figura 2: Taxa de detecção de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico, Brasil, 2010-2015.

Fonte: MS/SVS/Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Aids e Hepatites Virais, 2016.

Apesar do elo que existe entre a Vigilância Epidemiológica com os serviços de saúde, e a recomendação de notificação compulsória para a sífilis, ainda observa-se subnotificação frequente para este agravo. Resultado de estudo realizado em Palmas (TO) e no Estado de São Paulo revela o triplo de casos identificados, em comparação com os notificados (LAFETÁ, MARTELLI JÚNIOR, SILVEIRA, PARANAÍBA, 2016). Teixeira e Regina (2015) destacam que, em nível nacional, a subnotificação da sífilis apresenta-se 75% maior do que o esperado, tornando ainda mais difícil o seu controle, porque se não se conhece a dimensão do fenômeno, mais laborioso a avaliação e o monitoramento do agravo (ALVES, 2015).

Para auxiliar o combate a doença o "*Fast Track Cities: Ending the AIDS Epidemic by 2030*", assinado por 200 das maiores cidades do mundo, é uma iniciativa do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) e sífilis em conjunto com o Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (UN-HABITAT). Também são apoiadores do acordo a Prefeitura de Paris e a International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC) (UNAIDS, 2016).

A declaração tem o objetivo de acabar com a epidemia global de Aids e sífilis até 2030. Chamada de 90-90-90, a meta principal é, até 2020, ter 90% das pessoas que

têm AIDS e sífilis cientes de que possuem a doença; 90% dos soropositivos em tratamento; e 90% das pessoas que estão em tratamento com cargas virais suprimidas. Para 2030, o *Fast Track Cities* estabelece a meta de 95-95-95. Outro ponto do documento é o combate ao preconceito, com a meta de zero discriminação (UNAIDS, 2016).

Sendo assim, na tentativa de colaborar com a queda das taxas da sífilis nas mulheres e para compreender o itinerário terapêutico, é relevante considerar que ele é construído por caminhos diversos, não há uma regra que determine o que fazer e quando fazer. As alternativas de cuidado escolhidos pela mulher se aproximam do modelo profissional (*etic*), enquanto outras recaem no modelo popular (*emic*). A perspectiva no modelo *etic* se constitui na interpretação ou entendimento dos significados e experiências construídas cientificamente, numa visão mais universal a respeito da enfermagem, cuidado e saúde. Já o modelo *emic* é o modo pelo qual os seres humanos expressam suas visões de mundo, significados, atitudes de uma cultura particular. (LEININGER & MCFARLAND, 2015)

Portanto, a perspectiva *emic* é utilizada como linha de base de conhecimento necessária para contrastar as descobertas dos pontos de vista *etic* durante as escolhas para a construção do itinerário terapêutico. Assim, torna-se importante contextualizar que a cultura, neste cenário, aparece como pano de fundo destas relações, pois muitos dos cuidados são pautados nos dois modelos, porém os percursos acabam sendo construídos pela especificidade individual, neste caso pelas especificidades femininas (ALVES, 2015; LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Complementando esta reflexão Magalhães, Araújo e Schemes (2013) elucidam que a especificidade individual feminina deve ser entendida de forma peculiar, pois a mulher trabalha, cuida da casa, tem filho para educar, cônjuge para cuidar, para atender, o que escolher para consumir, entre outros afazeres. Acrescenta-se a esses fatores, a condição financeira que também interfere, pois, para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004, p.11), afirma que “a mulher carece frequentemente, de alimentação, moradia, trabalho digno e adequadamente remunerado”.

Tomando o pensamento dos autores supracitados, reflete-se sobre o processo de organização social relacionado às assimetrias de gênero que envolve a mulher. Estavela e Seidl (2015) argumentam que a complexidade da epidemia de sífilis em mulheres, coloca em foco as relações desiguais entre os gêneros e reforça a necessidade de se analisar e abordar a violência de gênero contra as mulheres e a vulnerabilidade à

infecção pelas infecções sexualmente transmissíveis, de maneira inter-relacionada para o enfrentamento da sífilis.

Segundo Estavela e Seidl (2015) as vítimas atuais, em especial as mulheres negras e pobres, vivem em contextos sociais onde vários fatores potencializam a vulnerabilidade em torno da sífilis, entre eles políticas públicas desconexas com a realidade, a violência baseada em gênero, a discriminação racial, a pobreza e a baixa escolaridade. Modificar essa realidade não é tarefa fácil e parece exigir a reformulação de ações em saúde integradas aos diferentes atores sociais.

Nesse cenário o conceito de vulnerabilidade deve ser compreendido como um construto multifacetado que resulta de uma conjunção de fatores individuais (biológicos, cognitivos e comportamentais), programáticos (programas de prevenção, educação, controle e assistência, bem como vontade política), sociais (relacionados às questões econômicas e sociais) e culturais (submissão a padrões e crenças morais, hierarquias, relações de poder, questões de gênero), interdependentes e mutuamente influenciáveis, assumindo pesos e significados diversos que variam no decorrer do tempo e determinam o grau de susceptibilidade de indivíduos e grupos em relação às questões de saúde (Ayres, França Júnior, Calazans, Saletti Filho, 2003).

Entendendo então que as vulnerabilidades individuais, programáticas e sociais acabam por fragmentar o cuidado com a sífilis, não garantindo assim, uma assistência integral, universal e equitativa a este agravo, Franco e Magalhães (2006, p.125) citam:

A proposta pensada para vencer os desafios de ter uma assistência integral à saúde começa com a organização dos processos de trabalho e vai somando-se a todas as outras ações assistenciais em uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos e rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação que vão compor o que entendemos como cuidado em saúde.

Por conseguinte, independente do modelo de atenção, o cuidado com a saúde do ser humano não pode estar restrito somente nas definições de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas devem abranger o contexto cultural, os valores, o modo de vida dos indivíduos (ou grupos) para cuidado culturalmente congruente e individualizado, colaborando na construção do itinerário terapêutico de mulheres com sífilis e apontando para a importância de se criar um novo modo de se fazer saúde no Brasil (LEININGER & MCFARLAND, 2015; MAGALHÃES, ARAÚJO, SCHEMES, 2013).

1.2- JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Tendo em vista a busca estratégica sobre a problemática destacada, de modo a consubstanciar a justificativa para o estudo proposto, foram realizadas, no período de janeiro a fevereiro de 2017, levantamento bibliográfico de artigos científicos contidos nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Como estratégia de busca, utilizaram-se os descritores de assunto contidos no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) do Portal BVS a partir da Interface de Pesquisa iAH, selecionados a partir dos operadores booleanos (*OR/AND NOT*), de acordo com o quadro a seguir:

Descritor de Assunto	Operador Booleano
SIFILIS;	OR
ASSISTENCIA INTEGRAL A SAUDE DA MULHER;	OR
SAUDE DA MULHER;	OR
SERVIÇOS DE SAUDE DA MULHER;	OR
MULHERES;	OR
ASSISTENCIA INTEGRAL A SAUDE DAS MULHERES;	OR
SAUDE DAS MULHERES;	OR
SERVIÇOS DE SAUDE PARA MULHERES	OR
ITINERARIO TERAPEUTICO	
AND NOT	
SORODIAGNÓSTICO DA SÍFILIS;	OR
SIFILIS (HOMEOPATIA);	OR
SIFILIS CARDIOVASCULAR;	OR
SIFILIS CONGENITA;	OR
SIFILIS CUTANEA;	OR
SIFILIS DA MEDULA ESPINAL;	OR
SIFILIS DA MEDULA ESPINHAL;	OR
SIFILIS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL;	OR
SIFILIS ENDEMICA NÃO VENEREA;	

Quadro 01: Estratégias de busca em Base de Dados e Bibliotecas Virtuais- Rio de Janeiro, 2017.

Salienta-se que foi interceptado o maior número possível de descritores de assunto que se relacionavam com termos do objeto de estudo delimitado, ou seja, um grupo foi composto por todos os termos que apresentavam aproximação com a sífilis, saúde da

mulher fora do período gravídico-puerperal e itinerário terapêutico, excluindo-se aqueles termos que relacionavam a sífilis com a transmissão vertical ou nas fases secundária e terciária da doença.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: trabalhos na íntegra que abordassem direta ou indiretamente a mulher com sífilis. Os critérios de exclusão foram: resenhas, ou que desenvolveram isoladamente a temática sífilis ou saúde da mulher, sem, contudo arraigar relação entre elas.

Na primeira fase da busca, foram encontrados 70 artigos onde se realizou a primeira seleção através da leitura dos títulos e resumos disponíveis na base de dados e, posteriormente, foram captados os textos na íntegra, restringira-se a apenas 56. A leitura aprofundada desses últimos na íntegra resultou no refinamento de apenas 12 artigos. Os resultados apontaram as seguintes vertentes:

- Prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e HIV relacionada à sífilis;
- Epidemiologia da sífilis;
- Comportamento Sexual (relacionado a profissionais do sexo; mulheres em penitenciárias);
- Diagnóstico da Sífilis;
- Determinação da necessidade de cuidados em saúde.

Salienta-se que não foram encontrados artigos em periódicos que abordassem o itinerário terapêutico relacionado à sífilis.

Estudos *Stricto sensu* que versavam sobre itinerário terapêutico foram encontrados em sete universidades do Brasil. Quanto à região e à instituição, destaca-se a Região Sul com oito produções, sendo seis da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); uma da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e uma da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Na Região Centro-Oeste seis, em que todas as produções estão vinculadas à Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). (SILVA, BUDÓ, SCHIMITH, RIZZATTI, SIMON, ROBAINA, 2014). Na região sudeste destaca-se com uma produção da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Campus de Botucatu (UNESP-Botucatu) e duas na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

No que diz respeito ao ano de publicação na temática contabilizou-se uma em 2004 e outra em 2005; três em 2007; quatro em 2008; duas nos anos de 2009; 2010 e 2011; uma em 2013 e o último, um em 2016 totalizando 17 estudos.

Em relação a abordagem dos estudos sobre Itinerário Terapêutico, encontrou-se um quantitativo e 16 qualitativos. Identificou-se que dos 17 estudos, nove tiveram aspecto socioantropológico, sendo utilizado o embasamento teórico de Arthur Kleinman; Arthur Kleinman e Geertz; Arthur Kleinman e Madeleine Leininger; Arthur Kleinman, Hildegard Peplau e Dorothea Orem; Madeleine Leininger e Luc Botanski e dois que não apontaram o teórico utilizado (SILVA, BUDÓ, SCHIMITH, RIZZATTI, SIMON, ROBAINA, 2014).

Como participantes dos estudos encontraram-se famílias com crianças; adolescentes e seus familiares; uma criança com diarreia; uma pessoa com câncer colorretal e sua família no contexto do Sistema Único de Saúde; pessoas com diagnóstico de câncer e as enfermeiras da Central de Quimioterapia; pessoas em tratamento oncológico; pessoas em tratamento para tuberculose; indígenas; pessoas com HIV/AIDS. Pessoas com sofrimento psíquico, bem como familiares e profissionais; adultos residentes na zona urbana em município do Paraná; pessoas que buscaram as práticas terapêuticas desenvolvidas em um centro espírita (SILVA, BUDÓ, SCHIMITH, RIZZATTI, SIMON, ROBAINA, 2014).

Constatou-se como temas comuns nas teses e dissertações da enfermagem brasileiras: Itinerário terapêutico de famílias e pessoas com condições crônicas de saúde; questões relacionadas ao surgimento e manejo da doença; relação profissional-usuário e utilização de serviços de saúde; Itinerário terapêutico e Enfermagem (SILVA, BUDÓ, SCHIMITH, RIZZATTI, SIMON, ROBAINA, 2014).

Em 2016 na Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – Campus de Botucatu (UNESP-Botucatu) foi defendido a dissertação de mestrado profissional em Enfermagem intitulada “Os (Des) caminhos da sífilis congênita em Botucatu/São Paulo” que teve por objetivo analisar o itinerário terapêutico percorrido por mães que tiveram filhos notificados como caso de sífilis congênita no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e propor fluxo de cuidados a gestantes diagnosticadas com sífilis no âmbito da Atenção Primária à Saúde (Silva, 2016).

No entanto no que se refere às publicações em periódicos e teses relacionadas à sífilis observa-se que foram publicados estudos quantitativos, cuja relevância é inquestionável, mas aponta para uma lacuna quanto aos estudos voltados para os aspectos socioculturais, principalmente os que envolvem o adoecimento por sífilis, tendo em vista que o contexto onde a mulher se insere pode ser permeado de cultura/conhecimento popular muitas vezes não valorizado.

Além disso, constatou-se que a temática sífilis quando abordado pela enfermagem é direcionada a assuntos com abrangência no pré-natal, obstetrícia ou transmissão vertical, provocando um hiato de conhecimentos científicos voltados para a prática da enfermagem no que tange a temática sífilis em mulheres fora do ciclo gravídico- puerperal.

Desta forma torna-se importante realizar pesquisas sobre a sífilis envolvendo o itinerário terapêutico da mulher após o diagnóstico da doença, abrangendo a dimensão da estrutura social e cultural, levando em consideração as diversas dimensões culturais e sociais (fatores religiosos e filosóficos; de companheirismo e sociais, políticos e legais; econômicos; educacionais; tecnológicos; e culturais e modos de vida) relacionando-as a elementos da dinâmica do contexto no qual as mulheres vivem, entendendo que os aspectos do comportamento e as representações (dimensões culturais e sociais) são inseparáveis deste fenômeno.

A realização de um estudo qualitativo utilizando a Etnoenfermagem e a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e que priorize o itinerário terapêutico da mulher com sífilis justifica-se por permitir uma visão reveladora por trás da estrutura social e cultural, ou seja, dar voz ao sujeito da ação atrelado ao discurso oficial da ciência e das políticas públicas, inclusive instrumentalizando o Ministério da Saúde para rever protocolos de atendimento a mulher fora do ciclo gravídico puerperal.

Esta pesquisa é mais um constructo dentro da linha de pesquisa Motricidade Humana e Cuidados: Mecanismos e Efeitos Moleculares, Celulares e Fisiológicos do Corpo em suas Diversas Experiências Biológicas, Históricas e Ambientais do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da UNIRIO; produto do Projeto Institucional – Cuidado Cultural à Mulher Brasileiro: Tendências e Desafios para a Enfermagem e do Núcleo de Pesquisa, Estudos, Experimentação em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança – NuPEEMC, do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO.

O estudo contribuirá para a assistência, ensino, pesquisa e extensão, oferecendo subsídios para melhorar as condições e a qualidade da assistência ginecológica oferecida às mulheres com sífilis.

Na assistência, o estudo oferecerá subsídios aos profissionais de saúde, em especial na área ginecológica de saúde da mulher. A finalidade é possibilitar o entendimento da dificuldade de comunicação observada entre a cultura milenar e o sistema de saúde, onde é observado muitas vezes o ‘choque cultural’ que provoca

sentimentos de impotência, desconforto e uma condição de desorientação, como se o profissional fosse um estranho que tenta compreender ou adaptar-se efetivamente a um grupo cultural diferente por causa das diferenças de costumes, valores e crenças culturais (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

No tocante ao ensino, o estudo contribuirá para que docentes da área da saúde da mulher verifiquem as formas de abordagens de conteúdos, de maneira simplificada e adaptada ao cotidiano local, respeitando as características culturais na construção do itinerário terapêutico das mulheres com sífilis e permitindo práticas pedagógicas que ajudem na fixação do principal objeto do aprendizado, ou seja, a realização do acompanhamento à saúde feminina.

A pesquisa poderá estimular, também, outros profissionais da área a realizarem trabalhos relacionados ao tema, contribuindo para um fortalecimento dessa linha de pesquisa e, futuramente, para a adequação de um modelo assistencial baseado na realidade cultural brasileira.

Outrossim, contribuirá para que os gestores de saúde percebam a importância de melhorar o acompanhamento das mulheres com sífilis no que tange ao seu tratamento e cura, ajudando na diminuição dos casos no município em foco e colaborando com quedas nas estatísticas nacionais.

Na área da extensão, a pesquisa poderá contribuir para promover treinamentos, reciclagens, acompanhamento e supervisão das atividades desenvolvidas incentivando um cuidado culturalmente congruente para a mulher.

Esse estudo de abordagem qualitativa contribuirá também para a produção de conhecimento na área da saúde ginecológica da mulher, notadamente relativo às Infecções Sexualmente Transmissíveis relacionada ao itinerário terapêutico, permitindo uma prática mais reflexiva e abrangente para o Ensino de Graduação e Pós-Graduação *Latu e Scrito sensu*.

CAPÍTULO 2

BASES CONCEITUAIS

Serão explanadas neste capítulo quatro bases conceituais:

- Sífilis: Processos Históricos e Contemporâneos;
- Histórico das Políticas Públicas de Saúde da Mulher e a Colaboração da Enfermagem no Itinerário Terapêutico;
- Mulher e a Sífilis: A Questão de Gênero e os Paradigmas;
- A Série Histórica de Notificações da Sífilis: Conhecer para Intervir.

2.1 - SÍFILIS: PROCESSOS HISTÓRICOS E CONTEMPORÂNEOS

A Sífilis é uma doença antiga, considerada uma moléstia moralmente de atributo do sujeito. Historicamente sua etiologia estava envolta na metafísica e superstições, prevalecendo seu caráter de castigo aos pecados da carne que se perpetuou durante séculos entre a fatalidade natural e o erro moral, orientando as reações sociais que, sem sucesso, já haviam tentado reprimi-la (CARRARA,1996).

Envolta dos preconceitos sociais, e na tentativa de explicar a doença, os limites conceituais da sífilis teriam sido hasteados segundo quatro níveis de significação como uma forma de saber e o que teria sido esta doença até o século passado: o princípio ético-místico, o princípio empírico-terapêutico, o princípio experimental-patológico e, o princípio patogênico. É no entorno destes princípios que a sífilis se transformou no problema venéreo e uma das mais sérias ameaças à saúde pública (CARRARA,1996).

No primeiro momento, dando destaque ao princípio ético-místico, a doença teria sido destacada pelos cânones do pensamento astrológico como decorrência direta da conjunção de Saturno e Júpiter, na casa de Marte, sob o signo de Escorpião (no dia 25 de novembro de 1484), ao qual estariam submetidos os órgãos sexuais (CARRARA,1996). Contudo, apesar da suposição astrológica, a sífilis possui três possibilidades de origem geográfica e Azulay e Azulay (2004) pressupõe áreas da Ásia, África Meridional e América. Esta última é a mais presumível devido à existência de alterações ósseas de natureza sifilítica em fósseis americanos datados da época pré-colombiana (1492). Entretanto, existem em território Asiático achados de 2.637 a.C. com descrição característica da sífilis em um tratado chinês (CARRARA, 1996; AZULAY, AZULAY, 2004).

Apesar dos pressupostos geográficos, a sífilis até hoje desafia os pesquisadores quanto a sua verdadeira origem, sabe-se que os primeiros relatos médicos da doença surgiram em 1495, na Batalha de Fornovo durante a Segunda Guerra Mundial. Marcellus Cumano e Alexandri Benedetto, médicos venezianos que serviam no combate, relataram aspectos clínicos da doença em soldados que apresentavam lesões semelhantes a grãos de milho na glande e prepúcio, pústulas por todo o corpo, seguidas de dores intensas em braços e pernas. O sofrimento causado pela moléstia era mais repugnante que a lepra ou elefantíase, segundo consta em anotações de Benedetto (AZULAY, AZULAY, 2004).

O que se sabe ao certo é que a nomenclatura sífilis originou-se de um poema, com 1.300 versos, escrito em 1530 pelo médico e poeta Girolamo Fracastoro em seu livro intitulado “*Syphilis Sive Morbus Gallicus*”. Ele narra a história de *Syphilus*, e conta que um pastor amaldiçoou o deus Apolo e foi punido com o que seria a doença sífilis. O termo lues venérea ou simplesmente lues, cujo significado em latim é algo como peste, epidemia, surgiu no século XVI, em 1579, idealizado por Jean Fernel (AZULAY, AZULAY, 2004; BRASIL, 2010).

Carrara (1996) explica que para Fleck (1986), a nomenclatura sífilis teria sido fundamental para fixar o caráter sexual ou venéreo como primeira definição formal da doença. Assim, a característica carnal apoiou as explicações das doutrinas cristãs que passaram a qualificar a doença como castigo divino aos pecados da carne. Concomitantemente a isto, a desaprovação moral que recaía sobre os doentes fez com que todas as doenças ou afecções que avançassem aos órgãos dos genitais derivassem da sífilis.

Carrara (1996) descreve que através do cunho ético-místico da doença, ou seja, do castigo divino, o caminho moral dos doentes era um elemento diagnóstico indispensável. Especifica que a sífilis determinou um caráter de responsabilidade coletiva - das mercantilistas cidades italianas e de toda uma Europa em pleno Renascimento, depois, a responsabilidade recaiu sobre os libertinos e as prostitutas, caracterizando um castigo mais individualizado, ao mesmo tempo em que adquiria feições mais endêmicas (CARRARA, 1996).

Ainda no século XVI, o criador do termo sífilis, Girolamo Fracastoro, levantou a hipótese de que a doença fosse transmitida na relação sexual por pequenas sementes que chamou de “*seminaria contagionum*” (BRASIL, 2010). Como era impossível conter os desejos sexuais da população, também era difícil conter a sífilis, que se transformara em

uma pandemia e estava associado aos desejos lascivos e ao pecado, um símbolo maléfico e apavorante da doença frente ao seu surgimento nos continentes. Sobre tal afirmação Ujvari (2012 p.90) refere:

O aspecto monstruoso delatava atitudes pecaminosas. A doença foi associada às relações sexuais e era vista como preconceito. Os prostíbulos eram fontes potenciais da doença. A doença recebia denominação diferente em áreas distintas. Os napolitanos a chamavam de “doença francesa”, estes passavam a bola para a Espanha como a “doença espanhola”, que, por sua vez, se desenvolvia como “doença napolitana”. Uma doença oriunda do pecado estava sempre associada ao vizinho. Os doentes se escondiam, recolhiam-se nas suas casas com vergonha do aspecto repugnante (UJVARI, 2012 p.90).

Para o tratamento dos doentes de sífilis, introduzindo assim o princípio empírico-terapêutico na trajetória da sífilis, Carrara (1996) informa que o encarregado era o hospital Geral de Paris. Eis que incluíam as sangrias, banho, fricções com mercúrio, purgações e até punições com chicote - esta última seria para remissão pelos pecados. No início dos anos 1900, um médico alemão chamado Paul Ehrlich, descobre propriedades curativas no arsênio, substância tóxica que é letal em manipulação inadequada.

Em 02 de fevereiro de 1905, no que tange ao desenvolvimento do princípio experimental-patológico, o zoologista Franz Eilhard Schulze relatou, na Academia Real Prussiana de Ciências, que seu assistente John Siegel (médico no Instituto Berlinense de Zoologia) havia descoberto o agente etiológico da sífilis: a bactéria *Treponema Pallidum*. Dois anos mais tarde, em 1907, Wassermann desenvolveu o primeiro exame sorológico efetivo para a detecção da sífilis. Somente em 1928, o farmacologista, biólogo e botânico britânico Alexander Fleming descobriu a proteína antimicrobiana da penicilina e com ela supôs que o combate às epidemias da sífilis passaria a ser eficaz, e desta forma o princípio patogênico foi inserido no roteiro da sífilis (AZULAY, AZULAY, 2004; SOUZA, 2005;).

Por conseguinte, a sífilis então chegou ao Brasil e os surtos epidêmicos a partir de meados do século XIX, foram lembrados pela medicina como a época da “luta antivenérea”. Nunca a medicina brasileira foi tão requisitada como naquele momento histórico, envolvendo-se de modo intenso no processo de combate à doença. A concepção médica brasileira deste período tomava a sífilis como um conjunto de sintomas confusos e inespecíficos (CARRARA, 1996).

Em 1912, é fundada no Rio de Janeiro no Pavilhão São Miguel da Santa Casa de Misericórdia a primeira sociedade científica nacional, dedicada aos trabalhos da especialidade médica, chamada Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia que

revelaria, após anos de luta no combate à sífilis, uma abordagem moralista contra o crescimento populacional de prostitutas no Rio de Janeiro, influenciando ações preconceituosas em relação à doença e aos doentes (CARRARA, 1996).

Somente no final dos anos 40 que se cogitou a possibilidade da sífilis ser também transmitida através da placenta para o feto. Atualmente sabe-se que o *Treponema pallidum* dissemina-se em horas por via sanguínea e linfática. Pode ser transmitida de uma pessoa para outra durante a atividade sexual sem preservativo com alguém infectado, por transfusão de sangue contaminado ou da mãe infectada para o bebê durante a gestação (CARRARA, 1996; BRASIL, 2010).

A sífilis adquirida (por via sexual ou transfusão sanguínea) evolui por estágios intercalados entre sintomáticos e assintomáticos. Qualquer órgão do corpo humano pode ser afetado, inclusive o sistema nervoso central. O período de incubação da sífilis varia de três a noventa dias (BRASIL, 2010).

A sífilis primária se caracteriza pelo aparecimento do cancro, úlcera de fundo limpo e indolor, geralmente única, no local de inoculação do agente, com pequeno aumento dos linfonodos satélites, cerca de 20 a 30 dias após o contágio. São muito contagiosas, tende a desaparecer em 30 a 60 dias, sem deixar marcas, mesmo sem tratamento (BRASIL, 2005; 2016).

No homem a lesão primária se localiza comumente na genitália, no prepúcio e na glande, em área de fácil visualização por parte do paciente e do profissional de saúde. Na mulher, as lesões podem ocorrer no interior do trato genital, o que as torna difíceis de serem notadas, ou nas partes externas, notadamente nos grandes e pequenos lábios (BRASIL, 2005; 2016).

As lesões da fase secundária da sífilis progridem até o desaparecimento do cancro, e acometem a pele e as mucosas, com a apresentação mais comum sendo na forma de exantema (erupção) cutâneo, rico em treponemas e se apresenta na forma de máculas (roséolas sífilíticas), pápulas ou de grandes placas eritematosas branco-acinzentadas denominadas condiloma lata, que podem aparecer em regiões úmidas do corpo. Estima-se que a fase secundária ocorre no intervalo de oito semanas entre o desaparecimento do cancro e o aparecimento das lesões de pele (BRASIL, 2005; 2016).

A sífilis latente, aquela sem demonstrações clínicas de doença, se divide em precoce e tardia. A fase latente precoce se estende desde o desaparecimento dos sintomas da fase secundária até o final do primeiro ano da doença. A doença assintomática, com mais de um ano de duração recebe o nome de fase latente tardia e,

ao longo dos anos, se não diagnosticada e tratada, levará ao acometimento de vários sítios, na chamada sífilis terciária (BRASIL, 2005; 2016).

Em torno de 15% das pessoas com sífilis sem tratamento, a patologia avança para o estágio terciário. Isso pode acontecer dentro de 20 anos depois da infecção primária. Na sífilis terciária a doença pode acometer os órgãos do organismo, incluindo o cérebro, nervos, olhos, coração, vasos sanguíneos, fígado, ossos e articulações. Esses danos podem ocasionar problemas nos nervos, paralisia, cegueira, demência (BRASIL, 2005; 2010).

Reflete-se então que, independente da sífilis possuir fases de latência e características definidoras, o diagnóstico laboratorial para detecção de antígenos ou anticorpos da sífilis é simples, mas depende da associação entre a história do paciente e dos dados clínicos, pois a cura não é fácil, como revelam os altos índices da doença publicados no Boletim Epidemiológico em 2016. Por isso, é importante que o profissional conheça a evolução da doença, as diferentes fases da infecção, o que cada teste laboratorial é capaz de detectar para utilizá-los adequadamente e a utilização da terapêutica para o tratamento completo da sífilis na tentativa de eliminação deste problema de saúde pública.

2.2- HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA MULHER E A COLABORAÇÃO DA ENFERMAGEM NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 1930 e 1950 revelavam uma perspectiva limitada sobre a mulher, alicerçado em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, encarregada pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos, e demais familiares (BRASIL, 2004).

Na década de 1960, o movimento feminista brasileiro insatisfeito com o panorama reducionista dado à mulher, reivindicou propostas de igualdade social que reconhecesse que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se refletiam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor recursos políticos que articularassem mudanças na sociedade, e conseqüentemente, na qualidade de vida da população, para diminuir a precariedade da saúde da mulher brasileira. Tal precariedade referia-se, principalmente, à redução de ações que contemplavam a mulher sob um único aspecto, relacionado ao seu estado gravídico-puerperal, de forma limitada,

reducionista e fragmentada. (BRASIL, 2004; SANFELICE, SANTOS, BARRETO, SIQUEIRA, RODRIGUES, ET AL 2013).

As ações eram verticalizadas e centralizadoras, afastando as medidas empregadas das reais necessidades do público feminino. Nessa perspectiva, o movimento feminista também promoveu uma série de reivindicações objetivando integrar às políticas de saúde da mulher outras questões como gênero, trabalho, desigualdade, sexualidade, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, iniciando um novo conceito de saúde da mulher, rompendo com o paradigma vigente centrado na função da reprodução, pontuando a saúde sexual e reprodutiva como um direito (BRASIL, 2004; SANFELICE, SANTOS, BARRETO, SIQUEIRA, RODRIGUES, ET AL 2013).

Assim, em 1973, foi criado o Programa de Saúde Materno-Infantil, no qual o planejamento familiar evidenciava o enfoque da paternidade responsável, objetivando diminuir as elevadas taxas de morbidade e de mortalidade infantil e materna. Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo. (BRASIL, 2004; SANFELICE, SANTOS, BARRETO, SIQUEIRA, RODRIGUES, ET AL 2013).

O PAISM agregou como princípios e diretrizes as concepções de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se iniciava o alicerce conceitual que fundamentaria a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, abarcando a assistência à mulher em ginecologia, na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004; SANFELICE, SANTOS, BARRETO, SIQUEIRA, RODRIGUES, ET AL 2013).

O processo de construção do SUS tem grande influência sobre a efetivação do PAISM. O SUS foi elaborado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica: Constituição Federal Brasileira de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142,

Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde. Particularmente com a criação da NOB 96, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País.

O processo de implantação e efetivação do PAISM apresenta especificidades no período de 1984 a 1989 e na década de 1990, sendo motivado, a partir das propostas das novas características da política de saúde, pelo processo de municipalização e pela reorganização da atenção básica, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família.

Nesse contexto, a urgência da integralização da atenção é constatada, sendo firmado com as discussões sobre a “promoção da saúde”, como guia para as práticas, organização e gestão da saúde no Brasil. O termo Promoção da Saúde, definido em 1986, durante a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, no Canadá, estava ligado aos fundamentos da atenção primária. A responsabilidade pela saúde era exclusivamente desse setor e se baseava no modelo biomédico, voltado à atividade curativa, e de forma individualizada. Mais tarde, o termo Promoção da Saúde passou a ser remetido à qualidade de vida e o sujeito passou a ter autonomia sobre seu estado de saúde (BRASIL, 2004; SANFELICE, SANTOS, BARRETO, SIQUEIRA, RODRIGUES, ET AL 2013).

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou o documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM). Este descreve o acordo com a realização de ações em saúde da mulher, firmando seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, destacando a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual. Assim, tornou-se urgente a necessidade de elaboração de políticas públicas que atendessem à mulher em todos os aspectos nas dimensões biológica, psicológica e sociocultural (BRASIL, 2004; SANFELICE, SANTOS, BARRETO, SIQUEIRA, RODRIGUES, ET AL 2013).

Apesar do relevante progresso, é essencial um controle social efetivo por parte das mulheres, no que tange a implantação e avaliação dessas políticas. Vale salientar que a concretização das ações voltadas para a saúde da mulher depende igualmente dos gestores das unidades de saúde e dos profissionais que lidam diretamente com o público feminino, abrindo canais para discussões e para a crescente participação desse público-alvo no que diz respeito a saúde sexual e reprodutiva entendendo-as como as estruturas sociais que modelam o percurso delas na busca de solução de um problema de saúde – itinerários terapêuticos (PUPO, AYRES, 2013).

A possibilidade de articulação entre as políticas públicas de saúde da mulher e itinerários terapêuticos teria a capacidade de levar os profissionais de saúde a reagirem, seja acomodando-se às necessidades dos pacientes, seja identificando a necessidade de fomentar o uso correto ou desejável da rede de serviços e de atenção à saúde.

O uso desejável da rede de serviços de saúde faz parte das práticas do profissional enfermeiro e envolvem a atenção com o foco assistencial, o gerenciamento, docência, a pesquisa e o controle social. De acordo com o artigo 11º da lei 7498/86 (BRASIL, 1986), o enfermeiro angariou conquistas para a autonomia profissional identificada como a formação de um saber abarcando a visão integral e holística do ser humano no atendimento; a consulta de enfermagem, e como integrante desta, a prática da educação em saúde; a construção da identidade profissional e do papel próprio da profissão no desenvolvimento das suas atividades cotidianas (SILVA COPELLI, OLIVEIRA, OLIVEIRA, SCHLINDWEIN MEIRELLES, MELLO, PESTANA MAGALHÃES, 2016).

Dentre estes elementos que caracterizam o processo de trabalho do enfermeiro, destaca-se a consulta de enfermagem, que traz uma concepção de espaço autônomo, pois tem tecnologia e dimensão de cuidado específico. Uma referência que parece contribuir para essa compreensão de cuidado específico é a noção de itinerário terapêutico, que apesar de seus com enfoques diversos, permite a incorporação e ampliação de significados presentes na trajetória das pessoas quando buscam a solução de alguma questão relacionada à saúde, e que não se restringem a um fluxo pré-determinado e rígido, envolvendo tão somente as instituições de saúde, o diagnóstico e tratamento de doenças (SILVA COPELLI, OLIVEIRA, OLIVEIRA, SCHLINDWEIN MEIRELLES, MELLO, PESTANA MAGALHÃES, 2016; SILVA, SANCHO, FIGUEIREDO, 2016).

A enfermagem que atua em prol da manutenção da autonomia profissional, que possui responsabilidades com a comunidade que acompanha, e que está pautada por conhecimentos científicos, pode então contribuir no itinerário terapêutico, pois dentre várias alternativas terapêuticas possíveis, pode trazer cooperação no planejamento e no desenvolvimento dos cuidados com a saúde da mulher (SILVA COPELLI, OLIVEIRA, OLIVEIRA, SCHLINDWEIN MEIRELLES, MELLO, PESTANA MAGALHÃES, 2016; SILVA, SANCHO, FIGUEIREDO, 2016).

Em vista disso e refletindo sobre a integração entre as políticas públicas da saúde da mulher, enfermagem e a construção do itinerário terapêutico, o objetivo seria clarear

os determinantes sociais do agravo da sífilis, e trazê-los para a discussão das políticas públicas na construção de estratégias de intervenção que pudessem efetivamente alterar os determinantes para esta infecção sexualmente transmissível, favorecendo o desenvolvimento de ações conjuntas dos programas de saúde para mulheres fora do ciclo gravídico puerperal, dentro da perspectiva de avanço dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.3- A MULHER E A SÍFILIS: A QUESTÃO DE GÊNERO E OS SEUS PARADIGMAS

A mulher é considerada um ser biopsicossocial envolta por dimensões biológica, psicológica e sociocultural que estão apontadas nos estudos de gênero e que tem se tornado objetos de diversas pesquisas nos campos da saúde e de humanas, e segue demonstrando diferentes modos de construção da subjetividade feminina a partir da que inserção social nas diferentes culturas. Nas sociedades modernas, o momento atual tem se caracterizado por transformações nas quais muitas mulheres têm atuado como protagonistas. Papeis sociais que estavam restritos aos homens, como, por exemplo, o de provedor financeiro familiar, já é exercido pelas mulheres em muitas culturas (LOPES, DELLAZZANA-ZANON, BOECKEL, 2014; LIMA, LESSA, SANTOS, JESUS, LIMA, SANTOS, 2015).

Esta postura de chefiar famílias tem contribuído para demonstrar que as características, os traços, os comportamentos e os papéis de homens, e mulheres não são produtos da biologia e muito menos naturais, e sim atribuição cultural feita a um e a outro sexo. No entanto, a construção da igualdade social entre homens e mulheres ainda representa um desafio. (LIMA, LESSA, SANTOS, JESUS, LIMA, SANTOS, 2015).

Estudos revelam que o tamanho das desigualdades sociais de gênero varia de sociedade para sociedade. No Brasil, por exemplo, na época da colônia ao século XXI, a história das mulheres revela transformações marcadas por tensões, contradições e negociações que se estabeleceram em diferentes épocas, entre as mulheres e o seu tempo, entre as mulheres e a sociedade na qual estão inseridas (LOPES, DELLAZZANA-ZANON, BOECKEL, 2014; LIMA, LESSA, SANTOS, JESUS, LIMA, SANTOS, 2015).

A exemplo da história das mulheres, reflete-se sobre o que ocorria na sociedade do início do século XIX, no que se refere às infecções sexualmente transmissíveis, onde apesar de muitas discussões para o combate à sífilis, uma verdade parecia indiscutível: a

propagação desta doença era variável diretamente dependente da dimensão que a prostituição feminina, pública ou clandestina, assumia nos diferentes países. Assim, do ponto de vista dos médicos, a partir do final do século XIX, a prostituição torna-se uma ameaça sanitária e a sífilis sua consequência mais assustadora (CARRARA, 1996).

Assim, apesar de todo processo histórico que envolve as mulheres e a sífilis, os investimentos em pesquisas e os protocolos estabelecidos para diagnóstico e tratamento da sífilis publicados e atualizados no século XXI, tem sido observado, em 2016, um aumento da prevalência da sífilis em países em desenvolvimento e industrializados, destacando-se o crescimento dos casos de sífilis em mulheres em idade fértil. No Brasil, as taxas de soropositividade para sífilis em mulheres na idade fértil variam entre 1,5 e 5,0%, com níveis mais elevados em grupos com baixo nível socioeconômico, educacional e com pouco acesso aos serviços de saúde (CAVALCANTE, SILVA, RODRIGUES, NETTO, MOREIRA, GOYANNA, 2012; TRIDAPALLI, CAPRETTI, REGGIANI, STRONATI, FALDELLA, 2011; BRASIL, 2016).

Esta pandemia não é apenas um problema de saúde, mas, sim, um objeto de estudo complexo que envolve aspectos biológicos, sociais, econômicos e culturais. Para Magalhães, Kawaguchi, Dias, Calderon (2013) as dificuldades para controle da sífilis em mulheres recorre da generalização das situações de vulnerabilidade feminina que ocorre nas políticas públicas de saúde brasileira. Isto porque há dificuldade de entender que as mulheres possuem vulnerabilidades individuais e suas demandas devem ser olhadas de forma particular no contexto social e ambiental em que estão inseridas (LEININGER & MCFARLAND 2015).

Justificar as alarmantes taxas epidemiológicas da sífilis somente através dos conceitos gerais da vulnerabilidade que envolve a mulher, como idade, baixo nível socioeconômico, educacional e raça é inadequado e propõe uma revisão nos modelos de atenção à saúde, pois só haverá mudanças efetivas no curso da sífilis quando se considerar a singularização das vulnerabilidades femininas. Ou seja, a mulher deve ser olhada de forma desconectada e isolada dos padrões de saúde pré-determinados, para então romper com o senso comum, ativando a escuta atenta no sentido de ouvir alguém que tem uma experiência social privada no contexto de uma problemática comum: a sífilis (MAGALHÃES, KAWAGUCHI, DIAS, CALDERON, 2013).

Atentar para a experiência social privada – mulher contaminada por sífilis, em uma situação universal – epidemia da sífilis, no intuito de alcançar o controle desta doença, é indispensável para a ruptura de paradigmas. Com relação a isto, destaca-se o

estudo de Thomas Kuhn escrito em 1962 que introduziu a noção de paradigma no terreno da ciência. Para Kuhn (2013) as mudanças de paradigma nas práticas humanas em geral, acontecem por força da existência de excessivas questões no palco da inteligência humana que não conseguem mais ser esclarecidos com base no velho modelo predominante, como por exemplo, altas taxas epidemiológicas da sífilis.

Para este autor o desenvolvimento da ciência se faz pela ruptura dos paradigmas, pela colocação em discussão das teorias e de seus métodos, acontecendo assim uma verdadeira transformação. Uma crise de paradigmas caracteriza-se como uma mudança de visão de mundo, consequência de uma insatisfação com os modelos anteriormente firmados (KUHN, 2013).

No século XX e XXI a sífilis se tornou metáfora, como a tuberculose no século XIX, e, mais recentemente, a AIDS no século XX. É importante ressaltar que através da evolução terapêutica e o seu reflexo direto na vida das pessoas convivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a AIDS não está mais associada à morte, e dessa forma houve uma ruptura de paradigmas. Assim, a sífilis, que antes era considerada a mais importante do grupo das doenças venéreas, foi banalizada pela longa fase sem sintomas e tratamento de baixo custo, o que pode trazer como consequência, a diluição por atitudes preventivas entre homens e mulheres (JACOBINA, 2014).

Neste ponto de vista, considerando as mudanças necessárias para oferecer resposta à sociedade no que se refere a controle da sífilis, pondera-se que as questões de gênero também são uma importante barreira no paradigma desta doença no Brasil. Isto porque regras alusivas aos gêneros estão relacionadas às diferenças que separam homens e mulheres no que diz respeito às doenças sexualmente transmissíveis. Os fatores biológicos, psíquicos e sociais, interferem no desenvolvimento e expressão da sexualidade, uma vez que a atitude dos homens e das mulheres está intimamente ligada às representações simbólicas de masculinidade e feminilidade em diferentes tempos históricos, ao longo da vida de um indivíduo e dos significados que se relacionam ao sexo e à reprodução (ARILHA, 1999; RODHEN, 2001; ESTAVELA, SEIDL, 2015).

Considerando as distintas simbolizações de masculino e feminino no âmbito sexual, a regulamentação social da construção do gênero, é um sistema que atua de modo contraditório para mulheres e homens na sociedade. Os homens, desde cedo necessitam provar que são potentes e sexualmente capazes, enquanto as mulheres são passivas, dependentes e sensíveis (ARILHA, 1999).

Este papel contraditório que reflete a desigualdade de poder nas relações entre homens e mulheres é um dos motivos da dificuldade que ambos têm em discutir formas seguras de exercer a sexualidade. Logo, um importante meio de intervenção para o controle da sífilis seria se as estratégias de informação fossem diferenciadas para cada um dos gêneros, quebrando-se os conceitos erroneamente estabelecidos que distorcem e influenciam a criação de barreiras para prevenção, diagnóstico e tratamento da sífilis. (RABELO, ALVES E SOUZA, 1999; MAGALHÃES, KAWAGUCHI, DIAS, CALDERON, 2013).

Outra intervenção necessária é a possibilidade do olhar mais extenso em relação às singularidades das mulheres e homens para que ambos se enriqueçam com elas, porque enquanto os paradigmas da generalização das vulnerabilidades femininas e das questões de gênero não forem superados, a sífilis se manterá como problema grave de saúde pública (ARILHA, 1999; ESTAVELA, SEIDL, 2015).

Conjectura-se então que para mudança do paradigma da sífilis, é necessária uma série de fatores que venham a contribuir com a melhora na articulação na formulação das políticas públicas de saúde, fazendo conexão com os gerentes de programas de saúde públicas, prestadores de serviços e com os usuários para melhor atuar sobre a problemática da sífilis adquirida e congênita (MAGALHÃES, KAWAGUCHI, DIAS, CALDERON, 2013).

Ou seja, deve-se também quebrar as barreiras de acesso aos serviços ginecológicos, planejamento reprodutivo e do pré-natal bem como com o rompimento do estigma e a discriminação relacionadas com as infecções transmitidas sexualmente. Contudo isto só vai acontecer quando a sífilis em mulheres passar a ser discutida junto com o itinerário terapêutico de forma clara e objetiva com a principal finalidade de trazer questões ainda não resolvidas e que ainda resultam em desafios para o Brasil.

2.4 - A SÉRIE HISTÓRICA DE NOTIFICAÇÕES DA SÍFILIS NO MUNICÍPIO DE MACAÉ / RJ.

A rede municipal de Saúde do município de Macaé é composta de programas especiais de saúde e educação em saúde, unidades básicas de saúde, centros de referência, unidades de emergência, vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária, nutricional), programa de saúde da família. Ao todo são cinco hospitais e 32 Estratégias de Saúde da Família (MACAÉ, 2011).

Apesar da rede de serviços de saúde, Macaé não foge da realidade do Brasil: é crescente o número de casos de sífilis em homens, mulheres, gestantes, além de sífilis congênita. Frente a esta realidade a vigilância epidemiológica no município está tendo como um dos objetivos conhecer o perfil epidemiológico da sífilis e a sua tendência, identificar os casos de sífilis adquirida e em gestantes, para então subsidiar as ações de prevenção e controle da transmissão congênita do *Treponema pallidum*.

Cabe destacar que a sífilis adquirida, sífilis em gestantes e a sífilis congênita é de notificação e investigação obrigatória em todo território nacional através da Portaria nº 33 de 14 de julho de 2005 (BRASIL, 2005). A notificação é a comunicação, por profissional de saúde, feita à autoridade sanitária, de doença ou agravo à saúde. Sua confiabilidade é dependente da capacidade desses profissionais diagnosticar e registrar corretamente esses eventos (TEIXEIRA, REGINA, 2015).

Para isso, os profissionais de saúde devem ser capacitados, ter conhecimento das normas técnicas e habilidade para a definição de caso. Estes critérios são fundamentais para a vigilância epidemiológica já que possibilitam a identificação de indivíduos que apresentam um agravo ou doença de interesse, de forma a padronizar critérios para o monitoramento das condições de saúde e para a descrição da ocorrência do evento (TEIXEIRA, REGINA, 2015). É através das notificações compulsórias que é possível o acompanhamento da série histórica das doenças, neste caso, a sífilis adquirida especificamente por ano e por mês em Macaé, como apresentado no Gráfico 01.

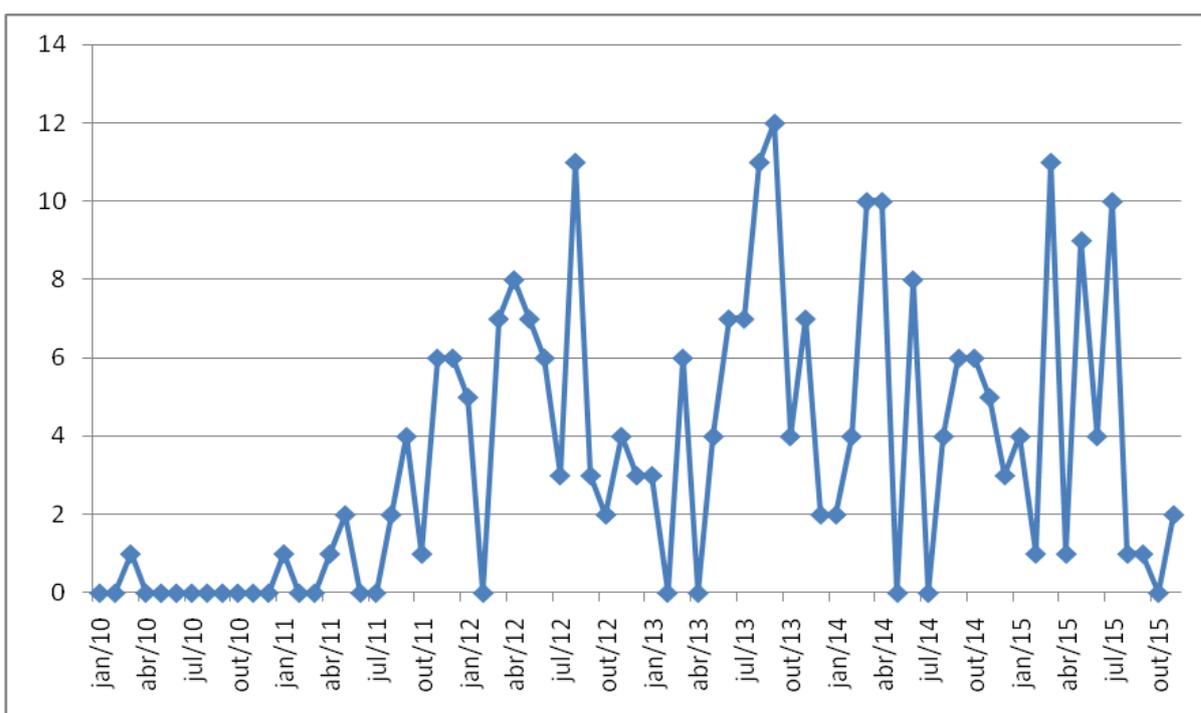


Gráfico 1: Notificações de Sífilis adquirida no município de Macaé por mês em Macaé, 2016.
Fonte: SINAN/ Macaé, 2015.

O gráfico 1 mostra que o número de notificações de sífilis adquirida no município de Macaé ainda é muito pequeno, o que sugere falta de acesso da população ao diagnóstico, como por exemplo, o teste rápido em Macaé só é feito em alguns serviços de saúde (Programa Municipal DST/AIDS e Hospital Público de Macaé) ou sugere uma subnotificação dos casos diagnosticados se comparado a nível nacional, onde no período de 2010 a junho de 2016, foram notificados o total de 227.663 casos de sífilis adquirida, dos quais 62,1% foram casos residentes na região Sudeste (BRASIL, 2016).

Apesar dos casos diagnosticados serem de caráter obrigatório, a variável de falhas faz com que a interpretação e o uso destas estatísticas devam ser cuidadosas. Para a maioria das doenças notificadas o que se observa é que os números absolutos não representam a sua real incidência na comunidade e têm valor limitado (TEIXEIRA, REGINA, 2015).

É importante que se entenda que a vigilância epidemiológica no acompanhamento da sífilis tem como objetivo controlar a transmissão do *Treponema pallidum*, acompanhar adequadamente o comportamento da infecção para planejamento e avaliação das medidas de tratamento e prevenção, por isto é importante que as instituições de saúde notifiquem os casos para melhor controle da doença (TEIXEIRA, REGINA, 2015).

As notificações de sífilis adquirida por unidade notificadora segundo ano de notificação em Macaé pode ser visto no Quadro 02:

Unidade Notificadora	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Programa Municipal de DST ¹ /AIDS	0	0	0	0	5	21	51	36	17	130
Centro de Saúde Jorge Caldas	7	1	0	0	0	13	3	9	1	34
Laboratório Bioanálise	0	0	0	0	11	23	0	0	0	34
Serviço Municipal de Hemoterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	17	17
ESF Fronteira B	0	0	0	0	6	0	0	0	3	9
Programa de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador	0	0	0	0	0	0	0	9	0	9
Hospital Público Municipal de Macaé	0	0	0	1	0	2	1	0	4	8
Pronto Socorro Parque Aeroporto	0	0	0	0	0	0	5	0	0	5
Núcleo Atenção Saúde Mulher e Criança	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3
Pronto Socorro Municipal	1	0	0	0	0	0	0	2	0	3
UBS ² Praia Campista	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2
ESF UBS Cajueiros	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
Fernanda Nassur Espinosa	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
UBS Visconde de Araújo e Miramar	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
UBS Nova Holanda	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Total	8	1	1	1	23	59	63	58	45	259

Quadro 02: Notificações de Sífilis adquirida no município de Macaé por mês em Macaé, 2016.

Legenda: ¹ Doenças Sexualmente Transmissíveis; ² Unidade Básica de Saúde

Fonte: SINAN/ Macaé/RJ, 2015.

No Quadro 02 observa-se que o maior notificador dos casos é através do Programa Municipal DST/AIDS executado pelo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município, com um total de 130 casos. Ainda há poucas unidades da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde que notificam os casos de Sífilis.

Estes dados podem revelar uma falha na detecção e tratamento dos casos de sífilis, deficiência na capacitação das equipes, processo apenas curativo da doença, sem ações permanentes ligadas a esta IST, a falta de conhecimento dos profissionais em relação aos procedimentos para detecção e manejo dos casos, a sobrecarga de trabalho para as equipes que atuam em ESF, além da escassez na rede de apoio ao diagnóstico nas unidades, resultados também encontrado em estudo de Silva (2014).

No Gráfico 2 observa-se a proporção de casos notificados de sífilis adquirida por faixa etária, em Macaé/RJ.

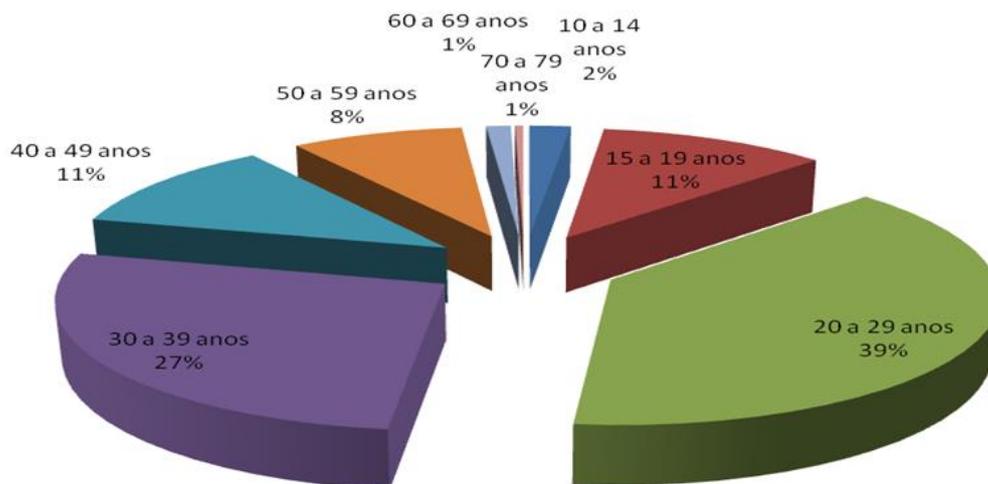


Gráfico 2: Notificações de Sífilis adquirida casos notificados de sífilis adquirida por faixa etária, em Macaé, 2106.

Fonte: SINAN/ Macaé/RJ, 2015.

A faixa etária mais atingida é população de 20 a 39 anos, totalizando 66% dos casos notificados. No Brasil em 2015, observou-se que 55,6% dos casos de sífilis adquirida, eram da faixa etária também de 20 a 39 anos; 16,3% cursaram ensino médio completo, mas ressalta-se que em 36,8% dos casos a informação de escolaridade constava como ignorada (BRASIL,2016).

Em 2015, a maioria dos casos notificados foi classificada como “primária” (31,6%), seguindo-se latente (23,6%), terciária (10,7%) e secundária (5,8%). O percentual de ignorados foi de 28,3%. O elevado percentual de sífilis primária indica que pode haver classificação inadequada. Vale ressaltar que, na impossibilidade de se estabelecer a evolução da doença, a classificação adequada é: sífilis latente de duração ignorada (BRASIL, 2016).

No Gráfico 3 constata-se as notificações de sífilis adquirida por sexo e faixa etária, em Macaé.

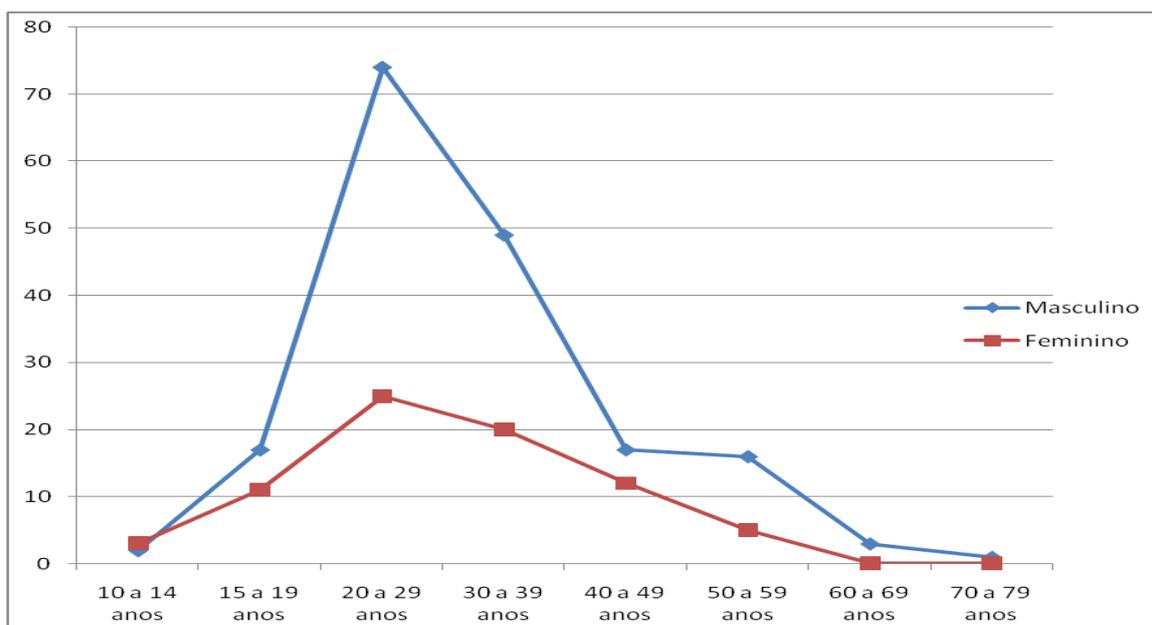


Gráfico 3: Notificações de Sífilis adquirida casos notificados de sífilis adquirida por faixa etária, em Macaé, 2106.

Fonte: SINAN/ Macaé, 2015.

O sexo masculino é o mais notificado em Macaé como no Brasil - 60% dos casos identificados também são homens. Em 2010, a razão de sexos era de 1,8 casos em homens para cada caso em mulheres; em 2015, foi de 1,5 casos em homens para cada caso em mulheres, ou seja, a sífilis em mulheres vem aumentando no nosso país (BRASIL,2016).

Atenção deve ser dada ao número de casos de sífilis entre os adolescentes (11%), as crianças (10 a 14 anos) e aos idosos (mais de 60 anos) com 2%. Embora os homens sejam os mais notificados, a adesão ao tratamento é mais baixa do que nas mulheres. Uma das suposições para a baixa adesão ao tratamento pelos homens pode estar vinculada ao direcionamento da assistência para a atenção aos agravos femininos, uma vez que a detecção da sífilis neles, costuma ser a partir apenas de abordagem indireta dos profissionais, tendo as parceiras como mediadoras. (OLIVEIRA, FIGUEIREDO, 2011).

Enfatiza-se que o tratamento do homem é um dos fatores determinantes para a cura eficaz da mulher, assim como para o fim do agravo da sífilis conforme meta do Ministério da Saúde. Isto também é válido para as mulheres em idade fértil que apresentam riscos de uma reinfecção, problemática abordada como um possível agravante para a prevalência da doença (PINHEIRO, COUTO, SILVA, 2011).

Embora a aparente subnotificação da sífilis no município de Macaé ou a falha na detecção e tratamento dos casos desta IST, as taxas são altas, bem como no país. No

entanto enfermeiros no município, através da consulta de enfermagem (garantida através da lei nº 7498/86), podem reunir esforços no acompanhamento e abordagem baseada em empenho voltado para a captação e a orientação individual à mulher, contribuindo de maneira decisiva para a realização de ações eficazes para o combate da sífilis, de maneira a ser implementada em uma relação harmoniosa e ética, para assim conquistar a confiança da mulher e do parceiro, visando interromper a cadeia de transmissão da sífilis em Macaé.

CAPÍTULO 3

ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Esta pesquisa utilizou o referencial teórico e metodológico da enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger, que elaborou Teoria do Cuidado Cultural, e de Arthur Kleinman médico e antropólogo que formulou o Sistema de Cuidado a Saúde para embasar a construção do itinerário terapêutico, que são apresentados a seguir:

3.1- TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER

Utilizada para embasar este estudo, a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, criada pela enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger, teve início na década de 1950, após a II Guerra Mundial, nos Estados Unidos. Neste contexto a alta tecnologia penetrava no ambiente hospitalar, e de acordo com Leininger (1991), a maioria das enfermeiras estava focando sua atenção nesta nova tecnologia e interessadas nas explicações biológicas do cuidado. À época Leininger trabalhou num centro de orientação infantil, com crianças que tinham distúrbios mentais e de diversas origens culturais, que ela viu as diferenças no cuidado cultural às crianças africanas, alemãs, judias e outras (LEININGER & McFARLAND, 2015). A partir disso, nos anos 1960, Leininger, que ainda não tinha um conhecimento aprofundado sobre as culturas, decidiu seguir um programa acadêmico de doutorado em Antropologia Cultural.

Dessa forma, a teórica selecionou e utilizou constructos da Antropologia e de cuidado próprio da Enfermagem para fundamentar sua teoria. Na versão da autora, ambos estão contidos em si e formam um todo irreduzível que representa uma orientação humanística da vida e do viver. Assim sendo, o cuidado é culturalmente constituído, cada cultura tem sua forma, seus padrões, suas expressões e estruturas para conhecer, explicar e predizer o estado de bem-estar, saúde ou doença (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Segundo Uchôa e Vidal (1994, p.497), a contribuição da Antropologia é extremamente importante, pois torna “possível uma perspectiva crítica frente às nossas ‘verdades’ mais fundamentais, e favorece a construção de um novo paradigma para a abordagem da saúde e da doença”.

Para Leininger McFarland (2015), trazer a cultura e o cuidado atrelados foi o seu maior desafio. Durante suas observações e na prática de cuidar nos diferentes cenários, desde o nível primário até o terciário, identificou que a cultura e o cuidado são as dimensões principais que faltavam para um cuidado integral de enfermagem e também para os serviços de cuidado à saúde. Ao cursar o Doutorado em Antropologia elaborou e aplicou a Teoria do Cuidado Cultural defendendo que as crenças no cuidado, valores e práticas foram previstos como meios explanatórios, poderosos, não só para descobrir e compreender a saúde, como também para explicar a falta de saúde ou prever as condições de doença (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Segundo Leininger e McFarland (2015), o objetivo da Enfermagem Transcultural vai além da apreciação de culturas diferentes. Visa tornar o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasada, conceituada, planejada e operacionalizada. A crença de que a maioria das culturas pode determinar o tipo de cuidado desejado na qual a teoria é fundamentada, é direcionada para os consumidores dos serviços de saúde e busca compreender sua perspectiva, sua visão de mundo, seu conhecimento e suas práticas como base para as decisões e ações de cuidado.

A finalidade da Teoria foi descobrir as Diversidades e Universalidades do ser humano no contexto mundial, e os meios de prover o cuidado culturalmente coerente às pessoas de culturas diferentes (diversidade) ou semelhantes (universalidade). O propósito é manter o bem-estar (saúde), ou enfrentar a doença de modo culturalmente apropriado, tendo em vista que a saúde é o estado percebido ou cognitivo de bem-estar, que capacita o indivíduo ou o grupo a efetuar as atividades segundo os padrões desejados em determinada cultura (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Esta teoria apresenta pressupostos que dão apoio à sua previsão de que culturas diferentes percebem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas existentes. Faz também referências aos elementos comuns, como universalidade, e às diferenças, como diversidade (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Um pressuposto relacionado à cultura é o de que os seres humanos são seres culturais e capazes de sobreviver com o passar do tempo, através de sua capacidade de prestar cuidado aos outros, de todas as idades, em vários ambientes e de muitas maneiras. Valores culturais derivam-se da cultura e identificam maneiras desejáveis de ação e conhecimento. Esses valores culturais são, comumente, mantidos pela cultura,

por longos períodos de tempo, e servem para orientar a tomada de decisões dos membros da cultura (LEININGER & MCFARLAND, 2015 p.13).

A Enfermagem Transcultural foi definida por Leininger & McFarland (2015, p.15) como:

Subcampo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e os valores, objetivando proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com os seus valores, culturas e seu contexto.

Diversidade cultural de cuidado indica:

a variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que são culturalmente originários dos homens para seu bem estar ou para aperfeiçoar uma condição ou modo de vida dos homens, ou para enfrentar a morte (LEININGER & MCFARLAND, 2015, p.14).

Diferentemente, a universalidade cultural de cuidado refere-se a:

significado, padrões, valores ou símbolos de cuidados comum, semelhantes ou uniformes, culturalmente originários dos homens, para seu bem-estar ou para aperfeiçoar a condição e o modo de vida dos homens ou para enfrentar a morte (LEININGER & MCFARLAND, 2015, p.15).

Visão de mundo é a maneira pela qual as pessoas olham o mundo ou o universo, e formam um “quadro ou atitude de valor” acerca do mundo e de suas vidas (LEININGER & MCFARLAND, 2015, p.15).

As dimensões culturais e as estruturas sociais envolvem

a natureza dinâmica dos fatores estruturais ou organizacionais inter-relacionados de uma determinada cultura (subcultura ou sociedade), e a maneira como funcionam esses fatores para dar sentido e ordem cultural, incluindo fatores religiosos, de parentesco, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais (LEININGER & MCFARLAND, 2015, p.17).

Contexto ambiental é:

a totalidade de um acontecimento, situação ou experiência particular que confere sentido às expressões humanas, incluindo interações sociais, dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais (LEININGER & MCFARLAND, 2015, p.15).

À luz destes conceitos, as autoras Leininger & McFarland (2015) fazem uma distinção entre dois sistemas de saúde existentes na sociedade para suprir as diferenças e semelhanças entre o cuidado profissional e o popular. Um deles se refere aos sistemas de cuidados populares de saúde, também chamado de *emic*:

Ele é obtido por meio da experiência direta daqueles que experimentam e percebem o seu mundo vivido. É a visão sob a ótica dos que vivem a cultura e é centralizado na pessoa. Refere-se aos conhecimentos e habilidades tradicionais, populares (folclóricas), culturalmente aprendidos e transmitidos, usados para proporcionar atos assistenciais, apoiadores, capacitadores ou

facilitadores por ou para outro indivíduo, grupo ou instituição com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar um modo de vida humano, uma condição de saúde (ou bem-estar) ou para lidar com situações de deficiência ou morte (LEININGER & MCFARLAND, 2015, p. 14).

O outro sistema, definido como sistema de cuidado profissional, é também chamado de *etic* e:

Refere-se ao cuidado profissional formalmente ensinado, aprendido e transmitido assim como o conhecimento de saúde, doença, bem-estar e as habilidades práticas que prevalecem em instituições profissionais, geralmente com pessoal de saúde diversificado para atender os consumidores para dar assistência, suporte, habilitar ou facilitar individualmente ou em grupo a fim de melhorar a condição humana (bem-estar), modo de viver ou enfrentando com os seus clientes situações de invalidez ou a morte (LEININGER & MCFARLAND, 2015, p. 14).

Baseado nos sistemas de saúde *emic* e *etic* o pesquisador é estimulado a conhecer a cultura dos informantes compartilhando ideias sobre sua realidade. Leininger & McFarland (2015) sugerem em sua teoria, que é adequado conversar com o próximo sobre o significado de cuidado dentro da perspectiva cultural. À medida que percorre as ideias de cuidado cultural com as informantes, o profissional de enfermagem deve preocupar-se quanto às diferenças dos pensamentos ou as condições mentais e físicas deles para que o diálogo tenha importância vital para ambos (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Considera-se que a todo o momento do desenvolvimento da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural os clientes, a família ou os grupos culturais são envolvidos no processo de descoberta como coparticipantes. Isto se torna relevante no sentido de obter dados substanciados e estimular o envolvimento dos participantes na pesquisa e dessa forma, as opções e decisões terão conteúdo significativo e, naturalmente, tomarão decisões e efetivarão os planos de cuidado por período maior de tempo (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

A teórica sustenta o argumento de que o foco do cuidado cultural requer estratégias sensíveis na busca das informações por meio de paciência, imersão nos dados e habilidade analítica. Estas características permitem rever com frequência e resumir os dados que assegurem o conhecimento sobre o cuidado respeitando os direitos éticos dos seres humanos (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

E para ajudar o enfermeiro a reconhecer um mundo cultural de vida com diferentes forças ou influências das condições humanas que precisam ser consideradas ou descobertas, relacionadas aos modos de vida, contexto do ambiente e valores, para

melhor prover o cuidado holístico, satisfatório e significativo para os indivíduos, os grupos ou as instituições, Madeleine Leininger criou o “Modelo de Sunrise”.

MODELO DE SUNRISE

Leininger propôs o Modelo de Sunrise (Figura 05), simbolizado pelo nascer do sol, para auxiliar a análise do significado do cuidado para diversas culturas. Com esse modelo é possível operacionalizar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, orientando o estudo para a diversidade e universalidade do cuidado de enfermagem (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

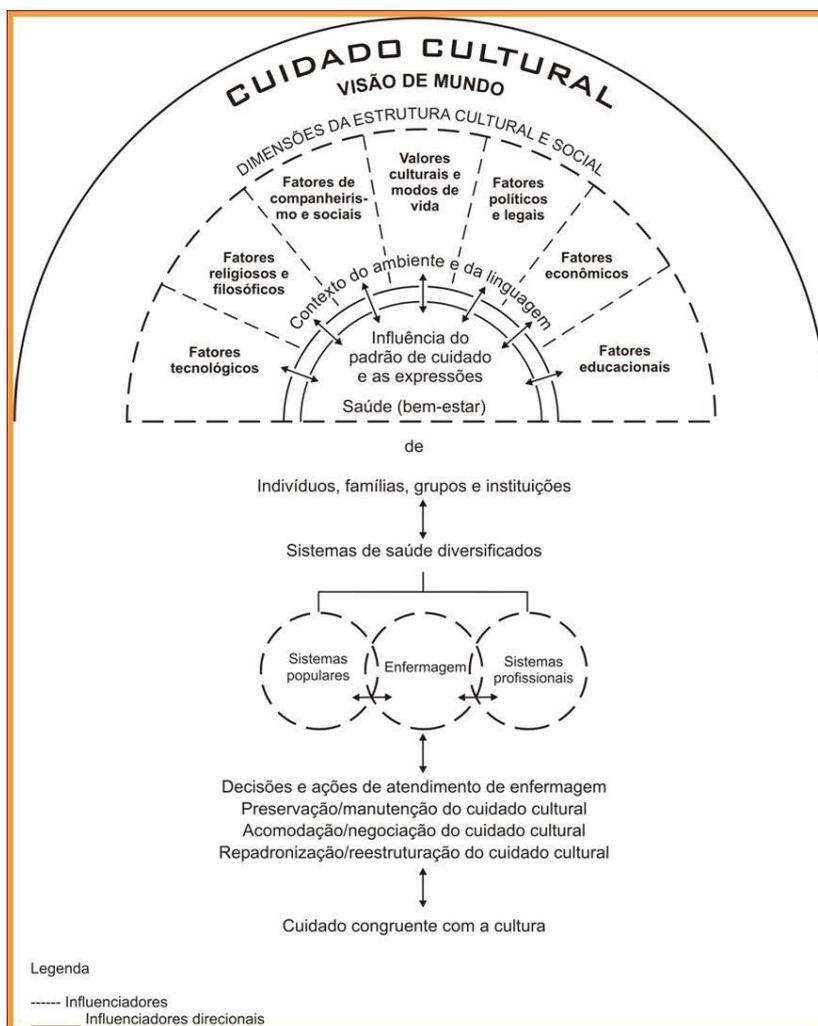


Figura 05: Modelo Sunrise

Fonte: LEININGER & MCFARLAND, 1991, p.25. Figura traduzida extraída da tese de doutorado de SILVA (2003), p. 36.

Este é um diagrama que destaca os pontos principais da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural e tem como objetivo descobrir, explicar, interpretar e prever conhecimento do cuidado, bem como desenvolver cuidado de enfermagem culturalmente congruente (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Além disso, o Modelo Sunrise é um capacitador usado como mapa cognitivo para obter um amplo conhecimento a cerca do domínio de inquirição, e no caso desta investigação, o domínio de inquirição é o itinerário terapêutico de mulheres com sífilis. Entretanto não representa a teoria em si, porém revela expressões do cuidado cultural, ou um esboço conceitual de seus componentes e visão integral de suas dimensões, e o modo como influenciam o cuidado e o estado de saúde de indivíduos, grupos, famílias e instituições considerando os aspectos sociais e culturais (MOITA E SILVA, 2013; LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Leininger & McFarland (2015) explicam que o Modelo Sunrise é flexível podendo ser utilizado de modo criativo com o indivíduo, grupo ou com a família. Todavia, para a sua utilização o profissional de enfermagem deverá ter muita sensibilidade, além de habilidades e conhecimento da cultura da comunidade ou instituição.

É constituído de quatro níveis, sendo que os três primeiros fornecem subsídios para o planejamento e execução do cuidado (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

- O nível I é constituído pelos componentes interdependentes da estrutura social e visão de mundo que segundo a teórica, nos leva ao estudo do significado, da natureza e dos atributos do cuidado. Incluem-se nesta fase, idioma, contexto ambiental do cliente, fatores tecnológicos, religiosos, filosóficos, políticos, econômicos, educacionais bem como grau de parentesco, estrutura social, valores e crenças culturais (LEININGER & MCFARLAND, 2015).
- O nível II é baseado no conhecimento do nível anterior. É a aplicação deste conhecimento à situação do cliente (indivíduo, família, grupo ou instituição), onde se observa significado e expressões específicas acerca do cuidado e da saúde (LEININGER & MCFARLAND, 2015).
- O nível III permite identificar, caracterizar os valores, crenças, comportamentos populares, profissionais e a interseção com a enfermagem. É possível neste nível identificar semelhanças e diferenças, ou seja, características universais e específicas da cultura do cliente. As atividades desenvolvidas nesse nível são correspondentes à elaboração de diagnósticos de enfermagem e engloba o resultado prático desse sistema interligado, onde estão as decisões e as ações do cuidado de enfermagem

(LEININGER & MCFARLAND, 2015).

- O IV nível do modelo é o resultado prático desse sistema interligado, onde estão as decisões e as ações do cuidado de enfermagem, divididas em três modalidades de ação ou modos de decisão para prover culturalmente o cuidado de enfermagem congruente, a saber:

- Preservação e/ou Manutenção do Cuidado Cultural – refere-se aos atos ou decisões assistenciais, de apoio, facilitadores ou de capacitação profissional que ajudam as culturas a manter, preservar ou reter as crenças e valores benéficos do cuidado ou para enfrentar deficiências e a morte (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

- Acomodação e/ou Negociação do Cuidado Cultural – refere-se às ações e decisões que assistem, acomodam, facilitam ou capacitam o cuidado e que ajudam as culturas a se adaptar ou negociar um cuidado congruente, seguro, e efetivo para sua saúde, bem-estar, ou lidar com a doença ou com a morte (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

- Repadronização e/ou Reestruturação do Cuidado Cultural – refere-se às ações e decisões mútuas, assistenciais, de apoio, facilitadoras ou de capacitação que ajudam as pessoas a reordenar, modificar, mudar ou reestruturar seu modo de vida e as instituições para melhores padrões (ou benéficos) de cuidado à saúde, práticas, ou resultados (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Segundo Leininger & McFarland (2015) esses quatro modos de ação são essenciais para cuidar. Entretanto, nesta pesquisa o quarto nível não será incluído, uma vez que os estudos etnoenfermagem não necessariamente precisam ser interventivos. Dessa forma, de acordo com o objeto deste estudo, existe uma preocupação maior com o nível I do Modelo Sunrise para, no final, fazer a divulgação e as recomendações junto aos profissionais de saúde.

No entanto é pertinente destacar por meio do Modelo Sunrise, que o enfermeiro levanta múltiplos fatores previstos para influenciar nas expressões do cuidado cultural e seus significados. Segundo Leininger & McFarland (2015), este diagrama visual leva o pesquisador a buscar amplamente vários fatores influenciando o cuidado dentro de qualquer cultura sob estudo. Nesse modelo são levantadas as forças/influências que, devidamente analisadas que propiciam o cuidado cultural. São elas:

1. Dimensões da estrutura cultural e social, ou seja, fatores tecnológicos, religiosos, filosóficos, sociais, políticos, legais, econômicos, educacionais e modos de vida.
2. Contexto do ambiente, situação ou experiência, interações sociais em lugares físicos, sócio-políticos que dão significado às expressões humanas.
3. Sistema popular é o conhecimento popular, a experiência direta, visão sob ótica dos que vivem a cultura centralizada na pessoa.
4. Sistema profissional trata da interpretação do vivido naquela cultura, descrevendo a perspectiva profissional (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

No Modelo de Sunrise, a enfermagem se apresenta como a intercessão entre os sistemas populares e profissionais da área de saúde. O enfermeiro na promoção em saúde em geral ocupará o papel de cuidador direto, aquele que tem o maior contato com o cliente, realiza a ligação entre eles e os profissionais, ou seja, ao comunicador/educador.

Sabemos que Leininger & McFarland (2015), ao se apropriarem da definição de enfermagem como a profissão responsável pelo cuidado embasado cientificamente, teve seu pensamento desafiado pela complexidade dos seres humanos e seus diversos modos de viver culturais. A referida teórica logo percebeu que essa diversidade, seguramente, influenciava a recepção do cuidado prestado. Por isso, ela sustentava que o modelo médico de enfoque nas doenças, alívio dos sintomas e condições patológicas era bastante estreito para uma disciplina do cuidado. A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, por isso, tinha não só que ser ampla e holística, mas possuir uma cultura específica, com pesquisa baseada no conhecimento, de maneira a transformar a enfermagem e a medicina tradicional (LEININGER & MCFARLAND, 2015). Ao desenvolver a teoria, quatro tendências importantes foram conceituadas e formuladas:

1. Expressões do cuidado cultural, significado, padrões e práticas são vários e ainda há alguns atributos universais comuns compartilhados.
2. A visão de mundo, fatores múltiplos de estrutura social, contexto ambiental, língua e cuidado profissional e popular, são influências críticas dos padrões de cuidado cultural para predizer a saúde, bem-estar, doença, cura, e modos para as pessoas enfrentarem as deficiências e a morte.

3. Os fatores genéricos *emic* (popular) e *etic* (profissional) em diferentes contextos ambientais influenciam grandemente a saúde e a doença em seus resultados.
4. De uma análise de influenciadores – *emic* e *etic* – três ações principais para decisões foram previstos para os modos de prestar um saudável cuidado, culturalmente congruente e significativo. As três ações baseadas culturalmente e modos de decisão foram: a) preservação e/ou manutenção do cuidado cultural, b) acomodação e/ou negociação do cuidado cultural, c) repadronização e/ou reestruturação do cuidado cultural.

A decisão e outros modos de ação baseada no cuidado cultural foram essenciais previstos para o cuidado congruente e significativo. Os fatores individual, familiar, grupal ou comunitário foram acessados e respondidos para um relacionamento dinâmico e participativo enfermeira-cliente (LEININGER 1991, LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Essas tendências acima citadas conduzem a ganchos de suposições teóricas que fazem a teoria ser utilizada em culturas ocidentais e orientais, tornando-a ampla, compreensiva, holística e universal para a descoberta de um novo conhecimento capaz de ajudar pessoas de diversas culturas. Torna-se então um gancho de exploração de muitos aspectos do cuidado com representações individuais de uma cultura com o passar do tempo (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

A intenção de fundamentar com esta teórica os achados do estudo presente estudo foi identificar os significados contextuais e culturais, relacionando-os com as experiências vivenciadas pelas informantes-chaves, utilizando os fatores influenciadores da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Nessa perspectiva o cuidado com a mulher com sífilis envolve desvendar como, e em que circunstância ocorre a doença, pois o olhar quando individualizado, permite respeitar a especificidade dela se cuidar, por sua vez determinado pelo seu saber, que muitas vezes diferem dos modos e dos saberes que se julga melhor e são impostos, conseqüentemente, repercutindo de modo negativo e pouco representativo na vida da mulher. As ações devem estar voltadas para o incentivo, a oportunidade e as condições à ela, para que o cuidado possibilite ao menos, sentir-se preservada na sua autonomia e

tenha responsabilidade, por si mesmo, frente às atitudes do tratamento da sífilis e situações que enfrentam no ambiente social coletivo.

A pesquisa mostra que, por meio do diálogo com a mulher com sífilis, é possível levantar dados essenciais para um cuidado coerente com a sua realidade. Durante a prática assistencial constata-se a importância de observar, conhecer e respeitar os valores culturais da população feminina. Assim, compreende-se como enfermagem, que a imposição da prática prescrita e formatada sob regras não é aceita quando a população se opõe a um valor cultural diferente de uma prática de cuidado experimentada ao longo de gerações. Nesse ponto de vista, através da Teoria do Cuidado Cultural conheci o itinerário terapêutico de mulheres com sífilis, entendendo, assim, a relação entre itinerário terapêutico e cuidado cultural.

3.2- A CONSTRUÇÃO DO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E O SISTEMA DE CUIDADO A SAÚDE DE ARTHUR KLEINMAN

Os estudos etnográficos que dão sentido cultural à experiência social mostram-se inquietos com as práticas e estratégias da população no enfrentamento de seus problemas cotidianos, sobretudo em relação à procura de cuidados em saúde (NOGUEIRA, 2011). A partir do surgimento de sintomas físicos ou psíquicos e de seu reconhecimento como doença, o indivíduo se encontra frente a uma malha diversa de possibilidades, entretanto as estratégias de escolha, avaliação e aderência às formas de tratamento são complexas e difíceis de serem compreendidas se não for levado em conta o contexto do indivíduo, especialmente frente à multiplicidade de opções disponíveis (ou não) em termos de cuidados em saúde (ALVES, 2015).

Para entender a saúde dos indivíduos e a maneira como eles encaram a doença é necessário considerar suas práticas a partir do cenário onde elas tomam forma, pois cada contexto é singular e caracteriza-se por eventos cotidianos (econômicos, sociais e culturais) onde estrutura-se a vida coletiva e ajusta-se a vida biológica, ou seja, os indivíduos moldam o seu corpo, os seus pensamentos e as suas ações a partir do espaço social no qual eles vivem (ALVES, 2015; LEININGER E MCFARLAND, 2015).

Considerando o contexto particular do indivíduo, Massé (1995, p. 330) nos esclarece sobre o processo de escolha para manutenção da saúde:

É preciso reconhecer que a natureza das formas de procura de cuidados é variada e complexa, que se diferencia de um indivíduo a outro, que pode variar em um mesmo indivíduo de um episódio de doença a outro e que a procura de cuidados está sujeita a questionamentos repetidos em cada uma das etapas do processo de manutenção da saúde. De fato, a natureza e a

seqüência dos encaminhamentos na procura de cuidados são determinadas por uma série de variáveis situacionais, sociais, psicológicas, econômicas e outras. A procura de cuidados está condicionada tanto pelas atitudes, quanto pelos valores e as ideologias (MASSÉ, 1995, p. 330).

Dessa forma, ao alargar a compreensão dos processos pelos quais os indivíduos e grupos sociais atuam quando se defrontam com problemas de saúde, o itinerário terapêutico estabelece-se como um dos conceitos centrais nos estudos sócio antropológicos da saúde. Este conceito é utilizado para designar todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos sociais na escolha, avaliação e adesão (ou não) a determinadas formas de tratamento para resolver os seus problemas de saúde (ALVES, 2015; KLEINMAN, 1980).

Através da história das ciências sociais, o conceito de itinerário terapêutico tem recebido rótulos diferentes, como “*illness behavior*”, “*illness career*” e “*therapeutic itineraries*”. Cada uma dessas expressões põem ênfase especial em determinados aspectos dos processos pelos quais os indivíduos sociais buscam soluções para suas aflições (ALVES, 2015).

Nos últimos vinte anos, a produção de trabalhos sobre itinerário terapêutico cresceu de forma significativa. Dentre os primeiros estudos sobre esta temática, destaca-se os que foram desenvolvidos pelo antropólogo, neurologista, etnologista e psiquiatra inglês Rivers (1924). Este pesquisador relatou a inquietação com o aspecto psicológico e cultural das pessoas, valorizando o uso concomitante de várias terapias alternativas como formas de tratamento convencionais, considerando que a medicina é um sistema ligado à cultura, e não um fenômeno fragmentado, sendo este um princípio que continua sendo fundamental na antropologia da saúde (RIVERS, 1924; NOGUEIRA, 2011).

Outras iniciativas de discutir o itinerário terapêutico partiram de Mechanic (1968), que se baseou no tradicionalismo conhecido como comportamento do enfermo (*illness behaviour*). Esses estudos tinham como pressuposto que as pessoas avaliam suas escolhas em termos de custo-benefício, ou seja, os indivíduos têm uma conduta para a satisfação das suas necessidades, de forma individual, voluntarista e racionalista (ALVES, 2015).

Este modelo tradicional foi criticado pelo sociólogo Talcott Edgar Frederick Parsons (1979), pois defendia a hipótese de que para interpretar os atos humanos é necessário levar em consideração os valores e as normas que influenciam a conduta dos indivíduos, visto que os comportamentos humanos são inter-relacionados e penetrados em um ambiente físico-orgânico (PARSONS, 1979).

Nesta mesma corrente de pensamento Arthur Kleinman (1980), agregou os fatores sociais, destacando os aspectos individuais e culturais das pessoas como algo inseparável na escolha dos mecanismos de tratamento que responderá a aflição e a cura da doença. Neste contexto, o modelo biomédico é relativizado e ultrapassa os conceitos da doença ser unicamente uma alteração corporal (JÚNIOR, GONÇALVES, DEMÉTRIO, 2013).

Arthur Kleinman era médico e estudioso da Antropologia da Saúde. Na tentativa de organizar os diferentes pontos de vista sobre doenças e processos de tratamento entre as várias possibilidades acessíveis, elaborou o modelo teórico denominado Sistema de Cuidado a Saúde (Diagrama 02). Este modelo possui estruturas internas semelhantes às dos limites entre culturas, enquanto seu conteúdo varia com as circunstâncias social e ambiental de cada subsistema. O modelo estrutural de Kleinman (1978) descrito a seguir pode ser alterado para analisar diferentes culturas com variáveis condições externas (KLEINMAN, 1978; ALVES, 2015).

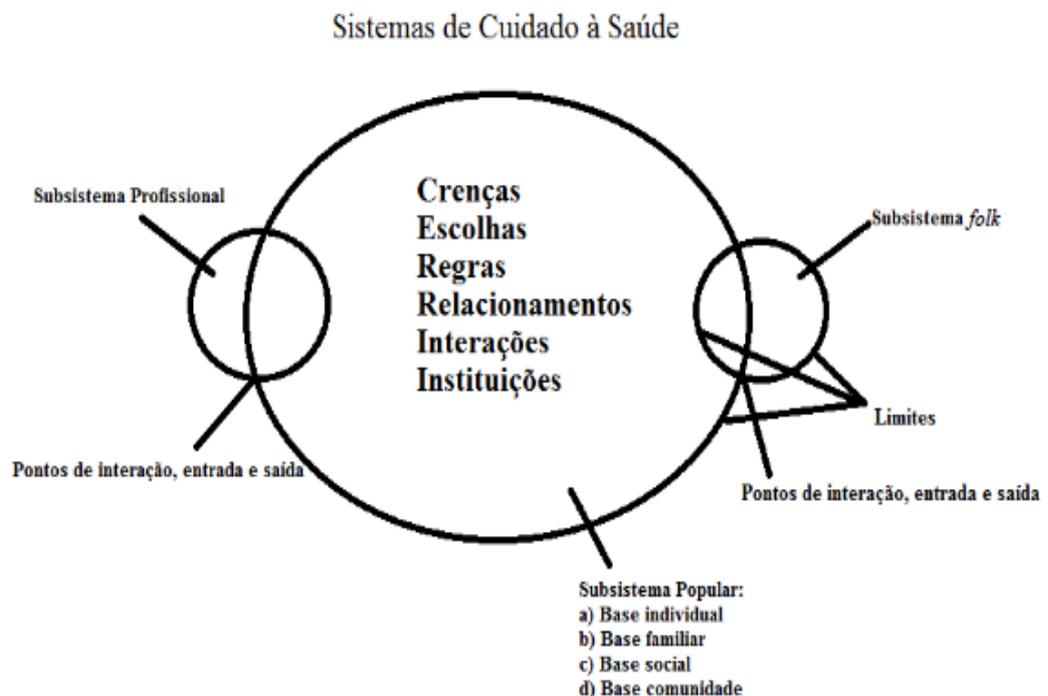


Diagrama 02: Sistemas de Cuidado à Saúde. Adaptado de Kleinman (1978, p.86).

Devido às condições variáveis, o Sistema de Cuidado a Saúde de Kleinman (1978) possui uma estrutura que abrange e iguala conteúdos distintos gerais, podendo ser aplicado em pesquisas, tanto em sociedades desenvolvidas quanto em desenvolvimento, incluindo as várias tradições de cura. Nesse diagrama o cuidado à

saúde é descrito como um sistema composto da cultura local dividido, e três círculos que se sobrepõem representados pelos três subsistemas: popular, *Folk* e profissional. As linhas limites entre os setores funcionam como pontos de entrada e saída para pacientes que seguem a trajetória de suas doenças em torno do sistema de cuidados à saúde. (KLEINMAN, 1978; ALVES, 2015).

No Subsistema Popular manifesta-se a cultura popular, baseado no senso comum, longe de recomendações profissionais e especializadas. Neste subsistema é onde as primeiras decisões são efetuadas, dando início ao processo terapêutico. Observa-se que esse subsistema compreende o indivíduo, a família, a rede social, suas crenças e atividades comunitárias. Também nele se define sobre a entrada ou não nos outros setores e se as orientações obtidas serão ou não seguidas. Os tratamentos são alternativos, sendo que os cuidados podem ser adotados pela pessoa doente incluindo: repouso, mudança na dieta, alimentos especiais, massagens, remédios caseiros, suporte emocional e práticas religiosas. É relevante destacar que o Subsistema Popular forma uma matriz ligando fortemente os subsistemas Profissional e *Folk* (KLEINMAN, 1978; ALVES, 2015).

O indivíduo no subsistema popular primeiro encontra a doença na família, em seguida vai percebendo e experimentando sintomas, marcando e avaliando a doença, admitindo um tipo particular de papel do doente (agudo, crônico ou incapacitante), decidindo o que fazer através do comportamento na visão de cuidado à saúde, avaliando o efeito do tratamento e terapias obtidas de outros setores do Sistema de Cuidado à Saúde (KLEINMAN, 1978).

O Subsistema *Folk* fundamenta-se em especialistas de cura não formais, não certificados legalmente, mas com registros, ainda que restritos, de seus conhecimentos populares. Este subsistema possui expressivo reconhecimento pela sociedade, é frequentemente denominado de leigo e suas terapias se utilizam de ervas, chás, cirurgias espirituais, tratamentos manipulativos ou exercícios especiais. É chamado de sagrado quando se trata do xamanismo e dos rituais de cura, os quais têm sido objeto dos estudos antropológicos (KLEINMAN, 1978; ALVES, 2015).

Esse subsistema é dividido em sagrado e secular, mas essa classificação é frequentemente encoberta na prática e as duas acabam se tornando apenas um círculo no Sistema de Cuidado à Saúde. Em sociedades que carecem de profissionalização, os subsistemas *Folk* e popular constituem um Sistema de Cuidado à Saúde inteiro. (KLEINMAN, 1978).

O Subsistema Profissional é constituído pela medicina científica, pelas profissões reconhecidas ou pelos sistemas médicos tradicionais. Kleinman (1978) ressalta que este subsistema tem utilizado de mecanismos legais e políticos para dominar o campo da assistência à saúde, forçando todas as outras tradições de cura a se subordinar a sua liderança. Essa organização profissional fortaleceu-se socialmente, dando orientação para as pesquisas na área da saúde, limitando os problemas de pesquisa àqueles definidos pela biomedicina (KLEINMAN, 1978; ALVES, 2015). Em cada um desses setores há papéis e regras de entrada e de saída, uma pessoa entra no subsistema profissional pelo estabelecimento de seu estado de paciente em uma instituição de saúde. No entanto, ele pode sair desse subsistema de três maneiras: curado, doente ou morto. Mas para adentrar nos outros dois subsistemas o indivíduo deve receber avaliações (familiares ou da comunidade) para se tornar um tipo particular de doente. Ele pode argumentar e receber um papel de agudo, crônico, ou ainda, pode ser desacreditado por aqueles ao seu redor sobre a característica de seu papel de enfermo. (KLEINMAN, 1978; ALVES, 2015).

Assim, as pessoas e suas famílias buscam atenção nestes três subsistemas, não havendo necessariamente um sentido de percurso ou hierarquia, trilhando caminhos que têm sido denominados itinerários terapêuticos (KLEINMAN, 1978; ALVES, 2015).

Devido a essas características, o Sistema de Cuidados a Saúde é um modelo conceitual criado e mantido por Kleinman (1978) em parte pelo que ele entende como os atores de um ambiente social particular pensam sobre cuidados de saúde, incluindo suas crenças sobre doenças, suas decisões, suas expectativas e avaliações de tipos particulares de cuidado que ajudam a superar a enfermidade (KLEINMAN, 1978; ALVES, 2015).

Para melhor compreender o Sistema de Cuidado a Saúde é necessária a discussão com o indivíduo sobre suas crenças pessoais e padrões de comportamento (aquelas influenciadas por instituições sociais particulares, regras sociais, relações interpessoais, interação ambiental, constrangimentos), pois a compreensão em torno desses instrumentos e atividades simbólicas, ajuda a perceber como o social e o cultural reagem entre si e entre as diversas variáveis, sendo este o elo da resposta adaptativa com o Sistema de Cuidado à Saúde na tentativa de solucionar os problemas humanos criados pelas doenças (KLEINMAN, 1980).

Por isso Kleinman (1978) afirma que o Sistema de Cuidado à Saúde é socialmente e culturalmente construídos, desencorajando o domínio do etnocentrismo e

do cientificismo nas profissões da área da saúde moderna, desconstruindo também o paradigma do reducionismo biológico - aquele que acredita que os problemas são apenas de natureza biológica e a “cura” um processo totalmente independente, atemporal e livre de cultura (KLEINMAN, 1978; ALVES, 2015).

Nesse sentido, o Sistema de Cuidado à Saúde são formas de realidade social, significando que o mundo de interações humanas existe fora do indivíduo e entre os indivíduos. É através das interações humanas que a vida todo dia é representada, papéis sociais são definidos e formados, as pessoas negociam com as outras relações de *status* estabelecido sob um sistema de regras culturais (KLEINMAN, 1978).

Por esse ângulo, a realidade social do indivíduo com problemas de saúde é construída no sentido de que certos significados, configurações estruturais sociais e comportamentos são legitimados enquanto outros não. Dessa forma, para superar a aflição, o indivíduo absorve a realidade social como um sistema de significados simbólicos e normas governando seu comportamento, sua percepção de mundo, sua comunicação com os outros e seu entendimento tanto do ambiente externo, como seu próprio espaço interno durante o processo de busca para o tratamento em saúde (KLEINMAN, 1980).

Por outro lado, as realidades sociais das pessoas que buscam tratamento de saúde são distintas. Diferem entre diferentes sociedades, diferentes grupos sociais, diferentes profissões, e às vezes, em diferentes famílias e indivíduos. No entanto isso não é regra, pois, mesmo que os indivíduos participem de mundos sociais supostamente homogêneos eles podem diferir quanto às suas escolhas (KLEINMAN, 1980).

Assim, diante desses pressupostos teóricos, Kleinman (1980) afirma que a prática clínica (tradicional e moderna) cria ambientes sociais individuais, onde as crenças sobre doenças, os comportamentos exibidos pelas pessoas doentes, incluindo suas expectativas de tratamento, são todos reflexos da realidade social e individual. Logo, os indivíduos podem usar o Sistema de Cuidado à Saúde deles mesmos, que são construções culturais, mostradas distintamente em diferentes sociedades e em diferentes ambientes estruturais sociais na coletividade (KLEINMAN, 1980).

Quando Kleinman (1978) afirma que o indivíduo pode usar seu próprio Sistema de Cuidado à Saúde, abarca uma visão coletiva, mas que também opera sobre o nível local, onde fatores sociais tais como: classe, educação, afiliação religiosa, etnia, ocupação e rede social, influenciam as percepções da saúde e motivam as concepções distintas de tratamento (KLEINMAN, 1978).

Entende-se assim, que o poder analítico do modelo criado por Kleinman (1978) vem da associação do coletivo com o ambiente individual. E, seguindo essa proposta analítica, é importante associar a realidade social a: (1) realidade psicológica, o mundo interno do indivíduo, (2) realidade biológica, a infraestrutura de organismos, (3) realidade física, a estrutura do ambiente não humano (KLEINMAN, 1978).

Nessa perspectiva, dependendo da realidade social (realidade psicológica realidade biológica ou realidade física) cada subsistema possui vantagens e desvantagens e são escolhidas em função das disponibilidades circunstanciais e das explicações culturalmente aceitas pelo indivíduo e seu grupo. No entanto, as decisões para construção do itinerário terapêutico requer desenvolvimento de práticas e habilidades obtidas ao longo da relação dos indivíduos em seus contextos ambientais específicos, inclusive torna-se relevante aquilo que é recomendado por parente, amigo ou vizinho (KLEINMAN, 1978; ALVES, 2015).

Isto porque, as pessoas constroem suas ações através de um processo histórico onde o estoque de crenças herdadas no percurso da trajetória de vida influencia o processo de decisão, e, portanto, distinto para cada cultura e sociedade. Fundamentado nisto, Kleinman (1978) analisa que o caminho de ações de um indivíduo para a construção do itinerário terapêutico não pode ser considerado produto de um plano esquematizado ou pré-determinado, pois se trata de uma experiência real e refere-se a uma infinidade de possibilidades que estão ao alcance e são possíveis aos indivíduos. Estas possibilidades podem ser consideradas como projeções individuais, e assim, cada ato de escolha está pertinente ao que o ator imagina a respeito do que vai ser ou como deve ser determinado tratamento (KLEINMAN, 1978; ALVES 2015).

A partir das conclusões de Kleinman e das discussões sobre o Sistema de Cuidado à Saúde, as pesquisas sobre itinerário terapêutico ampliaram seus objetivos analíticos. Ficaram mais vigilantes ao pluralismo biomédico, às diferentes naturezas cognitivas e as práticas terapêuticas das estruturas que embasam os subsistemas *Folk*, profissional e popular. Isto fica claro a partir dos anos 1980, quando estudos na África (1987) sobre diversos itinerários terapêuticos constataram que os caminhos percorridos pelo doente à procura de diagnóstico e tratamento surge como resultado de causas estruturais (sistemas de representações da doença e posição do indivíduo na sociedade) e de causas conjunturais (modificação da situação financeira ou conselho de um vizinho) que tornam vã toda tentativa de estrita formalização (ALVES, 2015).

Já no Brasil Rabelo, Alves e Souza (1999) realizaram uma revisão da literatura sócio antropológica sobre o processo de escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde, focando nas diferentes abordagens sobre conceito de itinerário terapêutico. Segundo os autores:

é necessário que os estudos sobre itinerário terapêutico possam ‘descer’ ao nível dos procedimentos usados pelos autores na interpretação de suas experiências e delineamento de suas ações sem, contudo, perder o domínio dos macroprocessos sócio culturais (RABELO, ALVES E SOUZA, 1999, p. 132).

A proposta é que não exista um padrão único e pré-definido no processo de busca terapêutica e que o itinerário é um processo complexo não podendo ser reduzido a:

Generalidades que procedem pela descoberta de leis que ordenam o social. A recorrência simultânea a vários tratamentos e a existência de visões discordantes – e até mesmo contraditórias – sobre a questão terapêutica evidenciam que tanto a doença como a cura são experiências intersubjetivamente construídas, em que o paciente, sua família e aqueles que vivem próximos estão continuamente negociando significados (RABELO, ALVES E SOUZA, 1999, p. 136).

Nos estudos sobre itinerários terapêuticos é importante, portanto, que não se desconheça essas negociações, tal como o fizeram as teorias de caráter dedutivo que procuraram explicar as ações individuais baseadas em argumentos previamente estabelecidos, como citam Rabelo, Alves e Souza, 1999, p. 133:

Na interpretação de um determinado processo de escolha terapêutica é preciso que se apresente o sujeito desse processo como alguém que compartilha com outros um estoque de crenças e receitas práticas para lidar com o mundo, receitas estas que foram adquiridas (e ampliadas, reformuladas ou mesmo descartadas) ao longo de uma trajetória biográfica singular. Porém, reconhecer a existência de estruturas sociais não significa dizer que elas sejam determinantes das ações humanas. Uma coisa é o significado objetivo de um determinado fenômeno sócio cultural definido por um padrão institucionalizado; outra coisa, o modo particular como o indivíduo define a sua situação no seio dele (RABELO, ALVES E SOUZA, 1999, p. 133).

Dessa forma, reflete-se que a busca e a avaliação de tratamento dependem daquilo que rodeia o ser, das circunstâncias nas quais ele se encontra. Nesse sentido, o itinerário terapêutico implica, necessariamente, em interações (situações, espaços, bens, valores, princípios) nos processos de busca de tratamento. Para Alves (2015) as abordagens socioculturais tão importantes para o estudo do itinerário terapêutico, considerando que são através das escolhas em contexto ambiental específico que o itinerário terapêutico é forjado, como resultado de um determinado curso de ações,

planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição.

Logo, Alves (2015) cita sobre a necessidade dos pesquisadores voltarem sua atenção às complexas relações entre condutas e construções de significados elaborados pelos atores sobre sua condição de saúde. Talvez o reconhecimento desse desafio seja a mais dolorosa lição a se aprender ao lidar com os problemas suscitados pelo itinerário terapêutico, e essa talvez seja a maior das contribuições atuais.

Em razão do exposto, e ciente das influências socioculturais, e dos diferentes itinerários terapêuticos percorridos pelas mulheres com sífilis faz-se necessário conhecer e analisar como esse itinerário ocorre desde quando a mulher recebe o diagnóstico de sífilis, perpassando pela doença e culminando com a chegada à instituição de referência em saúde na busca pelo tratamento. No entanto, primeiro é necessário analisar o contexto ambiental onde ela está inserida, suas condutas e construções de significados em torno da doença, posto que as construções e significados em torno da sífilis fazem parte da construção da realidade social, refletindo o mundo de interações humanas que existe fora do indivíduo e entre indivíduos. Esse é o mundo das relações transacionais como cita Kleinman (1980), na qual a vida todo dia é representada, papéis sociais são definidos e formados, as pessoas negociam com as outras relações de status estabelecido sob um sistema de regras culturais para o restabelecimento da saúde.

CAPÍTULO 4

ABORDAGEM METODOLOGICA

4.1- Tipo de Estudo

Considerando o referencial teórico, metodológico e o fenômeno a ser investigado trata-se de um estudo qualitativo baseado no método da etnoenfermagem. Segundo Leininger (1985) este método visa, essencialmente, documentar e interpretar a totalidade do que está sendo estudado em um contexto particular, sob o ponto de vista das pessoas envolvidas. Inclui a identificação, estudo, análise objetiva e subjetiva dos dados, de modo a conhecer o mundo interno e externo das pessoas, através, não apenas da ótica do pesquisador, mas, essencialmente, dos informantes como coparticipantes das informações adquiridas e, portanto, coautores dos conhecimentos produzidos.

Como método científico, a etnoenfermagem valoriza o estudo de crenças, valores e práticas de cuidado em enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura, através de sua experiência direta, crenças e sistemas de valores. Objetiva focar os achados em significados de cuidado e experiências de vida (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Quando o profissional/pesquisador utiliza o método acaba por capacitá-lo a descobrir a diferença entre cuidado genérico ou nativo popular, apreendido informalmente, e que na maioria das vezes é passado de geração a geração e do conhecimento profissional de enfermagem, apreendido formalmente nos sistemas educacionais, em diversas culturas. Também colabora na percepção e compreensão das enfermeiras sobre o cuidado cultural das pessoas em diferentes e semelhantes contextos ambientais. Ademais, proporciona contribuições importantes para averiguação do objeto de estudo, adaptando-o às tendências da Teoria do Cuidado Cultural. A habilidade em compreender e usar a etnoenfermagem tem como objetivo focar em significados de cuidado e experiências de vida (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Este método foi designado para que o pesquisador pudesse descobrir tanto o macro, quanto os micros fenômenos dependendo do domínio de inquirição (DOI). Este é o foco principal do pesquisador, o seu objeto de estudo, que nesta investigação, é o itinerário terapêutico de mulheres com sífilis.

Segundo Leininger & McFarland (2015) o conhecimento desenvolvido na etnoenfermagem, envolve duas perspectivas: a *emic*, que é o modo pelo qual os seres humanos expressam suas visões de mundo, significados, atitudes de uma cultura

particular; e a *etic*, que se constitui na interpretação ou entendimento dos significados e experiências dos seres humanos, numa visão mais universal a respeito da enfermagem, cuidado, saúde. Portanto, uma perspectiva *emic* é utilizada como linha de base de conhecimento, necessária para contrastar as descobertas com os pontos de vista *etic*, na análise dos dados obtidos.

No referido método são considerados dois tipos de informantes: o informante-chave, que conhece ou vivencia o fenômeno estudado, e o informante-geral, que fornece as informações adicionais, por meio de suas opiniões, a partir do convívio com os informantes-chave. De acordo com Leininger, pode-se estudar um fenômeno com um número pequeno de informantes, pois, o mais importante é a qualidade e o significado dos depoimentos e não a sua quantidade, para que se atinja as propostas e metas de uma pesquisa qualitativa (LEININGER & McFARLAND, 2015).

4.2 – Cenário da Pesquisa

O estudo foi realizado no município de Macaé –Brasil (população estimada em 2016 de 239.471) no Programa Municipal DST/AIDS, da Secretaria de Saúde. Macaé faz parte da Região Norte Fluminense do Estado do Rio de Janeiro juntamente com mais oito municípios: Campos dos Goytacazes, São João da Barra, São Fidélis, Conceição de Macabú, Quissamã, Cardoso Moreira, Carapebus e São Francisco do Itabapoana.

Por fatores históricos, a região estudada possui um reconhecimento já alicerçado muito antes de ser definido como mesorregião Norte Fluminense. Tal alicerce é resultado da existência da atividade econômica, a cana-de-açúcar, relevante componente que cooperou para a formação cultural e social da região (AJARA, 2006).

Concomitantemente com a trajetória da cana-de-açúcar em 1974 o futuro da região ganhava novo panorama com a descoberta de Petróleo na plataforma continental da Bacia de Campos. Com esta descoberta, a Petrobrás decide na década de 1970 introduzir na cidade de Macaé uma base terrestre de operações. Diante disso, outras empresas, particulares, inclusive multinacionais, prestadoras de serviço passam também a montar sedes na cidade (AJARA, 2006). O capital empregado em Macaé pela Petrobrás e pelas empresas privadas, além dos *royalties* e participações especiais, recebidos mensalmente pela prefeitura devido à extração de petróleo, são expressivos elementos de mudanças urbanas.

A ação das grandes corporações sobre o espaço urbano implicou em notáveis impactos. Especialmente quando se trata de uma grande empresa como a Petrobrás, localizada em uma cidade de porte médio como Macaé. Nesse caso verificam-se transformações na sua organização sócio espacial, cuja materialização mais tangível é a expansão e as modificações do seu espaço urbano (AJARA, 2006).

A partir de então, ao longo da década de 1990, Macaé passou a apresentar altas taxas urbanas de imigração. A abertura de novos postos de trabalho colaborou para atrair um determinado perfil de imigrante, inclusive mulheres de outras regiões que vinham acompanhar seus maridos em nova demanda de atividade empregatícia. Essa seletividade das pessoas que chegam à Macaé se deve ao tipo de demanda criada pelas empresas que atuam no setor petrolífero. É um setor de alta tecnologia, necessitando de uma mão-de-obra altamente qualificada, qualificação que raras vezes era encontrada na população de naturalidade macaense, colaborando para a diversidade cultural local com a chegada de pessoas de diversas localidades (AJARA, 2006).

Outro ponto a ser observado é que, considerando-se o crescimento populacional, Macaé vivenciou acentuada variabilidade sociocultural. Por se tratar de uma pequena região, recebeu grande número de novos residentes, modificando o perfil dos bairros. As desigualdades são visíveis e se refletem na heterogeneidade da paisagem urbana, onde construções com alto grau de sofisticação (como hotéis de luxo e mansões) contrastam com favelas e domicílios desprovidos de qualquer tipo de estrutura. Atualmente a área urbana de Macaé possui 22 bairros (AJARA, 2006; MACAÉ, 2011).

A rede pública de saúde possui sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), 32 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), dois núcleos de atendimento à mulher e a criança (NUAMC), dois centros de referência ao adolescente, um centro de saúde, um centro de especialidades médicas, dois hospitais públicos municipais, uma maternidade, uma emergência pediátrica, um pronto socorro e duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (MACAÉ, 2011).

O Programa Municipal DST/AIDS do município de Macaé tem como objetivo afirmar políticas interventivas contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis, Hepatites e o HIV/AIDS em todos os seus aspectos, minorando desta forma os efeitos psicossociais e econômicos da epidemia (MACAÉ, 2011).

Com uma estrutura assistencial formada por médicos de diversas especialidades, como infectologistas, psiquiatra, pediatra, dermatologista, ginecologista, além de

psicólogos, enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem, farmacêutico, assistentes sociais, biólogos (MACAÉ, 2011).

O setor oferta ainda, através do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), a testagem rápida para sífilis, HIV e hepatite B e C. Este serviço na cidade de Macaé é situado em local de fácil acesso, tanto para a população geral quanto para as populações-alvo. Os serviços são oferecidos gratuitamente, e atendem à demanda tanto espontânea quanto provocada por outros serviços ou profissionais de saúde. Os horários de atendimento são organizados a fim de oferecer alternativas acessíveis aos diferentes segmentos populacionais como recomendado por Brasil (1999).

Os testes sorológicos, no âmbito do CTA, tal qual a recomendação de Brasil (1999) são realizados de forma anônima ou nominal. Anonimato quer dizer que o usuário não precisa se identificar. Nesse caso, os questionários, os prontuários e as amostras recebem uma identificação numérica ou um nome fantasia escolhido pelo próprio usuário. Essa flexibilização do anonimato quer dizer que, para o usuário que assim o desejar, deve-se proceder à sua identificação, no momento do pré-teste ou da coleta. Os usuários são informados sobre as duas possibilidades e, em ambos os casos, são explicados, no momento do aconselhamento pós-teste, o significado do resultado e as implicações éticas, legais e psicológicas da sua revelação para terceiros.

Identificado pelo nome ou por uma senha, o resultado do exame é entregue ao usuário, mediante uma solicitação verbal do interessado. A confidencialidade é um princípio que prevalece sobre o anonimato. Ela está garantida pelos códigos de ética que preconizam o sigilo sobre as atividades dos profissionais que atuam em serviços de saúde, e trata-se de um requisito essencial para que se estabeleça a necessária confiança entre usuário e aconselhador, sem a qual as ações de aconselhamento tornam-se impossíveis, como ressalta (BRASIL, 1999).

Todo CTA deve dispor de recepção acolhedora, encaminhamento interno rápido, tempo mínimo de espera e disponibilidade de resultados confirmados em tempo hábil. Os exames realizados no âmbito dos Centros de Testagem e Aconselhamento devem, necessariamente, ser confiáveis. Todos os CTA devem possuir referências laboratoriais que conduzam às provas diagnósticas dentro das normas nacionais preconizadas para esses procedimentos (BRASIL, 1999).

As equipes que atuam em Centros de Testagem e Aconselhamento devem possuir profissionais de saúde com diferentes perfis de formação. O número de profissionais deve ser definido em função da demanda. A equipe mínima deve ser

composta por aconselhadores, que são profissionais de nível superior capacitado para realizar ações de aconselhamento, individual e coletivamente; coletadores de sangue, que são agentes de saúde, sendo auxiliares ou técnicos de laboratório ou de enfermagem; pessoal de apoio administrativo para as atividades de recepção, auxílio na coleta de dados sobre a clientela e produção de serviços, e arquivo; e pessoal de limpeza, vigilantes, serventes (BRASIL, 1999).

Devido ao seu caráter interdisciplinar, todos os profissionais das equipes que atuam em CTA devem participar e compartilhar de todos os momentos do fluxo de atendimento, observadas as competências específicas de cada categoria profissional (BRASIL, 1999).

Ao procurar o CTA, o usuário tem possibilidade de passar por uma sessão de aconselhamento, que pode ser individual ou coletiva, a depender das situações específicas. O aconselhamento é uma ação de acolhimento que tem como objetivos oferecer apoio emocional ao paciente, esclarecer suas informações e dúvidas sobre IST e HIV/AIDS e, principalmente, ajudá-lo na sexualidade segura (MACAÉ, 2011).

Além do aconselhamento, outras ações de prevenção são realizadas pelo CTA em Macaé, dentro da unidade de saúde (ações intramuros) e fora dela (ações extramuros). Também disponibilizam insumos de prevenção, como camisinhas masculinas e femininas para a população em geral, gel lubrificante para profissionais do sexo, e para homens que fazem sexo com outros homens.

4.3- Aspectos Éticos e Legais

Para conduzir a proposta da investigação foram mantidos contatos informais com a direção e coordenações do cenário da pesquisa, momento este que foi apresentado e discutido o projeto de pesquisa com a coordenadora da instituição. Em seguida, foi formalizada a solicitação para a autorização da pesquisa sendo anexada a este documento a cópia do projeto de pesquisa para a Instituição.

O Projeto de Pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Instituição em que o pesquisador principal está vinculado (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro) mediante ao seu cadastro na Plataforma Brasil, atendendo ao Sistema Nacional de Inovações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, tendo parecer aprovado sob o número 1.463.248 em 23 de março de 2016 (ANEXO A).

Todos os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos foram respeitados como determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Dessa forma, a participação na pesquisa deu-se de forma voluntária, os objetivos e finalidades da investigação foram esclarecidos e assegurados o anonimato dos participantes, além do consentimento para a divulgação dos resultados obtidos, mediante ao esclarecimento e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A) em duas vias de igual teor legal, uma para o pesquisador e outra para o participante de pesquisa.

Cumpre destacar que, o pesquisador, em acordo com os preceitos éticos e legais envolvendo pesquisa científica, assume o encargo de divulgar os resultados obtidos nesta pesquisa em: eventos científicos, publicações em periódicos indexados, além de retornar aos cenários da pesquisa para apresentar e discutir os seus resultados. Destacando, ainda, que a divulgação dos resultados obtidos será integralmente destinada ao progresso da ciência da enfermagem. Logo, não haverá quaisquer ações que firam direta ou indiretamente a autonomia, integridade e moral dos participantes da pesquisa, bem como do cenário em que ela foi desenvolvida. Para garantir o anonimato dos participantes substituímos seus nomes pela letra – M (informantes-chaves) e letra – P (informantes-gerais), e numerais seguem a ordem de realização das entrevistas. Assim, tivemos a seguinte ordenação: M1 a M20 (informantes-chaves), e P1 a P7 (informantes-gerais).

4.4- Participantes do Estudo

Mulheres com diagnóstico de sífilis (informantes-chaves) e os profissionais de saúde (informantes gerais) que atuam no Programa Municipal DST/AIDS do município de Macaé. De acordo com o método da etnoenfermagem, os informantes-chaves são os que mais conhecem a inquirição escolhida pelo enfermeiro/pesquisador e, usualmente, são interessados em participar da pesquisa; em contraste, os informantes-gerais usualmente não são profundos conhecedores do assunto, mas têm ideias gerais sobre o domínio de inquirição e querem partilhar seu conhecimento (LEININGER & McFARLAND, 2015).

Critério de Inclusão: Mulheres com diagnóstico de sífilis que fazem ou fizeram acompanhamento no Programa Municipal DST/HIV do município de Macaé.

Profissionais de saúde com nível de escolaridade técnico e superior, que atuam no Programa Municipal DST/HIV do município de Macaé (informantes-gerais).

Critério de Exclusão: Mulheres gestantes ou puérperas. Esse grupo foi excluído devido à preocupação da mulher nestes períodos, na maioria das vezes, ser maior com o feto ou com o recém-nascido do que com a sua própria saúde (MEIRELES, COSTA, 2014). Foram excluídos dessa pesquisa profissionais que estavam de férias, licença médica, afastamento ou qualquer impossibilidade de comparecer ao serviço durante a coleta de dados.

4.5- Coleta de Dados:

Para viabilizar a utilização da etnoenfermagem, é necessário que o pesquisador utilize os capacitadores (facilitadores) para que eles auxiliem na investigação e análise das principais tendências da Teoria e do domínio de inquirição (itinerário terapêutico de mulheres com diagnóstico de sífilis) (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Leininger e McFarland (2015) concebem a ideia dos capacitadores (*enabler*) como meios de explicar ou descobrir os fenômenos em profundidade que pareçam muito complexos, como o cuidado humano. As teóricas não gostavam dos termos “ferramenta” ou “instrumento”, porque eles eram impessoais, mecânicos e ajustáveis à objetivação, experimentação, característico do método quantitativo. O uso dos capacitadores (*enabler*) indicava um meio participativo e cooperativo de obter as ideias que, às vezes, eram difíceis de saber imediatamente sem a disponibilidade dos informantes querendo partilhar suas ideias. Os capacitadores eram condizentes com o tipo de estudo qualitativo e oportunizavam elucidar o cuidado cultural.

Assim, nesta investigação foram utilizados dois capacitadores designados para a obtenção dos dados: 1. Capacitador (modelo) *Sunrise* (Formulário sócio-econômico cultural) (APÊNDICE B) e 2. Observação-Participação-Reflexão (OPR) (APÊNDICE C).

O capacitador Observação-Participação-Reflexão (OPR) foi utilizado com a finalidade de obter acesso às mulheres, explorar o contexto e suas práticas que podem influenciar no itinerário terapêutico das mulheres com sífilis.

Ao usar este facilitador, é possível mover-se gradualmente da observação para a participação e dela, para a reflexão, confirmando continuamente os resultados durante e após cada período de observação com os informantes (LEININGER & MCFARLAND,

2015). A observação participante, na pesquisa qualitativa, é um método que, em si mesmo, permite a compreensão da realidade (MINAYO, 2010, p. 70).

Esse capacitador, em etnoenfermagem de Leininger, possui quatro fases, que podem ser observadas no Quadro 03. Foram utilizadas neste estudo as quatro fases da OPR em etnoenfermagem de Leininger.

Quadro 03 – As Quatro Fases da Observação – Participação e Reflexão

FASES	1	2	3	4
	Observação e ação ativa de ouvir (sem participação ativa)	Observação com participação limitada	Participação com observações continuadas	Reflexão e reconfirmação de resultados com os informantes

Fonte: LEININGER & MCFARLAND, 2015, p.59)

Na Fase 1 – Observação & Ação Ativa de Ouvir, o pesquisador concentra-se nas observações. Observar e escutar são aspectos essenciais. O observador busca obter uma visão ampla da situação e, gradualmente, faz observações detalhadas. É essencial que seja reservado algum tempo para a documentação detalhada das observações, antes que haja interação ou participação mais direta com as pessoas, pois isto permite verificar o que está ocorrendo antes que a situação seja influenciada pela participação de um estranho. Nesta fase, o observador é também observado e testado pelos informantes (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Na primeira fase, onde o foco é a observação do contexto cultural, foi possível conhecer o cenário do estudo, de modo a ter uma visão mais ampla e próxima do contexto das informantes que estavam à espera da consulta no Programa Municipal DST/HIV do município de Macaé. Nesta etapa que durou 28 dias, fui apresentada para algumas mulheres pela médica e pela enfermeira que explicaram sobre meu objetivo no local e da possível contribuição do meu estudo para o cuidado de mulheres com sífilis.

A partir disso, busquei através da observação, entender o fluxo do atendimento no Programa Municipal DST/HIV e a rotina das mulheres no serviço. Percebi que o melhor momento para me aproximar delas seria na sala de espera, antes do atendimento com os profissionais de saúde. Então, nos dias de atendimento, preocupava-me em chegar cedo e me juntar à roda de conversa que acontecia nas primeiras horas da manhã. Como forma também de me integrar no atendimento e para que elas se familiarizassem com minha presença, solicitava a carteira de identidade e me dirigia para o arquivo para separar as fichas, colocando-as na ordem de chegada, e na hora da consulta eu as

encaminhava para o consultório. Durante esse período percebi que ao sair do consultório elas iam ao arquivo marcar o retorno, sendo que alguns eram realizados por mim. Isto também me aproximou dos profissionais que sempre me perguntavam sobre meu papel no serviço e me pediam uma ajuda quanto às fichas, prontuários, organização do pré-atendimento e agendamentos de retorno.

Na Fase 2 – Observação com Participação Limitada, a observação é contínua, mas alguma participação ocorre. O pesquisador começa a interagir mais com as pessoas e observa suas respostas (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Nesta segunda fase, após a tentativa de me fazer presente no serviço e confiável aos olhos das mulheres e dos profissionais, aproveitava os dias que chegava cedo ao local para iniciar uma conversa informal e iniciar a aproximação, a fim de saber sobre o seu contexto de vida (onde moravam, que horas saíam de casa, se trabalhavam ou estudavam) e porque estavam no Programa Municipal DST/HIV.

Após este diagnóstico situacional, que durou 19 dias, conversei com a médica e com a enfermeira sobre a situação de algumas mulheres (filhos pequenos no domicílio, distância da moradia ou horário de trabalho) e as profissionais me autorizaram entrevistar as usuárias antes dos seus atendimentos.

Na Fase 3 – Participação com Observações Continuadas, o pesquisador torna-se um participante nas atividades dos informantes, ficando difícil fazer observações detalhadas de todos os aspectos. Ele desenvolve vários níveis de participação para aprender com as pessoas, sentir e experimentar através do envolvimento direto nas atividades. É importante, porém, que se mantenha sempre como observador atento, embora isto ocorra com menos intensidade (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Na terceira fase houve a participação plena de forma mais ativa das atividades dos informantes, reduzindo as atividades de observação. Nessa etapa de maior integração e envolvimento com as mulheres expliquei sobre a pesquisa e sua possível contribuição. O convite para participar era realizado e para as que não podiam no momento, foram agendados outros dias, nos quais elas sempre compareciam.

Através da ficha de notificação compulsória, tive acesso a algumas mulheres por telefone, convidando-as para uma conversa sobre a sífilis. Fui orientada pela médica a sempre referir que a ligação era da “médica de pele” quando não fosse a mulher a atender ao telefone. É importante frisar que somente uma se recusou a retornar ao Programa Municipal DST/HIV para participar da pesquisa. Segundo ela, não se sentia a

vontade em voltar ao local, pois era uma pessoa pública na cidade e estava desconfortável com a possibilidade de ser reconhecida.

Quanto aos profissionais, a disponibilidade para participar da pesquisa foi imediata por já ter explicado os objetivos da estadia no serviço, e presença constante no local, no período de ambientação e coleta de dados com as participantes. Esta etapa permaneceu por 11 meses.

Na Fase 4 – Reflexão e Reconfirmação de Resultado com os Informantes, o pesquisador faz observações reflexivas para determinar o impacto dos eventos, ou dos acontecimentos na vida das pessoas. Observação reflexiva significa “olhar para trás”, lembrar como se desenvolveu todo o processo, e avaliar como as pessoas respondem ao pesquisador. Isto auxilia o pesquisador a complementar a influência sofrida e a exercida nas pessoas. Representa uma síntese de todo o processo, de forma sequencial e particular, para obter uma visão global (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

A última fase foi realizada junto com a médica e a enfermeira do Programa Municipal DST/HIV, quando discutíamos sobre os casos à época da descoberta da sífilis nas mulheres, e complementações eram feitas através dos prontuários e resultados de exames. Esta fase perdurou 15 dias.

Foi acrescida à coleta de dados um instrumento para a investigação de antecedentes ginecológicos e sexuais (Apêndice D) além de roteiro de entrevista semiestruturada com informantes-chaves (Apêndice E) e roteiro de entrevista semiestruturada com informantes-gerais (Apêndice F).

A coleta de dados aconteceu em uma sala que foi disponibilizada pelo serviço. É relevante destacar que o capacitador OPR possibilitou que a entrevista fosse desenvolvida como um encontro, singularmente estabelecido entre o sujeito pesquisador e cada participante pesquisado. O encontro foi permeado pela empatia e intersubjetividade, valendo-se da redução de qualquer presunção.

Isto me exigiu um posicionamento de descentramento de mim para direcionar-me intencionalmente à compreensão das mulheres e dos profissionais de saúde do cenário. Durante o encontro precisei estar atenta aos modos de se mostrar do participante entrevistado; captar o que se fala e o que não é dito; observar as diferentes formas de expressão: o silenciado, os gestos, os choros, os sorrisos, as reticências e as pausas respeitando o espaço e tempo do outro. Essa posição de abertura do pesquisador ao próximo possibilitou aprimorar progressivamente a condução da entrevista.

A quantidade de entrevistas foi finalizada após atingir o ponto de saturação. A saturação dos dados, segundo Leininger (2015), ocorre quando as informações obtidas se encontram numa amplitude satisfatória para compreender o fenômeno sob estudo. Para tanto, a pesquisadora explorou em profundidade os dados no universo pesquisado e identificou as informações das mulheres com diagnóstico de sífilis (informantes-chaves) dos profissionais de saúde (informantes-gerais).

A coleta de dados levou 11 meses, de março de 2016 a fevereiro de 2017, totalizando 98 dias de comparecimento no cenário de estudo.

Foram realizadas 27 entrevistas, sendo 20 entrevistas com as mulheres com diagnóstico de sífilis (informantes-chaves) e sete entrevistas com os profissionais de saúde (informantes-gerais). Isto totalizou 522 minutos de gravação e 163 folhas de transcrição, digitadas em espaço duplo para facilitar posteriormente as marcações no texto. A duração das entrevistas variou de 15 a 60 minutos.

4.6- Análise dos dados:

A análise dos dados relacionada aos depoimentos foi fundamentada na Etnoenfermagem, que segundo Leininger e McFarland (2015) é sistemática, profunda e rigorosa da pesquisa qualitativa, dividida em quatro fases:

Fase I- Coleta, Descrição e Documentação de Matéria Prima. O pesquisador coleta, descreve, registra e começa a analisar os dados relativos aos objetivos, domínio de inquirição ou das questões em estudo.

As entrevistas depois de coletadas foram transcritas imediatamente. Este processo teve dois momentos muito distintos: se, por um lado, tornou-se exaustivo, por outro, permitiu a pesquisadora abstrair as primeiras ideias para análise.

Fase II- Identificação e Categorização de Narradores e Componentes. Os dados são codificados e classificados de acordo com o domínio da inquirição e, às vezes, as questões em estudo.

Fase III- Padrão e Análise Contextual. Os dados serão escrutinados para descobrir a saturação de ideias e os padrões recorrentes de significados semelhantes ou diferentes, expressões, formas estruturais, interpretações, ou explanação de dados relativos ao domínio da inquirição. Os dados serão também examinados para mostrar a padronização com respeito aos significados no contexto e junto com outros dados confiáveis e de confirmação, realizando assim a recodificação.

Fase IV - Temas principais, resultados de Pesquisas, Formulações Teóricas e Recomendações. Esta é a mais alta fase de análise de dados, sínteses e interpretação. Requer a síntese de pensamento, análise da configuração, resultados de interpretação e formulação criativa de dados das fases anteriores. A tarefa do pesquisador é abstrair e confirmar os principais temas, resultados de pesquisas, recomendações e, às vezes, fazer novas formulações teóricas.

Desta forma o pesquisador inicia pela Fase I analisando dados estabelecidos e detalhados antes de passar para a Fase II. Neste segundo estágio, o pesquisador identifica os “representados”, “indicadores” e as “categorias” dos primeiros dados na Fase I. Na Fase III, o pesquisador identifica os “padrões recorrentes” dos dados como derivados das Fases I e II. Na Fase IV, os “temas” do comportamento e de outros “resultados sumarizados da pesquisa” são apresentados e abstraídos dos dados como derivados das três fases anteriores. Em todos os estágios, os resultados de pesquisa da análise dos dados podem ser transportados de volta, a cada fase e aos dados estabelecidos na Fase I, para confirmar e conferir os resultados em cada fase. (LEININGER & MCFARLAND, 2015)

CAPÍTULO 5

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como resultados serão apresentados nove quadros: Historiograma (Quadro 04) das mulheres entrevistadas (informantes-chaves). As demais informações foram capturadas do formulário sócio-econômico-cultural e da Observação-Participação-Reflexão. No Quadro 05, é apresentada a caracterização social os dados de identificação, assim como os sete fatores das dimensões da estrutura cultural e social (Vide o 1º nível do Modelo de Sunrise– Figura 05 p. 39). No Quadro 06, são apresentados os dados referentes à estrutura dos valores culturais, modos de vida, econômicos e educacionais. O Quadro 07 permeia os fatores tecnológicos. O Quadro 08 descreve o fator religião. Essas informações detalham, assim, o perfil sócio-econômico-cultural dessas mulheres. Os Quadros 09 e 10 apresentam os antecedentes sexuais e ginecológicos; o Quadro 11 sinaliza os antecedentes obstétricos.

Quanto aos informantes-gerais (profissionais de saúde) do estudo, utilizo o quadro 12 para facilitar a observação do perfil destes informantes. No quadro contém idade, sexo, nível de escolaridade e tempo de serviço na instituição.

5.1- PERFIL DAS INFORMANTES-CHAVES

Para facilitar a compreensão do leitor, desenvolveu-se um historiograma das mulheres (informantes-chaves) com breve relato de como foi a minha aproximação para convidá-las para participar do estudo e sua história relacionada à sífilis.

Quadro 04– Historiograma das mulheres (informantes-chaves)

Identificação	HISTORIOGRAMA
M1	Convidada a participar da pesquisa na sala de espera do CTA. Iniciou tratamento recentemente. Roséola sífilítica nas mãos e pés. Muito emocionada e constrangida por ter contraído sífilis de um namoro sem compromisso. Parceiro não tratado. Segue com tratamento. Primeira titularidade foi em abril/2016 – 1:8.
M2	Convidada a participar da pesquisa na sala de espera do CTA. Ficou viúva em julho/2015. Possui um filho de 11 anos que reside em São Paulo com os avós maternos e uma filha de dois anos. Descobriu sífilis através de exame admissional. Sabia da infidelidade do marido. Primeira titularidade foi em novembro/2015 – 1:32 / Segunda titularidade foi em março/2016 – 1:2.
M3	Encaminhada pelo médico para conversar sobre a sífilis. Possui verrugas genitais há 10 anos (fazia tratamento em Campos). Faz

	tratamento para HIV há nove anos e em novembro de 2015 foi diagnosticada com sífilis. Muito confusa em relação à sífilis e HPV. Possui dois filhos. Parceiro saudável. Não sabe se está tratando. Primeira titularidade foi em novembro/2015 – 1:64 / Segunda titularidade foi em janeiro/2016 – 1:64.
M4	Convidada a participar da pesquisa na sala de espera do CTA. Veio chorando participar da entrevista porque havia perdido a consulta com a enfermeira (esqueceu a data). Muito ansiosa para terminar o tratamento porque deseja engravidar. Apresentou roséola sífilítica nas mãos, pés e ferida na boca. Segue em tratamento. Primeira titularidade foi em agosto/2015 – 1:16 / Segunda titularidade foi em janeiro/2016 – 1:4. Terceira titularidade setembro/ 2016 – 1:2.
M5	Convidada a participar da pesquisa na sala de espera do CTA. Estava no local para pegar medicação antirretroviral para a avó. Veio com marido e filha de 19 meses. Descobriu sífilis e Hepatite B na gravidez e estava muito emocionada ao falar do tratamento hospitalar para sífilis neonatal da filha. Segue em acompanhamento para a sífilis com parceiro. Primeira titularidade foi em janeiro/2014 – 1:16 / Segunda titularidade foi em junho/2015 – 1:4 / Terceira titularidade outubro/ 2016 – 1:2. Fez VDRL na ESF próximo da sua residência entre julho/2015 a junho/2016.
M6	Convidada a participar da pesquisa na sala de espera do CTA. Descobriu sífilis através do companheiro que teve que fazer exames admissionais. Casal tem filha de 19 meses. Segue em acompanhamento para a sífilis com parceiro. Primeira titularidade foi em novembro/2015 – 1:16 / Segunda titularidade foi em abril/2016 – 1:4 / Terceira titularidade agosto/ 2016 – 1:4.
M7	Convidada a participar da pesquisa na sala de espera do CTA. Estava com parceiro que participou da entrevista. Apesar de realizar os exames no pré-natal e acusar sífilis no VDRL (1:16) em dezembro de 2015, não foi informada e nem tratada para a sífilis. Pariu neomorto com 39 semanas devido sífilis neonatal em fevereiro de 2016. Segue em acompanhamento para a sífilis com parceiro. Primeira titularidade no CTA foi em janeiro/2016 – 1:16. Segunda titularidade foi em abril/2016 – 1:4.
M8	Convidada a participar da pesquisa na sala de espera do CTA. Veio para consulta com a médica para ver resultado de exames. Natural do Espírito Santo veio para Macaé para fugir do ex-companheiro devido episódios de violência. Pariu há oito meses criança com sífilis neonatal. Segue em acompanhamento para a sífilis. Parceiro atual ainda não foi buscar tratamento. Primeira titularidade foi em maio/2015 – 1:32 / Segunda titularidade foi em setembro/2015 – 1:32 / Terceira titularidade março/ 2016 – 1:16 / Quarta titularidade setembro/ 2016 – 1:16.
M9	Convidada a participar da pesquisa através de contato telefônico. Descobriu sífilis através do teste rápido realizado em campanha no município de Macaé. Natural de Salvador, mas veio para Macaé há seis meses para ajudar a irmã que teve um filho. Voltou para Salvador no dia 20/08/16 onde pretende continuar

	acompanhamento para sífilis. Primeira titularidade foi em dezembro/2015 – 1:8 / Segunda titularidade foi em maio/2016 – 1:2.
M10	Convidada a participar da pesquisa na sala de espera do CTA. Estava no local para agendar consulta de enfermagem para saber última titularidade para a sífilis. Descobriu a sífilis após abortamento em 2015, após alta foi fazer o teste rápido no CTA. Segue em tratamento. Primeira titularidade foi em outubro/2015 – 1:64 / Segunda titularidade foi em janeiro/2016 – 1:8.
M11	Convidada a participar da pesquisa na sala de espera do CTA. Descobriu sífilis na gravidez. Foi ao local para levar a filha de oito meses para a consulta com a pediatra devido sífilis neonatal. Muito emocionada em falar do tratamento hospitalar da filha. Segue em acompanhamento para a sífilis com parceiro. Primeira titularidade foi em setembro/2015 – 1:32 / Segunda titularidade foi em fevereiro/2016 – 1:16.
M12	Convidada a participar da pesquisa através de contato telefônico. Não queria vir ao CTA, mas resolveu ir com o marido devido dúvidas em relação à titularidade do último exame. Marido participou da entrevista. Descobriu sífilis através de uma alteração no exame preventivo sendo encaminhada ao CTA para realizar exame de sangue. Segue em acompanhamento para a sífilis. Primeira titularidade foi em setembro/2015 – 1:4 / Segunda titularidade foi em abril/2016 / Terceira titularidade setembro/2016 – 1:2
M13	Convidada a participar da pesquisa na sala de espera do CTA. Estava com parceiro que não quis participar da entrevista. Descobriu sífilis quando foi ao ginecologista com a queixa de feridas nos genitais. Não teve relações sexuais com o atual parceiro por motivos religiosos. Iniciou o tratamento em 2015. Primeira titularidade foi em outubro/2015 – 1:32 / Segunda titularidade foi em dezembro/2015 – 1:8/ Terceira titularidade abril/ 2016 – não-reagente.
M14	Convidada a participar da pesquisa através de contato telefônico. No primeiro dia que agendei ela não compareceu. Somente veio ao meu encontro no segundo contato telefônico. Aparentou muita desconfiança em ser convidada a ir ao CTA. Descobriu sífilis porque precisava do atestado de saúde para ter visita íntima com parceiro preso. Possui uma filha de dois anos e seu companheiro está preso. Ele não faz o tratamento. Primeira titularidade foi em abril/2015 – 1:32 / Segunda titularidade foi em agosto/2015 – 1:16/ Terceira titularidade março/ 2016 – 1:8.
M15	Convidada a participar da pesquisa na sala de espera do CTA. Estava com parceiro que não quis participar da entrevista. Descobriu a sífilis no pré-natal tardiamente e pariu um neomorto com 36 semanas em novembro de 2015. Se emocionou ao falar da experiência no hospital. Segue em acompanhamento para a sífilis com parceiro. Primeira titularidade foi em dezembro/2015 – 1:8 / Segunda titularidade foi em abril/2016 – 1:4.
M16	Convidada a participar da pesquisa na sala de espera do CTA.

	<p>Descobriu sífilis após parir natimorto com 38 semanas em novembro/ 2016. Não descobriu sífilis no pré-natal. Não preocupava-se com a doença por não ter sintomas e ser curado com injeções. Não está mais com o parceiro. Tratamento em andamento. Primeira titularidade foi em dezembro/2015 – 1:8 / Segunda titularidade foi em abril/2016 – 1:4.</p>
M17	<p>Convidada a participar da pesquisa na sala de espera do CTA. Veio com a filha de três meses para consulta com a pediatra devido sífilis neonatal. Há sete anos sofreu aborto devido sífilis neonatal. Não tem contato com o parceiro. Teve um parceiro que tratou sífilis há dois anos. Descobriu sífilis na última gestação e apesar de tratar manteve relação sexual desprotegida. Tratamento em andamento. Primeira titularidade foi em novembro/2015 – 1:8 / Segunda titularidade foi em março/2016 – 1:4. Terceira titularidade foi em agosto/2016 – 1:4.</p>
M18	<p>Convidada a participar da pesquisa na sala de espera do CTA. Estava com o parceiro aguardando consulta médica. Em janeiro de 2015 descobriu a sífilis durante a gestação, mas somente ela tratou e continuou a ter relações sexuais sem uso do preservativo. Emocionou-se ao falar do tratamento hospitalar da filha para sífilis neonatal. Segue em acompanhamento para a sífilis com parceiro. Primeira titularidade foi em janeiro/2015 – 1:32 / Segunda titularidade foi em março/2016 – 1:16.</p>
M19	<p>Convidada a participar da pesquisa através de contato telefônico. Veio com o parceiro. Havia abandonado o tratamento. Descobriu sífilis porque o parceiro teve verruga genital, no entanto o casal mostrou-se despreocupado com a sífilis devido à ausência de sintomas. Já pariu natimorto com 32 semanas de idade gestacional anteriormente ao atual tratamento. O exame do casal estava atrasado há 1 mês. Primeira titularidade foi em janeiro/2016 – 1:32 / Segunda titularidade não foi realizada.</p>
M20	<p>Convidada a participar da pesquisa na sala de espera do CTA. Foi ao local para levar a filha de três meses para a consulta com a pediatra devido sífilis neonatal. Emocionou-se ao falar do período de internação da filha para o tratamento da sífilis neonatal. Segue em acompanhamento para a sífilis com o parceiro. Primeira titularidade de M20 foi em agosto/2016 – 1:64 / Segunda titularidade foi em novembro/2016 – 1:4. Iniciou o tratamento há três meses. Não sabia da importância em tratar a doença no pré-natal.</p>

Fonte: Entrevista e prontuário das mulheres do estudo, 2017.

No quadro 05 destaca-se a caracterização das mulheres (informantes chaves) do estudo.

Quadro 05– Caracterização das Informantes-chaves

Ident ¹	Idade (anos)	Natural	Situação Conjugal	Cor Declarada	Profissão	Trabalha		Drogas/ Álcool	
						sim	não	Tipo	Frequência
M1	26	Rio de Janeiro	Solteira	Negra/ Negra	Telefonista	X		Cigarro comum	Diário
								Cerveja	1x semana
M2	34	São Paulo	Viúva	Branca/ Branca	Técnica administração		X	Cigarro comum/	Diário
M3	32	Carapebus	União estável	Negra/ Preta	Faxina	X		-	-
M4	32	Campos	União estável	Parda/ Branca	Estudante		X	-	-
M5	27	Campos	Casada	Parda/ Branca	Do lar		X	-	-
M6	19	Macaé	União estável	Parda/ Amarela	Do lar		X	Cerveja	15/15 dias
M7	33	Rio de Janeiro	União estável	Negra/ Negra	Manicure		X	-	-
M8	19	Espírito Santo	União estável	Parda/ Parda	Babá		X	Cigarro comum	Diário
M9	20	Salvador	Solteira	Negra/ Negra	Do lar	-	-	Cerveja	3x semana
M10	17	Macaé	Solteira	Negra/ Negra	Estudante		X	-	-
M11	20	Campos	União Estável	Negra/ Negra	Balconista		X	Cerveja	1x semana
M12	22	Macaé	Casada	Parda/ Morena	Administração	X		-	-
M13	23	Macaé	União estável	Negra/ Negra	Vendas		X	-	-
M14	22	Rio de Janeiro	União estável	Negra/ Negra	Assistente gerente (roubo)		X	Cigarro comum/	Diário
M15	23	Campos	União estável	Parda/ Branca	Vendas		X	Cerveja	2x semana
M16	25	Macaé	Solteira	Negra/ Não sabe	Estudante		X	Cerveja	2x semana
M17	32	Niterói	União estável	Parda/ Amarela	Manicure	X		Cigarro comum/	Diário
								Cerveja	3x semana
M18	23	Campos	União Estável	Parda/ Branca	Do lar	-	-	Cigarro comum	Diário
M19	20	Espírito Santo	União Estável	Parda/ Amarela	Do lar	-	-	Maconha/ cigarro de palha/ cerveja	Diário
M20	20	Campos	Casada	Parda/ Branca	Do lar	-	-	-	-

Fonte: Formulário Perfil Sócio-Econômico-Cultural, 2017. ¹Identificação

A média de idade das 20 mulheres entrevistadas é de 24,3 anos. Brasil (2004) considera a idade fértil na mulher, a faixa etária de 10 a 49 anos. Essa constatação foi realizada a partir de pesquisas de registros vitais e de procedimentos médicos que revelaram que nesta fase às mulheres estão expostas às vulnerabilidades relacionadas à vida sexual e reprodutiva.

Salienta-se que a variação da idade é importante para a pesquisa, já que, a cada década de idade, é possível vislumbrar mudanças culturais na sociedade e no que diz respeito à preocupação com a saúde (TOMOMITSU, PERRACINI, NERI, 2013).

Ao questionar sobre a naturalidade, 30% relataram ser proveniente do município de Campos, e somente cinco mulheres tem sua origem no município macaense. Este resultado é analisado através de referenciais históricos datado de 1970 quando a cidade de Macaé recebeu a Petrobrás e um porto que seria o elo com as plataformas de exploração de petróleo na Bacia de Campos, colaborando com a migração para a cidade (IBGE, 1976; MACAÉ, 2011).

Com relação ao estado civil observa-se que 60% (12) das mulheres estão em união estável com seus parceiros e 15% (3) são casadas. Há predomínio da cor parda (50%). Quanto ao labor, somente 10% (2) afirmaram trabalhar com carteira assinada; a manicure e a faxineira se consideraram autônomas. Ressalta-se que entre as 20 mulheres três são estudantes.

No Brasil, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho está vinculado ao universo do trabalho desregulamentado e precarizado. Isso reflete a insegurança no emprego, na carreira, na renda e nas perspectivas de formação. Ainda que programas sociais de redução dessas desigualdades tenham avançado a partir dos anos 2000, é necessário o incentivo às políticas públicas de inclusão social que envolvam a valorização do trabalho feminino, como sugerido na pesquisa de Miquilin, Marín-León, Monteiro, Corrêa Filho em 2013.

No que concerne ao uso de drogas/álcool, o hábito mais frequentes de oito (40%) mulheres é a ingestão de bebida alcoólica. O tabagismo é praticado por sete (35%) entrevistadas.

A Organização Mundial de Saúde tem demonstrado grande preocupação com os temas relacionados ao alcoolismo e tabagismo. Os investimentos em pesquisas e publicações, nessa área, vêm aumentando, tanto no que se refere às estatísticas sobre o consumo e as repercussões na saúde da mulher. Em resultados preliminares sabe-se que

as mulheres fumam e bebem menos, mas muito do que se conhece sobre alcoolismo feminino foi adquirido por meio de pesquisas sobre alcoolismo masculino, pois grande parte desse conhecimento veio de estudos comparativos com o alcoolismo no homem (MENDES, CUNHA, NOGUEIRA, 2011; KOCH, MANFIO, HILDEBRANDT, LEITE, 2013; ESPER, CORRADI-WEBSTER, CARVALHO, FURTADO, 2013).

O tabagismo é relacionado às doenças cardiovasculares como infartos, acidente vascular encefálico (AVE), e doenças respiratórias obstrutivas crônicas. Está também intrinsecamente ligado ao câncer de pulmão, e atinge uma grande parcela feminina, e estima-se que novos casos totalizem 10.890 mulheres no ano de 2016 (BRASIL, 2016). Entretanto, as consequências do uso abusivo de álcool parecem ser mais negativas para as mulheres do que para os homens. Elas sofrem doenças físicas relacionadas com níveis mais baixos de exposição ao álcool do que eles, e têm maior comprometimento cognitivo e motor, além de serem mais propensas a abuso sexual quando alcoolizadas. Mais recentemente, estudos sobre o uso de álcool pela mulher têm sido publicados, sendo observado que o consumo vem se elevando nessa fatia da população (MENDES, CUNHA, NOGUEIRA, 2011; KOCH, MANFIO, HILDEBRANDT, LEITE, 2013; ESPER, CORRADI-WEBSTER, CARVALHO, FURTADO, 2013).

Apesar de não ter entrevistado mulheres grávidas, não se pode desconsiderar outra questão importante relacionada ao álcool, que é o seu consumo durante a gravidez. O efeito desta substância no recém-nascido é manifestado através da Síndrome Fetal Alcoólica, que afeta 33% das crianças nascidas de mães que fizeram uso de mais de 150g de etanol por dia. Quando a gestante ingere bebida alcoólica em aproximadamente 40 a 60 minutos, o mesmo teor de álcool do organismo materno é encontrado no sangue fetal. A exposição pré-natal intensa ao etanol pode produzir significativos e severos danos cerebrais e disfunções comportamentais (SANCHES, PACHECO, MAXIMIANO, BERNUCI, 2017).

Outro apontamento relevante é que embora somente uma mulher relatasse fazer uso de maconha, estudos epidemiológicos nacionais indicam um crescente aumento de mulheres com problemas relacionados ao consumo de drogas. Silva (2015) e Ribeiro-Andrade, Evangelista, Chagas, Silva, Barreto (2017) demonstram que foi registrado um aumento global de 15 milhões de pessoas em 2005, na faixa etária de 15 a 64 anos, envolvidas com o consumo de drogas, e neste contingente foi identificado o aumento do número de mulheres em relação ao de homens para alguns tipos de drogas, especialmente as consideradas ilícitas. É importante refletir que a relação da mulher

com este tipo de substancia pode assumir padrões de utilização altamente disfuncionais, com prejuízos biológicos, psicológicos e sociais.

Uma análise importante em estudos baseados na etnoenfermagem são aqueles relacionados aos fatores da dimensão cultural e social sugeridos pelo Modelo de Sunrise (Figura 5). Identificar os fatores implica em conhecer a cultura da informante e o contexto do ambiente em que vive, além de seus valores e modos de vida. O estudo dessas particularidades é importante - notadamente no itinerário terapêutico de mulheres com sífilis, objeto deste estudo - pois o meio e a cultura influenciam diretamente nos padrões de cuidado e expressão de saúde das mulheres (LEININGER & McFARLAND, 2015).

Assim, os fatores culturais, modo de vida, econômicos e educacionais das informantes chaves são evidenciados no quadro 06.

Quadro 06: Fatores culturais, modo de vida, econômicos e educacionais

Ident ¹	Tipo de domicílio	Nº de cômodos domicílio	Nº de morador domicílio	Renda familiar	Fonte de Renda	Escolaridade	Motivo Interrupção dos Estudos
M1	Própria	8	3	R\$ 2.360	M1/mãe/irmã	EMT ²	Interrupção FIES ⁷
M2	Alugada	3	2	R\$ 1.500	Pensão	EMT	Condição Financeira
M3	Própria	4	4	R\$ 1.700	Companheiro	EFI ³	Casamento/filhos
M4	Própria	10	2	R\$ 880	Mãe	EMT	-
M5	Própria	5	3	R\$ 1.100	Companheiro	EFC ⁴	Gravidez
M6	Própria	4	3	R\$ 880	Companheiro /sogra	EFC	Gravidez
M7	Alugada	4	3	R\$ 880	Companheiro	EMC ⁵	Gravidez
M8	Alugada	3	3	R\$1.600	Companheiro /Irmã	EMI ⁶	Mudança cidade/ medo de confusão
M9	Própria	10	3	R\$ 1.200	Mãe	EFC	Preguiça
M10	Alugada	5	3	R\$ 2.150	Pensão/mãe	EMI	Gravidez
M11	Própria	4	4	R\$ 1.321	Namorado da mãe/ Companheiro	EMI	Gravidez
M12	Alugada	2	2	R\$ 880	Própria	EFC	Necessidade de trabalhar
M13	Alugada	6	3	Não sabe	Irmã/cunhado	EMC	Opção
M14	Própria	4	2	R\$ 880	Própria	EMI	Relaxamento
M15	Alugada	4	3	R\$	Mãe	EMI	Necessidade

				1.300			de trabalhar
M16	Alugada	7	3	Não sabe	Mãe	EMI	-
M17	Própria	4	3	R\$ 480	Própria	EMC	Opção
M18	Alugada	6	5	R\$ 880	Companheiro	EMI	Gravidez
M19	Alugada	6	4	R\$ 3.000	Companheiro / namorado da sogra	EMC	Gravidez
M20	Alugada	4	3	Não sabe	Companheiro	EMC	Gravidez

Fonte: Formulário Perfil Sócio-Econômico-Cultural, 2017.

¹Identificação/ ²Ensino Médio Técnico/ ³Ensino Fundamental Incompleto/ ⁴Ensino Fundamental Completo/ ⁵Ensino Médio Completo / ⁶Ensino Médio Incompleto/ ⁷Fundo de Financiamento Estudantil.

Nove (45%) das entrevistadas possuem casa própria, no entanto somente 01 possui o registro do imóvel. Encontrou-se uma média de cinco cômodos para três moradores no domicílio. No entanto, todas residem em áreas de favelas, fato que colabora para instalações em terrenos irregulares no que diz respeito à documentação.

Considera-se que as iniquidades em saúde, são relacionadas, em parte, às grandes desigualdades entre os diversos estratos sociais e econômicos da população. Isto remete à relevância da discussão integrada dos direitos humanos em políticas sociais e de saúde.

A característica de áreas de favelas são reflexos das atividades econômicas implantadas em Macaé que produziram um padrão espacial desordenado, tendo em vista de um lado, a não ocupação do distrito industrial e, de outro, a existência de uma legislação urbanística que não atendeu à dinâmica de crescimento da cidade. Verifica-se, portanto, um padrão de localização pautado na relação tipo de atividade/consumo de espaço/preço do solo urbano. Assim sendo, com a expansão da cidade, verificou-se que as populações de baixa renda foram segregadas para áreas mais afastadas, resultando em processo de invasão (MACAÉ, 2011).

Na tentativa de minimizar os danos sociais nessas localidades, algumas favelas estão sofrendo intervenção governamental com a implantação de projetos comunitários abrangendo não só a urbanização como também prestação de diversos serviços sociais, como instalação de escolas e Estratégias de Saúde da Família (MACAÉ, 2011).

Outro fator abordado com as mulheres é o econômico. A renda média calculada é de R\$ 1.382 sendo que 45% (9) das mulheres tem o companheiro como provedor financeiro principal, as demais ou recebem ajuda financeira da mãe, irmã, cunhado, ou

em alguns casos, se mantêm com benefícios previdenciários. Isto deve ser destacado, pois apenas cinco mulheres contribuem com a renda familiar.

A dependência econômica da mulher, principalmente do companheiro, pode se converter em uma dependência também emocional. As duas juntas, atuam como um instrumento de submissão da mulher ao companheiro e à estrutura familiar. Isto é reflexo de uma situação social ainda orientada pela ideologia patriarcal que legitima e justifica a mulher na esfera somente doméstica onde ela desenvolve um trabalho invisível e não valorizado socialmente (COSTA, 2015).

Casos como estes, cujas famílias são numerosas e que convivem em reduzidos espaços habitacionais, também determinam diluição da renda e conseqüente instabilidade social. A renda de uma família tem um peso grande na maneira como se cuida da saúde. É o poder econômico que determina, entre outras coisas, o poder de compra de alimentos, de vestuário e formas de utilização do serviço de saúde. Esses aspectos impactam diretamente na qualidade de vida das mulheres (LEININGER & McFARLAND, 2015).

No tocante ao grau de escolaridade somente 40% (8) finalizaram o ensino médio, sendo que dessas, somente três deram continuidade nos estudos ao concluírem o ensino técnico. A gravidez é citada por oito (40%) mulheres como o principal motivo para interrupção dos estudos.

A literatura mostra que a educação está na base do acesso à saúde, e essa noção é associada aos conceitos de empoderamento² e de letramento para a tomada de decisões de saúde.

O conhecimento precário, reflexo da baixa escolaridade, como se observa nestes dados, impede que as mulheres realizem escolhas mais adequadas para as suas necessidades. Sanchez, Ciconelli (2012) ao refletirem sobre isso, afirmam que a garantia de uma maior equidade em saúde não será obtida, enquanto as ações se limitarem aos sistemas de saúde. Em vez disso, são necessárias estratégias que permitam minimizar as diferenças de renda e educação na população feminina (DANTAS, SILVA, CARVALHO, 2014).

Esta constatação reforça ainda mais a necessidade premente da educação em saúde, baseada nos modos de vida de mulheres com sífilis para que este cuidado na atenção primária seja oferecido de acordo com a realidade individual de cada mulher. O direito de participar nos espaços e processos comuns de ensino e aprendizagem está previsto na legislação, e as políticas educacionais devem estar compatíveis com esses

²O termo empoderamento, na tradução brasileira, ou *empowerment*, na língua inglesa, tem raízes na segunda metade do século XX por meio da bandeira do movimento da raça negra e do movimento feminista. Esta categoria de análise é estudada em muitos países, porém, no Brasil, consiste em uma alternativa para estudos no campo da exclusão e marginalidade, sendo uma estratégia para romper com paradigmas tradicionais de atenção e intervenção. Empoderamento feminino, na visão de feministas, compreende a alteração radical dos processos e estruturas que reduzem a posição de subordinação das mulheres. As mulheres tornam-se empoderadas por meio da tomada de decisões coletivas e de mudanças individuais (MAGER, 2002).

pressupostos que orientam para o acesso pleno e condições de equidade no sistema de ensino e saúde.

No quadro 07 são salientados os fatores tecnológicos. Leininger & Mcfarland (2015) consideram como fatores tecnológicos a presença de luz na residência, água, os meios de transporte utilizados e a presença de eletrodoméstico no lar, porque para observar a tecnologia em uma sociedade é necessário conhecer o meio social onde essas pessoas vivem.

Quadro 07- Fatores Tecnológicos

Identificação	Luz ¹	Saneamento Básico ²	Forma de transporte ³	Tecnologia da Informação ⁴
M1	Sim	Não	Ônibus	Internet- Celular/ Computador em casa/ Educação em saúde
M2	Sim	Não	Ônibus	Educação em saúde
M3	Sim	Não	Ônibus	Não teve informação
M4	Sim	Sim	Ônibus	Internet- Celular
M5	Não	Não	Ônibus	Internet- Celular
M6	Sim	Não	Ônibus/ moto	Internet- Celular
M7	Sim	Sim	Ônibus	Internet- Celular
M8	Não	Não	Ônibus	Internet- Celular
M9	Sim	Não	Ônibus/ van	Internet- Celular/ Computador em casa
M10	Sim	Não	Ônibus	Internet- Celular
M11	Não	Não	Ônibus	Internet- Celular
M12	Sim	Sim	Ônibus	Internet- Celular/ Computador em casa
M13	Sim	Sim	Ônibus	Internet- Celular
M14	Sim	Não	Ônibus	Internet- Celular
M15	Sim	Não	Ônibus	Internet- Celular
M16	Sim	Não	Ônibus	Internet- Celular
M17	Não	Não	Ônibus	Não procurou saber da doença
M18	Sim	Não	Ônibus	Internet- Celular
M19	Não	Não	A pé	Internet- Celular
M20	Sim	Não	Moto	Internet- Celular/ Computador em casa

Fonte: Formulário Perfil Sócio-Econômico-Cultural, 2017.

¹Foi considerado energia elétrica somente naquelas residências que pagavam a fatura de abastecimento elétrico/ ²Foi considerado rede de esgoto somente naquelas residências que pagavam fatura de abastecimento de água/ ³Meio de transporte mais utilizado/

⁴Considerados tecnologia da informação (onde ela possui informação sobre a sífilis)

Disponer de energia elétrica na residência é um importante indicativo de fator tecnológico em uma sociedade. Entretanto é possível encontrar famílias que moram em comunidades sem infraestrutura – abastecimento de água, esgoto sanitário, vias pavimentadas, iluminação pública – na cidade de Macaé. Ao ser questionado sobre luz na residência, todas afirmaram ter, mas ao ser interrogado se pagam por este serviço, 25% (5) das mulheres relataram não pagar fatura de rede elétrica e que são abastecidos por ligações clandestinas.

Em relação ao saneamento básico, definido pela presença simultânea de rede geral de abastecimento de água e de esgoto, identificou-se que 80% (16) das participantes sobrevivem sem esse serviço urbano. Ao serem questionados sobre o despejo do esgoto doméstico, afirmaram que, na maioria das vezes, são lançados diretamente nas valas ou rios próximos às suas residências.

Em relação à forma de transporte mais utilizado, 90% (18) relataram utilizar mais frequentemente o ônibus. A preferência por este meio de transporte público é devido o trecho custar apenas R\$ 1,00. Em 2103 a prefeitura do município de Macaé sancionou a lei que reduz o preço da passagem de ônibus na cidade para este valor. De acordo com a nova regra, parte do valor atual da tarifa, que custa integralmente R\$ 3,16 é subsidiada pela prefeitura.

Em relação à tecnologia da informação foi considerado onde as mulheres buscaram as informações sobre a sífilis, sendo que 85% (17) recorreram à internet (rede mundial de computadores) disponível no aparelho celular ou no computador. Segundo Abe e Cunha (2012) a busca de informação na internet é uma abordagem alternativa na sociedade em aprendizado. No entanto, esta forma de obter conhecimento deve ser feita com responsabilidade, pois a busca de informação é um processo que envolve a experiência do indivíduo, incluindo sentimentos, pensamentos e ações. Por isto deve ser baseado em fontes científicas, para que as pessoas possam ser capazes de avaliar e usar a informação de forma a responder a suas necessidades, dando significado à informação, aumentando o seu estado de conhecimento sobre um problema ou tópico particular, neste caso, a sífilis.

No quadro 08 é elucidado o fator religião. O levantamento de dados religiosos é de extrema importância para estudos com enfoque no aspecto cultural, já que a religiosidade, assim como a filosofia de vida, influencia o modo das pessoas viverem e verem o mundo que as cerca (LEININGER & McFARLAND, 2015)

Quadro 08 - Fator Religião

Identificação	Religião em que foi criada	Religião Atual
M1	Católica	Nenhuma
M2	Católica	Cristã
M3	Evangélica	Evangélica
M4	Espiritismo	Evangélica
M5	Evangélica	Evangélica
M6	Nenhuma	Católica
M7	Católica	Evangélica
M8	Evangélica	Evangélica
M9	Católica	Evangélica
M10	Evangélica	Evangélica
M11	Evangélica	Evangélica
M12	Católica	Evangélica
M13	Evangélica	Evangélica
M14	Evangélica	Evangélica
M15	Evangélica	Nenhuma
M16	Nenhuma	Nenhuma
M17	Católica	Católica
M18	Católica	Nenhuma
M19	Católica	Nenhuma
M20	Nenhuma	Nenhuma

Fonte: Formulário Perfil Sócio-Econômico-Cultural, 2017.

Por meio da pesquisa descobrimos que 40% (8) das mulheres foram criadas na religião evangélica e 40% (8) foram criadas na religião católica. Mas, atualmente, 55% (11) disseram ser evangélicas. A religião influencia nos cuidados com a saúde e na escolha a determinadas formas de tratamento para resolver os problemas de saúde. Conforme Leininger & McFarland (2015) essas crenças frequentemente direcionam o cuidado popular nos hábitos de vida e conseqüentemente conduzem o itinerário terapêutico.

O fator religião é um elemento que está presente na história da humanidade desde seus primórdios, de diferentes formas, em diversas culturas e sociedades. Alves e Assis (2015) consideram que este fator possa ser uma das influências mais potentes no cotidiano individual, além de constituírem parte importante da cultura, transmitindo vitalidade e diversos sentidos a episódios da vida.

As crença religiosas para Leininger & McFarland (2015) e Alves e Assis (2015) são recursos pessoais que servem também como apoio para se esquivar e enfrentar situações desconfortáveis do cotidiano, como as doenças. Assim, o fator religioso torna-se uma estratégia para minimizar o sofrimento psíquico, bem como preservar e dar suporte à saúde física e mental.

As implicações da religiosidade à saúde vêm sendo estudadas e documentadas, no entanto, este ainda é um campo que necessita de muitas pesquisas, pois o tema religião é bastante amplo, já que, na prática, cada indivíduo dentro de seu contexto religioso vivencia a subjetividade em diferentes níveis, instâncias individuais, coletivas e institucionais, tais como a forma de ver, ouvir e sentir, as várias esferas da vida, incluindo a saúde (ALVES, ASSIS, 2015).

Nos quadros 09 e 10 são evidenciados os antecedentes sexuais e ginecológicos respectivamente

Quadro 09 – Antecedentes Sexuais

Ident ¹	Menarca	Coitarca	Parceiros sexuais na vida/ último ano	Uso Preservativo
M1	12	14	+5/1	Irregular
M2	12	16	+5/ -	Irregular
M3	10	13	+5/1	Regular
M4	9	11	+5/4	Regular
M5	9	11	+5/1	Irregular
M6	12	14	+5/1	Regular
M7	14	20	4/1	Irregular
M8	15	17	+5/3	Irregular
M9	11	20	4/3	Irregular
M10	13	14	+5/3	Irregular
M11	12	14	+5/1	Regular
M12	12	16	4/1	Irregular
M13	13	18	+5/1	Irregular
M14	11	14	+5/1	Irregular
M15	11	14	+5/1	Regular
M16	11	13	+5/1	Irregular
M17	10	12	+5/2	Irregular
M18	12	14	+5/1	Regular
M19	12	16	4/1	Irregular
M20	12	13	+5/1	Irregular

Fonte: Formulário Antecedentes Ginecológicos e Sexuais, 2017.

¹Identificação

A idade média da menarca foi de 11,65 anos e a idade média da coitarca foi de 14,7 anos. Com referência ao número de parceiros, 80% (16) das mulheres reconheceram ter tido mais de cinco parceiros sexuais durante toda a vida e 70% (14) afirmaram parceiro único no último ano (2015-2016). Das 20 mulheres que seguem em acompanhamento para sífilis pelo Programa de DST/HIV do município de Macaé, apenas 30% (6) delas usam preservativo frequentemente durante as relações sexuais.

Os dados referentes à menarca concordam com pesquisa que objetivou

investigar a idade da menarca em países desenvolvidos e subdesenvolvidos cujo achado evidenciou que a primeira menstruação está acontecendo cada vez mais cedo, inclusive no Brasil. Ao lado desta ocorrência, as adolescentes tem tido sua iniciação sexual cada vez mais precocemente (GOMES, AMORIM, SANTOS, RODRIGUES, OLIVEIRA, SOUZA, BEZERRA, 2013).

O início precoce da vida sexual exige que estratégias de planejamento reprodutivo e de promoção da saúde sexual devam ser abrangidas pelas equipes da ESF, nos campos prioritários para a saúde da mulher, definidos na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001), inclusive abarcando o período da adolescência, uma vez que o acompanhamento de forma individualizada para esta faixa etária pode ser determinante na história ginecológica e obstétrica das mulheres. Além disso, essas ações permitem a prevenção das IST, que estão aumentando consideravelmente entre os jovens, principalmente, entre os que têm início precoce da vida sexual como citam Gomes, Amorim, Santos, Rodrigues, Oliveira, Souza, Bezerra (2013), inclusive pela banalização do uso do preservativo.

Neste âmbito, as ações educativas baseadas também nas discussões de gênero, são fundamentais para promover maior conhecimento e autocuidado, contribuindo para a construção de uma cultura de saúde pautada no respeito aos direitos humanos, entre os quais se incluem os direitos sexuais e reprodutivos.

Quadro 10 – Antecedentes Ginecológicos

Ident ¹	Corrimento tratado	Ferida genitais	Verrugas genitais	Parceiro tratado Sífilis
M1	Sim	Sim	Sim	Não sabe
M2	Não	Não	Sim	Não sabe
M3	Não	Sim	Sim	Sim
M4	Sim	Sim	Não	Não
M5	Sim	Sim	Não	Sim
M6	Sim	Não	Não	Sim
M7	Sim	Sim	Sim	Sim
M8	Sim	Não	Não	Não
M9	Não	Sim	Não sabe	Não
M10	Não	Sim	Não	Não
M11	Sim	Sim	Não	Não
M12	Sim	Não	Não	Sim
M13	Sim	Sim	Sim	Sim
M14	Não	Não	Não	Não
M15	Sim	Não	Não	Sim

M16	Sim	Sim	Não	Não
M17	Sim	Não	Não	Sim
M18	Sim	Não	Não	Sim
M19	Não	Não	Não	Sim
M20	Sim	Sim	Não	Sim

Fonte: Formulário Antecedentes Ginecológicos e Sexuais, 2017.

¹Identificação

Considerando às afecções ginecológicas do trato inferior 70% (14) das mulheres já tiveram necessidade de tratar corrimento vaginal; 55% (11) observaram feridas na genitália e 25% (5) das entrevistadas já possuíram verrugas nos genitais.

Considerando os resultados encontrados, percebe-se muitos relatos de infecções no trato genital. Entre as queixas ginecológicas relatadas, a presença de fluxo vaginal foi a mais frequente. Isto justifica a relevância de valorizar as mínimas queixas para o tratamento das infecções ginecológicas e para a realização de medidas preventivas para esses agravos por meio da educação em saúde, sendo o enfermeiro o profissional fundamental nesta atividade.

É durante a consulta ginecológica que o enfermeiro deve orientar as pacientes quanto ao início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, presença de infecções genitais, além dos fatores de risco para a contaminação por HPV (*Human Papiloma Virus*), ressaltando a importância da realização do exame periodicamente, mesmo sem sintomas e da volta à unidade de saúde para buscar o resultado (WHO, 2011; OLIVEIRA, LIMA, CAMPOS, BEZERRA, ORIÁ, DAMASCENO, 2013).

Um dos grandes desafios para o controle de afecções ginecológicas do trato inferior é a baixa captação e o conseqüente tratamento dos parceiros das mulheres diagnosticadas na rede assistencial. O tratamento concomitante do homem é um dos problemas que ocorre com as infecções do trato genital relacionadas à IST e está associado aos vários fatores socioculturais, tais como o preconceito, a falta de educação sexual, as dificuldades abarcadas pela questão de gênero, além da dificuldade de percepção da doença. (WHO, 2011; OLIVEIRA, LIMA, CAMPOS, BEZERRA, ORIÁ, DAMASCENO, 2013). Vale ressaltar que 35% (7) dos parceiros das entrevistadas não foram tratados para a sífilis, e em dois parceiros não se teve informação sobre o tratamento.

No quadro 11 são evidenciados os antecedentes obstétricos.

Quadro 11 – Antecedentes Obstétricos

Ident ¹	Gestação/ Paridade	Teve Sífilis na gravidez	Diagnóstico sífilis no pré-natal	Aborto / Motivo	Natimorto/ motivo	Neomorto/ motivo	Prematuro / motivo	Sífilis Neonatal
M1	Nuligesta	Nuligesta	Nuligesta	Não	Não	Não	Não	Não
M2	3/2	Não	Não	1/ provocado	Não	Não	Não	Não
M3	3/2	Não	Não	1/ desconhece	Não	Não	Não	Não
M4	Nuligesta	Nuligesta	Nuligesta	Não	Não	Não	Não	Não
M5	5/3	Sim	Sim	2/ desconhece	Não	Não	1/sífilis	Sim
M6	1/1	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
M7	3/3	Sim	Não	Não	1/Sífilis	Não	Não	Sim
M8	1/1	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não
M9	Nuligesta	Nuligesta	Nuligesta	Não	Não	Não	Não	Não
M10	1/0	Sim	Não	1/ Sífilis	Não	Não	Não	Não
M11	1/1	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim
M12	1/0	Não	Não	1/ provocado	Não	Não	Não	
M13	2/0	Não	Não	2/ desconhece	Não	Não	Não	Não
M14	1/1	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
M15	2/2	Sim	Não	Não	1/ Sífilis	Não	Não	Sim
M16	1/1	Sim	Não	Não	1/ Sífilis	Não	Não	Sim
M17	3/3	Sim	Sim	Sim/ Sífilis	Não	Não	2/ Não sabe	Sim
M18	3/3	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim
M19	3/3	Sim	Não	Não	1/ sífilis	Não	Não	Sim
M20	1/1	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim

Fonte: Formulário Antecedentes Obstétricos, 2017.

¹Identificação/

Das mulheres entrevistadas nove (45%) não estavam grávidas quando receberam o diagnóstico da sífilis; seis (30%) mulheres identificaram a doença durante o acompanhamento de pré-natal e cinco delas (25%) somente foram diagnosticadas com sífilis após o aborto ou parto.

Apesar de M7 relatar que teve uma gravidez planejada e ter realizado mais de seis consultas de acompanhamento no pré-natal, ela não foi comunicada sobre a sífilis nos atendimentos de saúde que recebeu. O exame (VDRL) realizado em dezembro de 2015, que estava em posse da entrevistada, acusava a titularidade 1:16. Em fevereiro de 2016 ela pariu um natimorto com idade gestacional de 39 semanas. Ao ser questionado se o casal (o parceiro estava no momento da entrevista) havia recebido alguma

informação sobre a doença, responderam negativamente e que se soubessem iriam tratar.

Percebo que este caso foi marcado por negligência profissional, onde a saúde do casal foi banalizada, e a conseqüente falta de cuidados causou a morte do filho de M7.

Negligência refere-se à falta de cuidados ou de atenção daquele que, embora possuidor dos conhecimentos indispensáveis, deixa de agir com as preocupações ou cuidados devidos, levando a resultados prejudiciais. Ao profissional de saúde cabe informar os determinantes sociais, ambientais da doença, assim como as suas particularidades como causa, prognóstico, tratamento, riscos, acesso ao prontuário e laudos de forma esclarecedora e responsável (RODRIGUES, 2013).

Outra entrevistada que também não descobriu a sífilis no pré-natal foi M15. Ela não realizou todas as consultas de pré-natal e seus exames foram feitos tardiamente, não conseguindo identificar a sífilis a tempo. Após parir natimorto com 36 semanas foi comunicada sobre a doença no hospital.

A situação de parir um natimorto também ocorreu com M16 (38 semanas de idade gestacional) e M19 (32 semanas de idade gestacional). M16 não realizou todas as consultas de pré-natal. Relata que sua mãe não acreditou no diagnóstico da sífilis, levando-a ao Programa de DST/HIV do município de Macaé para fazer o teste rápido após a alta hospitalar. Já M19 descreve que pariu natimorto em 2014. Ela também não havia feito pré-natal e não buscou o tratamento após o parto. Só recorreu ao atendimento em saúde no ano de 2016 depois de observar feridas no genital do parceiro.

Destaca-se que houve dois casos de aborto devido a sífilis entre as entrevistadas. Uma delas é a M10 que não realizou o pré-natal e abortou espontaneamente em 2015, sendo diagnosticada com sífilis ao dar entrada no hospital para fazer a curetagem. Outra mulher que sofreu aborto foi M17. Este episódio aconteceu em 2009 devido à sífilis. Não tratou e não quis falar sobre esse assunto durante a entrevista. Em abril/2016 pariu um filho com sífilis neonatal, apesar de esta fazer o tratamento durante a gravidez, manteve relações sexuais desprotegidas.

Houve uma (M5) situação de parto prematuro por causa da sífilis. A entrevistada fez o tratamento durante o pré-natal, mas teve relações sexuais sem preservativo.

Atenta-se que nenhuma mulher que descobriu a sífilis no período gestacional conseguiu impedir a transmissão vertical.

As evidências das falhas no controle da transmissão vertical da sífilis já foram discutidas em outros estudos nacionais e internacionais constituindo um grave problema

de saúde pública (TRIDAPALLI, CAPRETTI, REGGIANI, STRONATI, FALDELLA, 2012; RAMOS, FIGUEIREDO, SUCCI, 2014). A rotina para detectar a infecção em gestantes, tanto no pré-natal quanto no momento do parto e do puerpério, além da necessidade de acompanhamento *follow up* especializado e multiprofissional para crianças expostas a esses agravos, não estão bem estabelecidos tanto no município de Macaé, quanto no Brasil, como confirma os altos índices da doença divulgados no Boletim Epidemiológico de 2016.

Quanto aos informantes gerais do estudo, utilizo o quadro 12 para facilitar a observação do perfil destes informantes. São sete profissionais de saúde que atendem mulheres com sífilis no Programa Municipal DST/AIDS de Macaé.

5.2- PERFIL DOS INFORMANTES-GERAIS

Quanto aos informantes gerais do estudo, utilizo o quadro 12 para facilitar a observação referente ao nível de escolaridade e tempo de serviço destes participantes. São sete profissionais de saúde que trabalham no Programa Municipal DST/HIV do município de Macaé.

Quadro 12 – Perfil dos Informantes Gerais – Profissionais da Saúde

Profissional da Saúde	Idade	Sexo	Nível de Escolaridade	Tempo de serviço
P1	59 anos	Feminino	Superior	15 anos
P2	41 anos	Feminino	Superior	2 anos
P3	30 anos	Masculino	Técnico	4 anos
P4	45 anos	Feminino	Superior	4 anos
P5	38 anos	Feminino	Superior	8 anos
P6	37anos	Feminino	Superior	2 anos
P7	51 anos	Feminino	Superior	9 anos

Fonte: Entrevista informantes gerais, 2017.

A média de idade dos profissionais de saúde foi de 43 anos, sendo somente um homem, único com nível técnico de escolaridade. A média do tempo de serviço foi de 6,2 anos.

Entende-se que o perfil profissional para trabalhar com doenças sexualmente transmissíveis deve ser voltado para a produção do cuidado integral com abordagem humanista, crítica e reflexiva; afinado com a realidade social e cultural, com o processo de saúde-doença e comprometido com o ser humano. Além disso, os profissionais devem desenvolver habilidades e competências gerais que ultrapassam os limites do

conhecimento técnico, algumas delas são: comunicação, liderança, atuação de maneira colaborativa/em equipe, tomada de decisões, educação permanente, desenvolvendo atitudes voltadas para a saúde, cidadania, comunidade e a atuação em equipe (GALVÃO, FREITAS, CASSEMIRO, PEREIRA, OLIVEIRA, 2014).

5.3- ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

O processo sistemático de análise de dados foi extremamente detalhado e rigoroso, pois só assim é possível entender os dados e reverter em resultados e conclusões. O detalhamento e o rigor são essenciais na procura pelos critérios da análise qualitativa, mostrando como o pesquisador encontrou os critérios de credibilidade, padronização recorrente, confirmação, significado no contexto, e outros critérios do estudo qualitativo (LEININGER & MCFARLAND, 2015). Esta análise dos dados se baseou no método da etnoenfermagem de Madeleine Leininger.

Na primeira fase desta etapa da pesquisa, foi realizada a leitura e releitura, descrição e documentação de toda a matéria prima, para dar início à análise dos dados de acordo com o domínio da inquirição, questões norteadoras e objetivos do estudo. Foi utilizada, nesta fase a técnica de recorte e colagem. Após a leitura prévia de todas as entrevistas impressas, todo o material foi lido e relido, sendo anotadas a lápis, nas laterais das falas, as primeiras impressões da pesquisadora.

Em seguida, na segunda fase, onde ocorre a identificação e categorização de narradores e componentes, os dados foram codificados e classificados de acordo com o domínio da inquirição (itinerário terapêutico de mulheres com sífilis) em consonância com as questões do estudo. Neste estágio, o pesquisador identifica as “categorias” dos primeiros dados na Fase I. Na prática, as entrevistas foram separadas por temas, e neles, foi atribuído um título principal para representá-los como, por exemplo: O diagnóstico da sífilis.

Na terceira fase, realizou-se a análise contextual, que aconteceu na terceira leitura, onde os dados foram escrutinados para descobrir a saturação de ideias e os padrões recorrentes de significados semelhantes ou diferentes, expressões, formas estruturais, interpretações, ou explanação de dados relativos ao domínio da inquirição. Assim, foram captadas as falas com os temas em comum, filtradas e reunidas por aproximação numa mesma unidade temática, em uma folha A4.

Na última e mais alta fase da análise de dados, síntese e interpretação, foi realizada uma síntese de pensamento para confirmar os principais temas encontrados. Em todos os estágios, os resultados de pesquisa da análise dos dados podem ser transportados de volta, a cada fase e aos dados estabelecidos na primeira fase, para confirmar e conferir os resultados em cada fase. Realizou-se, por fim, nesta fase, a CODIFICAÇÃO e assim emergiram até o momento 53 UNIDADES TEMÁTICAS (Quadro 13), a saber:

Quadro 13: Unidades Temáticas

Unidades Temáticas	Recorrência
(Des)conhecimento da sífilis	M1;M2;M3;M4;M5;M6;M7;M8;M10;M11;M12;M13;M15;M16;M17;M18;M19;M20
Educação em Saúde para IST/HIV	M1;M2
Sintomas da sífilis	M1;M3;M4;M8;M10; M13;M14;M16
Dr Google	M1;M4;M5;M6;M7;M8;M9;M10;M11;M12;M13;M14;M15;M16;M18;M19;M20
Formas de transmissão da sífilis	M1;M2;M4;M5;M6;M7;M8;M9;M10;M12;M13;M14;M15;M16;M18;M19;M20
Sentimentos de ter sífilis	M1;M2;M3;M4;M5;M7;M9;M10; M12;M14; M15;M16
Descoberta da sífilis	M1;M2;M3;M4;M5;M6;M7;M8;M9;M10;M11;M12;M13;M14;M15; M16; M17; M18;M20
Confiança que tinha no parceiro	M1;M2;M4;M8;M10;M14;M19;M20
Tratamento: Dificuldade x facilidade	M1;M2;M3;M4;M5;M6;M7;M8;M9;M10;M11;M12;M13;M14;M15; M16; M17;M18;M19;M20
(Des)uso do preservativo	M1;M3;M4;M7;M8;M10;M12;M16;M18;M19;M20
Receio da família	M1;M2;M5;M6;M12;M17;M19
(Não)Desistir do tratamento	M1;M3;M4;M5;M7;M8;M9; M13;M15;M19
Comunicar ao parceiro	M1;M3;M4;M5;M6;M7;M8;M10;M11;M12;M13;M14;M15;M16;M17;M18;M19;M20
(Não)tratamento do parceiro	M1;M4;M6;M8;M9;M10;M11;M12;M13;M14;M15;M16;M17;M18;M19;M20
Isolamento	M1;M2;M4;M9;M12;M13;M16;M17
Fazendo a vontade do parceiro	M1;M5;M20
Transgeracionali	M1;M6;M10;M12

dade da sífilis	
Sífilis + IST/HIV	M1;M3;M4;M5
Medo de IST/HIV	M1;M4;M7;M9;M10;M17;M19
Cuidando de si	M1; M2;M3;M4;M5;M9;M10;M11;M14;M18;M20
Dificuldade de comunicação	M1;M3;
Apoio familiar/amigos/ parceiro	M1;M4;M5;M7;M8;M9;M10;M12; M13;M15;M13;M19;M20
Não gostar de ir ao CTA	M1;M5;M10;M12;M16
Medo de contaminar o outro	M1;M4;M6;M9;M11
Medo de outras pessoas saberem da sífilis	M1;M6;M9;M10;M11;M12;M14
Gostar de ser atendida no CTA	M2;M9;M10;M13;M14;M15;M19
Trocando experiências	M5;M8;M12
Sífilis não é grave	M2;M4;M5;M6;M8;M10;M13
Cuidados para prevenir a sífilis	M3;M4;M6;M7;M8;M9;M10;M11;M12;M13;M14;M15;M16;M17; M18;M19;M20
Quebrando o preconceito	M2;M4;M10
Responsabilidade e da sífilis	M2;M4;M5;M6;M7;M8;M9;M10;M15;M16;M17;M18;M19;M20
Profissionais sabem o que é melhor	M3;M4;M11;M12;M19;M20
Dúvidas no tratamento	M3;M4;M9
Cuidado cultural: alimentação e plantas medicinais	M3; M11;M12;M13;M14;M15;M16;M17;M18;M19;M20
Relacionamento com parceiro	M4;M5
Preconceito	M4;M5;M7;M10;M13;M17;M19
Medo da sífilis neonatal	M4;M5;M7;M10
Incentivo para o tratamento	M4;M5;M6;M7;M9;M10;M11;M20
Justificando a sífilis	M4;M5;M6
Medo das sequelas da	M5;M20

sífilis neonatal	
Familiar soropositivo HIV	M5;M8
Violência familiar	M4;M5;M9
Medo da separação	M5;M14
Achar que era imune	M5;M10;M12;M17;M19
Sofrer com tratamento do bebê	M5;M8;M11;M17;M20
Dor emocional	M5;M13
Momento do parto	M5
Falta de apoio	M5;M14;M15
Tratar sífilis para criar a filha	M6
Mudança de rotina	M6;M9;M10;M16;M17;M19;M20
Desconfiança no pré-natal	M7
Apoio profissional	M8;M10; M11;M13;M17;M18;M20
Você tem sífilis, então você está grávida	M9,M12
Muitos casos de IST na cidade	M9,M11;M12;M19

Após a codificação, foi realizada uma nova leitura das entrevistas impressas, em sua íntegra, comparando os depoimentos com as unidades temáticas. A partir disso, foi identificada a possibilidade de descobrir novos temas e de realizar os agrupamentos das unidades temáticas. Após esse exercício, pode-se chegar a três AGRUPAMENTOS que são chamados, aqui, de RE-CODIFICAÇÃO.

PRIMEIRO AGRUPAMENTO: (Des)conhecer a sífilis/A descoberta da sífilis/ Educação em Saúde para IST/HIV/ Sinais e sintomas da sífilis/ Dr. Google/ Formas de transmissão/ Sentimentos de ter sífilis/ Justificando a sífilis/ Você tem sífilis, então você está grávida/ Transgeracionalidade da sífilis/ sífilis não é grave/ Achar que era imune/ Dor emocional/ Muitos casos de IST na cidade.

SEGUNDO AGRUPAMENTO: A confiança que tinha no parceiro/ Comunicar o parceiro/ Relacionamento com o parceiro/ Fazendo a vontade do parceiro/ Receio da família/ Medo de IST/HIV/ Apoio familiar, amigos, parceiro/ Falta de apoio/Medo da separação/ Isolamento/ Preconceito/ Violência familiar/ Responsabilidade da sífilis/ Medo das outras pessoas saberem da sífilis/ Quebrando preconceito/Familiar soropositivo HIV/ Trocando experiências.

TERCEIRO AGRUPAMENTO: Tratamento: facilidades x dificuldades/ Mudança de Rotina/ As dúvidas/ Desistir do tratamento/ Dúvidas no tratamento/ Cuidando de si/ (Não)tratamento do parceiro/(Des)uso do preservativo/Cuidado para prevenir a sífilis/ Apoio profissional/ Dificuldade de comunicação/ Incentivo para o tratamento/ Medo das sequelas da sífilis/ Tratar sífilis para criar a filha/ Momento do parto/ Desconfiança no pré-natal/ Sofrer com tratamento do bebê/ Medo da sífilis neonatal/ Apoio profissional/ Não gostar de ir ao Programa DST/HIV/ (Não)gostar de ir ao Programa DST/HIV/ Medo de contaminar o outro/Profissionais sabem o que é melhor/ Cuidado cultural.

Após o agrupamento foi realizada nova leitura, que chamamos de SÍNTESE, onde emergiu uma emergiram duas grandes categorias com subcategorias:

1ª CATEGORIA ANALÍTICA: O Itinerário Terapêutico de Mulheres com Sífilis: do (Des)Conhecimento da Doença até as Escolhas para o (Não)Cuidado com a Saúde.

- A entrada no Sistema de Cuidado a Saúde: Construindo o Itinerário Terapêutico para a Sífilis.
- As primeiras decisões são efetuadas: Trilha de interações sociais e culturais

2ª CATEGORIA ANALÍTICA: A singularidade no Itinerário Terapêutico de Mulheres com sífilis.

- O Tratamento: Estratégias de escolha, avaliação e aderência às formas de tratamento.
- O Cuidado Cultural: Respostas Adaptativas para Solução da Sífilis.

CAPÍTULO 6

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DEPOIMENTOS

A trajetória de aproximação com o objeto de pesquisa deu-se por meio da leitura das entrevistas que teve como fio condutor, o ponto de vista da mulher sobre o tratamento da sífilis. O agrupamento dos discursos em categorias forneceu elementos para o conhecimento sobre a construção do itinerário terapêutico de mulheres com sífilis.

O referencial teórico adotado se fundamenta no conceito de itinerário terapêutico e no modelo de Sistema de Cuidado à Saúde de Athur Kleinman e na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger inter-relacionando-os além da dimensão biológica, as dimensões sociais e culturais.

Para melhor compreensão do leitor apresentar-se-á a discussão em duas categorias. A primeira categoria aborda a compreensão em torno de instrumentos que ajudará a perceber a entrada no Sistema de Cuidado à Saúde para a construção do itinerário terapêutico, com o intuito de interpretar a realidade social e buscando entender o mundo das interações humanas na construção do itinerário terapêutico de mulheres com diagnóstico de sífilis. A segunda categoria discorre sobre a prática clínica nos ambientes sociais individuais, incluindo as escolhas e avaliações para os tratamentos como reflexos da realidade social e individual. Aborda-se-á também o cuidado cultural, delineando e discutindo a cultura popular com os tratamentos alternativos.

1ª CATEGORIA ANALÍTICA: O Itinerário Terapêutico de Mulheres com Sífilis: do (Des)Conhecimento da Doença até as Escolhas para o (Não)Cuidado com a Saúde.

Nesta categoria abordar-se-á a descoberta da sífilis, o (des)conhecimento sobre a doença, os sintomas, os sentimentos, a transgeracionalidade da doença na família. Segundo Kleinman (1980) a compreensão em torno desses instrumentos ajuda a compreender a entrada no Sistema de Cuidado à Saúde para a construção do itinerário terapêutico na tentativa de soluções para os problemas humanos criados pelas doenças, que, no caso desta investigação, é a sífilis.

Será discutido também o apoio/falta de apoio familiar, o preconceito que às mulheres vivenciaram, a conversa com o parceiro, o receio da separação conjugal, e o

isolamento por estarem com sífilis. Esta construção se dá no intuito de interpretar a realidade social, buscando entender o mundo das interações humanas, onde o social e o cultural se relacionam para a construção do itinerário terapêutico (KLEINMAN, 1980).

O perfil das informantes, influenciou nesta interpretação, uma vez que as características individuais determinaram o modo como vivenciaram o processo de saúde e doença, principalmente quando se trata da sífilis, doença com inabalável sentimento de preconceito.

1.1- A entrada no Sistema de Cuidado à Saúde: Construindo o Itinerário Terapêutico para a Sífilis.

A doença é uma experiência humana, compreendida como a forma pela qual os indivíduos vivenciam seu mundo e não se minimiza a sua capacidade de construir símbolos e representações, feitas a partir de processos cognitivos. A experiência diz respeito à esfera prática do fazer e agir, do mundo da vida cotidiana e do senso comum. O conceito de experiência da doença refere-se à forma como os indivíduos se colocam diante de uma determinada situação de enfermidade, que nesta investigação é a sífilis, em um processo intersubjetivo de construção de significado (ALVES, 2015).

Kleinman (1980) propõe a diferenciação entre duas dimensões da doença (*sickness*): a patologia (*disease*), entendida como alterações ligadas ao biológico e ao psicológico individual, e a enfermidade (*ilness*), relacionada à maneira como o processo de adoecimento e desconforto é vivenciado, representando reações, percepções e significações pessoais e culturais.

Os antropólogos Kleinman e Leininger consideram saúde, doença e cuidado como um sistema cultural, que precisam ser compreendidos em suas mútuas relações, interligando-os ao social e aos cenários ambientais culturais. Crenças e comportamentos que envolvem a saúde, a doença e o cuidado devem ser entendidos através do conjunto de regras socialmente adotadas (KLEINMAN, 1980; LEININGER & MCFARLAND, 2015).

As mulheres que receberam o diagnóstico de sífilis buscaram explicações e anseiam por alívio de seu sofrimento, escolhendo entre o que faz sentido no seu ambiente cultural. Em muitos casos, a descoberta da doença foi permeada de muitas dúvidas, pois desconheciam o agravo.

Quando eu descobri que eu estava com sífilis eu estava entrando numa firma para trabalhar e eu tive que fazer esse exame, estava 1 para 16 que dá bem no início né? (M2).

Eu não conheço. Pior que eu não conheço. Eu nem sei o que é sífilis na verdade, eu sei que o médico falou comigo: 'você está com sífilis' (M3).

Quando eu cheguei lá deu no exame, ai eu peguei cheguei lá chorando desesperada, a médica falou assim: '- Ah você está com sífilis.' Mas não explicou sífilis como é isso (...) Ai eu fiquei meio assim, falei: '- Gente, que doença é essa?' (M11).

Das participantes do estudo somente uma (M9) passou por uma sessão de aconselhamento no momento do diagnóstico. A descoberta foi em outubro de 2015 através de uma campanha de rua em comemoração ao Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita (BRASIL, 2015) que acontece no terceiro sábado do mês de outubro. Esta atividade, a época foi realizada pelo CTA em parceria com o projeto de extensão que coordeno, e que é vinculado a UFRJ-Campus Professor Aloísio Teixeira, denominado “Nasceu e agora? Educação em Saúde para o cuidado materno com o bebê”. Com a colaboração de 10 alunas do Curso de Graduação em Enfermagem e Obstetrícia que integram o referido projeto, realizamos aconselhamento e testagem rápida para a sífilis, como uma das atividades de educação em saúde.

Ah, eu passei no posto e vi uma campanha, ai minha irmã me chamou pra fazer (...) ai eles mandaram buscar meu documento que eu estava sem, eu fui em casa busquei meu o documento para poder buscar o resultado, ai ela sentou na mesa e conversou comigo, disse para mim que eu estava com sífilis, ai eu fiquei chorando com medo pensando que não tinha cura (M9)

As outras 19 mulheres não receberam aconselhamento pré-diagnóstico e nem pós-diagnóstico para a sífilis, sendo uma falha no atendimento de saúde, podendo ter prejudicado a adesão delas ao tratamento, pois o impacto do diagnóstico sem o devido acolhimento pode afastá-las do subsistema profissional para o cuidado com a saúde. Kleinman (1980) e Alves (2015) citam que para a construção do itinerário terapêutico é necessário que o indivíduo tenha informações sobre a sua saúde e as implicações da

doença que o acomete, pois, a falta de esclarecimento provoca atitudes que dificultam o processo de cura e prevenção da doença.

Mediante o aconselhamento é que o profissional de saúde mostra-se atento às situações conflituosas vivenciadas pelos usuários na descoberta da infecção sexualmente transmissível. Através do estabelecimento de uma relação de confiança é que se desenvolve a habilidade de comunicação, sensibilidade às demandas do indivíduo e permissão de expressão dos seus sentimentos; evitando atitudes moralistas de juízo de valor e abstendo-se, durante o atendimento, de expressar seus próprios desejos, reações e inclinações (PUPO, AYRES, 2013).

Com o acolhimento adequado no momento do diagnóstico, no intuito de esclarecer as dúvidas das mulheres sobre a sífilis, os profissionais devem permitir que elas tenham o controle sob sua saúde, e então partilhem a responsabilidade pelo êxito do tratamento. Também nesta etapa pode-se observar se compreenderam a informação e o quanto a leva em consideração, além de provocar reflexão das consequências positivas do tratamento e negativas, se não houver adesão (PUPO, 2013).

O contato acolhedor no diagnóstico é relevante porque um dos fatores envolvidos no momento da descoberta da sífilis é a absorção da realidade social como um sistema de significados simbólicos – estar com sífilis: uma infecção sexualmente transmissível – conflitando com normas que governam seu comportamento, sua percepção de mundo, sua comunicação com os outros e seu entendimento tanto do ambiente externo, como seu próprio espaço interno durante as primeiras escolhas para a construção do itinerário terapêutico (KLEINMAN, 1980, ALVES, 2015).

Reflete-se então que o conflito formado pelo diagnóstico sem o devido acolhimento com aconselhamento pode dificultar as negociações no processo de escolhas para o itinerário terapêutico e, conseqüentemente, influenciar no cuidado com a saúde e no processo de tratamento para a sífilis.

As mulheres M1 e M3 citam que sentiram falta no momento do diagnóstico do contato mais próximo com o profissional de saúde. Alguém que pudesse escutá-las e tirar suas dúvidas.

Eu acho que para mim seria como, igual à senhora está fazendo agora falando comigo, me dando todos os prós e os contras, falando do modo de prevenção, essa conversa (M1).

Eu quero que os médicos me expliquem mais sobre, se isso foi pegado pelo sexo, não sei como é que é isso vem na gente. Não

sei, eu quero saber se isso pegou pelo sexo, ou é pelo sangue mesmo que vem (M3).

Através do capacitador Observação-Participação-Reflexão (OPR) e da análise das entrevistas percebi que quando as mulheres recebem o diagnóstico de sífilis fora do Programa Municipal DST/AIDS, não há diálogo para explicar sobre o agravo. Ou seja, profissionais, seja do seguimento público ou privado, possuem a rotina de encaminhá-las para o tratamento supondo que neste serviço ela será orientada, conforme relato de M7.

Lá mesmo no hospital. Fizeram o procedimento, ai depois falaram “você precisa fazer acompanhamento lá no DST. Se informar pergunta tudo se tiver qualquer dúvida, tudo eles vão te informar lá” (M7).

Porém, P5 informa que às mulheres são esclarecidas, mas como muitas já vem referenciadas de outro local com o diagnóstico em mãos, não há uma sessão de aconselhamento detalhada.

Elas já vem de fora, daí já se pensa que elas conhecem a doença, porque a porta de entrada não foi aqui. Já quando o diagnóstico é feito aqui, o aconselhamento tem esse papel (P5).

Pondero que os esclarecimentos sobre a sífilis não podem ser realizados dentro de processos que necessitam de um momento único, ou seja, no momento do diagnóstico ou na alta do serviço de saúde, o aconselhamento/orientação deve ser realizado em várias sessões, durante todo o curso do tratamento. É pela educação em saúde (individual ou coletiva) que se pode deparar com as questões trazidas pela sífilis, a manutenção, prerrogativas éticas que reforçam e estimulam a adoção de medidas preventivas para a IST. Cárdenas (2014) reforça que é através das ações educativas que surge também a oportunidade de orientar os indivíduos no caminho da cidadania e da plena utilização dos seus direitos, principalmente quando se trata de uma IST. É importante atentar para qual público a orientação é repassada, pois os esclarecimentos devem ter simetria e clareza para melhor compreensão das informações, como sugere M1.

Essa conversa de médico que ninguém entende, o médico só vai conversar como um médico. Às vezes eles acham que o paciente é médico e falam como médico e não é assim! E eu só queria que alguém me ouvisse da forma como eu penso (M1)

Ou seja, identifica-se também a dificuldade que às mulheres têm para entender a linguagem científica usada pelos profissionais de saúde. Para Bellenzani, Nemes, Paiva (2013) existe a necessidade do preparo de todos os profissionais de saúde para melhor interação por meio da comunicação adequada com o público, da utilização de terminologia de acordo com o nível de escolaridade de cada um, do respeito aos valores culturais e linguagem, para que se sintam apoiadas e informadas.

Araújo e Silva (2012) esclarecem que a comunicação adequada é quando se consegue usá-la para diminuir conflitos e desentendimentos para atingir objetivos definidos, a fim de solucionar problemas detectados na interação com o indivíduo. A comunicação como um processo de compreensão entre as mensagens enviadas e recebidas que pode influenciar no comportamento das mulheres com sífilis a curto, médio e longo prazo, deve ser empregada de forma adequada e de fácil compreensão sem banalização, para que a ansiedade presente no momento do diagnóstico seja exteriorizada de forma a não aumentar a intensidade do sentimento.

Apesar desta investigação não ter o foco da sífilis na gestação e no período neonatal, é impossível não apontar que 11 mulheres iniciaram o itinerário terapêutico para a sífilis no ciclo gravídico puerperal. Dessas, seis receberam o diagnóstico na consulta de pré-natal e cinco só descobriram a sífilis na maternidade após situação de abortamento ou de parir neomorto.

Na gravidez da minha filha, de três para quatro meses de gravidez, na minha última filha. Foi complicado [choro] foi um transtorno (M5).

Bom, se eu não tivesse engravidado eu acho que nem saberia que eu tinha sífilis porque eu nunca fui de fazer exame assim. Já fiz só exame de sangue, fezes e agora de sífilis, daí eu engravidei, aí que deu que eu tinha sífilis, só que não conheço nada sobre sífilis, nada (M8).

Fiquei preocupada, porque eu estava grávida... de seis meses, aí ela me falou. Fiquei triste né? (M20).

A nível nacional foi notificado no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de 2005 a junho de 2016, um total de 169.546 casos de sífilis em gestantes, dos quais 42,9% foram casos residentes na região Sudeste, 21,7% no Nordeste, 13,7% no Sul, 11,9% no Norte e 9,8% no Centro-Oeste. Chama a atenção que os registros indicadores da sífilis são compatíveis com característica de epidemia

generalizada, conforme observado pelas altas taxas em todos os Estados brasileiros (BRASIL, 2016).

Além dos altos índices, o que mais preocupa é que das seis mulheres que descobriram a sífilis durante o acompanhamento de pré-natal, nenhuma conseguiu evitar a transmissão vertical. Seja por terem começado tardiamente o pré-natal, ou pela demora no resultado dos exames, ou pelo não comparecimento nas consultas, ou pelo desuso do preservativo durante as relações sexuais com parceiro não tratado.

Para Araújo, Fernandes, Cavalcante e Medeiros (2013) este último fator está relacionado às questões de gênero que expressam o caráter social da dominação do sexo e influenciam a constituição do indivíduo e no conjunto de relações, atributos, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher. Os papéis de masculinidade e da feminilidade são marcados por desigualdades históricas de poder e implicam num forte impacto nas condições de saúde feminina, visto que a vulnerabilidade feminina no Brasil está relacionada, mais à discriminação de gênero, do que com fatores biológicos (BRASIL, 2004; 2009; CAMPOS, 2015).

Apesar da distinta organização social entre homens e mulheres que define padrões diversos de adoecimento, e ainda que se observe uma progressiva ampliação da cobertura da testagem de gestantes para detecção da infecção pelo vírus HIV, o mesmo não se pode constatar em relação ao diagnóstico da sífilis. O exame de VDRL em alguns locais do Brasil demoram em torno 30 dias para ficar pronto, como se observa no relato de M4, a adesão e frequência das gestantes nas consultas de pré-natal é baixa, conseqüentemente, perduram inaceitáveis registros de sífilis congênita, evento que há muito poderia encontrar-se banido dos registros nosológicos do País (CHEQUER, 2012).

Com uma semana eu já tinha feito os exames de sangue, aí demorou um mês para conseguir pegar o resultado porque no SUS demora, então esperei um mês (M4)

Uma medida importante seria a descentralização do teste rápido para a triagem de sífilis nos locais que atendem mulheres e realizam acompanhamento de saúde no município de Macaé, pois no caso do teste rápido positivo o tratamento deverá ser iniciado logo após o resultado, concomitante com o parceiro, enquanto aguarda o exame confirmatório (VDRL) e para o acompanhamento da infecção após tratamento. Apesar de em outros locais do País o teste rápido já ser ofertado de forma descentralizada, no município de Macaé é realizado somente em alguns locais de atendimento de saúde –

Hospital Municipal de Macaé (somente para pessoas internadas) e no Programa Municipal DST/AIDS, dificultando o acesso da população à testagem rápida.

Vale ressaltar que a diretriz nacional voltada para o controle da transmissão vertical da sífilis foi adotada pelo país ainda na década de 1990, sem, todavia, ter alcançado até o momento os resultados pretendidos. Para tanto, faz-se necessária a expansão de cobertura em âmbito nacional, do Programa Rede Cegonha, lançado pelo Governo Federal em 2011 que tem como um dos objetivos o controle da transmissão vertical da sífilis (CHEQUER, 2012; CARNEIRO, 2013).

Em relação às cinco mulheres que descobriram a sífilis na maternidade após situação de abortamento ou de parir neomorto, foi porque ou não fizeram todas as consultas de pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde ou por leitura equivocada (interpretação de resultado) do exame de VDRL, que pode ser considerado um ato de negligência. Cogita-se que essas mulheres estejam dentro da estatística nacional, pois segundo Oliveira, Figueiredo (2011) espera-se que até 40% das mulheres grávidas portadoras de sífilis primária ou secundária não tratada apresentem perda fetal.

Depois que perdi o neném, minha mãe desconfiou e me trouxe aqui no DST (M10).

Só descobri mesmo quando perdi meu filho (...) aí fiquei internada, aí quando eu tomei alta que eles vieram com a injeção para dar e falaram. Eu não sabia o que era (M16).

Vai fazer cinco meses. Eu estava grávida de sete meses e perdi o neném, aí pediram o exame de sangue e quando foi ver, foi por causa da sífilis (M15).

Em 2015, foram notificados 19.228 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, a maioria dos quais (42,6%) residiam na região Sudeste, seguida pelo Nordeste (30,0%), o Sul (14,3%), o Norte (7,4%) e o Centro-Oeste (5,8%). Segundo Vasconcelos, Guimarães, Magalhães, Oliveira, Linhares, Albuquerque, et al (2016) esses casos poderiam ser evitados por meio dos recursos disponíveis (testagem rápida para triagem), informações pertinentes, tratamento concomitante do parceiro atrelado à assistência pré-natal de qualidade (BRASIL, 2016).

Considera-se a assistência pré-natal adequada, aquela iniciada até a 12^a semana gestacional, com a realização de, no mínimo, seis consultas, registro no cartão de pré-natal de, pelo menos, um resultado de cada um dos exames preconizados na rotina de

pré-natal e o recebimento de orientação para maternidade de referência (DOMINGUES, HARTZ, DIAS, LEAL, 2012).

O número de consultas realizadas durante o pré-natal está diretamente relacionado à melhores indicadores de saúde materno-infantil. Existem evidências consistentes de que a assistência pré-natal rotineira previne a morbimortalidade materna e perinatal, pois permite a detecção e o tratamento oportuno de afecções, além de reduzir os fatores de risco que trazem complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido (DOMINGUES, HARTZ, DIAS, LEAL, 2012).

Neste estudo, encontrou-se a baixa adequação ao pré-natal relacionada a importantes desigualdades relacionadas aos Determinantes Sociais da Saúde³: mulheres adolescentes, gravidez não planejada, pretas, com menor escolaridade, pertencentes a classes econômicas mais baixas. Em estudo recente realizado por Domingues, Viellas, Dias, Torres, Theme-Filha, Gama, et al (2105), a baixa adesão ao pré-natal também foi mais frequente em mulheres não-brancas, adolescentes e naquelas com menor escolaridade.

Um estudo anterior demonstrou que os principais fatores associados à baixa adesão e ao início tardio da assistência de pré-natal no país são a dificuldade de diagnóstico da gravidez, questões pessoais e barreiras de acesso, sendo o início tardio prejudicial para o diagnóstico precoce e o tratamento para a sífilis (VIELLAS, DOMINGUES, DIAS, GAMA, THEME FILHA, 2014).

Observa-se que é comum o entendimento de que basta se disponibilizar os serviços de saúde que o seu acesso se dá concomitantemente. Porém, isso nem sempre ocorre, pois, o acesso a esses serviços no Brasil está fortemente vinculado a problemas econômicos e geográficos, sendo que este último, não significa somente dificuldades topográficas naturais, como as distâncias entre o domicílio e o local onde serviços de saúde são disponibilizados, agregam-se aqui a oferta de transportes públicos, o custo, o tempo de viagem e o contexto familiar (ARAÚJO, GOMES, BRASIL, 2014).

Entende-se que na construção do itinerário terapêutico é fundamental o acesso à saúde de forma igualitária, inclusiva, além do direito a informação. Campos (2015) cita que esta última característica deve nortear o trabalho da enfermagem que é marcado por dupla identidade: a de educador e a de trabalhador da saúde. Apesar de M7 ter realizado mais de seis consultas de pré-natal e todos os exames solicitados, não lhe foi comunicado sobre a sífilis. Ela só foi saber que tinha a doença após parir neomorto com

³Determinantes Sociais da Saúde (DSS) é entendido como as desigualdades recorrentes das condições em que as pessoas vivem e trabalham. Os DSS incluem condições culturais, socioeconômicas e ambientais de uma sociedade. Estes possuem relação direta com as condições de vida, trabalho, habitação, saneamento, serviços de saúde e educação, incluindo-se redes sociais e comunitárias (OLIVEIRA, SILVA, OLIVEIRA, 2013).

39 semanas em fevereiro de 2016, mas no momento da entrevista ela possuía em mãos exame datado de dezembro de 2015 com VDRL acusando titulação de 1:16.

Não comunicaram nada! No hospital falaram: 'oh V., seus exames estão aqui. Desde o começo do seu pré-natal, já falou aqui que você está!', eu falei: 'mais lá [no pré-natal] não me informaram nada, eu sabia que estava com infecção de urina e anemia, mas essa doença não'. (...) Ah, porque na hora assim que eu fui saber, foi na hora do momento tudo junto! (...) Já me falaram logo de cara que ela estava morta a bebê. (...) Ai quando eu sai da sala de cirurgia já falaram que eu estava com sífilis, ai na hora eu falei: 'o que é isso?' (...) Até agora não entendi direito, foi tudo num momento só. Então se eu tivesse descoberto durante a gravidez, tivesse o tratamento, às vezes saberia certinho (M7)

A história das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressa frustrações, discriminação e violação dos direitos à saúde (BRASIL, 2009). O artigo 196 da Constituição Federal cita que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

O não cumprimento dos direitos à saúde mediante a Constituição Federal de 1988 influenciou na vida da mulher M7 que não teve acesso à garantia de diagnóstico e tratamento ao seu problema de saúde e por isso não foi capaz de percebê-lo de forma integrada para refletir sobre como a sífilis interferiria na sua vida familiar. Com este ato de negligência, não foi lhe oferecido a oportunidade de construir o itinerário terapêutico no intuito de identificar soluções adequadas a sua realidade social junto ao profissional de saúde, por não saber que estava com sífilis.

Para Souza, Ramos, Melo e Amaral (2012) as políticas de saúde no país apesar de terem como marco fundamental a promoção da saúde e a atenção humanizada, ainda possui dificuldades na pactuação das diferentes esferas do Sistema Único de Saúde (SUS). Há descuido e falta de compromisso na assistência ao usuário. O desafio é fazer a indissociabilidade entre qualidade da atenção e humanização, entendendo que qualidade exige muito mais do que a resolução dos problemas ou disponibilidade de recursos tecnológicos; e humanização é muito mais do que tratar bem, delicadamente, e

de forma amigável. Essas premissas devem ser tidas como estratégias de interferência no processo de produção de saúde, levando em consideração que os sujeitos quando mobilizados são capazes de transformar realidades, transformando a si próprio este processo (BRASIL, 2009; CAMPOS, 2015).

A capacidade de transformar realidades deveria ser reflexão importante também no campo da organização do cuidado e na atuação da enfermagem no trabalho coletivo para colaborar na construção do itinerário terapêutico das mulheres e assim favorecer a queda das taxas de sífilis, mas primeiramente deve ser garantida a oportunidade da informação para o cuidado com a saúde, como questiona M7:

Horrível. Podia ter procurado tratamento né? Podia estar tudo melhor agora. Mas não me deram essa chance. Nem para minha bebê. (M7)

Atuar a partir da organização do cuidado e no trabalho coletivo pressupõe-se uma nova concepção sobre os próprios sujeitos e valorização da dimensão cultural que envolve o processo de viver. Assistir com integralidade inclui, entre outras questões, conceber a mulher como sujeito social capaz de traçar projetos próprios de desenvolvimento (SOUZA, RAMOS, MELO, AMARAL, 2012; LEININGER & MCFARLAND, 2015). Esta oportunidade então não foi dada a M7 que teve uma gestação interrompida por falta de acesso à informação do seu estado de saúde e, conseqüentemente, de cuidado.

Kleinman (1978) e Alves (2015) dizem que as escolhas do itinerário terapêutico se iniciam na descoberta de um diagnóstico. Neste caso, as mulheres ao saberem do diagnóstico de sífilis primeiramente adentraram no Subsistema Popular, que é baseado no senso comum, longe de recomendações profissionais e especializadas. Neste subsistema é onde há a busca de informação sobre a doença e as primeiras decisões são efetuadas, dando início ao processo terapêutico.

O primeiro passo para efetuar escolhas, é conhecer a doença a partir do contexto ambiental onde elas tomam forma, pois cada contexto possui características próprias e especificidades. Percebi durante a análise das entrevistas que ‘estar com sífilis’ reflete a atual conjuntura social, econômica, política e cultural do país. Ou seja: ela não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Segundo Leininger & Mcfarland (2015) a expressão da doença dependerá da época, do lugar e da classe social. Dependerá também de valores individuais, concepções tecnológicas, religiosas e filosóficas. Concordo com esta teórica quando cita que as crenças e as práticas de cuidado em saúde

nascem e se desenvolvem no contexto social, influenciam-se mutuamente e fazem parte da dinâmica que proporciona a adaptação do ser humano ao seu entorno por meio da cultura.

O contexto social e cultural em que as mulheres desenvolveram seu conhecimento para a sífilis é diverso. Há mulheres que receberam informações prévias através de educação em saúde nos bancos escolares ou nas empresas que trabalham como aconteceu com M1, M2 e M10.

Engraçado que dois meses atrás no meu serviço teve uma palestra sobre todas as doenças e eu já estava me sentindo incomodada com uma verruga mais eu achei que não seria nada demais, ela mostrou todos os contras e prós sobre a sífilis, de todas as doenças (M1)

Isso eu aprendi na escola a partir da quinta série porque nós tínhamos aula de doenças sexualmente transmissíveis (M2)

Também foi um grupo de negócio da saúde na minha escola e conheci isso sobre essas coisas (M10)

É importante refletir sobre como a educação em saúde tem sido transmitida, pois apesar de abordar a IST e seus sintomas, a informação não foi clara. Quando a informação não promove esclarecimentos adequados, pode gerar confusão de conceitos, e dificuldades em sanar as dúvidas, como cita M1.

Mas depois quando aconteceu à palestra lá no meu serviço a moça falou que não é bem assim não, que não doía, que era um caroço, que era tipo uma bolha [...] que aparece e depois ela some, depois passa para outro estágio, aí a pessoa tem a ilusão de que melhorou e não é bem assim, a verdade é que a doença acho que é leve, ela é de nível. Essas coisas assim acho que na rede pública exagera para gente não ter nada mesmo [risos] (M1)

Ainda que diante de informações contraditórias, essas três mulheres, no momento que receberam o diagnóstico de sífilis, buscaram o seu significado em experiências educativas, e isto é explicado por Paulo Freire quando explica que a educação é diálogo, na medida em que não é transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados (FREIRE, 2007; FERNANDES, BACKES, 2010).

É necessário citar que nenhuma das mulheres entrevistadas referiu participação em educação em saúde sobre sífilis durante o acompanhamento de saúde do Programa DST/HIV. O que é confirmado pelos profissionais que ali atuam.

Até agora não tem não (P1).

Eu, por exemplo, nunca presenciei (P3).

A partir de então, juntamente com projeto de extensão “Nasceu e agora? Educação em saúde para o cuidado materno com o bebê”, iniciou-se com as alunas de enfermagem, atividades de roda de conversa sobre assuntos que envolvem a sífilis, com o público que espera as consultas pelo programa DST/AIDS, além do serviço de busca ativa pelo telefone para às mulheres que pariram seus filhos com sífilis congênita, notificadas no Hospital Público de Macaé, com marcação de consulta com a enfermagem para a continuidade do tratamento.

Tal prática almeja mudança sobre o cuidado com a saúde, pois se entende que a educação em saúde deve ser um recurso metodológico que tem a possibilidade de se inserir no campo da saúde comunitária, numa busca pela Educação Popular em Saúde, na qual o diálogo, o envolvimento político, a reflexão crítica e a autonomia cidadã são promovidos (FERNANDES, BACKES, 2010).

Para Fernandes, Backes (2010) é válido ressaltar que educação em saúde com fronteiras ampliadas deve abranger políticas públicas, ambientes adequados e orientação para manutenção da saúde, sendo um processo complexo que envolve toda uma população estando ela saudável ou não. Quando articuladas intersetorialmente e com envolvimento multiprofissional e multidisciplinar, devem ser estimuladas para que abordem vários campos de saberes com o objetivo de solucionar dúvidas específicas dos indivíduos e desmistificar o tema das IST.

Apesar de entrevistar somente mulheres que estão no processo do tratamento para a sífilis ou que já terminaram, observa-se um vasto desconhecimento sobre a doença como observado nos depoimentos:

Eu não sei muito sobre sífilis não, até agora eu não sei o que é. Eu sei que eu tenho mais eu não sei o que é [risos]. (...)Eu sei que o médico falou comigo: ‘você está com sífilis, vamos tratar com as benzetacil[®]’, mas eu até perguntei ele agora no consultório: ‘doutor esse negócio de sífilis que você falou que eu tenho, que eu nem sei o que é’, ele até falou: ‘tem uma moça ali que ela vai te explicar’ [eu] (M3).

Até agora mesmo não sei certinho assim o que ela é. Eu sei que é através do sangue né? (...) Porque que eu peguei ela, como? Eu não sei. (M7)

Até hoje ninguém me explicou, entendeu? Como que é (...) até hoje a médica não me explicou como que é, como que é essa doença (...) Até hoje eu fico em casa querendo saber como que é, como que é essa doença, entendeu? (M11)

A mulher M3 que descobriu a sífilis em novembro de 2015 também faz acompanhamento clínico e ambulatorial da infecção por vírus HIV, porém até o momento da entrevista ela não tinha sido esclarecida sobre a sífilis. Ela já fez uso da penicilina benzatina mas não sabia por que estava tratando, ou seja, há seis meses (entrevistei e a esclareci em 09/05/2016) permeavam as dúvidas sobre seu estado de saúde e eu, que não faço parte da equipe de atendimento da Instituição (Programa Municipal de DST/HIV), fiquei com a responsabilidade de esclarecê-la, no entanto me senti constrangida, porque eu não sou uma “moça”. Sou uma profissional de saúde, enfermeira e docente de enfermagem que, apesar de não trabalhar no local, eu estava participando de atividades da rotina como pesquisadora.

É importante ressaltar que a conduta de um profissional quando se refere ao outro deve ser respeitosa, uma vez que as relações interpessoais no ambiente de trabalho consistem em processos que permite mutualidade, ou seja, o convívio e as trocas humanas, sendo elas de cunho técnico, teórico ou de experiências cotidianas, e isto se torna relevante na operacionalização do trabalho em equipe (FERNANDES, THOFEHRN, PORTO, AMESTOY, JACONDINO, SOARES, 2015).

Todavia, como me encontrei com M3 após o atendimento médico, e apesar de já ter passado seis meses do diagnóstico, tirei suas dúvidas, mas foi inevitável pensar: E se eu não estivesse aqui? Ela ia voltar para a casa sem ser esclarecida novamente?

Penso que mais do que tratar, orientar sobre os eventuais riscos de uma reinfecção é fundamental, principalmente para aquela população que também possui o vírus HIV, a fim de instituir estratégias cabíveis em prol do acompanhamento sorológico para comprovação de cura da sífilis. É importante citar que as mulheres que possuem o vírus HIV somente são atendidas pelo médico infectologista do Programa Municipal DST/AIDS, não havendo, portanto consulta de enfermagem. Outra situação é que nem todas às mulheres atendidas para tratamento e acompanhamento da sífilis, possuem o contato com a enfermagem. Dependendo dos agendamentos, salvo situações

específicas, as mulheres ou ficam somente em acompanhamento médico ou somente em acompanhamento com a enfermagem, como esclarece P1.

Algumas mulheres, certamente, vão passar pela enfermagem, como as PS [Profissionais do sexo], outras mulheres, como as que possuem HIV passam com o médico, devido a complexidade, e dependendo da agenda da gente a gente vai alocando, ou médico, ou enfermeiro, no caso só da sífilis (P1).

Compreendo que a assistência multiprofissional com ações integradas em saúde é preconizada pelas políticas públicas que regem o sistema de saúde do Brasil, porém torna-se um processo complexo quando se observa os fluxos de atendimento nos estabelecimentos de saúde. A mulher M3 e as outras que fizeram parte do estudo e que não tiveram abordagem com a enfermagem, poderiam ter sido encaminhadas para a consulta com este profissional, que tem como principal pilar o cuidado humano (SOUSA, TORRES, PINHEIRO, PINHEIRO, 2010), e assim poderia se utilizar do contato mais próximo, realizando ações de esclarecimentos sobre o agravo da sífilis e assim destacando a possibilidade de reinfecção e os caminhos para a cura.

Nesses termos, Oliveira e Figueiredo (2011) acreditam que uma abordagem baseada em esforços voltados para a orientação da mulher, por parte do profissional enfermeiro possa contribuir de maneira decisiva para a realização de ações eficazes para o combate da sífilis, e que devem ser implementadas em uma relação harmoniosa e ética, sustentada no compromisso com a segurança do cliente e com a resolução de seus problemas.

Houve também aquelas mulheres que relacionaram a sífilis com outros agravos, tais como: infecção urinária, condiloma, quedas de cabelo, enfraquecimento dos ossos, fraqueza muscular e até com pelo encravado. Segundo Leininger & Mcfarland (2015) isto é resultado da dinamicidade cultural e da recepção das influências externas, resultantes do contato de um sistema cultural inter-relacionado, pois através dos seus contextos ambientais as mulheres possuem uma imagem do agravo. Esta imagem que a mulher faz do seu problema de saúde influencia no itinerário terapêutico, pois assim poderá estabelecer critérios ou meios para buscar ajuda profissional, ou permanecer no subsistema popular.

Achei que fosse algum pelo encravado (...) só que se agravou. Só que as manchas estavam na palma da mão e do pé, e muito ressecada e tipo que estava descascando (M1).

Eu só apareci com uma infecção urinária (...)mas o médico disse que não tinha nada haver com a situação toda. Eu achei que fosse alguma coisa haver (M4).

Só estou lembrando da questão de cair cabelo e enfraquecimento dos ossos (M12).

As pessoas com problemas de saúde em busca de explicação, diagnóstico ou tratamento, anseiam por alívio de seu sofrimento e recorrem a diversas alternativas existentes, escolhendo entre o que faz sentido culturalmente. Isto faz parte de adentrar o Subsistema Popular onde se manifesta o ambiente cultural que compreende o indivíduo, a família e a rede social (KLEINMAN, 1980, LEININGER & MCFARLAND 2015; ALVES 2015).

Para compreender os itinerários terapêuticos das mulheres com sífilis é importante, portanto, que não se desconheça essa realidade, pois elas conversam com suas mães, seu parceiro, vizinhas, pessoas que já vivenciaram situações parecidas. Tal como aconteceu com M9 e M12, pois através de conversas com outras pessoas, elas achavam que a sífilis era uma doença exclusiva da gestação.

Disse que poderia está grávida, ai eu disse: 'grávida?' (M9).

Mas eu só achei que essa doença era só quando estava grávida, porque minhas amigas me falam às vezes essas notícias (M12).

Para os profissionais que atendem as mulheres com sífilis a relação da doença com a gravidez acontece porque este é o período em que elas estão mais preocupadas com a saúde, pois pensam na saúde do filho, como cita P6 e P7.

Quando elas chegam aqui com sífilis e não estão gestantes, há um susto. Elas relacionam sífilis à gravidez, somente. E se gesta, se preocupam né? Mas com o feto (P6).

Sífilis e gravidez na cabeça delas andam juntas. Tipo como se não pudesse estar com a doença sem estar gestando. Ai que vejo que elas se apavoram, porque pensam no filho (P7).

O fato é que a maioria dos programas preventivos para IST possuem como abordagem principal os relacionados às mulheres profissionais do sexo e para as grávidas, o que reflete na preocupação com o crescente número de crianças infectadas. Ou seja, a mulher só é vista pelo sistema de saúde e pelas estratégias preventivas para IST como reprodutora e durante o ciclo gravídico puerperal, pois não é rotina solicitação de VDRL nas consultas ginecológicas.

Isto pode ser justificado através de dados históricos, onde a saúde da mulher foi incorporada às políticas públicas nacionais de saúde no início do século XX cobrindo demanda relativa à gravidez e ao parto. Os programas relacionados à saúde materno-infantil elaborados na década de 1930, 1950, 1970 tinham uma visão restrita sobre a mulher: especificidade biológica imbricada com papel social de mãe e doméstica com responsabilidade da criação, educação e cuidados com a saúde dos filhos (BRASIL, 2004).

Outra característica histórica marcante das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher era a verticalidade com falta de integração com outras ações do governo federal. As metas eram elaboradas sem avaliação das necessidades de saúde da população local e o resultado destas ações fragmentadas foram os baixos indicadores de saúde da mulher (BRASIL, 2004).

Em 1984, a partir do movimento sanitário que embasaria a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) criou-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que incluía propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços bem como a integralidade e equidade da atenção. Este programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação através da atenção ginecológica, ao pré-natal, parto, puerpério, climatério, planejamento familiar, IST, rastreamento de câncer de colo de útero e mama, e outras necessidades identificadas a partir do perfil epidemiológico das mulheres (BRASIL, 2004).

No entanto, devido ao aumento das IST que segundo estimativa da OMS há mais de um milhão de casos de IST por dia no país (BRASIL, 2016), e atrelada com a iniciação sexual na adolescência cada vez mais precoce, constatada através da pesquisa realizada pela UNESCO com crianças e adolescentes de escolas do ensino fundamental e médio, (VANZIN, ALVES, CÂMARA, PALAZZO, ELICKER, NETO, 2013), deve-se refletir sobre o alvo do PAISM relacionado às IST, visto que as mulheres em idade reprodutiva não grávida são as mais negligenciadas e desinformadas pela rede de atenção a saúde. Apesar de ser público alvo nos assuntos sobre sexualidade e planejamento familiar, estão em risco crescente em relação às IST. Só quando grávidas essas mulheres são diretamente confrontadas com os riscos potenciais de se infectarem e, geralmente, no sentido da preocupação com as crianças que nascerão (WHO, 2011).

O acesso da mulher, em todos os ciclos da sua vida, as informações e aos serviços integrados de atenção a saúde adequados e com custos acessíveis foi um dos objetivos estratégicos da Declaração e na Plataforma de Ação Mundial de Pequim (1995) pautados 12 anos após a implantação do PAISM. Discute-se então que para assistir à mulher adequadamente, é necessário entender que não basta acolhe-la somente em determinado período de vida para que o serviço seja bem sucedido, há de se levar em consideração as especificidades de cada ser feminino, onde os aspectos culturais e modos de vida têm importância fundamental, e isto significa, muitas vezes, repensar práticas, valores e conhecimentos no processo de atenção à saúde (LEININGER & MCFARLAND 2015).

Baseados nisso e por intermédio dos depoimentos percebo as especificidades pelas quais a “doença” é vivida em diversos contextos culturais. Quando se referem à sífilis, as mulheres buscam sistemas de significado desse fenômeno, seja por meio de buscar entender como pegaram a bactéria, ou associar algum sintoma à doença. Elas elaboram suas interpretações, constroem sofisticados modelos explicativos, mas raramente a compreendem na prática. Por isso, conhecer os itinerários terapêuticos não se limita aos percursos pelo sistema de saúde oficial, mas conformam outros possíveis recursos terapêuticos acionados como, por exemplo, a internet (KLEINMAN, 1980, AMARAL, SOUZA, MELO, RAMOS, 2012; ALVES, 2015).

A internet também pode ser considerada parte do subsistema popular, pois dependendo do canal de busca, suas informações são baseadas no senso comum, longe de recomendações profissionais e especializadas. Neste subsistema é onde as primeiras decisões são efetuadas, dando início ao processo terapêutico (KLEINMAN, 1980, ALVES, 2015), pois elas buscaram visualizar o início dos sintomas, fisiopatologia, curso da doença e refletiram sobre a gravidade, agilizando e aderindo (ou não) ao processo terapêutico proposto por algum subsistema que compõe o Sistema de Cuidado à Saúde.

Apesar de todas as mulheres terem descoberto a sífilis em alguma instituição de saúde, 60% delas recorreram à rede de internet para ter informações detalhadas sobre a doença:

Eu pesquisei na internet que quando você tem sífilis você fica, tipo assim, você fica com uma doença, uma doença muito forte e você fica só deitada. Ela vai fazendo um rombo em você, vai comendo tudo parece né? Um bicho comendo tudo (M10).

No Google[®], pesquisei de tudo quanto é jeito porque eu me desesperei quando eu vi o exame (M12).

Porque eu não sabia o que era, eu comecei a pesquisar no telefone para ver se tinha cura, qual o remédio, o que era bom (M14).

Como as explicações sobre a saúde e a doença são socialmente construída, M16 foi orientada pela sua mãe a buscar os sintomas e curso da doença também através da internet, caracterizando medida de cuidado influenciado pelo subsistema popular.

Ela só pesquisou na internet, mandou ir lá ver quais são os sintomas com o passar do tempo (M16).

Para mulheres M1, M9, M15 a sífilis tomou forma através de imagens vistas no computador. Elas comparam as imagens vistas com os sintomas que experienciaram ou que poderiam experienciar, inclusive avaliando em si o estágio da sífilis.

Eu pesquisei, botei só sífilis porque eu queria ver as imagens também da doença. Aparece muita coisa da sífilis, queria ver se em mim estava assim (M1).

Diz que é através de um vírus, ai eu vi um bocado de pintinhas assim nas pessoas, as verrugas, fiquei pesquisando para ver se se tinha alguma coisa mais grave, se era avançado o meu (...) ai eu pesquisando mais não aconteceu isso comigo não, porque o meu era primário (M9).

Ah eu li tanta coisa, depois do terceiro estágio causa um monte de problema na vista, mas eu ainda não estava assim (M15).

Pressupõe que para compreender a saúde dos indivíduos e a forma como eles enfrentam a doença torna-se necessário analisar suas práticas (itinerários terapêuticos), a partir do contexto onde elas tomam forma. (KLEINMAN, 1980; ALVES 2015). Talvez se às mulheres tivessem passado por sessões de aconselhamento sobre a sífilis no momento do diagnóstico, teriam outra prática (itinerário terapêutico), que não fosse a internet, sanando suas dúvidas de maneira responsável, amenizando o sentimento de ansiedade, pois para M6, M13 e M15 a rede mundial de computadores possui informações confusas e muitas das vezes errôneas.

É que foi essa do gillete[®], a única que eu pesquisei na internet [Sobre a forma de transmissão] (M6).

Eu li uma vez na internet, mas internet é meio complicada. Cada artigo fala uma coisa, ai acaba confundindo a cabeça (M13).

Eu pesquisei na internet, mas na internet não explica direitinho o que é (M15).

Ao descrever o processo pelo qual os indivíduos transformam seu ambiente social e cultural em um campo de possibilidades, deve-se levar em consideração dois aspectos: a imagem do que poderá ser o curso futuro projetado da ação e a sua legitimação. Fundamentado em ações distintas, voltadas para objetos preconcebidos, o itinerário terapêutico não passa de projeções individuais. Assim, cada ato de escolha está relacionado ao que o ator antecipa a respeito do que vai ser ou como deve ser determinado tratamento (KLEINMAN, 1980; ALVES 2015). Percebo que essas mulheres só projetam práticas (itinerário terapêutico) quando visualizam ou sentem os sintomas no corpo. Todavia, a sífilis é uma doença silenciosa na fase primária, tornando difícil a adoção das práticas de saúde, aumentando as chances de morbidade na fase secundária e terciária.

No início, assim eu não tive lesões na vagina, eu não sentia dor... de modo nenhum (M4).

É ruim saber que está doente e não dá pra ver (M16).

A mulher M4 só procurou os profissionais de saúde (subsistema profissional) na sífilis secundária, quando os sintomas já eram visíveis nas mãos e nos pés, pois ela apresentou roséola sífilítica. Já M16 só procurou cuidados para sífilis depois de parir natimorto, ou seja, somente após algum tipo de consequência visível no corpo, que essas mulheres buscaram iniciar o itinerário terapêutico através do subsistema profissional, como cita P1.

Elas rotineiramente já chegam com sífilis secundária, grávidas e é, após gestação com desfecho ruim. Não vem aqui porque tiveram um rastreio clínico, com consciência de se cuidar (P1).

Reforço então a importância da intensificação de ações promotoras da saúde sexual e reprodutiva na consulta ginecológica, com adoção rotineira de realização de teste rápido no momento do atendimento e requisição de exames para rastreio das IST, inclusive VDRL. É no espaço da consulta ginecológica que será possível dialogar sobre a adoção de comportamentos que incitem a vivência saudável e prazerosa da sexualidade sem associar a sífilis ao ciclo gravídico-puerperal. Contudo, Gomes, Fonseca, Oliveira, Silva, Acosta, Pereira (2014) destacam a necessidade de uma

abordagem pedagógica que envolva informação, associada à análise reflexiva e aos sentimentos das mulheres com objetivo de facilitar a adesão à consulta rotineira para manutenção da saúde.

Para o profissional P5 enquanto as mulheres com sífilis não observam os sintomas no corpo, elas não procuram a rede de saúde.

Às mulheres não gestantes só procuram mesmo quando já tem manchas nos membros, daí já é notificado como a fase secundária. Acho que elas precisam ver os sintomas de alguma doença no corpo para então começarem a se cuidar aqui conosco. Porque antes disso ou não fazem nada, ou passam uma pomada qualquer (P5).

A situação de primeiro ter a imagem da doença para então entrar no subsistema profissional é bem esclarecido por Kleinman (1980) e Alves (2015), pois a partir das projeções feitas, as pessoas identificam situações e alternativas, a contar com a própria experiência, optam e definem caminhos considerando a especificidade do caso, a gravidade, o recurso mais disponível, num balanço entre saberes e práticas populares e científicos (LEININGER & MCFARLAND 2015).

O itinerário terapêutico de mulheres com sífilis também trata do reconhecimento da posição do sujeito como participante de uma rede de cuidados, que pode ser acessada a partir das memórias dos seus pares, recriadas continuamente, inclusive pela experiência dos familiares. Das 20 mulheres entrevistadas, quatro (M1, M6, M10, M12) já tiveram história da doença na família, ou seja, a transgeracionalidade da sífilis. O prefixo “trans” significa “através”, e resgata componentes que perpassam a história familiar e se mantém presente nas gerações (FALCKE, WAGNER, 2005).

Meu pai teve, minha mãe teve por causa do meu pai. E minha irmã com o namorado, primeiro namorado dela, todo mundo tem essa história (M1).

Ele [irmão de M6] e a mãe da filha dele. E a filha dele também (M6).

Para essas mulheres, a sífilis nas suas gerações familiares pode representar o contexto em que as crenças, experiências e peculiaridades interagem para que os acontecimentos façam sentido, influenciando no itinerário terapêutico. Essa interação fornece os elementos para que as práticas do cotidiano, relativos à saúde, sejam compreendidas, aceitas e partilhadas (KLEINMAN, 1980; ALVES 2015). No entanto,

percebo através do contato com as mulheres, que as concepções sobre a sífilis também são individuais e modeladas por idade, condições socioeconômica, por diferentes experiências vividas, e compartilhadas dentro de determinados grupos sociais, como grupo de amizade ou familiar, onde a situação de saúde será aceita ou não, como cita P7.

A gente vê aqui que quando elas sabem que alguém na família teve sífilis, parece que a responsabilidade é menor, a sobrecarga é menor entende? Assim vejo que a preocupação é menor, porque elas falam “sou só mais uma a ter” (P7).

Assim, saber que na família alguém teve sífilis remete-nos a uma importância para o planejamento profissional quanto à colaboração no itinerário terapêutico da mulher com sífilis, porque elas ouvem experiências que envolvem a sua coletividade, seus valores e costumes intersubjetivamente compartilhados e então tomam decisões escolhendo o que faz sentido culturalmente (AMARAL, SOUZA, MELO, RAMOS, 2012; LEININGER & MCFARLAND 2015; ALVES, 2015).

Assim sendo, para Kleinman (1980) a construção do itinerário terapêutico também se dará através de representações e simbolismos culturalmente construídos que definem a situação físico psicológica na qual o sujeito se encontra. Ou seja, a saúde e os fatores que fazem parte de sua definição, entendimento e vivência, são parte do todo em um constructo caracterizado pelo universo no qual o indivíduo se encontra e vivencia, optando por fazer escolhas para o tratamento da sífilis no âmbito do subsistema popular, profissional ou *folk* (especialistas de cura não formais, não certificados legalmente que se utilizam de ervas, chás, cirurgias espirituais).

1.2- As primeiras decisões são efetuadas: Trilha de interações sociais e culturais

As interações que funcionam como suporte social recebido e percebido pelas pessoas que estão com sífilis são fundamentais para a construção e a manutenção do itinerário terapêutico, e nas decisões para o tratamento, pois colaboram para o enfrentamento de situações difíceis e para o alívio dos estresses físico e mental. No entanto, essa interação é estabelecida de acordo com o meio cultural, econômico, social e relacional entre os membros de um mesmo ambiente cultural (KLEINMAN, 1980; LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Várias são as pessoas que podem oferecer suporte ao indivíduo, dentre elas, destacam-se os próprios membros familiares, outros parentes da família extensa (avós, tios, primos), amigos, companheiros, vizinhos, que podem auxiliar de diversas maneiras: fornecendo apoio material ou financeiro, orientando e prestando informações e oferecendo suporte emocional (FAVERO, SEHNEM, BONADIMAN, 2015).

A interação com outras pessoas, no que diz respeito ao apoio, foi importante no itinerário terapêutico de 13 mulheres. Mães, parceiros e amigas ajudaram nas primeiras decisões efetuadas, ou seja, no incentivo ao tratamento para sífilis como citam M1, M4 e M9

Ai ela [mãe] ficou lá olhando para minha cara, ai ela veio chorando e disse que tudo ia dar certo, que eu ia me curar rápido (M1).

Ele [parceiro] mostra um caminho que ainda há solução, há busca, há o conserto. Como se ele tivesse com uma cola especial e ir colando aos poucos a minha vida (M4).

Ela [amiga] ficou perguntando para mim: “já fez o tratamento? Já se cuidou? Já foi no médico?”, (...) ela ficava muito preocupada comigo, ela e minha irmã, só elas duas ficaram sabendo, fiquei com muito medo de outra pessoa ficar sabendo. Isso é um pouco vergonhoso né? (M9).

Dois estudos realizados com a família como suporte à mulher com IST encontraram o marido, a mãe e amigas, como as pessoas mais citadas. São os que ouvem as queixas, compartilham sentimentos, dão atenção, esclarecem dúvidas e incentivam o tratamento (LANGENDORF, PADOIN, VIEIRA, LANDERDAHL, HOFFMANN, 2011; SHROUFI, MAFARA, SAINT-SAUVEUR, TAZIWA, VIÑOLES, 2013). Estes dados reforçam os resultados encontrados nesta pesquisa, pois a maioria das mulheres referiu o companheiro, a mãe e amigas como as principais pessoas com quem dividem sentimentos e angústias sobre a sífilis.

No itinerário terapêutico é fundamental as relações de apoio que vão se formando ao longo do tratamento, principalmente para a sífilis, doença que ainda envolve preconceitos sociais e com baixa adesão ao tratamento, como cita Moreira e Goyanna (2012), pois o não uso do preservativo e o não tratamento das parcerias sexuais é uma das atitudes responsáveis pelo ciclo de reinfecção da doença, como cita P6.

Percebo que as mulheres precisam de apoio quando se trata da sífilis. Porque tem que ter a parceria do companheiro para usar o preservativo. Ele tem que estar junto nessas decisões. Não adianta um só né? Porque senão vira um ciclo e não há a cura (P6).

Assim, é durante a ajuda do próximo que o indivíduo avalia os passos dados e o planejamento para o tratamento (ou não) da sífilis – é nessa etapa que as mulheres avaliam se vão usar preservativo, se vão comunicar a doença ao parceiro, ou se vão incentivá-los também no tratamento. Além disso, a convivência com uma doença pode oferecer a possibilidade de conhecer histórias de outras pessoas com experiências semelhantes, e assim podem analisar suas decisões (KLEINMAN, 1980; LEININGER & MCFARLAND 2015).

O médico que eu fui, ele falou que tinha uma moça que ela tinha 15 anos, ela estava grávida de oito meses e ela não queria fazer exame de sangue e ela tinha a sífilis. E daí ela foi de novo no consultório, ela foi sem a barriga, aí ele perguntou do bebê e ela falou que tinha morrido de sífilis (M8).

Após ouvir o relato do profissional de saúde, M8 resolveu tratar a sífilis porque teve medo de engravidar e passar pela mesma experiência que lhe foi relatada. Leininger & McFarland (2015, p. 15) cita que a “totalidade de um acontecimento é o que confere sentido as expressões humanas”. Entendo que a expressão humana de ter sífilis é culturalmente relacionada à gravidez. Esta relação ainda é mais forte quando através do contexto cultural de outras mulheres, elas descobrem a possibilidade da doença provocar problemas de saúde nos filhos. Isto porque os padrões culturais desejados de saúde, que fazem parte do contexto ambiental da mulher, podem se inter-relacionar com contexto ambiental daqueles que estão próximos, ajudando na tomada de decisão para qual caminho seguir em relação ao tratamento da sífilis.

Há também aquelas mulheres que não tiveram apoio de familiares ou amigos após o diagnóstico da doença, sofrendo preconceitos por estarem com sífilis, como citam M4, M5 e M13.

Te olham de uma forma que [pausa] não pegar no mesmo copo que você pega, ou não quer beber no mesmo copo, o que você veste, não quer vestir, não quer te pedir nada emprestado. Então é muito complicado, doloroso (M4).

Você é discriminado, “você é isso, você é aquilo, você fez isso, você fez aquilo, agora você está pagando, está plantando está colhendo o que você plantou”, então é muito complicado [pausa] é muito constrangedor [choro] (...) eu acho que se tivesse um acolhimento maior dos próprios familiares, facilitaria mais o tratamento, uma ajuda com palavras emocional vale mais às vezes até do que você procurar uma ajuda com recurso do médico, porque te levanta (M5).

Tipo o preconceito, porque não é uma coisa que a gente escolhe, acontece! E o preconceito é muito difícil, parece que perde a vontade de tratar, sei lá, de melhorar (M13).

A mulher M4 sentiu na pele a discriminação dos familiares por estar com sífilis. Os comentários que M5 recebeu foram dos irmãos após expor sua situação de saúde, já M13 devido os julgamentos da família e amigos teve vontade de desistir do tratamento, sendo esta uma das situações mais preocupantes no itinerário terapêutico, pois é reflexo da falta de apoio das interações sociais e culturais que envolvem as mulheres com sífilis.

A falta de apoio dificulta a modificação de condutas, a escolha das estratégias e o desenvolvimento de uma ação madura e consciente. Desta forma, as pessoas envolvidas em interações sociais têm mais determinação em estabelecer a saúde e são capazes de agenciar seu próprio cuidado, no que diz respeito ao seu tratamento, frequentando o serviço de saúde, tomando sua medicação, e acompanhando a titulação através do exame de VDRL (FAVERO, SEHNEM, BONADIMAN, 2015).

Para as três mulheres acima (M4, M5, M13) o fato de ter adquirido uma doença sexualmente transmissível fez com que também se envergonhassem diante do problema de saúde e da repercussão da doença em suas vidas e em seus contextos culturais. A vergonha produzida, possivelmente se deve ao fato de que a doença carrega estigmas e preconceitos, como praticamente em todas as IST.

Para Moura, Lima e Silva (2012) o preconceito, sendo uma crença e um juízo pré-estabelecido relacionado ao que é diferente, reforça a dificuldade de inclusão social das pessoas que dele são vítimas. Assim, os projetos de vida poderão sofrer influência negativa do estigma, que marca o indivíduo com culpa, afastamento, podendo influenciar subjetivamente levando ao desânimo, neste caso, no tratamento de saúde, dificultando as escolhas para o itinerário terapêutico da sífilis, pois o receio em relação

ao pré-julgamento pode fazer com que as mulheres se expressem pouco sobre a doença, contribuindo para o isolamento físico, social e emocional.

Sensações como medo e sentimentos de ambivalência entre contar e não contar e para quem contar sobre a doença, apareceram. Já prevendo a reação familiar, sete mulheres decidiram não compartilhar sobre a doença em seu meio. A preocupação delas era enfrentar rótulos e não serem aceitas, como cita M1 e M2.

Acho que não vou falar isso para meu pai. Até porque acho que ele tem a ideia de uma princesinha. Até hoje ele não deixa ninguém encostar em mim, quanto mais contar uma coisa dessa para ele, acho que vai desmoronar toda a imagem que ele tem de mim (M1).

Não comentei porque eu fiquei muito constrangida, falei “minha mãe vai ser a primeira a sapatear na minha alma” (M2).

Neste contexto é fundamental não responsabilizar as mulheres com sífilis pela transmissão da doença. Se, em vez de reforçar sua culpa, condenando-a e rotulando-a pela situação em que vive, houver a adoção de um diálogo franco, sem rodeios, as decisões serão tomadas com mais segurança e a adesão ao tratamento será eficaz, pois para o processo de escolha terapêutica é preciso que o sujeito compartilhe com os outros um estoque de crenças e receitas práticas para lidar com o mundo, receitas estas que foram adquiridas pela negociação de significados com outras pessoas, e isto significa apoio, longe de discriminação e julgamentos de familiares ou amigos (MOREIRA, GOYANNA, 2012; ALVES, 2015; LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Nenhum profissional entrevistado constatou nos seus atendimentos a participação da família no tratamento das mulheres com sífilis no Programa de DST/HIV.

Olha aqui é complicado, não tenho muito contato com a família, (...) na maior parte das vezes vem ela sozinha e o parceiro sempre inventa uma desculpa, “ah eu estou trabalhando, ah eu estou em algum lugar”. O restante, muitas das vezes, a gente não sabe nem quem é, nem como fazer com eles, família é muito pouco que vem, que na maior parte das vezes eles tem vergonha de falar pra família que pegaram uma DST (P2).

Eu percebo a mulher muito sozinha nesse momento e acaba que, por causa disso, voltam reinfectadas (P5).

Entende-se que cabe aos profissionais de saúde planejar e direcionar ações que implementem e desenvolvam novas e criativas maneiras de trabalhar diante das dificuldades das mulheres com sífilis. Conversar com elas sobre a criação e estreitamento de vínculos com os membros da família, é de extrema relevância, uma vez que quando as mulheres entendem a importância de ter apoio de familiares, o enfermeiro tem a oportunidade de expor formas de cuidar integrada, através da colaboração no itinerário terapêutico, avaliando as escolhas das mulheres nos subsistemas de saúde, por meio do universo cultural coletivo, e assim lidar com uma situação complexa e particular, que é a infecção por sífilis, como citam Kleinman (1980) e Favero, Sehnem, Bonadiman (2015).

A questão é que as mulheres, dependendo do nível de apoio, o que caracteriza a estrutura das interações sociais, têm maior ou menor probabilidade de procurar o subsistema profissional de saúde e permanecer nele, com adesão completa do tratamento para a sífilis. Favero, Sehnem, Bonadiman (2015) citam que quanto mais uma pessoa conecta-se a outras, mais tem canais para obter informações e, por conseguinte, mais facilmente procurará o setor de saúde formal (subsistema profissional) aceitando as recomendações.

Uma repercussão importante nas decisões para a construção do itinerário terapêutico é a disposição de comunicar ao parceiro sobre a sífilis, limitando a cadeia de transmissão da doença. No entanto, constata-se que a sífilis, também tem efeito no relacionamento conjugal da mulher que muitas das vezes, encontra-se fragilizada e temerosa quanto às implicações da doença na sua vida com o parceiro. M5 ao revelar a doença ao cônjuge teve medo da separação. Já M6 relatou que foi o companheiro quem deu a notícia, e ele teve receio dela supor uma traição.

Meu medo na hora de comunicar foi só esse, ele me virar às costas e eu ficar sozinha (...) Medo dele não acreditar e medo dele não ficar do meu lado (M5).

Foi uma conversa difícil né? Porque ele ficou com vergonha de me contar, porque eu iria pensar que ele teria me traído (M6).

Os parceiros de M5 e M6 também fazem o acompanhamento para sífilis no Programa de DST/HIV do município de Macaé. A escolha de estarem junto com suas parceiras fez parte das primeiras decisões do casal na construção do itinerário terapêutico para a sífilis, o que representa um grande desafio para eliminação da doença,

pois das 20 mulheres deste estudo, sete parceiros não foram tratados para a sífilis e em dois parceiros não tive informações se estavam tratando ou não.

É importante que os casais sejam acompanhados pelo programa de aconselhamento e de tratamento com a finalidade de proteger a saúde dos dois e melhorar a qualidade de vida entre eles, garantindo-lhes uma prática sexual segura e desmistificando os mitos culturais em torno da sífilis. Isto porque as múltiplas dimensões culturais e sociais em torno desta doença nos permitem reconhecer que, se houver o acompanhamento regular dos casais, pode haver melhor motivação à adesão as orientações do tratamento, prática que constitui um dos grandes desafios para a equipe de saúde, pois muitos mitos relacionados a transmissão da sífilis ainda permeiam os casais. Em um depoimento M6 cita outras formas de transmissão da sífilis que não a vertical e sexual.

Ele [parceiro] falou que a médica dele conversou com ele e de repente não foi só transmitido por outra pessoa, pode ser por Gillete[®], por outras coisas em contato com o sangue (M6).

O profissional P6 relata que os mitos relacionados à transmissão da sífilis em casais, muitas vezes, são criados por eles como uma desculpa para dar a notícia as suas parcerias e assim diminuir a desconfiança da infidelidade conjugal. Para P6 a criação desses mitos é um dos motivos que dificultam a adesão ao tratamento, com uso concomitante do preservativo, pois homens e mulheres acreditam em outras vias de transmissão que não seja a sexual.

Uma das coisas que mais dificulta o tratamento aqui é que eles chegam com as mais diversas histórias, das quais é difícil a gente contornar, porque vemos a vida conjugal deles em jogo. Eles falam que compartilharam copo, vaso sanitário, cera de depilação, enfim...são muitas as desculpas para justificar a pulada de cerca. Mas eu sempre deixo claro, a camisinha é o mais importante (P6).

Nesse contexto, a consulta de enfermagem é um importante estímulo para a adesão e para o acompanhamento de casais com sífilis, pois a escuta qualificada possibilita a abertura ao diálogo, esclarecimento das dúvidas, preocupações, e os motivos que impedem que as pessoas estejam prontas para aderir corretamente ao tratamento. Ao compreender estas razões, inclusive de embasamento cultural, o enfermeiro pode ajudar no itinerário terapêutico baseado no estilo de vida, sob o ponto

de vista do casal, o que possibilita pactuar com eles, as metas e os planos relacionados ao sexo seguro (LEININGER & MCFARLAND 2015; SOUZA, SILVA, RODRIGUES, COSTA, MENDONÇA, NEGREIROS, 2016).

Duas mulheres após o diagnóstico para a sífilis, escolheram não avisar seus parceiros sobre a doença, pelo medo do julgamento preconceituoso e/ou pela falta de contato com o antigo parceiro. Esta pode ser considerada uma decisão dentro do itinerário terapêutico, pois as escolhas são tomadas através de pensamentos, classificações, onde elas estudam e modificam o mundo e a si mesmas, escolhendo ou não, se partilham a informação da doença com seus pares, ou se seguirão sem o apoio deles para o tratamento (ou não) da doença (KLEINMAN, 1980).

Acho que provavelmente ele vai jogar na minha cara que eu tive relação com outra pessoa e dizer que eu estou ali pra poder atrapalhar o relacionamento dele. Isso se ele não espalhasse isso para os outros né? Que é bem o tipo de todos os homens. Então eu preferi ficar com a sífilis (M1).

Eu não falo com ele, não tenho nem contato com ele, contato nenhum (M17).

O agravante das duas situações onde o parceiro não foi comunicado, é a continuidade da cadeia de transmissão da sífilis, comprometendo negativamente ações e esforços para diminuição das taxas da doença no município de Macaé e no país. No entanto, não é fácil recomendar esforços voltados para a captação através de busca ativa, com orientação contínua da mulher e do parceiro por parte do profissional de saúde, como cita P7.

Nós temos uma demanda imensa aqui no DST. A falta de busca ativa atrapalha o fluxo da sífilis e das outras doenças. Mas não temos pernas para dar conta. Somos poucos (P7).

Um número elevado de atendimentos referentes à demanda espontânea no Programa de DST/HIV do município de Macaé sem organização prévia, pode estar prejudicando as ações que envolvem a busca ativa dos casos de sífilis. A demanda espontânea está diretamente relacionada com a organização do serviço de saúde, podendo ocasionar uma sobrecarga e uma fragilidade na assistência prestada pelos profissionais de saúde, que deixam de priorizar outras demandas, como a busca ativa de parceiros sexuais das mulheres com sífilis (MARTINS, SILVA, ALBUQUERQUE, AQUINO, LINHARES, 2016).

Ao desligar o gravador perguntei a essas mulheres se elas tinham o telefone e endereço dos últimos parceiros que mantiveram relação sexual desprotegida. Elas me responderam positivamente, e que não teriam problema de fornecer, desde que, seus nomes não fossem revelados quando a equipe de saúde entrasse em contato com eles. Acredito que tendo essas informações, o programa DST/HIV poderia partilhar a necessidade de busca ativa com as Unidades de Saúde de referência, e com Estratégias de Saúde da Família, abarcando os grupos comunitários de apoio, para então tentar captar visando assistência e acompanhamento permanente, nos casos onde as mulheres escolheram não avisar os parceiros.

Por outro lado, para oito mulheres com sífilis o isolamento foi uma das opções na construção do itinerário terapêutico. Isso porque o itinerário terapêutico em seus componentes inter-relacionados com o sistema de cuidado à saúde, fornece às pessoas caminhos possíveis para interpretar suas condições de saúde e doença, para buscarem opções de cura e tratamento (KLEINMAN, 1980).

Ficar com ninguém, não quero mais me envolver com ninguém não. Só quero só que isso passe rápido, e eu dedique meu tempo a outra coisa, nada de relacionamento profissional, social, nada, nada, nada de relacionamento! E isso o único de bom, não ficar com ninguém, só isso (M1).

Para mim é um segurança. Eu não tenho mais vontade de arrumar ninguém (...) o cara pode falar: “pow a mulher está sozinha, ficou viúva, ai depois que o marido morre descobre que está com sífilis”, ai pensei que o cara vai achar que sou a bisca, que saio tendo relação sexual com todo mundo (...) Eu estou sozinha e está muito bem do jeito que estou (...) (M2).

Ah, antes eu namorava, casava. Hoje em dia não, hoje em dia tem [pausa] melhor ficar solteira mesmo para não passar para os outros, nem sair eu quero (M16).

As mulheres também citam que diminuiriam as atividades de lazer, assumiram a atitude de querer ficar só, ficar mais em casa, o que trouxe como consequência uma redução nas interações sociais e culturais. Em um estudo realizado com mulheres com IST, as autoras também encontraram o medo, a insegurança, a busca do isolamento e a solidão como respostas à nova realidade (LANGENDORF, PADOIN, VIEIRA, LANDERDAHL, HOFFMANN, 2011).

Quando a interação social é muito restrita, ou seja, o convívio social não propicia muitas possibilidades para a mulher com sífilis, a enfermagem pode contribuir muito com um contato mais permanente, por meio de consultas ambulatoriais, visitas domiciliares e até mesmo de grupos de autoajuda. Segundo Leininger & McFarland (2015), é neste ambiente cultural que a enfermeira pode lançar mão de métodos de ajuda baseado no cuidado cultural, respeitando a individualidade da mulher, proporcionando ambiente e estratégias que promovam o desenvolvimento pessoal, tornando-a capaz de superar suas necessidades de saúde.

É a partir das entrevistas que na atitude de isolamento está presente o sentimento de medo e desconfiança, justificado em função das possíveis consequências da revelação do diagnóstico para o parceiro, pelo temor da transmissão da sífilis e dos prováveis julgamentos, que poderiam levar a rejeição pelo outro. Em pesquisa realizada por Carvalho, Anchiêta, Queiroz, Aragão, Nichiata, (2013) revelou que uma importante causa do medo de interagir com o outro após o diagnóstico da IST está atrelada ao receio da transmissão sexual da doença e o estigma cultural e social que os envolve. É comum encontrarmos mulheres com sífilis que por perder a confiança no parceiro, tem hesitação em se relacionar, como citam M4 e M10.

A situação está tão complicada que a gente não sabe quem são os nossos parceiros. A gente não sabe com quem a gente lida dentro de casa, a gente fica com medo de estar com ele (M4).

Sei lá as pessoas que eu ficava, eu tinha confiança entendeu? Mas, por isso que para mim é difícil, aí agora muitas vezes eu não olho mais na cara por causa disso (M10).

Essas duas mulheres antes de receberem o diagnóstico da sífilis não usavam o preservativo de forma regular nas relações sexuais por “confiarem nos parceiros”. Em estudo sobre corpo e sexualidade de mulheres convivendo com IST também confirma que, com um parceiro fixo, parece ser mais difícil negociar sexo seguro, o que dificulta o controle das IST, inclusive da sífilis (SOUTO, KUCHEMANN, 2011).

Interpreto que discussão sobre sexualidade das mulheres com sífilis ainda é bastante controversa e passa por diversas instâncias, desde questões de fórum íntimo dos profissionais que lidam com essas mulheres, até a inexistência de abordagem para orientar as mulheres de acordo com seu contexto cultural particular, pois as falas envolvendo preservativo já estão muito compactadas. Logo, torna-se imprescindível

sensibilizar as mulheres com seus parceiros que o preservativo não envolve confiança e sim proteção e saúde.

A gente fala de preservativo num todo, faz campanha de rua, distribui de graça, mas com parceiro antigos elas não usam. Usam assim, no início, isso elas falam. Mas depois...isso dificulta o tratamento da sífilis aqui para a gente. Ai acaba nisso, uma DST e elas com medo de arrumar parceiro novamente (P7).

Sendo a infecção pela sífilis um agravo que tem como transmissão nas relações sexuais uma das suas principais formas de disseminação, é possível supor que o pleno exercício da sexualidade, de alguma forma, também se encontre prejudicado. A escolha pelo isolamento, acrescido de outros sentimentos relacionados ao estigma da doença, podem trazer uma série de implicações no processo adaptativo, como o afastamento social, perda do desejo sexual e diminuição da atividade sexual, que influenciam nas decisões para a construção do itinerário terapêutico, isso porque elas analisam primeiramente se esta prática tem fundamento suficiente para ser convincente, se realmente seria bom para elas e sua condição de saúde (KLEINMAN, 1980; SOUZA, SILVA, RODRIGUES, COSTA, MENDONÇA, NEGREIROS, 2016).

Todavia, percebe-se que o isolamento também é uma escolha individual, como tudo que abarca as questões relacionadas ao itinerário terapêutico, e depende do contexto ambiental e cultural da mulher com sífilis (KLEINMAN, 1980; LEININGER & MCFARLAND, 2015). M4 relatou que segue mantendo ativa a sua vida sexual e afetiva, no entanto a decisão de ter uma vida sexual prazerosa e segura demorou alguns meses depois do diagnóstico.

Eu falei para a enfermeira: “eu tenho medo, eu não quero transar com ninguém” ela até riu e falou assim: “daqui a pouco você está arranjando namorado, está querendo transar de camisinha”. Uns meses depois eu arranjei (M4).

Este resultado confirma estudo realizado por Carvalho, Anchiêta, Queiroz, Aragão, Nichiata (2013). Eles citam que a decisão para a mulher se sentir segura novamente para vida sexual ativa é melhor e mais consciente quando há mais tempo decorrido entre o diagnóstico e o tratamento, sendo fundamental o apoio do profissional de saúde.

Na maioria das vezes elas chegam com a vida emocional destruída. As palavras delas em torno da sexualidade são de desprezo, sujeira, incapacidade e por aí vai. Elas dizem que nunca mais vão arrumar outra pessoa, que não vão querer enfrentar a sífilis novamente. Daí a gente vai aos poucos, mostrando que há vida sexual prazerosa e segura depois que a poeira baixar (P7).

As mulheres já chegam falando que a vida sexual delas acabou. Que sexo só serve para doença e filho. É um desastre no início. Mas depois, aos poucos, as coisas vão entrando em ordem. A gente vai contornando, ajudando a entender que não é bem assim, depois elas acabam aparecendo aqui com as novidades de namorico (P5).

Da mesma forma que a mulher com sífilis constrói seu conceito de sexualidade através do seu contexto sociocultural e do momento vivido através da infecção pela sífilis, os profissionais de saúde também podem construir sua assistência baseando-se nos significados que atribuem à fase de dualidade que a mulher enfrenta, entre ter ou não ter um parceiro sexual.

Estudo realizado por Souto, Kuchemann (2011) revelam que o elemento mais forte na construção do atendimento profissional ao grupo feminino é desfazer a crença que o sexo é somente um ato biológico e natural. Nesta pesquisa observa-se através do perfil sócio-econômico-cultural e das entrevistas que a noção de isolar-se ou manter um parceiro durante o tratamento da sífilis, não são passíveis de generalizações, em razão de estarem alicerçados em significados diversos, como gênero, idade, estruturas econômicas, sociais, além de construções culturais que modelaram os atos de escolha.

É justamente porque possuem a possibilidade de escolha que, através das interações sociais, poderem compartilhar as parcelas importantes da sua cultura, aliada a vivência da sífilis na construção do itinerário terapêutico, resultantes do contato com o ambiente cultural com outro, podendo haver transformação através da interação em um conjunto de indivíduos, com interesses e capacidades distintas e, até mesmo, opostas, transformando-se num grupo, fazendo com que a mulher possa se sentir acolhida, reconhecendo-se parte de uma totalidade dentro do sistema de cuidado a saúde, que envolve o itinerário terapêutico (KLEINMAN, 1980; LEININGER & MCFARLAND, 2015).

É importante ressaltar que a enfermagem deve apoiar e incentivar a mulher a pôr em prática aquilo que é seguro para ela no momento, preparando-a psicologicamente, informando-a e empoderando-a para cuidar do seu corpo. Outros modos pelos quais este profissional pode auxiliar a mulher e incluem a reiteração de que as dúvidas poderão ser compartilhadas em um diálogo franco, com disponibilidade de ajuda, encorajando-as a tomar decisões responsáveis e conscientes, ajudando-a a desenvolver o itinerário terapêutico para a sífilis alicerçado no cuidado individualizado e culturalmente congruente.

2ª CATEGORIA ANALÍTICA: A singularidade no Itinerário Terapêutico de Mulheres com sífilis.

A segunda categoria discute o (não)cuidado de si, o tratamento para sífilis abarcando as estratégias femininas de escolha, avaliação e adesão, as vontades de desistir, as dúvidas, o apoio profissional, (não)gostar de ir ao Programa Municipal DST/AIDS, a mudança de rotina e os cuidados para prevenir a sífilis. Esta discussão fundamenta-se no pensamento Kleinman (1980) quando ele afirma que a prática clínica (tradicional e moderna) cria ambientes sociais individuais, quando os comportamentos exibidos pelas pessoas doentes, incluindo suas escolhas e avaliações para o tratamento, são reflexos da realidade social e individual.

Será retratado também as adaptações para o cuidado com a sífilis. O cuidado cultural, delineando a cultura popular com os tratamentos alternativos. A relevância desta discussão é a reflexão sobre o estoque de crenças herdadas que influencia no percurso da trajetória de vida e no processo de decisão sobre (não) tratar uma doença, e, portanto, distinto para cada cultura e sociedade (KLEINMAN, 1980; LEININGER & McFARLAND, 2015).

2.1- O Tratamento: Estratégias de escolha, avaliação e aderência às formas de tratamento.

Os processos de escolha, avaliação e aderência a determinadas formas de tratamento são complexos e difíceis de serem apreendidos se não for levado em conta o contexto cultural dentro do qual o indivíduo está inserido, sobretudo frente à diversidade de possibilidades disponíveis (ou não) em termos de cuidados em saúde (KLEINMAN, 1980; LEININGER & McFARLAND, 2015).

Para Kleinman (1980) os caminhos percorridos pelo doente à procura de tratamento surgem como resultado de diversos fatores, como de causa estrutural, vinculada aos padrões culturais e sociais, configurados por sistemas de representações da doença, ou pela posição do indivíduo na sociedade; e fatores de causas conjunturais, relacionada à modificação da situação financeira, ou conselho de um vizinho, que torna superficial toda tentativa de estrita generalização das situações para a escolha do itinerário terapêutico.

Leininger & McFarland (2015) também se debruçaram sobre as questões culturais que envolvem o tratamento de pessoas doentes. A maneira como os profissionais de saúde cuidam de outras pessoas, neste caso mulheres com sífilis, e se percebe a doença, a deficiência ou a morte depende, além de outros fatores, das dimensões culturais e as estruturas sociais do indivíduo envolvido no contexto social.

As dimensões da estrutura cultural e social, incluindo fatores religiosos, de companheirismo e social, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos, e culturais, que envolvem a natureza dinâmica dos fatores organizacionais da sociedade, e dão sentido e ordem cultural a todo contexto da vida, visto que impulsionam também o indivíduo a construir suas atitudes, refletindo nas suas escolhas e conseqüentemente na maneira como cuidam da saúde quando surge uma doença (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Kleinman (1980) cita que na interpretação de um determinado processo de escolha terapêutica, é preciso reconhecer que o sujeito desse processo é alguém que compartilha com outros um estoque de crenças e práticas para lidar com o mundo, práticas estas que foram adquiridas ao longo de uma trajetória biográfica singular, e que ajudam a decidir e avaliar sobre qual caminho tomar para cuidar da saúde, como M4, M7 e M17.

Eu já ouvir falar em casos de sífilis que tratou com seis, sete injeções que se livrou da sífilis, e não teve mais sífilis (M4).

Que todo mundo está falando que é um caso sério, uma amiga falou: “é coisa séria, não deixa de fazer o tratamento, faz o acompanhamento certinho porque isso é coisa séria” (M7).

No começo quando os outros falam assim “ah você vai tomar a Benzetacil®” parece que o mundo vai acabar né? Porque muita gente morre de medo de Benzetacil® (M17).

As explicações advindas através do conhecimento popular ajudaram essas três mulheres a iniciarem as avaliações a fim de tomarem a melhor decisão para o tratamento. Através do meio social, às mulheres atribuíram sentido e significado sobre a gravidade e de como poderiam tratar a doença, e a partir daí incorporaram seu contexto social na construção das representações sobre a sífilis e acerca do itinerário terapêutico. Kleinman (1980) cita que é justamente no subsistema popular que a maior parte das questões ligadas à interpretação, tratamento, cuidados com a doença são inicialmente resolvidas – escolhem se aderem ou não aos cuidados de saúde recomendados pelo subsistema profissional de saúde.

Em pesquisa que retrata o itinerário terapêutico na relação mãe-filho também ilustra a influência dos valores culturais em torno do cuidado com a saúde. Nota-se não só como a mãe percebe e vivencia o cuidado prestado aos filhos, mas como elas são influenciadas e fazem avaliações daquilo que é recebido pelo saber popular da família e sociedade. Essa influência se reflete principalmente na prática do cuidado diante do processo saúde e doença, onde elas conversam com suas mães, seu parceiro, vizinhas, pessoas que já vivenciaram situações parecidas, além de buscar os profissionais de saúde (SOUZA, RAMOS, MELO, AMARAL, 2012).

Assim, é preciso concordar que a natureza das formas de procura de cuidados é diversa e heterogênea, sendo diferenciada de um indivíduo para o outro, e que a procura de cuidados está sujeita ao que se interpreta em cada uma das etapas do processo de manutenção da saúde. Para M1, M2 e M4 o início do tratamento para a sífilis não foi fácil, acarretando alterações psicológicas como sentimentos de impotência, vergonha e fragilidade.

Fraca, impotente, eu não estava entusiasmada, a cura não estava comigo, eu tenho que buscar a cura em outras pessoas, não é igual eu comprar um remédio na farmácia e tomar em casa entendeu? Eu tenho que expor isso para alguém, eu tenho que pedir ajuda para alguém, geralmente não gosto muito de perder ajuda com medo de levar um não (M1).

O constrangimento é uma barreira, uma barreira grande, foi o que senti no começo (M2).

Eu acho muito complicado essa situação toda (...) é como se fosse um soco dentro da cara [pausa] foi o que eu senti [pausa e

choro]. *É complicado tratar, é complicado lidar, é complicado falar* (M4).

O atendimento para mulheres com sífilis exige dos profissionais de saúde capacidade para lidar com diversas questões, também de origem psicológica. É necessário, contudo, uma visão holística e que estejam preparados para fornecer as orientações necessárias, otimizando com a mulher a confiança e a segurança para adesão ao tratamento. Evidencia-se, por conseguinte, que para minimizar os sentimentos de constrangimento, medo e impotência, o acolhimento individual deve ser permanente nas instituições de saúde que cuidam de mulheres com sífilis, como relatado por M12 e M13 que tiveram contato muito próximo com a enfermeira do serviço.

Ela me deu o número dela particular porque ela tinha entrado de férias e falou “oh, qualquer dúvida, problema você entra em contato comigo”. Ela sempre atenciosa me respondia. Isso aí para mim foi excepcional, sem sombra de dúvidas, porque ela como uma profissional e eu com medo, com dúvidas e com insegurança, em todo momento ela me tranquilizou, porque, por exemplo, se eu não tivesse o papel dela, talvez eu tinha me desesperado, talvez nem tinha me tratado direito, me estressado (M12).

Então eu acho que o tratamento pessoal é bem importante porque a pessoa se sente mais a vontade, porque já não é uma coisa fácil de aturar, mas quando a pessoa trata a pessoa assim, de igual para igual é bem importante, no caso a paciente se sente mais segura (M13).

Ao conversar com o profissional de saúde que disponibilizou o telefone particular para M12, ela me descreveu que tomou essa atitude, em especial, pois sabia que a mulher estava muito abalada emocionalmente, com sinais de depressão, e pretensão de não tratar a sífilis. Como antes de sair de férias havia encaminhado M12 para serviço de saúde mental, queria ficar atenta sobre como o caso se encaminharia na sua ausência. Esta foi a forma individualizada que P7 encontrou para cuidar de M12.

Eu não posso fazer isso com todos. Mas esta paciente em especial eu fiquei realmente preocupada. Iria sair de férias, ela estava com traços fortes de depressão e não queria mais tratar, sem apoio em casa. Encaminhei para a saúde mental e dei meu

telefone a ela. E deu certo. Porque tinha sempre um feedback positivo dela (P7).

Nesses casos, entendendo a complexidade e a diversidade de demandas, é inquestionável o papel do profissional de saúde com enfoque multidisciplinar e interdisciplinar, para que possa garantir assistência de qualidade para a mulher, bem como contribuir para minimizar o quadro de sentimentos negativos, estimulando-a ao tratamento completo e correto. No caso de M12, o profissional enfermeiro teve um papel fundamental, porque além de encaminhá-la para o serviço de saúde mental, conseguiu aliar a tecnologia para uma discussão individualizada e culturalmente congruente, apoiando a mulher e colaborando com o tratamento, ajudando a enfrentar as dificuldades vivenciadas pelas sífilis, e assim buscando promover o controle da doença.

Considerando o pensamento de Leininger & McFarland (2015) a atitude de P7 com M12 pode ser analisada como um cuidado cultural, atitude que embasa a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, pois ao tornar o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasada, conceituada, planejada e operacionalizada, se reconhece que cada ser, dentro do seu ambiente cultural, pode determinar o cuidado desejado, através do qual torna-se relevante compreender a perspectiva do outro, a sua visão de mundo, o seu conhecimento e as suas práticas, para decisões e ações assistenciais.

Estudo realizado em 2012 sobre o tratamento da sífilis de mulheres reconhece que é fundamental o papel do enfermeiro para contribuir no processo terapêutico. O contato próximo durante o acompanhamento do tratamento foi associado com a diminuição do estresse, pois muitos dos sentimentos negativos relativos à sífilis relacionavam-se com os preconceitos e o estigma que enfrentam. Quando orientada adequadamente, e recebendo acompanhamento do ponto de vista individualizado, a mulher sente-se apoiada e acolhida nas suas demandas físicas e psicológicas durante o tratamento (CAVALCANTE, SILVA, RODRIGUES, NETTO, MOREIRA, GOYANNA, 2012).

Conquanto Alves (2015) propõe que não existe um padrão único e pré-definido no processo de busca terapêutica e que o itinerário é um processo complexo não podendo ser verticalizado. Há de se ouvir a opinião daqueles que enfrentam o processo de tratamento, observando a existência de visões discordantes – e até mesmo contraditórias, pois a questão terapêutica evidencia que tanto a doença, como a busca pela cura, são experiências intersubjetivamente construídas, nas quais, no caso desta

pesquisa, que trata do itinerário terapêutico da mulher com sífilis, aqueles que vivem próximos estão continuamente negociando significados.

Para M1, o tratamento serve para consertar um erro, no caso, a infecção por sífilis. Ao se descrever o processo de tratamento, ela projetou uma imagem, relatado como um quarto escuro. Já M4 se sente em um quebra cabeça, um copo estilhaçado no chão, onde o tratamento significa reconstrução.

Seguir tratamento direitinho e consertar o erro que eu cometi, é eu abrir meus olhos e não fazer a mesma coisa [choro]. É como se eu tivesse entrando num mundo que não é o meu, como se eu tivesse perdida. Pode muitas vezes alguém falar comigo, mas é como se eu tivesse vendo todo mundo, ouvindo todo mundo, mais só ouvisse dentro de mim o tempo todo o meu pensamento, só que num quarto escuro, todo mundo falando eu não vendo ninguém, ouvindo vozes, mas só meu pensamento e eu, mais nada (M1).

Eu me senti um quebra cabeça, um copo estilhaçado no chão, alguma coisa desse tipo, então eu estou me reconstruindo (M4).

As formas como as mulheres se veem em um processo de tratamento, segundo Kleinman (1980) significa uma projeção de imagens. Esta atitude é comum na construção do itinerário terapêutico, e representa uma coleção sintética de projeções de imagens individuais, através da qual se idealiza a realidade que está inserida ou de como poderá ser o curso futuro da ação até sua legitimação. Por isso, a construção do itinerário terapêutico não pode ser considerado produto de um plano esquematizado ou pré-determinado, assim, cada ato de escolha está relacionado ao que a mulher acha que é, ou ao que antecipa a respeito do que vai ser, ou como deve ser determinado tratamento.

Alves (2015) complementa que, além da imagem subjetiva do significado do tratamento, há também no ato da escolha e na tomada de decisão para o caminho terapêutico, uma imagem do que pode ser a sua opção. Ou seja, o indivíduo imagina qual tipo de tratamento vai ser o mais adequado para a doença, neste caso a sífilis, como cita P2, que revela que as mulheres já chegam com uma ideia formada no que se refere a terapia medicamentosa.

As mais esclarecidas ou as que já souberam de casos de sífilis em amigos ou família, já chegam falando da injeção. E

engraçado é como elas recebem a notícia de que estamos em falta com as injeções de penicilina. Tem umas que querem, porque querem a injeção, acham que é o mais efetivo, e depois a gente vai orientando para ver se elas aderem o recomendado pelo governo (P2).

Em nota informativa (nº109/2015) o Ministério da Saúde esclareceu que há um desabastecimento nacional de Penicilina Benzatina, em decorrência da falta de matéria prima específica para sua produção no mercado global desde maio/2014. Assim, recomendou-se o uso de Penicilina G Benzatina somente em gestantes com sífilis e nos casos de crianças com sífilis congênita. Nas situações de sífilis adquirida propõe-se esquemas terapêuticos alternativos com Doxiciclina (durante 15 dias) ou Eritromicina (durante 30 dias). O município de Macaé adotou essa orientação, oficializando a recomendação através de nota técnica em 30 de setembro de 2015.

Ou seja, apesar da recomendação do setor profissional de saúde, reflete-se que as escolhas femininas individuais são fortemente explicadas nas ações particulares baseadas em argumentos anteriormente convencionados, demonstrando a recepção das influências externas, resultantes do contato de um sistema cultural com outro e assim vão classificado o que facilita e o que dificulta o tratamento na construção do itinerário terapêutico para a sífilis, como também explica P6.

Quando a gente inicia para falar do tratamento, elas já tem na cabeça a Benzetacil[®], já trazem o conceito do tratamento formado na cabeça. Elas não sabem o que é sífilis, mas sabem da Benzetacil[®], porque já ouviram lá fora. A gente explica o que está acontecendo, elas aceitam, mas muitas torcem o nariz (P6).

Assim, as mulheres avaliam o que é mais adequado para elas, se seriam as injeções de Penicilina G Benzatina (a Benzetacil[®]) ou as doses orais de medicação (Doxiciclina ou Eritromicina). Mulher M2 e M4 mostraram-se ansiosas pela cura e citam que prefeririam as injeções de Benzetacil[®], pois através dos seus ambientes culturais, foram informadas que o tratamento seria mais rápido. Mulher M9 também optaria pelas injeções, já que a disciplina com os horários para ingerir os comprimidos e a recomendação profissional para abstenção de bebida alcoólica a desmotivavam no tratamento.

Eu tive que fazer um tratamento alternativo [comprimido] que não fez efeito imediato, ai eu tinha que esperar um tempo,

entendeu? Porque esse negócio de prolongar o tratamento de uma doença é complicado, além de ser constrangedor (M2).

Se eu pudesse tomar tudo, todas as injeções de Benzetacil® para me livrar disso eu tomava, mas a enfermeira preferiu comprimido (...) o remédio diz que é a mesma coisa (...) mas eu já vi gente dizer para mim que com as injeções é melhor e fez os exames de sangue e viu que zerou (M4).

Ah, eu achei muito ruim, chato! Porque eu tomava de doze em doze horas duas vezes ao dia, ai ficava me empinando (...) também não podia sair com os meus amigos pra ir beber, eu achei que era brincadeira essa história de medicamento [evitar bebida alcoólica]. Assim, eu tomei ele, ai depois de 15 dias que você poderia chegar com os amigos e beber! Ai eu não fiz isso! (M9).

Em suas pesquisas, Cavalcante, Silva, Rodrigues, Netto, Moreira, Goyanna (2012) relatam que na grande maioria das vezes, o tempo e o empenho dedicados ao tratamento da sífilis, causam sentimentos de ansiedade e desânimo, uma vez que a terapêutica, dependendo do caso, é prolongada, levando algumas pessoas a apresentarem dificuldades em dar seguimento. Esse fato também colabora para o risco de recidiva da sífilis, como aconteceu com M9 que interrompeu o uso da Doxiciclina para ingerir bebida alcoólica, e então teve que se submeter novamente ao tratamento da doença.

Uma estratégia fundamental para minimizar os conflitos vividos por essas mulheres que fazem tratamento para a sífilis, é a formação de grupos de apoio, já que não há educação em saúde relacionada à sífilis para os usuários do Programa DST/HIV em Macaé. Esta estratégia pode atingir um maior número de mulheres e elas, entre si, podem trocar experiências, escutarem-se mutuamente, e assim compartilhar conhecimentos, com acompanhamento multiprofissional, se apoiarem emocionalmente para se sentirem seguras quanto ao tratamento recomendando e compartilhado.

As mulheres com sífilis também poderiam ter espaço na reunião entre a equipe de saúde, para a troca de informação, diminuindo as dúvidas no tratamento, parte fundamental no itinerário terapêutico, porque, de fato, a natureza e a sequência dos encaminhamentos na procura de tratamento para a cura são determinadas por uma série de variáveis situacionais, sociais, e psicológicas. Para Leininger & McFarland (2015) a

procura de cuidados está condicionada tanto pelas atitudes, os valores, as ideologias, quanto pelo perfil da doença, apoio profissional, e o acesso relacionado a disponibilidade de tecnologias, que neste caso, além dos comprimidos de Doxiciclina ou Eritromicina, seria a oferta da Penicilina G Benzatina também para as mulheres que possuem sífilis adquirida.

Ao mesmo tempo em que as mulheres escolhem e avaliam qual tratamento seria o mais adequado, ação considerada como um fenômeno cultural por Leininger & McFarland (2015) e Kleinman (1980), considerando elas vivem imersas em um contexto familiar e social, repleto de expectativas, crenças, valores e metas, com ambivalência na forma de vivenciar o tratamento para a sífilis. Por exemplo, nas falas acima as mulheres argumentaram sobre qual seria a melhor escolha para o tratamento da sífilis, já M3, M11 e M12 colocaram a responsabilidade de decisão nas mãos dos profissionais de saúde, através do comportamento na visão de cuidado formal, relacionado ao subsistema profissional de saúde.

A obrigação que eu conheço é parte da ginecologista né? Fazer esse tratamento na gente. Quero a ajuda dos médicos, o que ele achar que é melhor para mim eu vou aceitar (M3).

Elas [enfermeiras] sabem o que é melhor para minha saúde, porque elas estudam e eu não vou saber me cuidar sem elas falarem para mim. O que elas [enfermeiras] falam eu faço e é isso. Não posso discutir sobre isso, sobre o tratamento (M11).

Mas se elas [enfermeiras] falam que é melhor né? Elas sabem e eu não vou nem me meter (M12).

Este comportamento pode ser considerado ainda reflexo do modelo Biomédico, onde o paciente deve cumprir, seguir, obedecer às recomendações dos profissionais de saúde, e que seu comportamento deve coincidir com os conselhos e indicações médicas, fazendo com que os movimentos desencadeados no itinerário terapêutico seja dominado, na maioria das vezes, pelo campo da assistência à saúde formal (KLEINMAN, 1980; MIYADA, SERRA, GARBIN, GATTO, GARBIN, 2016).

Investigação realizada sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde, revelam uma concepção reduzida do papel do paciente no seu processo de aderir ao tratamento, pois se considera submisso ao profissional e ao serviço de saúde e não como um sujeito ativo no seu processo de viver e conviver com a doença e o tratamento. O estudo também evidenciou que a maior carga de responsabilidade pela adesão/não-

adesão ao tratamento é conferida ao profissional, concluindo, desta forma, que é necessário que os pacientes sejam também responsáveis nesse processo (MIYADA, SERRA, GARBIN, GATTO, GARBIN, 2016).

Deve-se, portanto, também oferecer autonomia a mulher através do diálogo com explicações sobre o porquê de determinada atitude no tratamento, e assim compartilhar possibilidades que também serão aceitas em seu contexto individual, uma vez que a sífilis é uma experiência real e refere-se a uma infinidade de possibilidades que estão (ou não) ao alcance, e são (ou não) acessíveis aos indivíduos. Isto porque, argumenta-se que a verticalidade no tratamento das IST pode prejudicar a adesão completa da terapia, sendo a necessária discussão com o indivíduo sobre suas crenças pessoais e padrões de comportamento (aquelas influenciadas por instituições sociais particulares, regras sociais, relações interpessoais, interação ambiental, constrangimentos), para a compreensão das atividades simbólicas em torno da doença (KLEINMAN, 1980; LEININGER & McFARLAND, 2015; MIYADA, SERRA, GARBIN, GATTO, GARBIN, 2016).

A compreensão em torno das atividades simbólicas que envolvem a sífilis pode, ajudar o profissional de saúde a perceber como o social e o cultural reagem entre si e entre as diversas variáveis, entendendo que este é o elo da resposta adaptativa com o Sistema de Cuidado à Saúde na tentativa de solucionar os problemas humanos criados pelas doenças, como cita Kleinman (1980).

É significativo destacar que há outras situações que também podem interferir no itinerário terapêutico, como algumas incertezas relacionadas ao medo do preconceito, dúvida na eficácia do tratamento e desgaste psicológico. Essas situações fizeram com que três mulheres pensassem em desistir do tratamento para a sífilis.

Pode ser que sim ou não (...) Se encontrasse uma pessoa conhecida aqui, com certeza eu não ia aparecer mais, eu ia dar meia volta (M1).

Porque eu pensava que não ia ter cura [motivo para desistir], que eu ia ter que ficar tomando remédio, e o remédio infernal (M13).

Já [vontade de desistir] Ah sei lá, é meio estranho, você pensa tanta coisa (M15).

Cavalcante, Silva, Rodrigues, Netto, Moreira, Goyanna (2012) em estudo semelhante, também observaram a dificuldade de mulheres em aderir a terapia

medicamentosa para tratamento da sífilis, fenômeno recorrente no tratamento de doenças que exigem mudanças nos hábitos de vida. Isto pode revelar, além da fragilidade emocional, uma passividade das mulheres diante do cuidado com a sua própria saúde, reflexo também de tudo que envolve a manutenção da sífilis adquirida, haja vista que existem muitas orientações para o tratamento, que como já foi mencionado, demanda tempo e paciência: fazer uso da medicação corretamente, realizar periodicamente exames de VDRL para acompanhar a titulação, disponibilidade para marcação de consultas, comparecimento às consultas periódicas com profissionais de saúde.

Por conta disso, as mulheres têm sua rotina de vida alterada e isto é reflexo da escolha individual no itinerário terapêutico para sífilis. Mulher M4 relata que sua rotina é esperar. M6 e M10 citaram que rotineiramente tem que faltar suas aulas para acompanhar sua situação de saúde. Já M20 aponta que sua rotina é ir ao Programa de DST/HIV.

Esperar para tudo. Você toma os remédios, aí tem que esperar para poder fazer exame de sangue todo mês, aí tem que esperar baixar para você se cura, aí você fica aquele um mês pensando “será que eu estou curada? Será que eu não estou curada? Será que falta pouco? Será que falta muito?” É mais complicada essa rotina (M4).

Ruim porque falta à escola (M6).

Às vezes muitas das consultas são de manhã, então tem que faltar a aula. Eu estou faltando muita aula (M10).

Minha rotina agora é vir aqui né? Não é bom porque tenho outras coisas e pego ônibus e venho com ela [filha]. O dia inteiro perco às vezes para isso (M20).

Ainda que por motivo de tratamento de saúde, esta opção no itinerário terapêutico não deveria dificultar a presença de M6 e M10 na escola. Observou-se nestes dois casos, barreiras institucionais relacionados aos horários de atendimento, dentre as quais dificultaram o cuidado de mulheres com sífilis. Para casos como este, há necessidade de maior flexibilidade nos horários no Programa DST/HIV do município de Macaé. Esta seria uma forma de organizar o serviço, não focando apenas para o biológico, mas para uma amplitude de necessidades, que envolvem as estruturas sociais

e culturais, neste caso, educacionais, como citam Silva e Viera (2014) e Leininger & McFarland (2015).

No entanto é relevante refletir que, as quatro mulheres (M4, M6, M10, M20), ao mudarem sua rotina para tratar a sífilis, estão vivenciando o ato da escolha terapêutica. Kleinman (1980) menciona que somente no curso da ação e, portanto, depois de realizado o ato de escolha, é que o indivíduo começa a interpretar a sua situação, suas ações e o que vai resultando, e assim constroem-se intersubjetivamente no curso de eventos concretos, nos quais continuamente se negociam e confirmam os significados de tratamento e cura na rotina cotidiana.

Entretanto para algumas mulheres o mais difícil é a rotina de ir ao Programa de DST/HIV. Isto se justifica porque o fato de ter adquirido uma doença sexualmente transmissível faz com que elas se tornem envergonhadas diante do problema de saúde e da repercussão da doença em suas vidas. Cada mulher movimenta-se de forma singular, interpretando a situação a partir de uma percepção em que sua cultura, seus códigos, suas regras, e avaliam como isto influencia no seu comportamento e no processo de escolha no itinerário terapêutico (KLEINMAN, 1980, LEININGER & McFARLAND, 2015).

Ai hoje de manhã acordei cedo, nem com vontade levantar porque já sabia que viria aqui. Eu estou me tornando uma pessoa triste (M1).

O tratamento em si para mim, questão de medicamento não tem problema nenhum, eu particularmente em questão do lugar, porque a gente vem ai, isso pra mim é horrível, eu, por exemplo, fui para um laboratório particular (...) é desconfortável pra mim (M12).

Difícil, é eu vim para cá e povo ficar sabendo que eu tenho sífilis. (...) Ah porque eu quero sair fora daqui, não aguento mais (M16).

Assim sendo, o ato de escolha no itinerário terapêutico para a sífilis e a reflexão que se faz por meio deste, tem características bastante individuais, tanto é que, que apesar do preconceito, estigmas sociais da doença, dificuldades com a terapia medicamentosa, há mulheres que se sentiram empoderadas, e a mudança de rotina, proporcionada pelo tratamento, colaborou para cuidarem mais de si.

Cuidar, se cuidar, se valorizar. Ficar esperta e ligada (M4).

Sou mulher, preciso me cuidar (M7).

Mais vontade me deu, mais de usar preservativo, de cuidar mais de mim. Comecei a me cuidar mais, me valorizar mais e me amar mais (M10).

A realidade social do indivíduo com problemas de saúde é construída no sentido de que certos significados, configurações estruturais sociais e comportamentos são legitimados enquanto outros não. No processo de garantir uma unidade no tratamento, o indivíduo tanto pode se dirigir para a integração e realizar o que for possível para se ver curado, independentemente do subsistema de saúde em que está mais fortemente vinculado, enquanto outros podem se dirigir para a fragmentação, efetuando parte do tratamento, devido recomposições de acontecimentos e condutas culturais e sociais (KLEINMAN, 1980).

Para integração no curso do tratamento da sífilis, são importantes as medidas preventivas para a cura ou para evitar a recidiva da doença. Um dos principais cuidados para prevenir a sífilis é o uso do preservativo, no entanto seis (30%) mulheres não citaram o preservativo quando lhes foi perguntado sobre quais cuidados elas tinham para prevenir a sífilis.

Não sei (M3).

Só tomar as doses de medicamentos que eles estão passando (M7).

Comemos agora muita verdura. Mexeu com nossa alimentação (M12).

Ficar fazendo exame direto (M14).

Nenhum (M18).

Estes depoimentos caracterizando a falta de prevenção para a sífilis consolidam a recomendação do papel educativo do profissional de saúde, alicerçando-o como agente responsável pelo compartilhamento de saberes necessários à adoção de bons hábitos de saúde.

Estudos realizados com mulheres em 2015 e 2016 identificaram também muitas dificuldades para o uso das medidas preventivas no que diz respeito às IST. O fato de algumas mulheres perceberem-se doentes não constituiu estímulo suficiente para que tivessem alguma ação concreta no sentido de evitar outra infecção ou a reinfecção (ESTAVELA, SEIDL, 2015; RUFINO, ANDRADE, LEADEBAL, BRITO, SILVA, SANTOS, 2016).

Torna-se substancial recomendar que o enfermeiro deva buscar usar o ambiente de trabalho como um espaço para alargar estratégias que promovam diálogo e interação com os usuários, levando em consideração crenças, valores e costumes que cercam o contexto de vida daquela população, como argumenta Leininger & McFarland (2015) e Rufino, Andrade, Leadebal, Brito, Silva, Santos (2016). Deve ser também papel do enfermeiro esclarecer a forma de prevenção da sífilis, independente se foi perguntado ou não pela mulher, na tentativa de reduzir os ciclos de contaminações e recontaminações, que acabam por se tornar um círculo vicioso.

Após desligar o gravador, perguntei se elas haviam tirado dúvidas sobre prevenção com o profissional que as acompanhavam no tratamento da sífilis. Duas mulheres disseram que não, uma por vergonha, outra disse que ali seria lugar de tratar e a prevenção seria procurada em outro momento. Mas também percebi em alguns casos que elas são orientadas, e sabem que a prevenção e a eficácia no tratamento dependem do uso do preservativo, mas escolhem, em alguns casos, não usar, como cita M5 e M19.

Vou ser sincera, eu sou casada com meu esposo há três anos, com todo cuidado que a médica falou para gente ter, ainda tem um descuido, muita das vezes na relação à gente acaba se esquecendo de colocar a camisinha, no impulso na emoção a gente se esquece (M5).

É mais estresse para se cuidar porque não usamos camisinha sempre (M19).

Ao conversar com profissionais de saúde do Programa de DST/HIV do município de Macaé sobre o que eles acham mais difícil no tratamento de mulheres com sífilis, todos confirmaram ser a baixa adesão no que diz respeito ao uso do preservativo. Os sete profissionais entrevistados explicaram que orientam sobre a importância do preservativo em todas as relações sexuais, mas que algumas mulheres ainda apresentam dificuldade para a adoção dessa prática, como citam P2 e P5.

Muitas não se cuidam, hoje mesmo acabei de atender uma paciente que ela teve sífilis, tratou, e ela teve relação sem preservativo com o mesmo parceiro que contaminou (...) Não é o frequente, mas é a maior parte, mesmo sabendo, mesmo a gente orientando, elas não usam o preservativo (P2).

Eu falo sobre o uso do preservativo. Mas muitas delas não usam. Tem muito a ver de como é o casal, a relação com o

parceiro, envolve muita coisa que você nem imagina. Falar de infidelidade não é fácil (P5).

Todavia discutir IST, uso de preservativo e relações extraconjugais é muito difícil em uma sociedade em que, teoricamente, todos são monogâmicos. Neste estudo sobre itinerário terapêutico de mulheres com sífilis, 16 (80%) mulheres não tem o hábito regular de utilizar o preservativo, atitude que reflete o itinerário terapêutico para a sífilis, como relata Kleinman (1980), já que sob diferentes formas, objetivos e manifestações, elas escolhem (ou não) usar o preservativo regularmente, contribuindo para a construção de significados sobre a sífilis, podendo, ou não, ser decodificadas como um problema e motivarem, ou não, a procura por uma solução e se manterem nela. A participante M1 apesar de saber que a solução para a sífilis dependeria do uso do preservativo, e adotá-lo como parte do tratamento seria fundamental, no entanto não conseguiu manter sua escolha.

Cumpri o que disse [sobre uso do preservativo]? Meu Deus, pior coisa agora na minha vida, mais que ainda ele nem é meu namorado! (M1).

Em sua pesquisa Ferreira, Costa, Melo (2014) encontraram resistência por parte da mulher em usar o preservativo. O argumento foi baseado na crença que há interferência do prazer sexual, no impedimento de sentir o sêmen durante a relação sexual, ou no temor de que o preservativo rompesse durante o ato sexual atrapalhando o prazer, ou medo de alergia ao látex e lubrificante. Por outro lado, Estavela e Seidl (2015) enunciam que o uso do preservativo é uma negociação, e há implicações sobre o papel de gênero. A maioria dos parceiros não gostam de usar preservativos, porque eles também acham que minimizam o orgasmo das companheiras e seu próprio e, por isso, preferem não utilizá-los, ou querem dividir com suas parceiras “o risco por amor”.

Nesta investigação a mulher M4 que argumentou que não gosta de usar preservativo porque sente que não está satisfazendo seu parceiro e a M5 também não usa preservativo e relata que seu companheiro assume os riscos de ter sífilis, pois acha o tratamento simples. A participante M19 relata que sempre ouve no seu contexto ambiental que o melhor é “pele a pele”.

Então fico um pouco meio assim chateada, meio assim, parece que eu não estou satisfazendo (M4).

Então às vezes eu até paro para conversar com ele “você não tem medo?” “Ah! filha seja o que Deus quiser”, “menino mais

você pode contrair a sífilis”, ai ele brinca: “a gente vai lá e toma a benzetacil®” (M5).

Sem camisinha mesmo, pele a pele (M19).

A recusa das pessoas em usar preservativo permanece como a chave do problema para a sífilis e outras IST. Esta postura reflete-se nos alarmantes números de sífilis no país. No entanto, concordo com Estavela e Seidl (2015) quando citam que o uso do preservativo não é fácil de ser utilizado nas relações entre homens e mulheres. Há grandes dificuldades de negociação para seu uso de uma forma geral e, especialmente, para seu uso constante nas relações que se estendem durante um longo tempo.

Outro ponto importante que limita o controle da sífilis é a sua banalização. Esta é uma doença onde os sinais e sintomas muitas vezes passam despercebidos, e é curável. Reflito que o termo “cura” encontra-se associado a uma banalização da sífilis que tem, como consequência o desprezo por atitudes preventivas, como cita M5 em sua relação com o parceiro.

Entendo assim que é necessário discutir a possibilidade de acordo entre casais estáveis e não estáveis sobre o uso do preservativo. Os profissionais não devem se deixar deter pelo discurso pronto, decorado, institucionalizado e sem autorreflexão e que não conseguem colocar em prática. Não obstante, concordando com Carvalho, Anchiêta, Queiroz, Aragão, Nichiata (2013) a abordagem observada nos serviços dirige-se apenas à doença em si e a seu tratamento. As questões que a cerceiam, os significados atribuídos pelos sujeitos, aliado ao contexto cultural de vida, são minimamente contemplados pelos profissionais de saúde, e parece não caber na assistência oferecida, ancorada na perspectiva da medicalização.

Este é um grande desafio para o itinerário terapêutico de mulheres com sífilis. O tratamento correto e adequado para a doença perpassa o biológico, e tem conotações que envolvem as questões de gênero e vulnerabilidades, caracterizados pelos contextos político, econômico e sociocultural (AYRES, FRANÇA JÚNIOR, CALAZANS, SALETTI FILHO, 2003). Isto porque há situações que claramente ultrapassam o campo biologicista, por exemplo, nos casos em que a mulher, devido a dependência afetiva e o medo de perder o parceiro, ao exigir o uso do preservativo, é fator determinante na adesão (ou não) do tratamento. A mulher M20 ao explicar, o porquê de não fazer uso de preservativo, demonstrou que foi uma escolha para poder permanecer com o parceiro.

Estamos nessa e depois vou ter que confiar nele. Vai ser assim. Eu sempre confiei nele (...)Eu quero continuar com ele e vai ser assim (M20).

Esta mulher tem 20 anos, é casada e está no segundo tratamento para a sífilis. Refletindo sobre a sua fala e analisando os fatores culturais, modos de vida, econômicos e educacionais que a envolvem, percebe-se que ela mora em casa alugada, dependendo financeiramente do marido, possui ensino médio completo, mas interrompeu o estudo devido uma gravidez.

No Brasil a faixa etária mais acometida pela sífilis em 2015 está compreendida entre o intervalo de 20 a 39 anos e entre as pessoas que cursaram ensino médio completo, dados concordantes ao Boletim Epidemiológico disponibilizado pelo Ministério da Saúde em 2016 (BRASIL, 2016). Em relação ao estado conjugal, estudo realizado com mulheres brasileiras casadas e portadoras de IST revelaram que a maioria considerava a convivência prolongada com o parceiro como uma forma de segurança contra esse tipo de doença (ESTAVELA E SEIDL, 2015).

Assim, além dos determinantes sociais de saúde nos quais que M20 está inserida, não se pode desconsiderar a influência da questão gênero no contexto da sífilis nas escolhas do itinerário terapêutico que ela fez, no sentido de buscar ou não tratamento, prevenção e a cura para a doença. Às mulheres deste estudo encontram-se em uma situação de grande vulnerabilidade em relação às IST, em decorrência de seu comportamento sexual desprotegido, creditando confiança nos parceiros (KLEINMAN, 1980; SOUZA, PINHEIRO, COSTA, ARAÚJO, ROCHA, 2015), como ocorreu com M1.

Mas só que essa pessoa eu ficava com ela sempre, já tinha uma certa confiança, eu achava que ele ficava só comigo e eu ficava só com ele, pois ai caiu a ficha que não! [pausa e choro] (M1).

Entre os vários contextos expostos através das falas das mulheres e dos profissionais de saúde, reflete-se que o itinerário terapêutico no que diz respeito a escolha, avaliação e aderência a determinadas formas de tratamento é construído singularmente por diferentes possibilidades, não há uma norma que defina o que fazer e quando fazer (KLEINMAN, 1980). As mulheres desta investigação reconhecem a doença, mas algumas escolhem não seguir as recomendações do subsistema profissional, pois a cultura que envolve os seus contextos de vida juntamente com o companheiro é mais forte que qualquer proposta dos protocolos de saúde.

Desse modo, é importante contextualizar que a cultura, neste cenário, aparece como pano de fundo destas relações, pois muitos dos cuidados e escolhas são advindas da prática profissional, mas também desenhados através do conhecimento e da influencia familiar e popular, o que caracteriza a singularidade do itinerário terapêutico de mulheres com sífilis (KLEINMAN, 1980, LEININGER & McFARLAND, 2015).

Por consequência, pondera-se com Kleinman (1980) e Leininger & McFarland (2015) que a vivência da doença de cada indivíduo ocorre dentro de uma complexidade de sentidos, de onde os fatores sociais, culturais e biológicos não podem ser isolados, já que a vida tem várias dimensões e estas integram a totalidade da existência.

2.2- O Cuidado Cultural: Respostas Adaptativas para Solução da Sífilis.

O cuidado cultural segundo Leninger é definido como

os valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidos, que auxiliam, facilitam, sustentam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte (LEININGER & MCFARLAND, 2015. p.14).

Existem diversidades no cuidado humano, que possuem características identificáveis e que explicam e justificam a adoção do cuidado cultural de enfermagem, para que ele, não só se adapte às crenças, valores e modos de vida, como também, para que esse cuidado seja benéfico e significativo (Leininger & McFarland, 2015).

As atitudes para o cuidado culturalmente congruente de acordo com as crenças e valores da mulher com sífilis, podem ser consideradas como sendo o conceito mais significativo, unificador e dominante para se conhecer, compreender e prever o cuidado popular para a sífilis. É a partir desse conhecimento que entende-se a importância das interações entre os sujeitos para suas escolhas e ações, e em consequência, pode-se interpretar o itinerário terapêutico (KLEINMAN, 1980, LEININGER & McFARLAND, 2015).

Interpretar o itinerário terapêutico na perspectiva de Kleinman (1980) é buscar significações, ou seja, compreender as formas expressivas que se referem diretamente às experiências e vivências de outras pessoas à procura de manter-se saudável. Tais formas expressivas constituem representações, processos pelos quais os indivíduos exprimem algo a respeito do que é representado, neste caso a sífilis. Assim, uma importante tarefa do pesquisador do itinerário terapêutico é tornar compreensível ações e enunciados,

considerados como expressões culturais, que são partilhados por um determinado grupo social.

O processo de tornar compreensíveis as representações humanas, por si só, é uma tarefa complexa, considerando que toda interpretação científica é unilateral, e se fundamenta em regras que variam de acordo com o tempo, e de acordo com o espaço social e cultural (KLEINMAN, 1980). No caso da etnoenfermagem, compreender algo trata-se de um saber construído, não apenas por uma rede de conceitos e definições previamente definidos, mas também por contatos interativos desenvolvidos pelo pesquisador no trabalho de campo. Isso não diminui a validade e a importância do saber etnográfico, apenas chama a atenção para o fato de que toda interpretação do fenômeno cultural, é essencialmente, de caráter conjectural. Logo, não esgota todos os horizontes potenciais de sentido de interpretar, pois os conceitos e atitudes podem se atualizar constantemente a partir das ações dos indivíduos (LEININGER & McFARLAND, 2015).

O Sistema de Cuidado à Saúde criado por Kleinman (1980) representado por três subsistemas (popular, *folk* e profissional) e podem desencadear interpretações de usuários, familiares, amigos e profissionais de saúde, sobre etiologia, início dos sintomas, fisiopatologia, curso da doença e tratamento. Não raro, estas explicações conflitam, pois os indivíduos constroem diferentes realidades clínicas, refletindo no tratamento e também nas escolhas e decisões para o itinerário terapêutico (KLEINMAN, 1980).

Essas diversas explicações são socialmente construídas e necessitam ser negociadas no processo de cura, pois os padrões de saúde e enfermidade variam não só em diferentes sociedades, mas no interior de uma mesma sociedade, a depender da posição socioeconômica e da subcultura de quem os estabelece. Um estudo realizado em 2014 apontou razões para a utilização do cuidado cultural pelos indivíduos em situação de doença. Dentre as razões destacam-se o sentimento de que a medicina tradicional não tem conseguido oferecer soluções eficazes para os problemas de saúde da população e a necessidade, que os usuários têm, de desempenharem um papel mais ativo no seu processo saúde-doença (LIMA, HECK, VASCONCELOS, BARBIERI, 2014; LEININGER & McFARLAND, 2015).

A prática de cuidado com a sífilis tende também a ser estabelecida de acordo com o meio cultural, econômico, social e relacional e por isso a sua característica cultural. Para Leininger & McFarland (2015) as pessoas envolvidas no processo de

cuidar crescem e aprendem umas com as outras. Uma primeira forma de contato com as práticas culturais que conformam o itinerário terapêutico de mulheres com sífilis é o reconhecimento da posição do sujeito como participante de uma rede de cuidados, que pode ser acessada a partir das memórias familiares, recriadas continuamente, inclusive pela experiência atual, como aconteceu com M3, M16 e M18 que através de orientação familiar, tentaram medidas culturais para adaptar o cuidado com a sífilis.

A minha tia e meu marido, que tem aquele, um comercial que tem na televisão, que um negócio que bota assim, que cai a verruga, então meu marido até falou que ia comprar isso, para ele botar aqui para ver se caía (M3).

Minha mãe, minha avó e a minha tia e elas falam que não posso ficar usando creme de corpo. Porque senão espalha mais. Porque como é do sexo, pode alastrar para o corpo e aí que fica ferido, acho que com manchas. O creme atrapalha as manchas (M16).

Minha avó fala que tomar banho com fruta assim, abacaxi ou aquelas mais azedas a doença passada por sexo elas ficam curadas. Ela falou passar limão no corpo (M18).

Através desses depoimentos percebe-se que a família possui um papel importante, pois através de interpretações culturais sobre a sífilis, essas três mulheres balancearam saberes e práticas, avaliando e escolhendo o que poderiam ser estratégias para ajudar no tratamento da sífilis.

Duas pesquisas sobre cuidado cultural familiar explicam que a família constitui uma rede informal de produção dos cuidados de saúde, incorporando interações afetivas indispensáveis no desenvolvimento de tomada de decisões para manutenção da vida saudável, incorporando cuidados da higiene, da cultura alimentar e influenciando os tratamentos orientados pelos profissionais de saúde, pois cada ato de escolha coloca em evidência as experiências, as trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades, circunscrito histórica e culturalmente, pois esse indivíduo é singular e possui prioridades que estão imersas em paradigmas culturais existentes na sociedade (SOUZA, RAMOS, MELO, AMARAL 2012; OLIVEIRA, ROCHA, 2015).

Leininger & McFarland (2015) complementam os resultados desses dois estudos quando enfatizam a importância de levar em consideração que os cuidados à saúde é

influenciada pelo contexto sociocultural em que ocorre. Assim, a análise sobre itinerário terapêutico envolve necessariamente a ideia de que as distintas trajetórias individuais se viabilizam em um campo de possibilidades culturais, para a elaboração e a implementação de projetos específicos no campo da saúde e/ou na doença (KLEINMAN, 1980).

A valorização da família e do parentesco entre pessoas que necessitam de cuidados de saúde segundo Oliveira e Rocha (2015) é o resultado da forma como eles vivem suas próprias condições de vida, seus projetos, e de como eles se posicionam frente às doenças. Neste sentido, a vida familiar e comunitária não está isolada, ela insere-se na dinâmica econômica e social da sociedade como um todo, e na capacidade individual de integrar-se a ela.

Por esse ângulo, concordo com Brito, Damasceno, Pinheiro, Vieira (2010) quando esclarecem que cada membro da família participa e contribui na construção cultural do seu meio, compartilhando saberes e práticas em saúde e também elaborando concepções próprias, com significados únicos e especiais no seu ambiente cultural para manter-se saudável ou cuidar de uma doença.

Ainda que membros da família tenham sido citados como influenciadores no cuidado cultural para a sífilis, poucas mulheres conseguiram resgatar as lembranças sobre os cuidados que lhes eram orientados em seu ambiente cultural, mas ao serem estimuladas reconheciam as origens culturais de algumas práticas naturais como: alimentação, ervas e banhos.

Apesar de fazer uso da medicação que foi orientado pelo subsistema profissional para tratar a sífilis, as mulheres relataram que ingerem alimentos saudáveis ou aqueles que elas consideram que “limpam” o sangue para ajudar no combate da doença.

É só alimentar bem. Sabe aquelas coisas que limpam o sangue. Aquelas verduras que depuram o sangue? Tipo limpeza? É o que fazemos hoje. Tentamos fazer alimentação melhor para a sífilis não alastrar (M12).

Minha mãe falou que é uma verdura que tem. Eu falei “isso é horrível”, ela falou “mas para o problema que você esta ajuda muito” (M15).

Tem que comer bem, principalmente na doença (M17).

Uma pesquisa relacionada à alimentação sob a ótica da Enfermagem Transcultural em 2016, revela que o alimento constitui uma natureza histórica, pois os

preceitos de existência, mudanças dos hábitos e práticas alimentares têm relação na própria dinâmica social. Os alimentos não são somente alimentos. Alimentar-se é uma atitude nutricional, comer é um ato social, pois constitui comportamentos relacionados aos usos, costumes, protocolos, condutas e situações, pois nenhum alimento que entra em nossas bocas é culturalmente neutro (VIEIRA, LEAL, MARQUES, ALENCAR, 2016).

A historicidade do ato de se alimentar é explicada pelas manifestações culturais e sociais como espelho de uma época em que a comida era ligada aos aspectos mais imediatos da sobrevivência humana. Muitas das vezes o consumo deste ou daquele alimento está relacionado às crenças que foram construídas por uma sociedade ao longo de sua história, que nem sempre estão de acordo com a ciência ou a razão. Por isso, não é de se estranhar que em algumas culturas o alimento ainda é uma opção fortemente vinculada à cura de doenças (CARNEIRO, 2015).

Carneiro (2015) revela que inúmeros programas institucionais que visavam mudar o hábito alimentar de populações foram frustrados por desconsiderar os preceitos e as proibições religiosas e culturais, bem como as categorias culinárias locais. O mais interessante é que se evidenciou mais tarde, que faltava sensibilidade por parte dos pesquisadores em perceber o peso da cultura sobre a alimentação e de como ela é simbolicamente importante para as populações no que diz respeito à manutenção da saúde.

A partir de uma perspectiva etnográfica, o enfermeiro pode entender que, especialmente na cultura latina, as refeições ocorrem em momentos de integração fortalecendo o simbolismo do alimento como fonte de alegria e poder. Isto também se deve à historicidade matriarcal da mulher, que nos momentos das refeições incorpora o papel de incentivar a alimentação e por isso, em busca de solucionar os problemas de saúde, as mulheres não desconsideram capacidade em perceber qual alimentação lhe é mais adequada (LEININGER & McFARLAND, 2015; CARNEIRO, 2015). Analisa-se que a cultura alimentar sobrevive, e é levada em consideração também no que diz respeito à sífilis.

Além das mulheres adaptarem o cuidado para a sífilis através da ingestão de alimentos, encontrou-se relato relacionando à água do mar para cura da doença, e sobre algumas ervas que também ajudam no tratamento da sífilis ao serem colocadas na genitália.

Ou pode colocar erva que eu não sei o nome na ferida do homem, ai cura (M11).

Sei que nas feridas para cicatrizar rápido banho de mar pode curar a sífilis, por causa do sal (M13).

Já ouvi algo sobre a aroeira. Pode colocar a folha nas partes para tirar a sífilis. Acho que suga a doença e a doença passa para a folha (M14).

Em estudo realizado em 2010 sobre uso de plantas medicinais encontrou que quanto às indicações terapêuticas, a população as utiliza para doenças e sintomas dos sistemas digestório (22%), respiratório (15%) e genitourinário (11%). Sendo que em 54% das citações os entrevistados disseram que o conhecimento sobre plantas medicinais foi adquirido com pais/avós, 18% com vizinhos (GIRALDI, HANAZAKI, 2010). Esses dados são semelhantes com esta pesquisa sobre itinerário terapêutico de mulheres com sífilis, onde 55% das mulheres adquiriram orientações sobre plantas medicinais através do subsistema popular.

A utilização de ervas pode ser justificada através de um processo histórico e cultural. Desde os primórdios da existência humana, os indivíduos buscam na natureza recursos para melhorar suas próprias condições de vida, aumentando sua chance de sobrevivência. Tal interação é fortemente evidenciada na relação entre seres humanos e plantas, observada desde a chegada dos europeus no Brasil. (GIRALDI, HANAZAKI, 2010; LIMA, HECK, VASCONCELOS, BARBIERI, 2014).

Estes povos logo que chegaram se depararam com uma grande quantidade de plantas medicinais usadas pelos povos indígenas que aqui viviam. Os conhecimentos sobre a flora local acabaram se fundindo àqueles trazidos da Europa, e os escravos africanos deram sua contribuição com o uso de plantas trazidas da África. Entende-se a partir disso, que uma aproximação das ações de cuidado popular, como o uso de plantas medicinais, exige o olhar do indivíduo como uma unidade complexa de cuidado, que necessita ser compreendida no contexto social, histórico e cultural, que lhe dá significado e delimita suas ações (GIRALDI, HANAZAKI, 2010; LIMA, HECK, VASCONCELOS, BARBIERI, 2014).

O conhecimento de uma determinada comunidade sobre o poder curativo de algumas plantas é uma das formas de relação entre a população, plantas e a saúde. As práticas relacionadas ao uso cultural de plantas medicinais são o que muitas comunidades têm como alternativa para a manutenção da saúde ou o tratamento de

doenças. Cabe ressaltar que os tratamentos da medicina moderna e da medicina popular devem ser complementares, sabe-se que certos compostos químicos, quando ingeridos em excesso ou quando combinados, podem causar danos à saúde (GIRALDI, HANAZAKI, 2010; LIMA, HECK, VASCONCELOS, BARBIERI, 2014)

Isto é reforçado em 2008 quando foi instituído o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos que tem como objetivo inserir, com segurança, eficácia e qualidade, plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que também busca promover e reconhecer práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais (BRASIL, 2009; GIRALDI, HANAZAKI, 2010).

Estudos culturais e aqueles baseados na Etnofarmacologia podem contribuir com ações desse tipo à medida que existe a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (RESINUS 2009) que listam plantas medicinais já conhecidas e utilizadas em determinada região, com potencial para serem inseridas em sistemas públicos de saúde. A lista possui 71 espécies de plantas medicinais que poderão ser usadas como medicamentos fitoterápicos no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009; GIRALDI, HANAZAKI, 2010). Mas apesar de instaurado em 2008, poucos profissionais de saúde tem conhecimento do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas, como no caso dos profissionais de saúde que participaram desta pesquisa, onde todos negaram conhecer. Apesar da sífilis não ter tratamento fitoterápico, é importante o profissional conhecer para saber orientar, caso haja alguma dúvida, e o usuário insistir em utilizar alguma erva, como foi o caso acima de M11 e M14. Mas profissional P3 refere a dificuldade da rede de saúde do município disponibilizar cursos de atualização no que diz respeito a sífilis e cuidado cultural.

Olha, quatro anos que eu estou aqui, assim, a capacitação que tem é mais online. (...) É mais o interesse mesmo do profissional, não tenho visto nesse período disponibilidade de cursos para isso (P3).

É necessário que os órgãos de atenção à saúde implementem cursos de atualização e de capacitação para o tratamento da sífilis e para melhor cuidado com as mulheres e suas famílias e que traga na sua grade discussões para implementações nas consultas de enfermagem ginecológicas e grupos educativos abordando/discutindo as questões culturais que estão imbricadas na vida do ser humano, além da necessidade de

educação continuada permanente para os profissionais que atuam no Programa DST/HIV do município de Macaé.

A estratégia da Educação Continuada oportuniza o aprendizado do profissional de saúde como explicam Falkenberg, Mendes, Moraes, Souza (2014), no entanto, os conteúdos devem considerar a realidade, o cotidiano do trabalho, as necessidades do profissional, do setor de trabalho, da instituição, inclusive considerar também demandas culturais da população e como se deve lidar com elas. No planejamento das ações educativas para profissionais, não se pode deixar de considerar que eles lidam com indivíduos inseridos nos mais diversos ambientes culturais que demandam preservação ou acomodação ou repadronização do cuidado cultural, que devem ser eticamente solucionados para um cuidado culturalmente congruente, como cita Leininger & McFarland (2015).

As orientações advindas do subsistema popular são muito importantes para a construção do itinerário terapêutico, pois só é possível referenciá-lo quando a mulher, ao olhar para as suas experiências passadas, tenta interpretá-las de acordo com as suas circunstâncias atuais, com o seu conhecimento presente. Por conseguinte, se podemos dizer, por um lado, que o itinerário terapêutico é uma experiência vivida real, por outro, sua interpretação é uma tentativa de conferir sentido ou coerência a atos que lhe são oferecidos (KLEINMAN, 1980).

O itinerário terapêutico envolve tanto ações quanto discurso sobre essas ações, sendo que as ações se fundamentam em diferentes processos de escolha e decisão. Para Kleinman (1980) falar de processo de escolha é referir-se a uma consciência de possibilidades que estão ao alcance, e são igualmente acessíveis ao indivíduo. Assim, torna-se necessário que o sujeito da escolha, para fazê-la, transforme seu ambiente social (que a todo o momento lhe impõe diversas alternativas) em um campo denominado 'possibilidades problemáticas', dentro do qual a escolha e a decisão se tornam possíveis.

Tanto é, que para onze (55%) mulheres as possibilidades problemáticas estavam baseadas também no cuidado cultural que envolve alimentação, ervas ou banhos. Conquanto, a comunidade científica, e particularmente os profissionais de saúde, compreendam estes saberes como apenas saberes populares, descartando maiores influências para o cuidado do indivíduo, como cita profissional P3.

Que o vizinho mandou, alguma coisa, mas aí nos explicamos que tem que ser feito de acordo com o protocolo, o que é bom

para um não é bom para o outro (...) o achismo não se deve utilizar e nem usar (P3).

Para alguns profissionais de enfermagem, o conhecimento cultural é visto como algo de propriedade irrelevante, obsoleto comparado ao saber profissional referente ao cuidar de mulheres com sífilis, faltando nestes trabalhadores da saúde uma sensibilidade cultural, percebendo a comunidade como geradoras, transmissoras e modificadoras da cultura, para tanto esta reflexão deve ser pertencente no seu processo de formação profissional e na educação continuada (OLIVEIRA, ROCHA, 2015).

Ao desconsiderar conhecimentos e práticas culturais, além de prejudicar a interação no cuidado, aumenta as distâncias entre os subsistemas de saúde (popular x profissional) e ao negar a experiência das mulheres sobre os processos da doença ou saúde, os profissionais de saúde podem perder a preciosa oportunidade de negociar saberes e práticas, evitando o etnocentrismo e a cegueira cultural (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Uma análise dos modelos de cuidados com a saúde – *emic* e *etic* – considera três ações principais para decisões nos modos de prestar um cuidado saudável, culturalmente congruente e significativo. As três ações baseadas culturalmente e modos de decisão foram: a) preservação e/ou manutenção do cuidado cultural, b) acomodação e/ou negociação do cuidado cultural, c) repadronização e/ou reestruturação do cuidado cultural. Essas ações culturais advindas da Teoria do Cuidado Cultural e que compõe o quarto nível do modelo de Sunrise (Leininger & MCFarland, 2015) podem se relacionar ao itinerário terapêutico para um cuidado individualizado. Por exemplo: Quando uma mulher com sífilis se refere ao profissional de saúde um cuidado cultural interpretado através do subsistema de saúde popular, que envolve a família, amigos, vizinhos, há de se analisar qual a melhor decisão de cuidado deve ser tomada para que o vínculo profissional com esta mulher não seja quebrado, pois seus valores e contexto cultural devem ser respeitados.

Para os casos onde a mulher deixa de usar a medicação prescrita em detrimento somente de orientações culturais, há de se repadronizar ou reestruturar o cuidado cultural. Isto é realizado a partir de ações e decisões mútuas, assistenciais, de apoio, para facilitar as pessoas a reordenar, modificar, mudar ou reestruturar seu modo de vida para melhores padrões (ou benéficos) de cuidado à saúde, práticas, ou resultados (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Quando a mulher faz uso da medicação prescrita pelo profissional e conjuntamente adota práticas culturais, desde que não haja prejuízo ao tratamento em curso ou a saúde em um modo geral, há de se realizar a preservação ou manutenção do cuidado cultural. Este tipo de cuidado refere-se aos atos ou decisões assistenciais, de apoio, facilitadores ou de capacitação que ajudam as culturas a manter, preservar ou reter as crenças e valores benéficos do cuidado ou para enfrentar deficiências e a morte. Ou então se realiza a acomodação ou negociação do cuidado cultural onde às ações e decisões que assistem, acomodam, facilitam ou capacitam o cuidado e que ajudam as culturas a se adaptar ou negociar um cuidado congruente, seguro, e efetivo para sua saúde, bem-estar, ou lidar com a doença ou com a morte (LEININGER & MCFARLAND, 2015). A preservação ou a acomodação do cuidado para a sífilis é constantemente colocada em prática pelo profissional P2 e P4.

Por estar acreditando não vou tirar a fé dela, mas eu vou da medicação para tratar, que ela ache depois, após tomar a Benzetacil[®] e ela achar que foi o chá que deu certo, ótimo para ela, desde que ela tome a Benzetacil[®] direitinho eu não ligo, e comece usar o preservativo, eu não estou ligando, quero que ela faça o tratamento direitinho e esteja bem orientada (P2).

Dependendo eu sou até a favor de tratamentos alternativos (P4).

Assim, quando estes profissionais entendem que promover um cuidado para o indivíduo, é também buscar identificar e conhecer suas diferenças culturais, experiências de vida e família, o planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem, pode ter melhor êxito nas suas ações de cuidado, favorecendo uma aproximação e congruência entre as práticas do cuidado popular e profissional (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Há necessidade de um melhor equilíbrio entre o setor profissional e a valorização da autonomia da mulher no cuidado com a sífilis, buscando compartilhar saberes, experiências e mudanças nos hábitos de vida, como aconteceu com M12, que além de realizar o tratamento para a sífilis com a terapia medicamentosa, adquiriu hábitos alimentares saudáveis. Isto pode ser considerada atitude de preservação do cuidado cultural por parte do enfermeiro que atendeu esta mulher (LEININGER & MCFARLAND, 2015).

Porque quando a gente estava conversando com a Enfermeira, a gente falou que não tínhamos uma alimentação muito boa, era

muito lanche e a imunidade muito baixa, ai na conversa ela falou assim “então faz o seguinte, modifica, tenta comer o máximo que você puder de verdura e folhas verdes”, ai lá em casa agora não falta, couve direto, alface, tomate, e isso modificou mesmo, porque depois da conversação a gente tem bastante verdura em casa, porque a gente não tinha hábito de comer (M12).

Assim, no momento em que algum indivíduo adoecer ou apresenta algum agravo à saúde, estes profissionais devem aperfeiçoar a abordagem cultural, reconhecendo as crenças, a cultura e os valores próprios de cada mulher nesse processo de cuidado e tratamento das doenças, ampliando seus horizontes, apoderando-se do cuidado holístico com o fortalecimento da escuta ativa. Somente com o equilíbrio entre cultura e ciência, dosadas pelo bom senso poderá ser possível a construção de práticas eficazes do cuidado, associando positivamente o conhecimento das mulheres e dos profissionais de enfermagem (LEININGER & MCFARLAND, 2015; OLIVEIRA, ROCHA, 2015).

Observa-se, que se as ações de cuidado também fossem realizadas voltadas às possibilidades, crenças e valores, poderiam contribuir para melhor adesão ao tratamento e proporcionar uma participação ativa da mulher em todo o processo de cuidado, colaborando positivamente nas escolhas para o itinerário terapêutico para a sífilis.

O respeito às dimensões culturais e sociais da mulher com sífilis, como propõe a Teoria do Cuidado Cultural pode influenciar sobretudo as informações e a conscientização sobre a sífilis. Percebe-se que uma das maiores dificuldades no itinerário terapêutico da mulher com sífilis reside na distância cultural e social entre o *emic* e o *etic*, sendo necessária a compreensão da herança cultural quando se oferece um cuidado, a fim de que a colaboração no itinerário terapêutico possa ser direcionada para um modo de vida saudável. Recomenda-se a interação efetiva entre sistemas de cuidados populares e sistemas de cuidados profissionais como forma de elaborar um cuidado de enfermagem congruente com a cultura, mediante conhecimento das crenças e valores da mulher, com decisões de cuidado individualizado ajustado aos valores e modos de vida feminino.

A aplicabilidade da Teoria do Cuidado Cultural pela enfermagem poderá favorecer o cuidado de mulheres com sífilis por meio da educação em saúde que considere a vivência e o contexto ambiental em todas as dimensões culturais e as estruturas sociais

(fatores religiosos, de parentesco, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais) que compõe a vida das mulheres.

Mas para que haja aprendizagem e conscientização significativa sobre a sífilis devem ser propostas estratégias como rodas de conversa e discussões temáticas, ultrapassando os modelos de comportamento considerados “corretos e saudáveis”, mas interessando-se pela interação entre as pessoas e seu contexto, pelo desenvolvimento de sua capacidade intelectual e de sua consciência social, realizando-se oficinas para reflexão coletiva sobre os assuntos de interesse das mulheres incluindo produção de materiais ilustrativos e recursos didáticos.

Reflito que se deva preocupar menos com os conteúdos e com os efeitos ou condutas preestabelecidas, e mais em desenvolver nas mulheres a capacidade de observar, analisar, questionar a sua realidade, os seus problemas e incentivar a procura de soluções ou respostas adequadas para melhorá-las. Nesta concepção, pode-se vincular às artes, a fotografia, a música, a poesia, entre outros recursos vinculados à forma de expressão humana, como cita Gazzinelli e Penna (2006), colaborando para escolhas conscientes e responsáveis no que diz respeito ao itinerário terapêutico para a sífilis. A resposta social que almejamos atingir envolve o diálogo entre a diversidade e não visa igualar as maneiras de ser e refletir, mas a construção e o fortalecimento de laços de proteção.

Assim, utilizar a abordagem do itinerário terapêutico e da Teoria do Cuidado Cultural poderá favorecer o diálogo entre as mulheres e os profissionais de saúde responsáveis. O espaço para cuidar deverá ser de troca de experiência, aprendizado mútuo e entendimento de como às mulheres cuidam da sua saúde.

Dessa maneira, o cuidado culturalmente congruente atrelado ao itinerário terapêutico no que diz respeito às estratégias de escolha, avaliação e aderência às formas de tratamento para a sífilis favoreceu notar a mulher como a precursora dentro do subsistema popular, assumindo para si um desafio de implementar algo novo, e ao mesmo tempo que desafia o subsistema profissional, introduz saberes adquiridos com outras gerações. Isto é um fator principal e significativo na afirmação dos cuidados as mulheres com IST, colaborando para o fornecimento e manutenção da qualidade do cuidado de enfermagem prestado aos indivíduos, famílias e aos grupos comunitários no que diz respeito a sífilis.

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu a compreensão do itinerário terapêutico das mulheres com sífilis, sendo um processo complexo, que envolve fatores psicológicos, culturais e sociais. Apreende-se que esta IST não se instala apenas no corpo (orgânico), mas ocupa um grande espaço em suas vida deixando marcas emocionais (alma).

Assim respondemos ao pressuposto desta investigação: O processo de construção do itinerário terapêutico é um fenômeno cultural e depende da articulação com as ações programáticas de saúde, uma vez que às mulheres crescem imersas em um contexto político, social, cultural e familiar repleto de expectativas, crenças, valores e metas que envolvem todo o processo de tratamento da sífilis.

O itinerário terapêutico iniciou-se logo que às mulheres receberam o diagnóstico de sífilis no CTA, na ESF, e/ou no serviço especializado. Nesta primeira etapa, todas foram encaminhadas para o Programa Municipal de DST/HIV do município de Macaé para iniciar o tratamento e acompanhamento. Foi neste Programa que tiveram a oportunidade de realizar o exame de VDRL conforme orientação profissional iniciando o tratamento terapêutico. Apesar do uso restrito da Penicilina G Benzatina em casos de sífilis adquirida as injeções podem ser administradas no Programa DST/HIV, na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou em serviço especializado – Casa da Criança e do Adolescente.

Apesar da nota técnica COFEN- N° 03-2017 publicada em 21 de junho de 2017 sobre a importância da administração da penicilina benzatina nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS), que pode ser administrada pelo profissional enfermeiro, esta realidade ainda não está implantada no município de Macaé. A centralização do tratamento para a sífilis configura-se uma barreira no atendimento de saúde porque as mulheres tem que sair da sua comunidade para conseguir fazer o tratamento, e pela falta de recurso financeiro para se dirigir ao local ou medo da exposição por ter que estar frequentando o Programa de DST/HIV, não dão continuidade a terapia medicamentosa.

Neste percurso, às mulheres por estarem imersas nas dimensões da estrutura cultural e social, fazem escolhas relacionadas a partir do contexto ambiental, em que as crenças e experiências interagem. No entanto, o cenário familiar e social muitas das vezes é conturbado, repleto de expectativas e valores que impossibilitam a sua compreensão que a sífilis é uma doença grave que poderá comprometer órgãos nobres como cérebro e coração, além de acometer sérios problemas ósseos, muitas das vezes por não terem a oportunidade de um diálogo aberto e sem preconceitos.

Durante o itinerário terapêutico foi possível identificar dificuldades ao longo do acompanhamento de saúde para a sífilis, e que estão relacionadas com a terapia medicamentosa, a rotina das consultas e dos exames por ser um serviço centralizado e o preconceito. Observa-se que esses percalços, principalmente pela falta de continuidade no tratamento, agiram sobre o itinerário terapêutico para a sífilis, prejudicando a sua adesão.

A pesquisa aponta que para cuidar de mulheres é necessário relacionar-se, conhecer o contexto ambiental e ouvir sua bagagem cultural. À luz desses dados é que devemos formular as bases teóricas do cuidado individualizado e culturalmente congruente para esta doença secular. Isto porque a perspectiva transcultural permitiu não só identificar as características do contexto social e cultural das mulheres, como também refletir sobre um novo caminho para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro, principalmente quando é preciso respeitar as questões individuais para que tenhamos êxito na cura.

A Etnoenfermagem, como um método unido aos preceitos da Teoria do Cuidado Cultural e do itinerário terapêutico, permitiu, ao longo da pesquisa, refletir sobre a necessidade de criar grupos de reflexão com a equipe de saúde, visando a promoção de uma assistência mais articulada, culturalmente pertinente e que respeite as escolhas, avaliação para a construção do itinerário terapêutico da mulher com sífilis.

Há também clareza de que as dimensões da estrutura cultural e social, principalmente os fatores de companheirismo e social, educacionais, e culturais influenciaram as mulheres para a construção e suas atitudes em relação ao itinerário terapêutico. Estes fatores refletiram nas suas escolhas e, conseqüentemente, na maneira como cuidaram da sífilis, independente do local do diagnóstico.

Os achados corroboram com a literatura, no que diz respeito ao conhecimento precário sobre a sífilis, reflexo da baixa escolaridade, o que pode ter impedido às

mulheres de realizarem escolhas mais adequadas para as suas necessidades de saúde. Além disso, constatou-se que um dos grandes desafios para o controle da sífilis é a baixa captação e o conseqüente tratamento dos parceiros das mulheres, sendo que esta problemática está associada aos vários fatores sociais e culturais, tais como o preconceito, a falta de educação sexual, não realizar tratamento por impedir a ingestão de bebida alcóolica, o medo de exposição, as dificuldades abarcadas pela questão de gênero, além da não percepção da doença e as suas graves sequelas.

Questiona-se se existe a possibilidade de realizar o acompanhamento para a sífilis e seus devidos esclarecimentos para evitar uma reinfecção, sem levar em conta, simultaneamente, o contexto do ambiente em que vivem essas mulheres e daqueles que estão envolvidos na vida dela, incluindo os hábitos e valores da sua cultura, os recursos que favorecem ou atrapalham sua caminhada evolutiva para a manutenção e preservação da saúde.

Considera-se que os protocolos de assistência à saúde da mulher não estão permitindo que ela seja cuidada de maneira integral, uma vez que os profissionais de saúde, preocupados em seguir um fluxo pré determinado de atendimento, não estão levando em consideração as peculiaridades das mulheres. As diversas condições sociais, o estilo de vida desfavorável à saúde também estão sendo pouco considerados, já que o modelo biomédico fragmenta o indivíduo, inviabiliza a visão holística tão fundamental ao cuidado cultural. Esta investigação mostra que se dissociarmos, o tratamento e acompanhamento da sífilis, do contexto ambiental, social e cultural em que a mulher está inserida, não conseguiremos cuidar integralmente.

De modo nítido o estudo permitiu inferir que os processos de escolha, avaliação e aderência ao tratamento para a sífilis são complexos e difíceis de serem apreendidos se não for levado em conta a diversidade de possibilidades disponíveis (ou não) em termos de cuidados com as doenças relacionadas à transmissão sexual. Esta situação se agravou devido o conflito formado pelo diagnóstico sem o devido acolhimento com aconselhamento na atenção primária de saúde, o que dificultou as negociações no processo de escolhas para o itinerário terapêutico e, conseqüentemente, influenciaram no cuidado à saúde e no processo de tratamento para a sífilis. Ou seja, fica claro a fragilidade do atendimento de saúde da ESF, um espaço conhecido por receber investimentos do Ministério da Saúde, em superar o modelo biomédico e a fragmentação do cuidado para a sífilis.

Constatou-se que oito mulheres que receberam o diagnóstico de sífilis fora do Programa Municipal DST/AIDS, não tiveram nenhuma orientação sobre a doença. Ou seja, os profissionais, seja do seguimento público ou privado, possuem a rotina de encaminhá-las para o tratamento no Programa Municipal DST/AIDS supondo que neste serviço ela seja orientada, fato que não acontece, pois como muitas mulheres já vem referenciada de outro local com o diagnóstico em mãos, não há uma sessão de aconselhamento prévio.

Pondero então que os esclarecimentos sobre a sífilis não devam ser realizados em momento único, ou seja, no momento do diagnóstico ou na alta do serviço de saúde, mas devem se desenvolver em vários encontros, durante todo o tratamento, de acordo com a necessidade da mulher atrelada à avaliação profissional. É importante atentar-se para o nível de escolaridade das mulheres, pois os esclarecimentos devem ter simetria e clareza para melhor compreensão das informações, incluindo abordagens sobre o tratamento associado com a vida sexual segura, pois mesmo sendo uma infecção curável, esta IST é cercada de tabus e preconceitos que datam de décadas, sendo necessário elucidar as chances de cura e prevenção de um desfecho mórbido, como os relacionados com a sífilis terciária.

Este estudo colocou em evidência mais uma vez, a fragilidade do Sistema de Único de Saúde quando demonstra que cinco mulheres só descobriram a sífilis na maternidade após situação de abortamento ou de parir neomorto e seis delas descobriram durante o acompanhamento de pré-natal, mas nenhuma conseguiu evitar a transmissão vertical. Uma melhor organização da rede de saúde com a realização do teste rápido para a triagem de sífilis nos locais que atendem mulher e realizam o acompanhamento de saúde no município de Macaé, é uma medida importante até esperar o resultado confirmatório (VDRL), que pode demorar até 30 dias conforme comprovado nesse estudo.

O tempo demasiado longo para retorno dos resultados de VDRL demonstra problemas estruturais nos serviços de apoio ao diagnóstico da sífilis. Ter o resultado dos exames em tempo hábil é essencial para a adoção dos protocolos disponíveis e o tratamento adequado da mulher, não só para os casos de sífilis adquirida, mas também das gestantes que perdem a oportunidade de tratamento, e evitar a transmissão da sífilis neonatal, sendo o diagnóstico oportuno para a IST na gravidez o principal desafio para o controle da sífilis congênita. Recomenda-se melhor organização da rede de saúde para realização do VDRL, como a coleta de material biológico diariamente (nas ESF do

município esse serviço só acontece uma vez por semana), disponibilidade de materiais de consumo, transporte diário das amostras para o laboratório e profissionais habilitados para leitura biológica da amostra.

Constatou-se a irresponsabilidade, e o DESCUIDO com a saúde do outro, relacionado a dificuldade na interpretação dos exames laboratoriais pelos profissionais de saúde, relatado pelas mulheres na ocasião da gestação, o que foi considerado como um ato de negligência, uma vez que não foi fornecido à mulher a oportunidade de construir o seu itinerário terapêutico no intuito de identificar soluções adequadas à sua realidade social junto ao profissional de saúde e parceiro, por não saber que estavam com sífilis. Depreende-se que a responsabilização do não esclarecimento e conseqüentemente do não tratamento da mulher/casal/família é do profissional de saúde, que deve ter compromisso com o outro.

Portanto, é de extrema urgência que o Ministério da Saúde junto com os Estados e Municípios do Brasil tratem a questão da sífilis não apenas no ciclo gravídico puerperal visando apenas os baixos índices de transmissão vertical. É preciso unir esforços junto com as Universidades e pesquisadores para capacitar profissionais de saúde para o aconselhamento e tratamento da sífilis.

Há um descompasso entre a política pública no Brasil e a escassez quantitativa e qualitativa dos serviços de cuidado à mulher. Com tantos programas e diretrizes publicados pelo Ministério da Saúde, que são veiculados publicamente para tratamento específico da sífilis e utilizadas por outros países, ainda há a desarticulação nos serviços com uma prestação de atendimento fragmentada e aquém do desejado que colabora para os altíssimos casos de sífilis adquirida, como publicado pelo Boletim Epidemiológico de Sífilis em 2016.

Há muito que evoluir para cumprir as determinações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, que se fundamenta nos preceitos das políticas de saúde instituídas no âmbito mundial, revelando a necessidade de estudos estratégicos regionais que permitam a atuação mais eficaz de medidas de intervenção, a partir da realidade local. Afirmo que os protocolos de atendimento, tão bem estruturados, não produzirão efeito se a postura dos profissionais de saúde continuar calcada estritamente no modelo biomédico, sem atualização e capacitação permanente.

Ou seja, se o profissional de saúde não se colocar à disposição da mulher para compreender suas reais necessidades e prestar um atendimento de maneira responsável

e ética, não atingirá a visão holística necessária ao cuidado cultural defendida por Madeleine Leininger.

O estudo também ratifica que às mulheres possuem muitas dúvidas em relação ao seu cuidado para se proteger da sífilis, demonstrando a importância da continuidade de acompanhamento efetivo e individualizado por parte do enfermeiro ao longo do tratamento, pois não basta prescrever a penicilina benzatina sem acompanhamento da titulação até a confirmação da cicatriz sorológica, que pode levar até 12 meses.

A relevância de adentrar no contexto cultural e social de cada mulher para que a avaliação, acompanhamento do tratamento e cuidado para prevenção, seja realmente significativa. O entendimento da organização das Redes de Atenção à Saúde como instituição da referência para o ambulatório do Programa DST/HIV e a contrarreferência da maternidade para a ESF possivelmente contribuirá para a melhoria da assistência a saúde da mulher com sífilis, pois o monitoramento tem que ser completo e controlado.

O acompanhamento para a sífilis é limitado a alguns profissionais no Programa DST/HIV do município de Macaé. Dependendo do caso e da agenda diária de atendimento, algumas mulheres só possuem atendimento médico, enquanto outras somente atendimento com enfermeiro. Devido a complexidade de fatores que envolvem a sífilis, como as questões de gênero, culturais e sociais, necessitamos unir esforços da equipe multiprofissional. Isto porque, cada profissional terá uma visão complementar do cuidado e a mulher poderá ser assistida integralmente.

Os resultados desse estudo apresentam elementos que deverão ser discutidos na perspectiva de cuidado profissional (subsistema profissional) e de valorização da rede informal de produção dos cuidados de saúde (subsistema popular), os quais poderão compor as ferramentas de atuação dos profissionais de saúde. No tocante a enfermagem, é importante reconhecer que as ações de cuidado realizadas na abordagem cultural, com base no uso de ervas, banhos, alimentos, deve ser mantido, negociado ou repadronizado sempre de maneira ética para que o cuidado cultural não prejudique o tratamento em curso ou a saúde em um modo geral.

Por intermédio desse estudo compreendeu-se que a integração entre o cuidado profissional e o cultural deve ser utilizado de maneira a favorecer a aproximação e congruência entre as práticas do cuidado para a sífilis, e assim conhecer, compreender e prever o cuidado popular para a IST. Entende-se a importância de se respeitar as interações sociais entre os sujeitos, a partir de experiências acumuladas pelas vivências

no seio familiar, pois nitidamente elas se relacionam para as escolhas femininas no que diz respeito a construção do itinerário terapêutico.

Os resultados demonstram que as mulheres assumem condutas diferentes diante da sífilis. O conhecimento incorporado pelo contato com os profissionais da saúde, as mensagens veiculadas pela Internet, a convivência e o intercâmbio de conhecimentos e experiências com amigos, determinam a escolha de um ou outro tipo de recurso para construção do itinerário terapêutico.

Diante de todas as reflexões feitas até aqui e dos resultados apresentados cabe ressaltar a recomendação de descentralização do teste rápido para a triagem de sífilis nos locais que atendem a mulher e realizam acompanhamento de saúde no município de Macaé, já que está disponível somente em alguns locais de atendimento de saúde – Hospital Municipal de Macaé (somente para pessoas internadas) e no Programa Municipal DST/AIDS.

Além de propor a descentralização do teste rápido, uma necessidade sentida a partir dos resultados desse estudo foi criação do projeto de extensão “Nasceu e agora? Educação em Saúde para o cuidado materno com o bebê” para atuar no Programa Municipal DST/HIV do município de Macaé. Este projeto é composto também por três alunas de enfermagem bolsistas do Programa de Fomento Único de Ações de Extensão (PROFAEx) da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Assim, iniciamos atividades extensionistas com roda de conversa sobre assuntos que envolvem a sífilis e a saúde, na sala de espera do programa DST/AIDS e que deverá ser usado como modelo de cuidado para outros cenários de saúde do município, fortalecendo assim a aliança extramuro da universidade com outras perspectivas do cuidado, proporcionado aos alunos reflexões na capacidade de colaboração e de solidariedade para com o próximo.

Outra necessidade observada foi com relação à busca ativa das mulheres que tiveram seus filhos com diagnóstico de sífilis congênita, e que apesar de receberem uma parte do tratamento no hospital, não retornaram ao programa para completar o esquema medicamentoso que é de três semanas e fazer o acompanhamento da titulação. Assim as alunas foram treinadas e através de ligações telefônicas, realizaram contato com elas para o agendamento de consultas com a enfermagem para continuidade do tratamento. Esta atividade do projeto é permanente e desde seu início em novembro de 2016 houve 19 mulheres captadas com seus filhos.

Observa-se através deste projeto de extensão universitária a necessidade no município de Macaé para a construção social de uma nova prática, objetivando

sistematizar a proposta de reorganização do SUS, que tem como sugestão a construção de linha de cuidado para a sífilis, que ao mesmo tempo em que reorganiza os serviços de saúde no processo de trabalho, há a possibilidade de interagir com as experiências que a mulher conquista no recebimento do cuidado, e assim os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, aproximam-se das suas reais necessidades entendendo e posteriormente traçando um cuidado congruente com a sua realidade.

Aliado a isto, o cuidado de enfermagem deverá ser planejado junto a uma roda de conversa com as mulheres com sífilis, pois o enfermeiro lida com mulheres inseridas nos mais diversos ambientes culturais que demandam preservação ou acomodação ou repadronização do cuidado, que devem ser eticamente respeitados para um olhar individualizado. Esta medida fará com que os profissionais se envolvam em um novo modelo que valorize ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças e atenção integral a linha de cuidado envolvendo a sífilis, apontando um novo modo de fazer saúde.

No entanto, a construção da rede de cuidado deve ser dirigida não só a partir da doença (sífilis) e sim na produção da saúde como qualidade de vida, para que um conceito ampliado de saúde seja estruturado e centrado na vida das mulheres e suas famílias. Assim, um serviço responsivo e resolutivo que demande, não só o conhecimento técnico e científico, recursos materiais e tecnologias duras, mas também o uso de tecnologias leves, como exemplo, acolhimento e vínculo que possibilite um encontro entre as mulheres e profissionais – que também são seres humanos, que ao serem colocadas no lugar do outro, possam gerar um cuidado de fato integral e acolhedor.

Este cuidado pode ser demandado pelo enfermeiro junto com a sua equipe de enfermagem que atua na ESF já que estes profissionais são responsáveis por organizar ações direcionadas para a sífilis na comunidade, além de possuírem a oportunidade de realizar diagnóstico situacional da saúde no núcleo familiar e identificar as adversidades locais, com a finalidade de acompanhar de maneira integral o desenvolvimento do tratamento e prevenção para reinfecção.

Desta forma esta pesquisa permitiu evidenciar a importância do enfermeiro no acompanhamento da mulher com sífilis, onde se faz necessário adentrar no seu mundo da mulher e ser capaz de visualizar os problemas de saúde e do contexto cultural, a fim de lhe propor educação e cuidar autênticos. O entendimento da reflexão emanada de Kleinman (1980) é relevante na execução do cuidado de enfermagem: “o profissional

deve compreender como os pacientes e seus familiares vivem e interpretam a origem e significado da doença, considerando não somente a dimensão física, mas também a social, emocional e a comportamental”.

Diante disso, o acompanhamento do estado de saúde da mulher é “cuidar” para que ela atinja a qualidade de vida em seu meio social e cultural. Para isso, é necessário que o enfermeiro conheça e tenha domínio dos procedimentos que integram a consulta de enfermagem a fim de desempenhar um cuidado sistematizado, ordenado, autêntico e solícito para o acompanhamento da mulher com sífilis.

Por fim, as questões aqui levantadas demandaram o desenvolvimento de um estudo qualitativo aprofundado, no entanto, é fundamental ter consciência de que a interpretação baseada na Etnoenfermagem está mais próxima de uma lógica de incertezas e probabilidades do que de conclusões verdadeiras e dedutivas. É ilusória a ambição de se chegar a generalizações científicas que permitam descrever completamente um fenômeno cultural do itinerário terapêutico de mulheres com sífilis.

Cabe salientar que este estudo possui limitações, não sendo possível generalizar seus achados para outras localidades e outros sujeitos. Dessa forma, sugere-se a realização de outras pesquisas com esta temática, a fim de que seja possível refletir acerca de novas estratégias para uma melhor qualidade de vida de mulheres com sífilis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABE, V.; CUNHA, M. V. **A busca de informação na Internet: um estudo do comportamento de bibliotecários e estudantes de ensino médio.** TransInformação, v. 23, n. 2, p. 95-111, 2012.
- AJARA, C. Configurações econômico-espaciais no estado do rio de Janeiro. In: **ENCE 50 anos: Um olhar sob o Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: IBGE, 2006. p. 396.
- ALVES, P.C. **Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença.** Rev Ciên Sociais, v.42, n. 28, 2015.
- ARAÚJO, D.; GOMES, M. C.; BRASIL, S. L. **Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade.** Rev. baiana saúde pública, v. 31, p. 20, 2014.
- ARAÚJO, M. A. L.; FERNANDES V. A.; CAVALCANTE, R.S.C; MEDEIROS, K. C. P. **Violência de gênero em mulheres com diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis no nordeste do brasil.** Rev. baiana saúde pública, v.36, n.3, p. 713, 2013.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. **Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos.** Rev. Esc. Enferm. USP, v. 46, n. 3, p. 626-632, 2012.
- ARILHA, M. Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In: GIFFIN, K.; COSTA, H. (Org.). **Questões da Saúde Reprodutiva.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 455-67.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. D. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** Ciênc. saúde coletiva, p. 2865-75, 2012.
- AYRES J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências,** v. 3, 2003. p. 117-40.
- AZULAY, M. M.; AZULAY, D.R. Treponematoses. In: Azulay e Azulay. **Dermatologia.** 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 240-51, 2004
- BACHELARD, G. **A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento.** Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. p.316.
- BELLENZANI, R.; NEMES, M. I. B.; PAIVA, V. **Comunicação profissional-paciente e cuidado: avaliação de uma intervenção para adesão ao tratamento de HIV/AIDS.** Interface comun. saúde educ., v.17, n. 47, p. 803-834, 2013.
- BENOIST, J. **Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical.** Paris: Karthala, 1996. p. 506.

- BRASIL. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Ano V. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de Pulmão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pulmao>
- BRASIL. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. **Nota informativa conjunta nº 109/2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. **Portaria nº 33, de 14 de Julho de 2005. Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005
- BRASIL. Portaria nº. 3008, de 1o de dezembro de 2009. **Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS)**. Brasília: Diário Oficial da União, 2009.
- BRASIL. **Programa Nacional de DST e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. **Projeto de Lei da Câmara nº 146, de 2015**. Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental/Secretaria da Educação Especial. **Parâmetros Curriculares Nacionais. Adaptações curriculares**. Brasília: Ministério da Educação, 1999.

- BRITO, M. E. M.; DAMASCENO, A. K.; PINHEIRO, P. N.; VIEIRA, L. J. E. **A cultura no cuidado familiar à criança vítima de queimaduras.** Rev. eletrônica enferm, v. 12, n. 2, p. 321-5, 2010.
- CAMPOS, C. E. A. **Humanização do cuidado de enfermagem à saúde da mulher, criança e adolescente.** Esc. Anna Nery Rev. Enferm, v. 1, n. 1, p. 529-530, 2015.
- CARNEIRO, H. **Comida e sociedade: uma história da alimentação.** Elsevier Brasil, 2015. p.193.
- CARNEIRO, R. G. **Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade.** Interface comun. saúde educ. v.17, n. 44, 2013.
- CARRARA, S. **Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- CARVALHO, P. M. G.; ANCHIÊTA, L.; QUEIROZ, M. M.; ARAGÃO, A., NICHATA, L. Y. I. **Sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS.** Rev. interdisciplin, v. 6, n.3, p. 81-8. 2013.
- CAVALCANTE, A. E. S.; SILVA M. A. M.; RODRIGUES, A. R. M.; NETTO, J. J. M.; MOREIRA, A. C. A.; GOYANNA, N. F. **Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção básica em Sobral, Ceará.** DST j. bras. doenças sex. transm. v. 24, n.4, p. 239-245, 2012.
- CHEQUER, P. **Necessita o Brasil de uma Nova Agenda para a Aids.** DST j. bras. doenças sex. transm. v. 24, n. 4, p. 225-226, 2012.
- COOPER, J. M.; MICHELOW, I. C.; WOZNIK, P. S.; SÁNCHEZ, P. J. **Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil—Mais avanços são necessários!** Rev. paul. pediatr. v. 34, n. 3, p. 251-53, 2016.
- COSTA, A. A. A. **Mulher na Força de Trabalho.** Revista Feminismos, v. 2, n. 2, 2015.
- CZERESNIA, D;. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D; FREITAS C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 2 ed., Rio de Janeiro: FIOCRUZ. p. 39-54, 2009.
- DANTAS, T. C.; SILVA, J. S. S.; CARVALHO, M. E. P. D. **Entrelace entre gênero, sexualidade e deficiência: uma história feminina de rupturas e empoderamento.** Rev. bras. educ. espec, v. 20, n. 4, p. 555-568, 2014.
- DOMINGUES, R. M. S. M. A.; SARACEN, V.; HARTZ, Z. M. D. A.; LEAL, M. D. C. **Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal.** Rev Saúde Pública, v. 47, n.1, p. 147-157, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SARACEN, V.; HARTZ, Z. M. D. A.; LEAL, M. D. C. **Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal.** Rev Saúde Pública, v. 47, n, 1, p. 147-157, 2013.

DOMINGUES, R. M. S. M.; VIELLAS, E. F.; DIAS, M. A. B.; TORRES, J. A.; THEME-FILHA, M. M.; GAMA, S. G. N. D.; LEAL, M. D. C. **Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil.** Organização Pan-Americana de Saúde, v. 37, n.3, 2015.

DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. A.; DIAS, M. A. B.; LEAL, M. C. **Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, v.28, n. 3, p. 425-437, 2012.

ESPER, L. H.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; CARVALHO, A. M. P.; FURTADO, E. F. **Mulheres em tratamento ambulatorial por abuso de álcool: características sociodemográficas e clínicas.** Rev. gaúch. enferm., v. 34, n. 2, p. 93-101, 2013.

ESTAVELA, A. J.; SEIDL, E. M. F. **Vulnerabilidades de gênero, práticas culturais e infecção pelo HIV em Maputo.** Psicol. soc., v. 27, n. 3, p.569-578, 2015.

Falcke, D., & Wagner, A. (2005). A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: Definição de conceitos. In A. Wagner (Ed.), Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares (pp. 25-46). Porto Alegre: EDIPUCRS.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, P. L. T.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva.** Revista Ciênc. saúde coletiva, v. 19, p. 3, 2014.

FAVERO, N. B.; SEHNEM, G. D.; BONADIMAN, P. D. O. B.. **Adolescente que vive com HIV/AIDS: as redes de apoio social.** Rev. enferm. UFSM., v. 5, n. 2, p. 349-59, 2015.

FERNANDES, H. N.; THOFEHRN, M. B.; PORTO, A. R.; AMESTOY, S. C.; JACONDINO, M. B.; SOARES, R. M. **Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família.** Rev Pesqui Cuid Fundam, v. 7, n. 1, p.1915-26, 2015.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V.M.S. **Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire.** Rev. Bras. Enferm. v. 63, n. 4, p. 567-73, 2010.

FERREIRA, R. V.; COSTA, M. R.; MELO, D. C. S. **Planejamento Familiar: gênero e significados.** Textos contextos, v. 13, n. 2, p. 387-97, 2014.

- FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, J. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 125-134
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 49 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007.
- Galvão, M. H. R.; Freitas, C. H. S. D. M.; Cassemiro, L. L.; Pereira-Psicóloga, I. L., Deoliveira, M. G. **PET-saúde: gestão e atenção à saúde potencializando mudanças na formação**. Revista da ABENO, v.14, n.1, p. 57-65, 2014.
- GAZZINELLI, M. F. PENNA, C. Educação em saúde – conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. In: Gazzinelle, M. F., Reis, D. C. e Marques, Rita de Cássia (orgs). **Educação em saúde – teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006, p. 25-33.
- GIRALDI, M.; HANAZAKI, N. **Uso e conhecimento tradicional de plantas medicinais no Sertão do Ribeirão, Florianópolis, SC, Brasil**. Acta bot. bras., v. 24, n. 2, p. 395-406. 2010.
- GOMES, S. R.; AMORIM, P. R. L; SANTOS, A. M.; RODRIGUES, E. B.B.; OLIVEIRA, A. I. N.; SOUZA, P. A.; BEZERRA, A. K. P. **Perfil gineco-obstétrico de mulheres encarceradas no Estado do Ceará**. Texto & contexto enferm, v. 22, n. 1. (2013).
- GOMES, V. L.; DA FONSECA, A. D.; DE OLIVEIRA, D. C.; SILVA, C. D.; ACOSTA, D. F.; PEREIRA, F. W. **Representações de adolescentes acerca da consulta ginecológica**. Rev. Esc. Enferm. USP, n. 48, v. 3, p. 438-45, 2014.
- GOMIDE, G. I. **Cor e a construção cultural**. Rumores, v.10, n. 19, p. 42-57, 2016.
- HILDEBRAND, V. L. P. C. **Sífilis congênita: fatores associados ao tratamento das gestantes e seus parceiros**. [Dissertação de Mestrado]. 2010. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro.
- IBGE: **Revista brasileira de geografia I Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**- ano 1, n. 1 - Rio de Janeiro, 1976
- JACOBINA, R. R. **Nem clima nem raça: A visão médico-social do acadêmico Juliano Moreira sobre a “sífilis maligna precoce”**. Rev. baiana saúde pública, v. 38, n. 2, p. 432-65, 2014.
- JÚNIOR, N. D. S.; GONÇALVES, G.; DEMÉTRIO. F. **Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológicas**. Revista Eletrônica Discente História, v.1, n.1 p.1-12, 2013.

KLEINMAN, A. **Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems.** Soc Sci Med, v. 12, p. 85 - 93, 1978.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture.** Berkeley: University of California Press, 1980. p. 448.

KOCH, R. F.; MANFIO, D. P.; HILDEBRANDT, L. M.; LEITE, M. T. **As relações familiares de usuários de álcool: uma revisão bibliográfica.** Rev Contexto Saúde, v.11, n. 20, p. 151-60, 2013.

KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas.** 12 ed. São Paulo: Perspectiva, 2013. p. 324.

KUPEK E.; OLIVEIRA J.F. **Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional no período de 2002 a 2007.** Rev Bras Epidemiol., v.15, n. 3, p. 478-87, 2012.

LAFETÁ, K. R. G.; MARTELLI JÚNIOR, H.; SILVEIRA, M. F.; PARANAÍBA, L. M. R. **Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle.** Rev. bras. epidemiol., v.19, n. 1, p. 63-74, 2016.

LANGENDORF, T. F.; PADOIN, S. M. M.; VIEIRA, L. B, LANDERDAHL, M. C, HOFFMANN, I. C. **Rede de Apoio de Mulheres que têm HIV: implicações na profilaxia da transmissão vertical.** J Bras Doenças Sex Transm, v. 23, n.1, p. 16-22, 2011.

LEININGER, M. M. **Culture care diversity & universality: a theory of nursing.** New

LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality- a worldwide nursing theory.** 2º Ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc.,2006.

LEININGER, M. M.; MCFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality- a worldwide nursing theory.** 3 ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc.,2015.

LEININGER, M.M.; MCFARLAND, M. R. **The theory of culture and the etnonursing research method.** In M. Leininger & McFarland (eds). Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices. 3rd ed.pp.71-116. New York: McGraw-Hill, 2002.

LIMA, Â. R. A.; HECK, R. M.; VASCONCELOS, M. K. P.; BARBIERI, R. L. **Ações de mulheres agricultoras no cuidado familiar: uso de plantas medicinais no sul do Brasil.** Texto contexto-enferm., v. 23, n. 2, 2014.

LIMA, S. C.; LESSA, A.; SANTOS, H.; JESUS, J. A.; LIMA, J.; SANTOS, M. **Quebrando Paradigmas: a inclusão do homem nas atividades domésticas.** Caderno de Graduação: Ciências Humanas e Sociais, v. 3, n.1, p. 39-52, 2015.

- LIMA, V.C., MORORÓ, R.M., MARTINS, M.A., RIBEIRO, S.M., LINHARES, M.S.C. **A sífilis congênita e seus determinantes sociais da saúde.** Rev Pol Públicas, v.14, 2015.
- LOPES, M. N.; DELLAZZANA-ZANON, L. L.; BOECKEL, M. G. **A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia.** Temas psicol., v. 22, n. 4, p.917-28, 2014.
- MACAÉ. **Pesquisa domiciliar do programa Macaé cidadão 2006/2007: Relatório Geral.** Macaé: Prefeitura Municipal de Macaé/ Programa Macaé Cidadão, 2011.
- MACAÉ. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN,** 2015.
- Magalhães, D. M. D. S.; Kawaguchi, I. A. L.; Dias, A.; Calderon, P.; Matos, I. **A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil.** Comun. ciênc. saúde, v. 22, n1, p. 43-54, 2013.
- MAGALHÃES, M. L.; ARAÚJO, D. C.; SCHEMES C. **Queixosas e valentes: as mulheres e a visibilidade da violência cotidiana.** Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 21, n. 3, 2013.
- MAGER, M. Empowerment: o conceito e as implicações na aplicação prática. In: MÜLLER, V.R.; MORELLI, A. J. **Crianças e adolescentes: a arte de sobreviver.** Maringá: EDUEM; 2002. p.133-52.
- MARTINS, K.; SILVA, M.; ALBUQUERQUE, I.; AQUINO, P.; LINHARES, M. **O discurso dos enfermeiros sobre assistência pré-natal de gestantes com sífilis.** Investigação Qualitativa em Saúde, v. 2, 2016.
- MASSÉ, R. **Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé.** Montréal: Gaëtan Morin Éditeur; 1995. p. 499.
- MATTEI, P. L.; BEACHKOFKY T. M.; GILSON, R. T.; WISCO, O. J.; **Syphilis: a reemerging infection.** Am Fam Physician, v. 86, n. 5, p.433-40, 2012.
- MEIRELES, A.; COSTA, M .E. **A experiência da gravidez: o corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebê.** Psicologia, v. 18, n. 2, 75-98, 2014.
- MELLO, V. S.; SANTOS, R. S. **A sífilis congênita no olhar da enfermagem.** Revista Enfermagem UERJ, v. 23, n. 5, p. 699-704, 2015.
- MENDES, M. C.; CUNHA, J. R. F. D.; NOGUEIRA, A. A. **A mulher e o uso de álcool.** Rev. bras. ginecol. obstet, v. 33, n. 11, p. 323-327, 2011.

- MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010. p.408.
- MIQUILIN, I. D. O. C.; MARÍN-LEÓN, L.; MONTEIRO, M. I.; CORRÊA FILHO, H. R. **Desigualdades no acesso e uso dos serviços de saúde entre trabalhadores informais e desempregados: análise da PNAD 2008, Brasil**. Cad de Saúde Pública, v. 29, n.7, p. 1392-1406, 2013.
- MIYADA, S.; SERRA, M.; GARBIN, A. J. Í.; GATTO, R. C. J.; GARBIN, C. A. S. **Adesão ao tratamento de pacientes vivendo com HIV atendidos no Sistema Único de Saúde**. Arch. health invest, v 5, 2016.
- MOITA, M. A. G.; SILVA, A. L. **“Bom dia professora, então vem cá para nos avaliar?” Desafios e possibilidades da etnoenfermagem**. Rev Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.22, n.1, p. 216-23, 2013.
- MOURA, E. R. F.; LIMA, D; C. M.; SILVA, R. M. **Aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/Aids, o que mudou com a soropositividade**. Rev Cubana Enfermer, v. 28, n. 1, p. 37-48, 2012.
- NAZARETH, I.V. **As dimensões da estrutura cultural e social dos pais de prematuros egressos da unidade de terapia intensiva neonatal**. [dissertação de mestrado]. 2013. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- NEMES, M. I. B. **Prática programática em saúde**. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Editora Hucitec, 1996. p. 48-65.
- NOGUEIRA, L. M. V. **A magnitude da tuberculose e os itinerários terapêuticos dos Munduruku do Pará na Amazônia brasileira**. [tese de doutorado]. 2011. Escola de Enfermagem Anna Nery–Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- OLIVEIRA, A. S. D.; LIMA, T. M.; CAMPOS, F. C.; BEZERRA, K. D. C.; ORIÁ, M. O. B.; DAMASCENO, A. K. D. C. **Avaliação da prevalência de infecções genitais em gestantes atendidas em consulta de enfermagem ginecológica**. Rev. enferm. UERJ, v. 21, n. 2, p. 228-233, 2013.
- OLIVEIRA, D. R.; DE FIGUEIREDO, M. S. N. **Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais**. Enferm. foco, v. 2, n. 2, 2011.
- OLIVEIRA, D. R.; FIGUEIREDO M. S. N. **Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais**. Enfermagem foco, n. 2, v. 2, 2011.

OLIVEIRA, D. S.; SILVA, S. E. V.; OLIVEIRA, N. S. **Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da " questão social"**. Saúde Soc, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013.

OLIVEIRA, E. A. R.; ROCHA, S. S. **O cuidado cultural às crianças na dinâmica familiar: reflexões para a Enfermagem**. Rev. interdisciplin, v. 8, n. 1, p. 227-33, 2015.

OLIVEIRA, S. R. G. D.; WENDHAUSEN, Á. L. P. **(Re) significando a Educação em Saúde: dificuldades e possibilidades da estratégia saúde da família**. Trab. educ. saúde, v. 12, n. 1, p. 129-47, 2014.

Organización Pan-Americana de la Salud. **Análisis de la situación al año 2010: eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas**. Washington, D.C.: Organización Pan-Americana de la Salud, 2012

PARSONS, T. **Social system**. London: Routledge & Kogan Paul, 1979.

PINHEIRO, T. F.; COUTO, M. T.; SILVA, G. S. N. D. **Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização**. Interface comun. saúde educ, v. 15, n. 38, p. 845-858, 2011.

PUPO, L. R.; AYRES, J. R. C. M. **Contribuições e limites do uso da abordagem centrada na pessoa para a fundamentação teórica do aconselhamento em DST/Aids**. Temas em Psicologia, v. 21, n. 3, p. 1089-1106, 2013.

RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. Escolha e Avaliação de tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Escolha e Avaliação de tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico**. Editora FIOCRUZ, 1999. P 264.

RIBEIRO-ANDRADE, E. H.; EVANGELISTA, M. G.; CHAGAS, V. S.; SILVA, A. M. P.; BARRETO, M. F. T. B. **Drogadição feminina no Brasil: uma análise epidemiológica**. Humanas Sociais & Aplicadas, v. 7, n. 19, 2017.

RIVERS, W.H. **Medicine, magic and religion**. New York: Harcourt Brace, 1924.

RODHEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. p.245.

RODRIGUES, A. D. C. G. **A negligência médica hospitalar na perspectiva jurídico-penal**. Lisboa: Leya, p. 550, 2013.

RUFINO, E. C.; ANDRADE, S. S. C.; LEADEBAL, O. D. C. P.; SILVA, F. M. C.; SANTOS, S. H. **Conhecimento de mulheres sobre ist/aids: intervindo com educação em saúde**. Ciência, Cuidado e Saúde, v. 15, n. 2, p. 304-11, 2016.

SANCHES, P. B. C.; PACHECO, V. A.; MAXIMIANO, A. P.; BERNUCI, M. P. **Influência da ingestão de álcool durante a lactação na origem do alcoolismo.** Northeast Network Nursing Journal, v. 17, n. 6, 2017.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. **Conceitos de acesso à saúde.** Pan American Journal of Public Health, v. 31, n.13, 2012.

SANFELICE, C.; SANTOS, C. C.; BARRETO, C. N.; SIQUEIRA, F. B. D. S.; RODRIGUES, I. L.; ROSSATO, K.; SILVA, S. C. **Atenção ao pré-natal de enfermagem: Conhecendo Políticas Públicas.** Revista Contexto Saúde, v.11, n. 20, p. 679-84, 2013.

SANTOS MAGALHÃES, D. M.; KAWAGUCHI, I. A. L.; DIAS, A.; CALDERON, I. D. M. P. **Sífilis materna e congênita: ainda um desafio.** Cad. Saúde Pública, v. 29, n. 6, p.1109-1120, 2013.

SHROUFI, A.; MAFARA. E.; SAINT-SAUVEUR, J. F.; TAZIWA. F.; VIÑALES, M. C. **Mother to mother peer support for women in prevention of mother to child transmission programmes: a qualitative study.** PLoS ONE. v. 8, n. 6, 2013.

SILVA COPELLI, F. H.; OLIVEIRA, R. J. T.; OLIVEIRA, C. M. S.; SCHLINDWEIN, B. H., MELLO, A. L. S. F.; PESTANA MAGALHÃES, A. L. **O pensamento complexo e suas repercussões na gestão em enfermagem e saúde.** Aquichan, v.16, n. 4, 2016.

SILVA, D. C.; BUDÓ, M. D. L. D.; SCHIMITH, M. D.; RIZZATTI, S. D. J. S.; SIMON, B. S.; ROBAINA, M. L. **Itinerário terapêutico: tendência em teses e dissertações da enfermagem.** Saúde (Santa Maria), v. 40, n. 1, 2014.

SILVA, J. L. D. **Fragilidades e desafios na consolidação da linha de cuidado do usuário com sífilis em Santa Maria/RS.** [Monografia]. 2014. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; BELGA, S. M. M. F.; SILVA, P. M.; RODRIGUES, A. T. **Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas.** Rev Saúde Pública, v. 48, n. 1, p. 76-85, 2014.

SILVA, L. O. **Mulher, drogas e questões de gênero: uma revisão de literatura.** 53 f. [Monografia]. 2015. Universidade de Brasília.

SILVA, L. R. **Cuidado de Enfermagem na dimensão cultural e social-História de vida de mães com sífilis** [Tese de Doutorado]. 2003. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SILVA, L. R. **Fatores culturais que interferem no tratamento de homens e mulheres com diagnóstico de sífilis.** [Pós-Doutorado]. 2014. Universidade Federal da Bahia.

SILVA, N. E. K.; SANCHO, L. G.; FIGUEIREDO, W. S. **Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos**. Ciênc. saúde coletiva, v. 21, n. 3, 2016.

SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S. **Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária**. Rev. bras. enferm, v. 67, n. 5, p. 794-802, 2014.

SILVA, V. S. T. D. **Os (Des) caminhos da sífilis congênita em Botucatu/São Paulo**. [Dissertação mestrado profissional]. 2016. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu.

SOUSA, L. B. D.; TORRES, C. A.; PINHEIRO, P. N. D. C.; PINHEIRO, A. K. B. **Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem**. Rev. enferm. UERJ, n. 18, v.1, p. 55-60, 2010.

SOUTO, K.; KUCHEMANN, B. A. **Representações sociais de corpo e sexualidade de profissionais de saúde que atendem mulheres com HIV e AIDS**. Tempus, v.5, n.1, p. 295-309, 2011.

SOUZA, A. T. S.; PINHEIRO, D. M.; COSTA, G. R.; ARAÚJO, T. M. E.; ROCHA, S. S. **As influências socioculturais sobre as doenças sexualmente transmissíveis: análise reflexiva**. Revista Interdisciplinar, v. 8, n. 1, p. 240-6, 2015.

SOUZA, T. D.; RAMOS, F. R. S.; MELO, T. A. P. D.; AMARAL, R. F. C. **Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina**. Rev Ren, v.13, n.1, p. 85-93, 2012.

SOUZA, V. L.; SILVA, B. C. O.; RODRIGUES, I. D. C. V.; COSTA, C.; MENDONÇA, A. E.; NEGREIROS, R. **Sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS: implicações para o enfermeiro**. Rev. pesqui. cuid. Fundam., v. 8, n. 4, p. 5184-92. 2016.

TEIXEIRA, S.; REGINA, S. **Prevalência de sífilis em gestantes no município de Chapadão do Sul**. Revista Visão Universitária, n. 2, v.1, 2015.

TOMOMITSU, M. R.; PERRACINI, M. R.; NERI, A. L. **Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores**. Rev. bras. geriatr. gerontol., v.16, n. 4, p. 663-680, 2013.

TRIDAPALLI, E.; CAPRETTI, M. G., REGGIANI, M. L.; STRONATI, M.; FALDELLA, G. **Italian Neonatal Task Force of Congenital Syphilis for The Italian Society of Neonatology- Collaborative Group. Congenital syphilis in Italy: a multicentre study**. Arch Dis Child Fetal Neonatal, v. 97, n. 3, p. 211-3, 2012.

- UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. **Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença**. Cad. Saúde Pública, v.10, n.4, p. 497-504, 1994.
- UJVARI, S. C. **A História da Humanidade contada pelos Vírus**. 2 ed. São Paulo: Contexto, 2012. p. 208.
- UNAIDS. **Fast Track Cities: Ending the AIDS Epidemic by 2030**. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2016.
- VANZIN, R.; ALVES, G.; CÂMARA, S.; PALAZZO, L.; ELICKER, E.; NETO, M. L. **Vida sexual de adolescentes escolares da rede pública de Porto Velho-RO**. Aletheia, n. 41, p. 109-120, 2013.
- VASCONCELOS, M.; GUIMARÃES, R.; MAGALHÃES, A.; OLIVEIRA, K.; LINHARES, M.; ALBUQUERQUE, I.; QUEIROZ, M. **Estratégias e Desafios dos Enfermeiros da Atenção Básica para o Tratamento Simultâneo da Sífilis**. n. 2, 2016.
- VIEIRA, J. D. C. M.; LEAL, M. C. C.; OLIVEIRA, A. P.; ALENCAR, D. L. **Alimentação do Idoso Indígena sob a Ótica da Enfermagem Transcultural**. Rev. enferm. UERJ, v. 24, n. 2, 2016.
- VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R. M. S. M., DIAS, M. A. B., GAMA, S. G. N.; THEME FILHA, M. M., COSTA, J.V.; *et al.* **Assistência pré-natal no Brasil**. Cad Saude Publica, v. 30, n.1, 2014.
- World Health Organization. Department of Reproductive Health and Research. **Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections, Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, syphilis and Trichomonas vaginalis: methods and results used by WHO to generate 2005 estimates**. Geneva (Swi): WHO, 2011.
- World Health Organization. **Progress report, 2014**. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/rtis/GlobalData_cs_pregnancy.pdf.
- York (US): National League for Nursing Press; 1991.

APÊNDICE

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: O Itinerário Terapêutico de Mulheres com Sífilis– Bases para Assistência de Enfermagem. **OBJETIVO DO ESTUDO:** Os objetivos deste projeto são: Compreender o itinerário terapêutico das mulheres com diagnóstico de sífilis; Analisar o itinerário terapêutico das mulheres com diagnóstico de sífilis relacionando-o com o cuidado cultural. **ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO:** Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para uma tese de doutorado. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil. **PROCEDIMENTO DO ESTUDO:** Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa. **GRAVAÇÃO EM ÁUDIO:** Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo. **RISCOS:** Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. **BENEFÍCIOS:** Sua entrevista ajudará para conhecimento científico na área da Enfermagem na Saúde da Mulher, especificamente no acompanhamento de mulheres com sífilis, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão. **CONFIDENCIALIDADE:** Como foi dito acima, seu nome 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 no qual você seja identificado. **DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES:** Esta pesquisa está sendo realizada no Centro de Testagem e Aconselhamento em Macaé/RJ. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências –Doutorado, sendo a aluna Isis Vanessa Nazareth a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^a Leila Rangel da Silva. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Isis Vanessa Nazareth no telefone (22)2796-2559, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data: _____

Endereço _____

Telefone de contato _____

Assinatura(Pesquisador) _____

Nome: _____

Data: _____

APENDICE B

Formulário do perfil sócio-econômico-cultural

Macaé	de	de	Hora:
Nome:			
Ano de Nascimento:		Estado Civil:	
Profissão:			
Raça/etnia:		Cor declarada:	
1 - Tecnológicos			
Possui luz na residência?			
Possui rede de esgoto na residência?			
Qual a forma de transporte?			
Possui eletrodomésticos?			
2 – Religiosos e Filosóficos			
Em que religião foi criada?			
Qual religião pratica agora?			
Frequência:			
3 - Companheirismo e sociais			
Você vive com alguém?			
Há quanto tempo?			
Como chama relação?			
Participa de reunião ou festas?		Frequência:	
Quem mora na sua casa?			
Como é a casa?			
Quem mora em que cômodos?			
Local onde dorme?			
Possui banheiro dentro de casa?			
4 – Valores Culturais e Modos de vida			
Hábito diurno			
Hábito noturno			
5 - Econômicos			
Fonte de renda da participante			
Renda da família			
Quem contribui na renda			
6- Políticos e legais			
Qual o líder político?			
Sistema de escolha de liderança local?			
7 - Educacionais			
Você estudou?			
Até que série estudou?			
Por quê Interrompeu os estudos?			
8- Drogas Lícitas e Ilícitas			
Droga (tipo)		Frequência: uso e dias	
Fumo (tipo)		Frequência:	
Álcool (tipo)		Frequência:	

APÊNDICE C

Guia de Observação

Número da Observação:

Data:

Horário:

Local da abordagem (Descrição)

Abordagem:

Observações/ Anotações:

APENDICE D

1. Antecedentes Ginecológicos e Sexuais

1. Idade da menarca _____ anos
2. Idade da coitarca _____ anos
3. Data da última relação sexual (dd/mm/aa) ___/___/___ Uso do preservativo [1] Sim [2] Não
4. Número de parceiros na vida [1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 4 [5] 5 ou mais [9] não sabe
5. Número de parceiros no último ano [1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 4 [5] 5 ou mais [9] não sabe
6. Ciclos menstruais regulares? [1] Sim [2] Não
7. Duração da menstruação (em dias) [1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 4 [5] 5 [6] 6 [7] 7 ou + [9] Não sabe
8. Intervalo entre dois ciclos menstruais (em dias) [1] 20 a 25 [2] 26 a 30 [3] 31 a 35 [4] 36 a 40 [5] 41 ou mais [9] Não sabe
9. Antecedentes pessoais de corrimento tratado? [1] Sim [2] Não [9] Não sabe
10. Antecedentes pessoais de ferida nos genitais externos? [1] Sim [2] Não [9] Não sabe
11. Antecedentes pessoais de verruga genital? [1] Sim [2] Não [9] Não sabe
12. Antecedentes pessoais de cauterização do colo do útero? [1] Sim [2] Não [9] Não sabe
13. Parceiro tratado para alguma IST ou sífilis? [1] Sim [2] Não [9] Não sabe
14. Último anticoncepcional utilizado regularmente [1] hormonal oral [2] hormonal injetável [3] DIU [4] camisinha masculina [5] camisinha feminina [6] diafragma [7] outro [8] nenhum [9] Não sabe

2. Antecedentes Obstétricos

1. Número de gestações [1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 4 [5] 5 ou mais [6] nenhum
2. Número de gestações planejadas: [1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 4 [5] 5 ou mais [6] Nenhuma
3. Número de partos vaginais [1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 4 [5] 5 ou mais [6] nenhum
4. Número de partos cesárea [1] 1 [2] 2 [3] 3 [6] nenhum
5. Número de abortos espontâneo ou provocado [1] 1 [2] 2 [3] 3 [6] nenhum
6. Número de filhos mortos na primeira semana de vida [1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 4 ou mais [6] nenhum Motivo:
7. Número de filhos mortos entre 7 e 28 dias de vida [1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 4 ou mais [6] nenhum Motivo:
8. Número de filhos mortos após 28 dias de vida [1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 4 ou mais [6] nenhum Motivo:
9. História de parto prematuro anterior? [1] Sim [2] Não
10. História de baixo peso ao nascer (<2500g) anterior? [1] Sim [2] Não

APENDICE E

Roteiro de Entrevista Semiestruturada com as informantes-chaves (Mulheres)

- O que você conhece sobre a sífilis?
- Você conhece a forma de transmissão da sífilis?
- Quando você descobriu a doença?
- Quando você decidiu buscar ajuda?
- Fale-me como foi o seu tratamento
- O que você considera que facilita o tratamento?
- O que você considera que dificulta o tratamento?
- Já pensou em desistir do tratamento?
- Você comunicou a doença ao seu parceiro?
- Caso sim, como foi a conversa sobre a sífilis com seu parceiro?
- Seu parceiro buscou tratamento?
- Já teve sífilis na gravidez?
- Já teve filho(s) que nasceu com sífilis?
- Quais os cuidados que você tem para prevenir a sífilis?
- Alguém da sua família ou algum conhecido já te ensinou alguma simpatia para a cura e/ou cuidado com a sífilis?
- Conhece alguém na sua família que teve sífilis (pais, tios, primos, avós)?
- O que mudou na sua vida depois da sífilis?

APENDICE F

Roteiro de Entrevista Semiestruturada com as informantes-gerais (profissional de saúde)

- Nível de escolaridade
- Tempo de atuação no serviço
- ✓ Onde você trabalha existe roda de conversa ou palestras sobre a sífilis para o público?
- ✓ Caso sim, você acha essas atividades são importante?
- ✓ Em que período do ciclo da vida as mulheres estão mais preocupadas com a sua saúde?
- ✓ Na sua opinião como as mulheres com diagnóstico de sífilis se cuidam para prevenir a recontaminação ?
- ✓ De que forma você percebe a participação da família e parceiro no tratamento da mulher com sífilis?
- ✓ O que facilita o tratamento das mulheres com sífilis neste serviço?
- ✓ Quais são as dificuldades que você encontra no seu serviço para cuidar das mulheres com sífilis. Poderia exemplificar?
- ✓ Quais são os profissionais que trabalham diretamente com a sífilis? Como são capacitados?
- ✓ Você acredita que as mulheres procuram outras práticas para a cura da sífilis? Se sim, porquê. Pode me dar um exemplo?
- ✓ Em caso de ter procurado outras práticas, você acha que elas dão certo? O que você pensa sobre essas práticas?
- ✓ Você possui alguma dica para ajudar a diminuir os casos de sífilis?

ANEXO