

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL DOUTORADO**

GISELE CRISTINA TERTULIANO

**Experiências Femininas sobre a Transmissão Vertical da Sífilis: um estudo
qualitativo no município de Cachoeirinha/RS**

**São Leopoldo
2021**

GISELE CRISTINA TERTULIANO

Experiências Femininas sobre a Transmissão Vertical da Sífilis:

um estudo qualitativo no município de Cachoeirinha/RS

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador (a): Prof. (a). Dra. Laura Cecília López.

São Leopoldo

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

T332e

Tertuliano, Gisele Cristina.

Experiências Femininas sobre a Transmissão Vertical da Sífilis : um estudo qualitativo no município de Cachoeirinha/RS. / Gisele Cristina Tertuliano. – Cachoeirinha/RS, 2021.

100fl. il. : color.

Tese (Doutorado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, 2021.

Orientadora : Profa. Dra. Laura Cecília López.

1. Trajetórias reprodutivas. 2. Transmissão vertical de doença infecciosa
3. Sífilis 4. Interseccionalidade. I. López, Laura Cecília. II. Título.

CDU 616.9 (816.5 Cachoeirinha)

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Dupont CRB10/1208

GISELE CRISTINA TERTULIANO

Experiências Femininas sobre a Transmissão Vertical da Sífilis:

um estudo qualitativo no município de Cachoeirinha/RS

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador (a): Prof. (a). Dra. Laura Cecília López.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

PROFA. DRA. LAURA CECÍLIA LÓPEZ - UNISINOS

PROFA. DRA. TONANTZIN RIBEIRO GONÇALVES - UNISINOS

PROFA. DRA. FERNANDA SOUZA DE BAIRROS - UFRGS

PROFA. DRA. KÁTIA BONES ROCHA - PUC-RS

Dedico a todas as mulheres que compartilharam e compartilham suas experiências de vida; vivências maternas de amor e amizade.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela vida e pela possibilidade de realizar meus sonhos.

Agradeço aos meus Benfeitores Espirituais, pelo alicerce e proteção.

Agradeço aos meus pais: José Tertuliano e a Maria Aparecida Tertuliano, minha gratidão eterna por tudo que recebi de vocês. A saudade é imensa, mas o nosso amor é para todo o sempre.

Agradeço à minha orientadora Laura Cecília López, pelos momentos de aprendizado, apoio, companheirismo e inspiração.

Agradeço às mulheres que dividiram a sua intimidade, suas alegrias e tristezas durante a pesquisa de campo.

Agradeço aos meus amigos pelo apoio e demonstração da verdadeira amizade.

Agradeço aos meus colegas de trabalho pelo compromisso de cuidar do outro com dedicação e responsabilidade.

Agradeço aos amigos e colegas do PPG em Saúde Coletiva pelo companheirismo durante esses anos.

RESUMO

Essa tese analisa a experiência de mulheres sobre a transmissão vertical da sífilis, considerando a sua trajetória social e as intersecções com os marcadores sociais da diferença; assim como a assistência prestada na rede de saúde e a estrutura das políticas públicas que atendem a saúde sexual e reprodutiva. É analisado também o papel do Comitê de Transmissão Vertical com dispositivo técnico- científico e o seu potencial como articulador da rede de serviços para a compreensão do determinismo da sífilis nos diversos espaços de saúde. **Metodologia:** Tratou-se de uma pesquisa qualitativa que analisou narrativas biográficas de sete mulheres que vivenciaram a sífilis durante a gestação e a decorrente transmissão vertical, além do uso da triangulação de métodos para compreender o corpus de materiais em torno do comitê de transmissão vertical, que abrangeu a análise documental, observação das reuniões e a realização de entrevistas com os seus membros através de um estudo de caso. A produção dos dados ocorreu entre maio de 2019 a dezembro de 2020; a análise ocorreu através das transcrições, leitura e organização das entrevistas, das notas de campo e dos documentos, sendo construídos eixos de discussão em diálogo com dimensões teóricas. **Resultados e Discussões:** Foram analisadas as experiências e trajetórias de vida de mulheres que vivenciaram a sífilis durante a gestação e a transmissão vertical. Analisaram-se os percursos sociais vinculados à sexualidade e à reprodução, considerando os efeitos da violência estrutural que conjuga desigualdades de gênero, classe e raça na vida dessas mulheres, com histórias e subjetivações singulares. Estas desigualdades que afetam as suas vidas nem sempre são consideradas na produção do cuidado à saúde da mulher e da criança, sendo (re)produzidas vulnerabilidades institucionais. Examinou-se no segundo artigo, a constituição do comitê de transmissão vertical da sífilis e o seu auxílio para fortalecimento da rede de assistência na prevenção da transmissão vertical e no desfecho satisfatório para os casos que estão em seguimento. Analisaram-se avanços e fragilidades dessa atuação, considerando desde o modo de organização do Comitê até as formas de atuação. Entende-se que os CTV têm potencialidades de propor um novo processo de trabalho capaz de exercer um papel verdadeiramente educativo e transformador e não tradicionalmente investigativo. **Considerações Finais:** Diante destes cenários, é imprescindível ampliar o olhar sobre a determinação social do adoecimento por sífilis e a decorrente transmissão vertical, compreendendo e interferindo nas dinâmicas sociais que envolvem a produção do cuidado na

assistência à saúde da mulher e da criança e fortalecendo os papéis dos comitês como protagonistas de um reposicionamento político e institucional, capaz de abarcar as situações de vulnerabilidade social que perpassam a vida do trinômio (Mãe-Bebê-Pai/Parceiro).

Palavras-chave: trajetórias reprodutivas; transmissão vertical de doença infecciosa; sífilis; interseccionalidade.

ABSTRACT

This thesis in question analyzes the experience of women on the vertical transmission of syphilis, considering their social trajectory and the intersections of social markers of difference, as well as the assistance provided in the health network and the structure of public policies that assistance sexual and reproductive. In this work was analyzed the role of the Vertical Transmission Committee with a technical-scientific device and its potential as an articulator of the service network for the understanding of the determinism of syphilis in different healthcare spaces is also analyzed. **Methodology:** The qualitative research was utilized in this thesis that analyzed the biographical narratives of seven women who experienced syphilis during pregnancy and the resulting vertical transmission, in addition to the use of triangulation methods to understand the corpus of materials around the vertical transmission committee, which included document analysis, observation of meetings and conducting interviews with its members through a case study. Data production took place between May 2019 and December 2020; the analysis took place through transcriptions, reading and organization of the interviews, field notes and documents, with discussion axes being built in dialogue with theoretical dimensions. **Results and Discussions:** The experiences and life trajectories of women who experienced syphilis during pregnancy and vertical transmission were analyzed. The social pathways linked to sexuality and reproduction were analyzed, considering the effects of structural violence that combines gender, class and race inequalities in the lives of these women, with unique histories and subjectivations. These inequalities that affect their lives are not always considered in the production of health care for women and children, institutional vulnerabilities being (re)produced. In the second article, the constitution of the syphilis vertical transmission committee and its help to strengthen the care network in the prevention of vertical transmission and in the satisfactory outcome for the cases that are being followed were examined. Advances and weaknesses of this action were analyzed, considering everything from the way the Committee was organized to the forms of action. It is understood that VTCs have the potential to propose a new work process capable of playing a truly educational and transformative role, not traditionally investigative. **Final Considerations:** In these situations, it is essential to broaden the view on the social determination of illness from syphilis and the resulting vertical transmission, understanding and interfering in the social dynamics that involve the production of care in the health care of women and children and strengthening the

roles of the committees as protagonists of a political and institutional repositioning, capable of covering the situations of social vulnerability that pervade the life of the triad (Mother-Baby-Father/Partner).

Keywords: reproductive trajectories; vertical transmission of infectious disease; syphilis; intersectionality

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
PARTE UM – PROJETO DE PESQUISA	13
PARTE DOIS - RELATÓRIO DE CAMPO	68
PARTE TRÊS - ARTIGO ORIGINAL I - TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS: Trajetórias femininas em uma perspectiva interseccional	86
PARTE QUATRO - ARTIGO ORIGINAL II - VIGILÂNCIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS: Reflexões de um Comitê em construção.	87

APRESENTAÇÃO

Essa tese analisa a experiência de mulheres sobre a transmissão vertical de sífilis, considerando a sua trajetória social e as intersecções com os marcadores sociais da diferença; assim como a assistência prestada na rede de saúde e a estrutura das políticas públicas que atendem a saúde sexual e reprodutiva.

Ainda tem por objetivo compreender a experiência da doença e os seus desdobramentos nas vidas dessas mulheres considerando as suas trajetórias sociais; analisar como ocorreu a assistência à saúde sexual e reprodutiva ao longo da vida dessas mulheres e no ciclo gravídico-puerperal, assim como posterior ao nascimento de seus filhos; e entender como se dá a produção de vulnerabilidades institucionais nos serviços e na implementação de políticas públicas que atendem essas mulheres. Focou-se o caso da implementação do Comitê de Transmissão Vertical no município em estudo, para analisar seu alcance e limites.

A presente tese é composta pelas seguintes etapas:

PARTE UM - PROJETO DE PESQUISA: este item é composto pela discussão teórica, detalhamentos do percurso metodológico e planejamento da investigação objeto deste estudo. O projeto foi submetido para a avaliação e aprovação através do exame de qualificação no dia 27 de setembro de 2019. Os demais encaminhamentos do projeto para o Comitê de Ética e Pesquisa (CONEP-CEP) e para a Secretaria Municipal de Cachoeirinha, ocorreram posteriormente.

PARTE DOIS- RELATÓRIO DE CAMPO: esta etapa compreende descrever e caracterizar através dos registros no diário de campo os achados de pesquisa, durante a imersão no universo do estudo. Ainda caracteriza os atores sociais que participaram de estudos e as imersões no Comitê de Transmissão Vertical de Sífilis.

PARTE TRÊS - ARTIGO ORIGINAL I: este artigo oriundo dos achados de campo intitulou-se “**TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS: Trajetórias femininas em uma perspectiva interseccional**”. Este artigo teve como objetivo analisar a experiência de mulheres que vivenciaram a sífilis durante a gestação e a decorrente transmissão vertical em um município da região metropolitana de Porto Alegre-RS. **Não será publicado aqui, por ter sido submetido à avaliação de periódico da área que exige o ineditismo para publicação.**

PARTE QUATRO - ARTIGO ORIGINAL II: o segundo artigo foi intitulado “**VIGILÂNCIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS: Reflexões de um Comitê**

em construção”. Discutimos, a partir dos resultados de campo, a construção de um estudo de caso cujo corpus foi composto pela análise documental do CITV, a observação das reuniões e a realização de entrevistas com os membros que atuaram no comitê. **Não será publicado aqui, por ter sido submetido à avaliação de periódico da área que exige o ineditismo para publicação.**

PARTE UM

PROJETO DE PESQUISA

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Cronologia histórica da sífilis na Europa.....	13
Quadro 2 - Cronologia histórica da sífilis no Brasil.....	16
Quadro 3 - Casos de sífilis em gestante e sífilis congênita.....	40
Quadro 4 - Fases da entrevista narrativa.....	43

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEDAW	Comitê para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres
ERC	Estratégia Rede Cegonha
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBTQIA+	(lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, queer, intersexo e assexuais)
MS	Ministério da Saúde
NV	Nascidos Vivos
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Política Integral de Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PN	Pré-Natal
PAISM	Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RAS	Redes de Atenção em Saúde
ReHuNa	Rede de Humanização do Parto e do Nascimento
RN	Recém-Nascido
SA	Sífilis Adquirida
SC	Sífilis Congênita
SG	Sífilis em Gestante
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPM/PR	Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	05
2	JUSTIFICATIVA	09
3	OBJETIVOS	12
3.1	OBJETIVO GERAL.....	12
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
4	REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	13
4.1	ESTIGMA E SÍFILIS AO LONGO DA HISTÓRIA.....	13
4.2	A CONSTRUÇÃO SOCIAL CONTEMPORÂNEA DA SÍFILIS	20
4.3	VULNERABILIDADE	24
4.4	GÊNERO E SUAS INTERSECCIONALIDADES.....	27
4.5	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES.....	30
5	MÉTODO E CAMPO DE PESQUISA	36
5.1	NARRATIVA DA EXPERIÊNCIA HUMANA.....	36
5.2	NARRATIVA NO CONTEXTO SAÚDE/DOENÇA.....	38
5.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	40
5.3.1	Técnica de Pesquisa	41
5.3.2	Análise dos dados	43
5.3.3	Aspectos éticos	45
6	CRONOGRAMA	46
7	ORÇAMENTO	47
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTAS – TRAJETÓRIAS FEMININAS DA TRANSMISSÃO VERTICAL	61
	APÊNDICE B - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MÃES	63
	ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA – 2019	64
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – 2019	65

1 INTRODUÇÃO

Durante séculos a sífilis foi construída como uma doença relacionada ao comportamento sexual tido como desviante e foi vinculada a um “castigo dos deuses” (BATISTA, 2014). Em estudos contemporâneos, a construção da sífilis no cotidiano das pessoas remete a estereótipos de gênero, que colocam as mulheres numa vulnerabilidade moral, vistas como perigosas, sujas e transmissoras de doenças. (OSADA, COSTA, 2016).

No Sul Global, podemos entender a sífilis na trama de relações coloniais, nas dinâmicas de gênero, sexualidade e raça através do fenômeno histórico imperialista, baseado na dominação e na violência masculina sobre o corpo social colonizado, e materializado na violência sexual sobre os corpos femininos negros e indígenas (CONNELL, 2016).

No cenário neoliberal contemporâneo de austeridade econômica e retração de direitos, vemos como a colonialidade persiste e se expressa no aprofundamento de violências estruturais, com efeitos na produção do fenômeno de feminilização da sífilis, que tem como foco as desigualdades de gênero interseccionadas com desigualdades de classe e raça, vivenciadas por mulheres. Conforme os dados do Boletim Epidemiológico 2020, a taxa de detecção de sífilis em gestantes (SG) no ano de 2019 foi de 20,8/1.000 nascidos vivos (NV), a taxa de incidência de sífilis congênita (SC) foi de 8,2/1.000 NV e taxa de mortalidade por SC foi de 5,9/100.000 NV.

O crescente aumento da incidência provoca outra discussão: a biopolítica da invisibilidade (HEILBORN, 2006), que expressa a sífilis como doença negligenciada na sua magnitude na perspectiva da atenção à saúde e em todos os níveis de atenção.

Nesse contexto, este projeto aborda a experiência de mulheres que vivenciaram a sífilis durante a gestação e a decorrente transmissão vertical. A abrangência de tal experiência acontece a partir da trajetória social dessas mulheres, considerando como se articulam marcadores sociais da diferença (de gênero, raça, classe, entre outros). Indagou-se de que maneira a assistência prestada na rede de saúde e as políticas públicas que atendem a saúde sexual e reprodutiva contemplam e atuam no cuidado a essas mulheres, levando em consideração a produção de vulnerabilidade institucional.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), estimam a ocorrência de mais de um milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por dia, no mundo. A cada ano, calculam-se aproximadamente 357 milhões de novas

infecções, entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. A sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e a SC, contabiliza 1,6 milhões de casos (OMS, 2008).

Estima-se que a sífilis seja responsável por 460.000 abortos ou natimortos por ano, no mundo, com taxas mais elevadas em países com desigualdades marcantes na distribuição de renda, bens e serviços. Pouco se sabe sobre seu mecanismo de ação ou determinantes de virulência, no entanto o treponema é capaz de atravessar a placenta e causar infecção no feto (VIEIRA, 2017).

No ano de 2019, a taxa de detecção de sífilis adquirida (SA) foi de 72,8 casos por 100.000 habitantes, de SG foi de 20,8/1.000 NV; e de SC de 8,2/1.000 NV; e a taxa de mortalidade por SC de 5,9/100.000 NV.

No Rio Grande do Sul no ano de 2016 foram notificados 3017 casos de SG, totalizando 8,1 % da população alvo com uma taxa de incidência de 20,3 casos novos para cada 1000 NV. A situação da SC é de 1861 novos casos, totalizando 9,1% da população com uma incidência de 12,5 para cada 1000 NV. A capital Porto Alegre é a que apresenta a maior taxa de incidência (29,2 casos/1.000 NV) e está 4,3 vezes mais alta que a taxa do Brasil (BRASIL, 2017a).

Ainda nessa publicação, no território nacional brasileiro nos últimos cinco anos, foi observado um aumento constante no número de casos de SG, SC e SA, que pode ser atribuído a vários fatores, como o aumento da cobertura de testagem com a ampliação do uso de testes rápidos, a redução do uso de preservativo, a resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica (AB), desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados (BRASIL, 2017a).

Para o ano de 2018, o Ministério da Saúde (MS), alinhado com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), implantaram o **Projeto de Resposta Rápida à Sífilis nas Redes de Atenção**, que diante desse cenário há a necessidade de reorganização do modelo assistencial voltado para a sífilis que já é considerada, no Brasil, uma doença reemergente e negligenciada, de caráter crônico (BRASIL, 2017b).

Assim, o MS desenvolveu o Projeto Interfederativo de Resposta Rápida à Sífilis que é uma estratégia inovadora, pois trabalha a questão da vigilância através da rede de atenção à saúde, estimulando o trabalho conjunto com a AB para a redução da SA e SG e eliminar a SC no Brasil (a meta é atingir uma taxa menor ou igual a 0,5 caso

por 1.000 NV) mediante o fortalecimento da vigilância epidemiológica, gestão e governança, assistência, educação e comunicação; constituindo uma resposta integrada e colaborativa que articule os pontos de atenção à saúde, os setores sociais e a comunidade para fortalecer a resposta para eliminação da SC (BRASIL, 2015; OMS, 2008).

Segundo o Boletim Epidemiológico 2020, no Brasil, a população mais afetada pela sífilis são as mulheres, principalmente as negras e jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos. Somente esse grupo representou 14,3% de todos os casos de SA e em gestantes notificados em 2019. Na comparação por sexo, em 2019, as mulheres de 20 a 29 anos alcançaram 25,3% do total de casos notificados, enquanto os homens nessa mesma faixa etária representaram apenas 16,5%.

Quando analisada a idade gestacional de detecção de SG, observou-se que, em 2019, a maior proporção das mulheres (38,7%) foi diagnosticada no primeiro trimestre, ao passo que 24,2% representaram diagnósticos realizados no segundo trimestre, e 30,4%, no terceiro trimestre.

O projeto também alerta para a necessidade de articulação entre os gestores locais, profissionais da saúde, população, comunidade científica e os movimentos de mulheres para o fortalecimento do processo de planejamento de ações que ampliam os canais de comunicação que investem em práticas articuladas entre a Vigilância em Saúde e em outras áreas estratégicas do SUS, como a AB e as Redes de Atenção em Saúde (RAS), e que buscam superar a fragmentação no âmbito da gestão e da atenção para ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento (BRASIL, 2017b).

Segundo o Boletim Epidemiológico 2019 do MS, os casos de sífilis em 2010 apresentaram uma razão entre os sexos, era de 0,2 (dois casos em homens para cada dez casos em mulheres); em 2018, foi de 0,7 (sete casos em homens para cada dez casos em mulheres), razão que vem se mantendo estável desde 2014.

No ano de 2018, a maior parte das pessoas notificadas eram negras (47,1%), seguidas de brancas (36,2%).

A sífilis é uma doença que pode ser controlada com facilidade, devido à existência de exames diagnósticos altamente sensíveis e de fácil realização, bem como tratamento eficaz e de baixo custo. No entanto, mulheres jovens, de baixa escolaridade e pobres caracterizam o perfil da maioria das mulheres (gestantes ou não) com sífilis no Brasil. De acordo com os estudos de Cardoso *et al.* (2018); Teixeira *et al.* (2018), Cavalcante *et al.* (2017); Nonato *et al.* (2015), Magalhães *et al.* (2013); e

De Lorenzini; Madi, (2001); a média de idade das mulheres com sífilis foi de 28,1 anos com maior proporção na faixa etária entre 19 a 35 anos (53,7%).

Segundos os estudos de Magalhães *et al.* (2013); 43 gestantes e puérperas (64,2%) declararam possuir o ensino fundamental completo e 54 (80,6%) possuíam renda familiar de até quatro salários-mínimos.

Há também o surgimento de um novo perfil de mulheres infectadas, essas possuem maior escolaridade (mais que oito anos de ensino), estas são casadas e relatam apenas um parceiro sexual (LAFETA *et al.*, 2016).

Assim, cabe aos gestores das políticas públicas de saúde reforçar as ações para o controle da sífilis, com estratégias de rastreamento, diagnóstico e tratamento precoce, evitando complicações, diminuindo a morbidade com melhoria da saúde sexual e reprodutiva da população geral e em especial das mais vulneráveis (NUNES, 2017; PINTO *et al.*, 2014).

Com esse cenário, proponho que esta pesquisa vise responder às seguintes questões:

- Quais são as experiências femininas em relação à transmissão vertical da sífilis?
- Em que medida a produção de cuidado abarca as realidades sociais dessas mulheres, em termos de dinâmicas de gênero interseccionadas por outros marcadores sociais (raça, classe, sexualidade)?
- Quais as vulnerabilidades sociais e institucionais que afetam as condições de saúde sexual dessas mulheres e interferem na transmissão vertical?

2 JUSTIFICATIVA

A transmissão vertical da sífilis tem apresentado um preocupante acréscimo em todo o país (BRASIL, 2007a). No Rio Grande do Sul o Sistema Nacional de Notificação de Agravos (SINAN) notificou de janeiro de 2011 a outubro de 2018, o número de casos de SG de 15.927. Ao analisar a distribuição percentual por região de residência, destacou-se que 25,3% dos casos estão concentrados na Região de Saúde 10 - Capital e Vale do Gravataí. A taxa de detecção do RS passou de 4,6 em 2011 para 25,4 casos a cada mil nascidos vivos em 2017. No mesmo período, os casos registrados de SC em menores de 1 ano de idade, foi de 10.003, dos quais 4.446 (44,4%) estão presentes na mesma região de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Dos casos de SC notificados, verificou-se que cerca de 75% das gestantes realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal (PN), demonstrando a fragilidade da atenção e a necessidade de qualificação. No entanto, aproximadamente 20% não realizaram nenhuma consulta de PN, fato que alerta para a dificuldade de acesso dessas gestantes aos serviços de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

As desigualdades de gênero estão interseccionadas a outras desigualdades sociais e, em função da organização social das relações de gênero; mulheres e homens estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Defende-se que a perspectiva de gênero é propositiva no sentido de sugerir modelos de mudança cultural que desconstruam as iniquidades, operacionalizadas por meio de políticas, programas, planos que facilitem ou construam espaços de empoderamento que modifiquem os estereótipos masculinos e femininos, diminuindo as atuais hierarquias e criando possibilidades para que homens e mulheres tenham uma vida mais igualitária (RODRIGUES, 2017).

O interesse em trabalhar esta temática surgiu no momento de análise dos indicadores epidemiológicos sobre a sífilis durante o ano de 2017. Essa análise deu origem a duas publicações no mesmo ano. Um artigo intitulado “Sífilis gestacional em Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, no ano de 2016” (TERTULIANO; MASZLOCK, 2017) e o resumo de trabalho “Comitê de investigação de transmissão Vertical: possibilidades e limites de uma experiência em construção” (TERTULIANO, FORTES; SANTOS, 2017) que marcaram o início dessa busca por maior conhecimento no contexto da epidemia de sífilis.

Maschio-Lima, Taiza *et al.* (2019) entre outros autores citados nesse estudo, aponta o perfil epidemiológico da SA, em gestante e a congênita no país. No entanto, há uma carência de pesquisas qualitativas que apresentem narrativas e vivências das mulheres. Atuo como enfermeira no Núcleo de Controle de Doenças Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde de Cachoeirinha/RS, e neste setor realizamos as coletas de informações através do protocolo de investigação de SC precoce, onde acompanhamos as crianças até os 18 meses e onde buscamos apoiar mães fragilizadas pelo contexto da transmissão vertical da sífilis.

Os dados epidemiológicos despertaram o interesse de buscar relatos qualitativos sobre as histórias de mulheres e o contexto da transmissão vertical da sífilis no município mencionado, para conhecer e compreender as realidades e o episódio da transmissão vertical em suas vidas. Há necessidade de pesquisas que explorem e descortinem as vivências femininas sobre a sífilis; que possam sugerir reflexões sobre a feminilização da doença e os diferentes perfis de mulheres que vivenciam a doença juntamente com seus filhos e parceiros, além de conhecer a complexidade envolvida no fenômeno no que tange as histórias pessoais: suas alegrias e tristezas, como também a capacidade dos serviços de saúde em acolher e apoiar suas fragilidades sociais e de saúde.

Desta forma o Projeto de Resposta Rápida a Sífilis, aponta para o grande desafio da saúde pública em reduzir a incidência da doença e de um novo olhar da gestão dos serviços para entender os atores envolvidos nesse contexto, diminuir a desarticulação entre as políticas públicas e o cuidado à mulher, levando em consideração seu contexto de vida e as dimensões das vulnerabilidades à sífilis.

Segundo a OPAS (2010), há necessidade de incorporar uma visão ampla de saúde à resposta social aos problemas existentes somados às mudanças demográficas e epidemiológicas das populações.

Através da Carta de Ottawa -1986 (BRASIL, 2002), enfatiza-se as diretrizes para o fortalecimento da resposta social através de ações que visam:

- formulação de políticas públicas saudáveis através de ações de promoção da saúde e equidade em saúde;
- criação de redes de apoio social, físico, econômico, cultural e espiritual para a garantia de condições que produzam um impacto positivo sobre a saúde das comunidades;

- fortalecimento de ações comunitárias em parceria com os movimentos sociais e as redes de vigilância à saúde;
- promover o desenvolvimento de habilidades pessoais para o enfrentamento dos desafios da vida através da educação em saúde; e
- promover espaços de discussão para a reorientação dos serviços de saúde promotores de integralidade.

Nesta perspectiva de repensar as políticas públicas para a prevenção da infecção, foi idealizado no ano de 2018, na cidade de Cachoeirinha/RS, um Fórum de Discussão para a melhoria da resposta social para a prevenção da sífilis, que articulou ações com a comunidade acadêmica e a AB do município para a avaliação dos indicadores epidemiológicos; além de ter proposto medidas para o enfrentamento dessa problemática. Houve reflexões sobre o cotidiano do atendimento na Rede de Serviços e a apresentação de projetos de intervenção comunitária apresentados pelos acadêmicos do Curso de Enfermagem.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a experiência de mulheres sobre a transmissão vertical da sífilis, considerando a sua trajetória social e as intersecções com marcadores sociais da diferença; assim como a assistência prestada na rede de saúde e as políticas públicas que atendem a saúde sexual e reprodutiva.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos tratados nesta tese são os seguintes:

- a) Compreender a experiência da doença e os seus desdobramentos nas vidas dessas mulheres considerando as suas trajetórias sociais;
- b) analisar como ocorreu a assistência à saúde sexual e reprodutiva ao longo da vida dessas mulheres e no ciclo gravídico-puerperal, assim como posterior ao nascimento de seus filhos; e
- c) entender como se dá a produção de vulnerabilidades institucionais nos serviços e na implementação de políticas públicas que atendem essas mulheres.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

4.1 ESTIGMA E SÍFILIS AO LONGO DA HISTÓRIA

Durante séculos, a sífilis esteve associada a uma concepção metafísica que denominava essa moléstia como um castigo do pecado original do desregramento sexual e assim, seus portadores não deveriam ser curados e a doença não poderia ser evitada (BATISTA, 2017).

No quadro 1, foram sistematizados alguns fatos e conjunturas marcantes para pensar uma cronologia da sífilis, principalmente na Europa:

Quadro 1 – Cronologia histórica da sífilis na Europa

Ano	HISTORICIDADE DA SÍFILIS NA EUROPA
1363	Tratamento da sífilis com Mercúrio Como as principais manifestações da sífilis eram cutâneas, as primeiras tentativas de tratamento foram com medicamentos utilizados para outras doenças de pele. Dentre esses medicamentos estava o Unguento Sarracênico, recomendado por Guy de Chauliac (CARRARA, 1996b).
1484	Conhecimento sifilidológico - Pensamento Ético-Mística Relacionou a doença a aspectos astrológicos, que contribuiu para explicar o caráter venéreo da sífilis. Acreditava-se que a conjunção entre Saturno e Júpiter sob o signo de Escorpião na casa de Marte, ocorrida em 25 de novembro de 1484, foi a causa do mal. Segundo esta crença, o signo de Escorpião está relacionado às partes sexuais. A forma de transmissão sexual, portanto, fez com que a enfermidade se tornasse estigmatizada, sendo vista como um castigo pelos religiosos, que lhe conferiram um significado ético especial (FLECK, 1986). O estigma está perpetuado pela concepção ético-mística que durante séculos criou a metáfora para explicar o comportamento do portador, um ser possuído pelo demônio e castigado por forças sobrenaturais devido a sua postura promíscua e vulgar (UJVARI, 2012; SONTAG, 2002).
Século XIV	Conhecimento sifilidológico - Pensamento Empírico –Terapêutico Uso do mercúrio como forma de cura. Esta ideia provinha de médicos empiristas que tentavam empregar diversos preparados farmacológicos para o tratamento da enfermidade (FLECK, 1986).
1492	1º Hipótese sobre a origem da sífilis A descoberta de fósseis americanos com alterações ósseas sifilíticas na época pré-colombiana e o surgimento das epidemias na Europa após o descobrimento das Américas. (AZULAY citado por AVELHEIRA; BOTTINO, 2006). 2º Hipótese sobre a origem da sífilis A sífilis seria proveniente de mutações e adaptações sofridas por espécies de treponemas endêmicos do continente africano (AVELHEIRA; BOTTINO, 2006).
1492	3º Hipótese sobre a origem da sífilis Outros estudiosos também encontraram indícios na Ásia através de um tratado de medicina chinesa datado de 2637a.C e a introdução da bactéria na Europa através de Atila, em 450d.C e por Tarmelão I, em 1405d.C (UJVARI, 2003).
1495	Origens da Sífilis A Cidade de Nápoles foi cercada por tropas francesas comandadas pelo Rei Carlos VIII, as tropas espanholas foram enviadas à cidade para reforçar a sua defesa. Após a tomada da cidade pelos franceses, surgiu em suas tropas uma doença, causadora de muitas mortes e que, por intermédio de mercenários, rapidamente espalhou-se pela Europa. Foi originalmente denominada “Mal de Nápoles”, mas na Itália e na Alemanha ficou conhecida como “Mal francês”; na França chamaram-na de “Mal italiano”, na Polônia a denominaram de “Mal alemão” e na Rússia de “Mal polonês” (UJVARI, 2003).

Século XV	Epidemias Ocorreram na Europa até o final do século XVIII, causando inúmeras mortes ao longo de décadas e as expedições marítimas disseminaram a bactéria pelo continente através das relações sexuais entre marinheiros e prostitutas (UJAVARI, 2003; CARRARA, 1996b).
1530	Origem do termo sífilis Originou-se de um poema, com 1.300 versos, escrito em 1530 pelo médico e poeta Girolamo Fracastoro em seu livro intitulado <i>Syphilis Sive Morbus Gallicus</i> (“A sífilis ou mal gálico”). Ele narrou a história de <i>Syphilus</i> , um pastor que amaldiçoou o deus Apolo e foi punido com o que seria a doença sífilis (FERREIRA, 2008).
1546	Forma de Transmissão Fracastoro levantou a hipótese de que a doença fosse transmitida na relação sexual por pequenas sementes que chamou de “ <i>seminaria contagionum</i> ”. Nessa época, essa ideia não foi levada em consideração e, apenas no final do século XIX, com Louis Pasteur, passou a ter crédito (FERREIRA, 2008).
1932	Estudo Tuskegee- De 1932 a 1972 o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos da América realizou uma pesquisa, cujo projeto escrito nunca foi localizado, que envolveu 600 homens negros, sendo 399 com sífilis e 201 sem a doença, da cidade de Macon, no estado do Alabama (GOLDIM, 2021).
1946	Médicos que atuaram no Estudo de Tuskegee, recrutaram soldados, deficientes mentais, prostitutas e presidiários na Guatemala para um estudo sobre a ação da penicilina contra a transmissão de doenças sexuais. Pesquisadores infectaram trabalhadoras sexuais guatemaltecas com gonorreia e sífilis, para que mantivessem sexo sem proteção com soldados e presidiários (GRECO,2013; REVERBY, 2012).

Fonte: Elaborado pela autora

Em seus livros, Fracastoro citado por Ferreira (2008) abordou os estudos sobre a doença, no primeiro livro escreveu sobre a origem da doença, descreveu como ela atingiu Nápoles e, dali se propagou pela Europa e pelo Oriente; bem como, descreveu seus sintomas e lesões. No segundo livro apresentou orientações a serem seguidas para que pessoas evitassem a infecção, cuidados para os infectados e os procedimentos para cura, como o uso de mercúrio. No terceiro livro, exaltou o uso da casca do guaiaco ou *lignum sanctum*, árvore descoberta nas Américas e que podia ser utilizada no tratamento da doença (FERREIRA, 2008).

Atualmente, há certo consenso quanto ao fato de a sífilis ter sido uma doença desconhecida na Europa até o final do século XV, porém sua origem geográfica continua causando polêmicas (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Foi somente no século XIX, especialmente em sua segunda metade, que a sífilis passou a integrar as preocupações das autoridades médico sanitárias como uma grande ameaça à saúde pública mundial.

Segundo Oda (2008), o **Tratado do clima e das doenças do Brasil** foi publicado em Paris, em 1844. José Francisco foi o prenome adotado pelo francês naturalizado brasileiro, o médico francês Joseph François Xavier Sigaud (1796-1856), formado em Estrasburgo em 1818, e que chegou em 1825 ao país onde viveria por trinta anos.

No decorrer do tratado, várias vezes Sigaud assinala que a incidência e as manifestações das doenças não diferem substancialmente entre as raças branca, negra ou índia, ou entre negros e brancos europeus, importando mais os fatores climáticos, ambientais e as condições de vida (alimentação, exposição ao frio, à umidade, ao calor, excesso de trabalho, abuso de álcool, verminoses, etc.) de cada grupo, ainda que indique que algumas enfermidades pareçam ser "atributos da raça negra". No capítulo dedicado às moléstias dos negros escravos, menciona certas doenças que relaciona ao tráfico transatlântico, como o escorbuto e a disenteria, e descreve doenças consideradas comuns entre eles, como a caquexia africana (que liga à ingestão de terra), o maculo (gangrena retal), a sífilis, a tísica, a oftalmia que poderia levar à amaurose (cegueira).

Karl Von Martius e Johann Baptist Von Spix vieram ao Brasil entre 1817 e 1820, para conhecer profundamente o país: enquanto à Spix caberia coletar informações sobre as populações, a morfologia e anatomia das espécies animais, Martius era incumbido de pesquisar a flora brasileira e seus usos, bem como remeter exemplares dos produtos naturais de todos os reinos da natureza. Estudaram também algumas doenças, conforme trecho abaixo:

No tocante à sífilis afirmavam que embora fosse dominante em toda "zona quente", para a sua disseminação no Brasil contribuiu o "temperamento dos colonos" e, sobretudo, a introdução da "raça etíope como escravos" Spix e Martius se escandalizavam com os efeitos dessa doença, considerada a "mancha mais sombria do caráter do brasileiro" com consequências funestas para a população. Responsabilizavam a doença pelo "modo de pensar dos homens" e pelo grande número de escravos negros e concubinas," papel ao qual sobretudo os mestiços de ambas as raças se aviltam" (ODA, 2008, v.1, p.162-163).

Carrara (1996), também documentou que a sífilis era percebida como sintoma de virilidade, de modo que os homens ostentavam com orgulho sinais sifilíticos, presentes em seus corpos, ou seja, os rapazes sem essas marcas eram ridicularizados e considerados virgens ou menos "machos".

No quadro 2 (abaixo), foram sistematizados alguns fatos e conjunturas marcantes para pensar uma cronologia da sífilis, principalmente no Brasil.

Quadro 2 – Cronologia histórica da sífilis no Brasil

Ano	Historicidade da Sífilis no Brasil
Século	Conhecimento sifilidológico - Pensamento Experimental Patológico

XVIII	As concepções experimentais patológicas inocularam a bactéria em seres humanos para que fosse observada a evolução da doença e distingui-la de outras infecções sexualmente transmissíveis. A última concepção referiu a ideia de que a sífilis com múltiplos sintomas seria manifestada em “sangues corrompidos (FLECK, 1986). Surgiu assim a Venereologia que inoculava o agente causador de sífilis em pessoas menos favorecidas: escravos, prostitutas, presos e colonizados (ALMEIDA, 2016).
1843	Internações de sífilíticos em Porto Alegre Os primeiros registros dos enfermos da Santa Casa de Porto Alegre começaram a ser realizados de maneira sistematizada nesta época. Desse período até o ano de 1853, mais de 1000 pessoas solicitaram os auxílios da instituição e centenas delas acabaram sendo inscritas no livro de matrícula como “enfermos sífilíticos” (ROSA, 2016).
1880	Surgimento dos estudos em Sifilografia Durante 40 anos os estudos de sifilografia aprimoraram os estudos através da criação de uma especialidade médica. Esses especialistas juntamente com médicos europeus desenvolveram estudos que concluíram que o ato sexual era a causa da doença, descartando então as concepções morais como a causa da doença (BATISTA, 2017).
1901	Medidas Sanitárias Criação da Fundação da Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral do Rio de Janeiro, ligada a Sociedade Internacional de Profilaxia Sanitária e Moral (ANTUNES, 1999).
1906	Medidas Sanitárias Criação da Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária (ANTUNES, 1999).
1908	Quimioterápico para o tratamento da sífilis Descoberta do Sal de arsênio (Salvarsan ou 606), desenvolvido pelos médicos Ehrlich e Hirata. Sal altamente tóxico, desenvolvido na Alemanha, apresentando mais tarde uma versão menos tóxica Neo- Salvarsan ou 914 (BATISTA, 2017).
1910	Prostituição: um perigo aos homens Entre 1910 e 1940, reforçou-se a ideia de uma feminilidade perigosamente descontrolada e causadora de males aos homens (CARRARA, 1996 b).
1918	Teoria da Degeneração Definia que os desvios doentios seriam hereditários entre “criminosos, loucos, gênios, homossexuais, judeus, mulatos, prostitutas, libertinos e venéreos” e que geraria descendentes (CUNHA, 2010; CARRARA, CARVALHO, 2010).
1918	Medidas Sanitárias Criação do Dispensário Anti-Sifilítico de Curitiba e o Serviço Higiênico – Policial das Meretrizes no Paraná que recensou e identificou prostitutas por meio de uma notificação compulsória e oferta de caderneta de identidade especial e tratamento gratuito (ROSS, 2017).
1920	Medidas Sanitárias Criação do Regulamento do Departamento Nacional de Saúde, as principais ações foram: a luta antivenérea, o tratamento profilático gratuito e a criação da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Houve também o combate a libertinagem, a proteção da moral familiar o disciplinamento do espaço público e da mulher pública para que os homens não ferissem a moral das mulheres honestas (BATISTA, 2017; CARRARA (1996a). Outra perspectiva de controle foi chamada de abolicionismo que propunha o combate simultâneo à prostituição e as “doenças venéreas, que considerava a contenção sexual masculina e a emancipação política da mulher como meios mais eficazes para combater a prostituição e as doenças transmitidas por ela. Questionado, o regulamento abolicionista foi substituído por novas regras idealizadas por Alfred Fournier que incorporou práticas fundamentadas no combate a “doenças venéreas” e a criação de uma campanha antivenérea para alertar a população sobre os riscos das doenças transmitidas sexualmente (BATISTA, 2017).
1921	Medidas Sanitárias Criação do Instituto de Profilaxia das Doenças Venéreas em Belém, onde as prostitutas

	recebiam uma carteirinha contendo dados pessoais, altura, peso e o resultado do exame médico. Elas eram classificadas como boas, suspeitas ou interditadas. Assim como na França, a prostituta não podia mudar de endereço, sofria multas e tinha outras obrigações, além de estar igualmente sujeita ao Hospital São Sebastião (Asilo das Madalenas) em caso de interdição (HENRIQUE; AMADOR, 2016; AMADOR, 2015; SARAIVA, JUNES, 2011).
1923	Fundação Gaffrée e Guinle Destinado o atendimento da sífilis hereditária, onde foi construído uma seção anexa à maternidade, para onde foram enviadas as gestantes que foram diagnosticadas como sífilíticas nos dispensários e não tiveram recursos para o tratamento. As crianças heredo-sífilíticas foram acolhidas em uma creche anexa, onde permaneciam até os dois três anos de idade (SANGLARD; COSTA, 2007).
1925	1º edição dos Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia Divulga a ampliação dos serviços de combate às doenças venéreas em todo o país e o incremento dos estudos de venereologia, em especial sobre a sífilis (CARRARA, 1996).
1928	Tratamento eficaz Alexander Fleming foi o cientista que descobriu a penicilina. O fato aconteceu enquanto o pesquisador trabalhava num hospital de Londres em busca de uma substância que pudesse ser usada no combate a infecções bacterianas (NOSSA CAPA, 2009). Através desta descoberta, surge um novo desafio: a descoberta dos fatores associados e a causa da manifestação em massa.
1930	Ambulatório antivenéreo da Fundação Gaffrée e Guinle Seção de sífilis para homens e mulheres com a existência de sala para exame clínico, vestuário e instalações sanitárias para médicos; instalações sanitárias para doentes; consultórios para injeções e curativos. As seções reservadas aos sífilíticos deveriam compreender áreas com luz direta e ventilação adequada; paredes ladrilhadas de branco e piso impermeável; instalação de água corrente e esgoto para os consultórios e nas salas destinadas ao tratamento; tomadas de eletricidade de gás combustível nas paredes. As salas para exames deveriam apresentar material necessário a exames clínicos, estetoscópios, martelos de vários tipos, aparelho para medir a pressão arterial, cadeira própria para a exploração de reflexos, manômetro Claude, para pressão raquiana, leito para doentes. Sala especialmente destinada às injeções intravenosas e salas de curativos e injeções dotadas de armário para material, esterilizados elétricos e de gás, mesas e braçadeiras para injeções (BORGES, 2012). O serviço de sífilis para crianças oferecia sala para interrogatório, pesagem, exame clínico com o material necessário, injeções, curativos, sendo reservadas salas para vias urinárias, com mesa especial ligada ao esgoto, sala de injeções e curativos (BORGES, 2012).

Fonte: Elaborado pela autora

O professor José Roberto Goldim, da Faculdade de Medicina da UFRGS, analisa os abusos da ciência e descreve o evento histórico sobre a história natural da sífilis não tratada em Tuskegee; na sua obra “O Caso Tuskegee: quando a ciência se torna eticamente inadequada”, Goldim (2021) relata:

a sífilis ao longo da história apresenta inúmeros episódios de exclusão, discriminação, sofrimento, machismo e racismo entre tantas outras práticas desumanizadoras que reatualizam opressões, como o caso emblemático de Tuskegee. De 1932 a 1972, o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos da América realizou uma pesquisa, cujo projeto escrito nunca foi localizado, que envolveu 600 homens negros, sendo 399 com sífilis e 201 sem a doença,

da cidade de Macon, no estado do Alabama. O objetivo do Estudo Tuskegee, nome do centro de saúde onde foi realizado, era observar a evolução da doença, livre de tratamento. É importante ressaltar que em 1929, já havia sido publicado um estudo, realizado na Noruega, a partir de dados históricos, relatando mais de 2000 casos de sífilis não tratado.

Ainda na mesma obra, esse autor relata que não foi informado aos participantes do estudo de Tuskegee que eles tinham sífilis, nem dos efeitos desta patologia. A partir da década de 1950 já havia tratamento estabelecido para a sífilis, no entanto, todos os indivíduos incluídos no estudo foram mantidos sem tratamento. As instituições de saúde nas localidades próximas, receberam uma lista com o nome dos participantes com o objetivo de evitar que qualquer um deles, recebesse tratamento. Nesta época, início da década de 1950, já havia sido proclamado o Código de Nuremberg que estabelecia as primeiras diretrizes éticas internacionais para a pesquisa em seres humanos. Em 1969, a imprensa noticiou a confirmação de que já tinham ocorrido 28 mortes no estudo (GOLDIM, 2021).

O caso de Tuskegee é usado como parâmetro quando se pensa em questões de bioética, onde a gestão e decisão sobre vida e morte das populações é atrelada a relações de poder.

Dentre tantas outras práticas de opressão, em especial vinculadas ao desrespeito à condição feminina podemos citar alguns fatos:

Dentre os fatos ainda não descritos, é interessante ressaltar os casos de sífilis em gestante, onde o tratamento utilizado no passado - o mercúrio, não era utilizado pois era abortivo. Poderia ser aplicado somente em situações de gestações "adiantadas". Quando não era possível o tratamento, restava o apoio psicológico a mulher para fim de confortá-la após o parto, pois permaneceriam os sofrimentos físicos da doença e a dor moral de ver um filho nascer coberto de lesões e a influência nociva da hereditariedade (LOUREIRO, 1906).

Na América Latina, o período colonial foi marcado pela intervenção da Europa nos países colonizados, caracterizando uma mentalidade dominante do colonizador sobre o colonizado, e em especial pela dominação sexual para a garantia do prazer e a demarcação do biotipo europeu e a solidificação dos domínios econômicos sobre as riquezas naturais, minerais e as forças de trabalho. No Brasil, a obra de Gilberto Freyre, *Casa-Grande & Senzala* (1963, p.50), ilustra a violência imposta pelos colonizadores aos indígenas e negros:

Costuma dizer-se que a civilização e a sifilização andam juntas. O Brasil, entretanto, parece ter-se sifilizado antes de se haver civilizado. A contaminação da sífilis em massa ocorreria nas senzalas, mas não que o

negro já viesse contaminado. Foram os senhores das casas-grandes que contaminaram as negras das senzalas. Por muito tempo dominou no Brasil a crença de que para um sífilítico não há melhor depurativo que uma negrinha virgem.

O próximo trecho da mesma obra citada acima, demonstra mais um fato com o descaso do patriarcado com a população brasileira, traduzido por negligência, caju e garrafadas:

A sífilis sempre fez o que quis no Brasil patriarcal. Matou, cegou, deformou à vontade. Fez abortar mulheres. Levou anjinhos para o céu. Uma serpente criada dentro de casa sem ninguém fazer caso de seu veneno. O sangue envenenado rebentava em feridas. Coçavam-se então as perebas, tomavam-se garrafadas, chupava-se caju. (...) No ambiente voluptuoso das casas-grandes, cheias de crias, mulecas, mucamas é que as doenças venéreas se propagaram mais à vontade através da prostituição doméstica – sempre menos higiênica que a dos bordéis. Em 1845, Lassance cunha escrevia que o brasileiro não ligava importância à sífilis, ‘doença como que hereditária e tão comum que o povo a não reputa um flagelo, nem tampouco a receia.’ (FREYRE, 1963).

As prostitutas foram as principais vítimas da disseminação do estigma, empobrecidas pela transição social e econômica da época; mulheres pauperizadas pela precária oferta de trabalho: imigrantes, negras alforriadas de sua escravização que na prostituição encontraram uma forma de subsistência. Em épocas de Higienismo era necessário sanear as cidades e fortalecer as ações da medicina que deveriam “lutar contra o mal” e fazer em suas campanhas uma abordagem moralista contra o crescimento populacional de prostitutas que “ameaçavam” a família mononuclear e patriarcal.

O mesmo perfil discriminatório é descrito na obra de Batista (2014), onde ao analisar os óbitos causados por sífilis na cidade de Jacobina (BA) da década de 30 de 1930 até a década de 1960 onde os registros mencionavam que os óbitos aconteciam entre mulheres de até 50 anos, pobres, solteiras. Não havia nenhuma denominação sobre mulheres decentes e puras, afinal eram sífilíticas e foram classificadas como mundanas e decaídas.

4.2 A CONSTRUÇÃO SOCIAL CONTEMPORÂNEA DA SÍFILIS

A sífilis é um exemplo clássico de uma infecção sexualmente transmissível (IST), que ainda representa um expressivo desafio dos serviços de saúde pública em todo o mundo. Frente aos avanços das tecnologias de saúde ainda é perpetuada as

dificuldades de oferta de uma assistência resolutiva. No entanto, continuam os registros de novos casos e a dificuldade de ações de controle para o enfretamento da doença. Nesse mesmo cenário, a sociedade brasileira testemunha os desdobramentos da infecção pelo *Treponema pallidum* entre mulheres na idade reprodutiva, prejudicando objetivamente tanto o prognóstico gestacional quanto o prognóstico perinatal, visto que, além da SC, observa-se elevação das taxas de abortamento tardio, restrição de crescimento intraútero, prematuridade e a morte fetal (DUARTE, 2012).

Carrara (1994) afirma que a sífilis envolveu representações sociais muito amplas, que incidem sobre os mesmos pontos: a sexualidade: em especial os comportamentos considerados excessivos, desviantes e promíscuos.

Durante séculos, como já foi assinalado, a sífilis foi encarada como uma doença relacionada ao comportamento tido como desviante e essa interpretação tem continuidade no tempo. Segundo Ramos (1999), em seu estudo com uma comunidade popular de um bairro da grande Buenos Aires sobre a identificação de significados leigos e estereótipos de gênero relacionados às IST's, ficou evidenciado através das falas masculinas que as IST's são doenças "de mulheres": "mulheres da rua", "mulheres da noite", "mulheres sujas" que apodrecem os homens.

As mulheres do mesmo estudo apresentaram um conhecimento menor sobre a importância do uso do preservativo, sobre as infecções sexualmente transmissíveis e o fato de aceitarem os corrimentos vaginais e os pruridos como circunstâncias inevitáveis da vida sexual e do fato de terem nascido mulheres. Há ainda a vergonha e o medo de serem consideradas infiéis ou traídas o que impediram a iniciativa de buscar atendimento nos serviços de saúde e de ter a contribuição masculina no tratamento (RAMOS, 1999).

O estudo etnográfico de Osada; Costa (2016), analisa a construção social de uma doença genética no sertão nordestino a partir da perspectiva teórica, com foco nos processos de biomedicalização, biopolítica e necropolítica. Uma doença tradicionalmente conhecida por sífilis foi rediagnosticada como Síndrome de Spoon.

As conclusões da pesquisa apontam que para compreender uma doença que tem dois nomes é preciso primeiramente entender o seu contexto cultural, a biopolítica aplicada e as relações de sociabilidade criadas a partir da doença e, em segundo lugar, aponta que substituir as narrativas tradicionais pelo discurso das ciências em um lugar que resiste à própria ciência.

As narrativas da comunidade de Serrinha dos Pintos (Rio Grande do Norte), explicitam um sistema de explicações que permitem a compreensão coletiva através de um discurso repleto de sentimento de culpa, preconceito, vergonha e decoro.

É na polaridade entre o tratar e o cuidar que caminham os modelos de atenção à saúde, geralmente com uma lógica curativa e menos preventiva. No plano da prática, é preciso criar espaços de reflexão para uma prática cuidadora.

Deve-se considerar, além dos conhecimentos sobre as doenças, o conhecimento sobre as pessoas que estão doentes, sobre os arranjos que constroem para as suas próprias vidas e de que forma é possível construir projetos terapêuticos para esses indivíduos.

A escuta e o acolhimento, no plano do cuidado, somente poderão ser incorporados efetivamente à assistência, a partir de verdadeira comunicação entre usuários e profissionais, pois é perceptível a biopolítica da invisibilidade, da omissão onde os serviços de saúde muitas vezes não são resolutivos na atenção materno-infantil para a prevenção da sífilis, que desde o seu descobrimento é um flagelo que perpetua um estereótipo de culpa, preconceito e morte (HEILBORN, 2006).

Contextos de vulnerabilidade nas populações suscetíveis à sífilis estão presentes no cenário feminino. Fatores econômicos e sociais, como a escolaridade, renda; a alta transitoriedade associada ao difícil acesso à moradia; além dos fatores familiares, culturais e relacionais retratam a feminilização desta doença. A dificuldade e falta de oportunidade de discutir as questões de gênero com os serviços de saúde e as relações de domínio do parceiro para o exercício da sexualidade livre de riscos é um dos fatores apontados nas narrativas das entrevistadas (VIANA *et al.*, 2017). No entanto, poucos estudos investigam quais as dificuldades relacionadas ao tratamento dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis (DOMINGUES *et al.*, 2013).

A inclusão do parceiro no pré-natal é uma importante estratégia para a abordagem do problema, considerada determinante para a cura efetiva da gestante (pela redução das recidivas) e, conseqüentemente, para a eliminação do agravo (RIO GRANDE DO SUL, 2020).

O Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) foi instituído, em 2000, pelo MS, para atender a mulher durante toda a gestação, parto e puerpério, visando assegurar qualidade na assistência prestada durante todo o pré-natal.

Em 07 de abril de 2005, a Lei 11.108 garantiu às parturientes a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos

estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde, sendo mais uma conquista importante para atender de forma acolhedora e humanizada essas mulheres.

Em 2011, o MS lançou a Estratégia Rede Cegonha (ERC), também com intuito de garantir atendimento de qualidade a todas as gestantes, disponibilizando o teste rápido de gravidez em todas as unidades de saúde, para que haja um menor tempo entre o diagnóstico e o início dos cuidados pré-natais, com a realização de exames clínicos e laboratoriais, o uso de suplemento vitamínico-mineral, como o ácido fólico e sulfato ferroso, avaliação odontológica e outras ações para saúde do binômio mãe-bebê, durante a gestação, parto e pós-parto, garantindo atendimento humanizado e nascimento seguro (BRASIL, 2011).

Atualmente, o envolvimento paterno, durante todo o período gestacional e no pós-parto vem sendo estudado e tem demonstrado muitos benefícios para o trinômio mãe-bebê-parceiro; estratégia criada em Ribeirão Preto, em 2007, para a inclusão do parceiro no pré-natal, sendo apoiada e incentivada pelo MS e implantada em vários municípios do país (NONATO, 2015).

Estudos demonstraram que houve repercussões positivas no âmbito da saúde em relação ao pré-natal do parceiro, mais aproximação entre o trinômio gestante-bebê-parceiro, aumento da adesão ao aleitamento materno, fortalecimento da relação conjugal, diminuição de violência doméstica, da depressão puerperal e redução da transmissão vertical de infecções (DUARTE, 2007).

As narrativas presentes no estudo de Viana *et al* (2017), destacam que apesar das uniões estáveis e a existência de namorados, o homem não esteve presente durante as consultas de pré-natal, sendo essa uma oportunidade para os exames de saúde, tratamentos necessários e a vinculação do parceiro no processo de tratamento da sífilis entre o casal. As mulheres tornam-se mais fragilizadas no papel de transmissoras da informação sobre o diagnóstico, devido ao pouco conhecimento sobre o tema e a dificuldade de abordar esse assunto em cenários de traição, violência, dúvidas e subordinação (MELO, 2016).

Uma reflexão é importante no atendimento às mulheres para um efetivo tratamento da sífilis: um diálogo sobre o feminino, que acolhe, sensibiliza e que proporciona uma comunicação efetiva para entender que as concepções desta doença são biológicas, culturais, sociais e afetivas. Compreender que o tratamento do parceiro é para promover uma mudança gradativa dos paradigmas machistas, como a unilateralidade feminina sobre o cuidado à saúde do casal, submissão sexual das

mulheres e para a oferta de momentos de negociação entre as parceiras para a realização do sexo seguro.

Essa liberdade de negociação e abertura, fundamental nas relações igualitárias (não somente de gênero), também aparece sob tensão nos dias de hoje. Se, por um lado, ocorrem movimentos sociais crescentes por maior abertura e respeito aos direitos humanos – movimentos LGBTQ+, feminista, negro, entre outros – ainda se vive em uma sociedade com forte normatização da sexualidade. Destaca-se aqui o movimento higienista e a racionalidade médica na disciplina e controle dos corpos, das sexualidades e de modelos do viver saudável, dentro de parâmetros de normalidade moralmente pré-estabelecidos (AMORIM; ANDRADE, 2006).

A sífilis entendida através das pesquisas qualitativas de Vasconcelos (2016), Souza (2019) e Cavalcante (2012) nos instiga a pensar que essa IST altamente contagiosa, com uma evolução clínica bem definida na sua fase inicial; apresenta índices epidemiológicos alarmantes que suscitam um questionamento sobre a relação que homens e mulheres possuem com seus corpos e com o exercício da sua sexualidade e reprodução de forma saudável.

Na contemporaneidade, o contexto socioeconômico impõe diversos fatores determinantes de vulnerabilidade, como a dificuldade de acesso aos serviços, o desemprego, a miséria e a marginalização social, que transformam o cotidiano de milhares de pessoas no mundo (HELMAN, 2003).

Na existência desses fatores podem-se citar as epidemias e o recrudescimento de doenças como a sífilis. O referido autor acima relata que os fenômenos epidêmicos estão relacionados aos fatores culturais relacionados com questões sociais, econômicas, psíquicas, físicas, econômicas, familiares, educacionais, religiosas que determinam o desenvolvimento do comportamento que podem maximizar ou minimizar os problemas de saúde e numa outra perspectiva, analisar as práticas de intervenção e de controle que a sociedade adota frente ao processo de adoecimento.

Na contemporaneidade a sífilis está vinculada a um estigma de moralidade e de todos os outros fatores vinculados a fragilidade feminina frente à sociedade machista e patriarcal. Nesta análise, se encontram três desafios epidemiológicos: a coinfeção de sífilis e Aids; a sífilis gestacional e a SC (AMORIM; ANDRADE, 2006).

Enfim, segundo Kleinman e *et.al.* (1997), o sofrimento social presente na transmissão da sífilis congrega uma grande variedade de experiências de dor, trauma e distúrbios – na fome, na violência doméstica, no stress pós-traumático, na doença crônica, ou nas doenças sexualmente transmissíveis que envolvem,

simultaneamente, situações de saúde, bem-estar, justiça, moralidade e religião. Nesse sentido, o que melhor caracteriza o sofrimento social é sua compreensão não como problema médico ou psicológico, o que reforçaria sua dimensão individual, mas como uma experiência social.

4.3 VULNERABILIDADE

O conceito de "vulnerabilidade" teve destaque no início da década de 1990 entre cientistas que direcionaram seus estudos para o campo da saúde e através das ações interdisciplinares buscavam estratégias para o enfrentamento da Aids. De acordo com Ayres (2003), o conceito de vulnerabilidade é expresso por:

um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação.

Segundo Parker (1996, p.107):

Sem que haja uma transformação das relações desiguais de poder de gênero que existem em toda sociedade, as mulheres do mundo inteiro continuarão a ser alvos preferenciais da própria insegurança. Sem corrigirmos a injustiça socioeconômica que existe tanto dentro das nações quanto entre o mundo desenvolvido e em desenvolvimento, os pobres (tanto no Norte como no Sul) continuarão a sofrer o maior impacto de uma epidemia que já se tornou íntima da pobreza e da miséria.

Fernandes *et al.* (2017) fala sobre o impacto do gênero na estrutura relações homens e mulheres e nas identidades subjetivas, onde os modelos de relações de gênero são determinados culturalmente e estabelecem padrões dominantes, através de uma ampla gama de interações estabelecidas por diferenças de classe, raça, geração.

Parker (1991, p. 246), em estudo sobre a cultura sexual brasileira, constata a existência de uma "ideologia do gênero" que constrói uma hierarquia de gênero baseada no binômio atividade/passividade: "Focalizada menos no eu sexual e na lógica da reprodução do que nas noções de atividade e passividade, essa ideologia é, provavelmente, a mais fundamentalmente enraizada na vida brasileira".

Heilborn (1999, p. 142) compartilha essa concepção ao afirmar que:

o binômio masculino-dominância-atividade sexual versus feminino-submissão-passividade sexual, [é] estruturador do modelo hierárquico do gênero e da identidade sexual na sociedade brasileira”

Ayres *et al.* (2003), contextualiza e aprofunda a discussão do conceito de vulnerabilidade e sua relação com as questões brasileiras; e segundo esses autores, a elaboração do conceito de vulnerabilidade introduz no campo da análise epidemiológica maior precisão e amplitude. Desse modo, as formas de exposição ao HIV e outras IST são determinadas por três dimensões complexas e interdependentes: institucional, social e individual.

Segundo Fernandes *et al.* (2017), a vulnerabilidade programática ou institucional se relaciona ao nível de desenvolvimento das políticas e programas para o enfrentamento das IST's. Fazem parte dessa dimensão a existência de programas de assistência e prevenção que contemplem a população com suas especificidades e diversidades; universalização, integralidade e humanização do atendimento. Quanto menor a capacidade de implementação e gerenciamento desses aspectos, mais vulneráveis as populações e indivíduos, assim é importante a existência de políticas públicas, ferramentas de gestão como diagnóstico, monitoramento e avaliação.

A vulnerabilidade social incorpora a condição socioeconômica; o acesso à informação, o grau de escolaridade; a disponibilidade de recursos materiais; a capacidade de organização da sociedade civil; as violações aos direitos humanos; a discriminação e o preconceito vivenciados pelas minorias; dogmatismos religiosos; concepções sobre a sexualidade e simetria ou assimetria nas relações de gênero (AYRES *et al.*, 2003).

A exclusão social de grupos populacionais promove a redução da capacidade de obter, processar e entender as informações em saúde e usar estas informações para tomar decisões apropriadas em relação à sua própria saúde e dificulta a adoção de medidas de prevenção em relação às IST, dentre outros agravos.

Delor; Hubert (2000) estabelecem três níveis de entendimento da vulnerabilidade social: trajetória social, interseção ou interação das trajetórias e contexto social. Conceituam-se como trajetórias sociais os caminhos percorridos por cada indivíduo durante as diferentes fases da vida. A interação é o momento de encontro de uma ou mais pessoas e quando ocorre a interseção de trajetórias de vida. Por último, o contexto social produz influências sobre os momentos, a participação e as formas dos encontros entre os indivíduos. Esses autores argumentam que todos

esses elementos acontecem dentro de um processo de construção dinâmica de identidade, que tem o objetivo de manter, expandir e proteger o espaço de vida em que o sujeito é socialmente reconhecido.

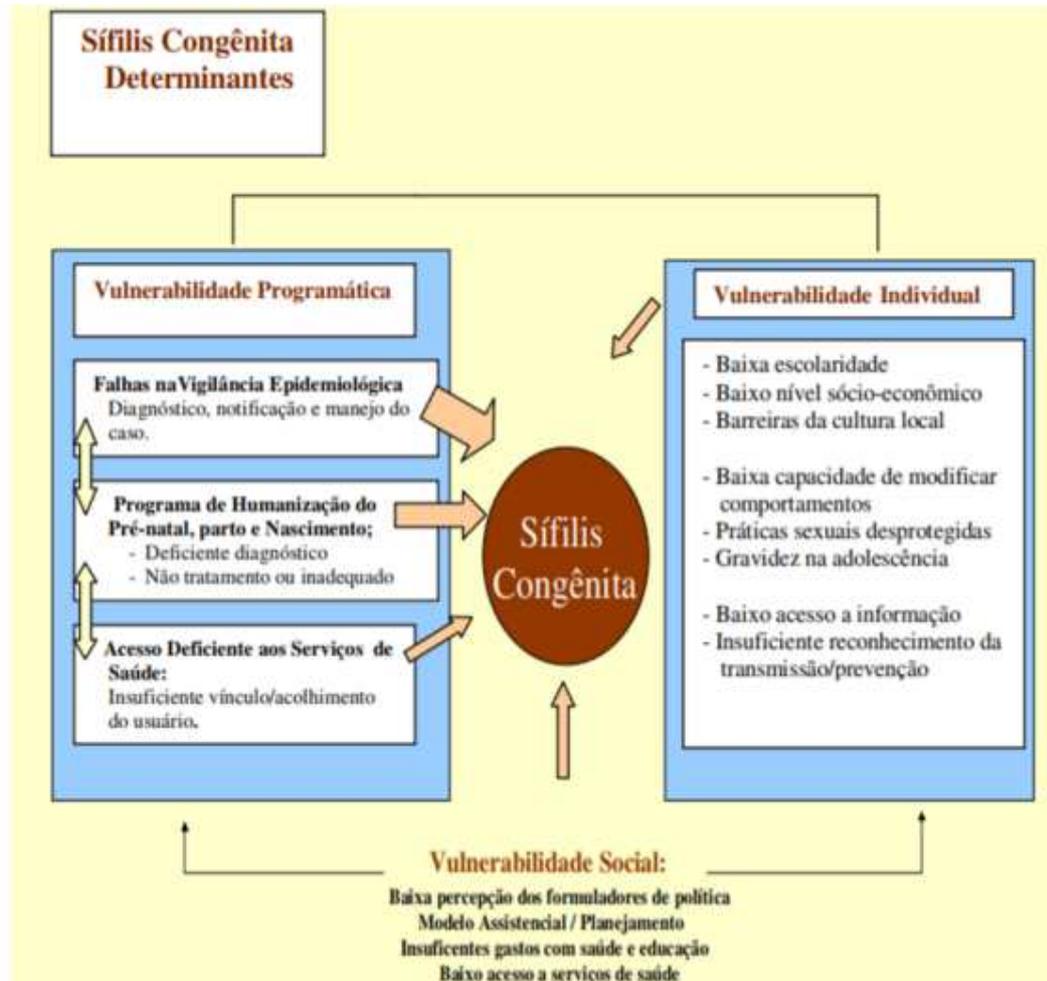
Segundo Macedo (2017), inclui dentre os fatores individuais, o baixo nível socioeconômico que limita o acesso aos serviços; o baixo nível de escolaridade da população que busca esses serviços e que contribui, sobremaneira, para uma menor compreensão dos fatores de risco para a SC (NONATO, 2015).

Destacam-se também a resistência da população ao uso do preservativo devido à falta de percepção sobre as consequências das práticas sexuais desprotegidas; e o pouco conhecimento ou a falta de sensibilização da população de risco para a possibilidade de prevenir a doença (GARCIA, 2010).

A vulnerabilidade individual envolve dois níveis: cognitivo e comportamental. O primeiro se relaciona a capacidade de adquirir conhecimentos e percepções para a preservação da saúde nas relações sociais. O segundo está relacionado a apreensão dos conhecimentos para a redução de eventos produtores de vulnerabilidades. (FERNANDES *et al.*, 2017).

O estudo de Henriques (2008), correlaciona a vulnerabilidade social ao aumento de casos de SC, representada pelo Modelo Teórico da Sífilis Congênita, conforme a Figura 1:

Figura 1 - Determinantes da Sífilis Congênita



Fonte: Henriques (2008, p. 29).

4.4 GÊNERO E SUAS INTERSECCIONALIDADES

A discussão desse capítulo abordará as questões de gênero e os marcadores sociais da diferença. O feminismo do pós-guerra procurava erradicar as desigualdades de gênero baseado nas diferenças sexuais inerentes às teorias biologicamente determinadas e que justificam a posição social da mulher por sua diferença em relação ao homem. Os ideais feministas não buscam negar a biologia feminina, mas questionar sistemas que constroem e representam a subordinação das mulheres como resultado de suas capacidades biológicas (BRAH, 2006).

As discussões do feminismo evoluíram e passaram a questionar a questão das mulheres enquanto sujeito do feminismo. Judith Butler (1990) argumenta sobre a necessidade da desconstrução deste sujeito e da ampliação da sua representação.

Partimos do entendimento de que a categoria mulher é uma variável histórica. A natureza humana não é essencial, mas socialmente construída, influenciada por vários marcadores sociais da diferença.

Recentes estudos sociológicos estão voltados para esta compreensão e análise da intersecção entre as variáveis de raça, gênero, sexo, geração e classe. Essa perspectiva visa observar a articulação entre essas diferenças, enquanto marcadores sociais e construtores das desigualdades (LÓPEZ, 2011).

Após a Conferência de Durban, surgiram um maior número de estudos e pesquisas para questionar como a relação entre raça, gênero e pobreza, as reparações são necessárias para a promoção de discussões sobre o período de tráfico e colonização dos países africanos, a globalização como intensificador da pobreza (HIRATA, 2014).

O conceito de interseccionalidade surge no momento no qual feministas negras norte-americanas discutem a relação de interdependência das relações de poder de raça, gênero e classe e as estruturas que permeiam o contexto de subordinação das mulheres (CRENSHAW, 2002). Cabe ressaltar que as relações mencionadas não estão atreladas somente a circunstâncias de opressão, desigualdade e discriminação, são também geradoras de empoderamento e de atitudes mobilizadoras tanto no contexto individual como no contexto coletivo (BRAH, 2006).

Na América Latina, as categorias de raça, gênero e sexualidade surgem da mesma matriz colonial que reproduz o saber/poder eurocêntrico (LUGONES, 2008) e que organizou o modo em que as diferenças corporais foram produzidas, criando hierarquias entre os corpos (CONNELL, 2016). Os Estados latino-americanos têm marcas profundas e até hoje reproduzem essa colonialidade, através da estabilização política e econômica das elites brancas masculinas heterossexuais. Este processo implicou no apagamento das populações que não se encaixavam nos parâmetros/valores da família patriarcal heterossexual branca, sendo esta a fonte e o sinônimo dos ideais de civilidade e de modernidade (VIVEROS, 2018).

Sobre este tema Avtar Brah (2006) afirma que:

nosso gênero é constituído e representado de maneira diferente segundo nossa localização dentro de relações globais de poder. (...) O signo "mulher" tem sua própria especificidade constituída dentro e através de configurações historicamente específicas de relações de gênero. Seu fluxo semiótico assume significados específicos em discursos de diferentes "feminilidades" onde vem a simbolizar trajetórias, circunstâncias materiais e experiências culturais históricas particulares. Diferença nesse sentido é uma diferença de condições sociais.

Indagações dessa ordem também permearam os trabalhos de intelectuais afro-americanas como Patrícia Hill Collins, Ângela Davis, a nigeriana Chimamanda Ngozi Adichie e de protagonistas brasileiras como Sueli Carneiro, Lélia González, Maria Beatriz Nascimento, Alzira Rufino, Carla Akotirene, Djamilia Ribeiro, Jurema Werneck, que trouxeram e trazem para a luz do conhecimento a necessidade de se reconhecer as diferenças e desigualdades presentes no universo feminino.

Segundo Terra; Oliveira (2015), as desigualdades de gênero permeiam intensamente a sociedade brasileira e impactam de maneira negativa as relações interpessoais, o acesso aos direitos e os processos de reprodução social traduzidos nos modos de vida e trabalho das mulheres.

Com efeito, esse poder diferenciado entre mulheres e homens também amplia a vulnerabilidade das mulheres, pois relega a sexualidade feminina ao silêncio, sobretudo, no que diz respeito aos cuidados com o corpo e com a saúde sexual; e ainda pela violência física e sexual contra mulheres de diferentes faixas etárias. A socialização das mulheres ainda se estabelece sobre a regra de que a relação sexual faz parte do papel da mulher no casamento, independentemente de sua vontade, e esse contexto aumenta a situação de vulnerabilidade das mulheres às doenças já que elas têm pouca ou nenhuma possibilidade para negociar a frequência das relações sexuais ou o uso de preservativos (TERRA; OLIVEIRA, 2015; BARBOSA, 1999).

Tais questões trazem à discussão os direitos reprodutivos e sexuais, compreendidos como direitos que se sucedem aos direitos civis, políticos e sociais. Os direitos reprodutivos e sexuais estão baseados no reconhecimento da livre e responsável decisão sobre as questões relacionadas a ter ou não ter filhos, mas vão além, e incluem o direito de tomar decisões relativas à sexualidade e reprodução humana apoiadas nos direitos humanos, ou seja, a partir de uma perspectiva de igualdade e equidade sociais (SCHRAIBER, 2009).

Num regime patriarcal/heteronormativo/eurocêntrico, as mulheres são afetadas pela violência nas relações amorosas, cujos determinantes estão associados a relações de gênero, estruturadas em bases desiguais e que reservam às mulheres um lugar de submissão e de menor valor na sociedade. Nesse contexto explica-se a ocorrência predominante da violência contra a mulher no espaço doméstico, tanto a violência sexual quanto a física e a psicológica. Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados com maior frequência os pais biológicos, padrastos, maridos, namorados ou ex-companheiros, irmãos, parentes próximos e

conhecidos. Quando a mulher busca o atendimento nos serviços públicos muitas vezes é mais uma vez vitimizada pelo despreparo das autoridades públicas em manejar essa situação (GOMES, 2008; BRASIL, 2007b).

Há necessidade da consolidação de um programa de enfrentamento da feminilização da epidemia de sífilis, evidenciado pelo Boletim Epidemiológico 2019 com uma taxa de detecção de SG de 21,4/1.000 NV, a taxa de incidência de SC foi de 9,0/1.000 NV e taxa de mortalidade por SC foi de 8,2/100.000 NV, no ano de 2018, com a formulação de estratégias que visem ao fortalecimento da mulher que se encontra em situação de pobreza, com a adoção de medidas de geração de renda, de participação cidadã nas instâncias de controle social, nas organizações políticas e na mobilização social em torno dos seus direitos de cidadania é de fundamental importância para se reverter o cenário atual da epidemia de IST's e Aids no país.

Nesse sentido, a estratégia de colocar no centro das ações de controle da epidemia o combate à pobreza e acesso aos direitos cidadãos é sem dúvida um desafio, considerando o contexto atual de austeridade e retração de direitos, que aprofunda as violências estruturais. Mais ainda, o cenário de ataque às populações que não se encaixam nos parâmetros da família patriarcal heterossexual branca que, como mencionado, é histórico na nossa região, mas que vem se aprofundando na conjuntura atual brasileira.

4.5 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MULHERES

As políticas públicas podem ser definidas como respostas do Estado a problemas que surgem na sociedade. São consolidadas em conjuntos de diretrizes, medidas e procedimentos que explicitam o posicionamento político do Estado frente a problemas que são considerados de interesse público (SAMPAIO, ARAUJO, 2006; TEIXEIRA, 1997).

Para Ferraz; Kraiczyk (2010) há necessidade de ressignificar a diferença sexual, saindo das categorizações binárias calcadas em atributos biológicos, pois são conhecidas as imensas iniquidades de gênero e saúde existentes e que transformam a diferença sexual em desigualdades que se expressam em todas as dimensões da existência humana, inclusive nos modos de adoecer e morrer.

A partir das primeiras décadas do século XX, a atenção à saúde da mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde no Brasil. No entanto, nas

décadas de 30, 40 e 50 a mulher era vista basicamente como mãe e “dona de casa”. A partir dos anos 1960, a assistência à saúde da mulher consolidou-se como uma das prioridades das políticas de saúde. Suas diretrizes gerais foram constituídas com o foco de garantir uma assistência obstétrica e neonatal segura o suficiente para minimizar desfechos negativos e instituir uma assistência materno-infantil para uma sociedade onde mulheres numa perspectiva reprodutora gerariam filhos saudáveis para a sociedade brasileira (GOMES, 2008; ÓSIS, 1998).

Na década de 1980, foi instituído o Programa de Assistência Integral de Saúde da Mulher (PAISM), que gradativamente substituiu uma assistência fundamentada na biologia e na anatomia do corpo feminino reprodutor por ações que preconizavam o planejamento reprodutivo e a atenção integral para as mulheres (BRASIL, 1984, 1994).

No entanto, essa premissa detinha o poder de controlar as práticas sexuais das mulheres, com o objetivo de controlar a reprodução como estratégia de biopolítica, enquanto os homens não exerciam nenhum papel de participação efetiva no planejamento familiar. A noção de política integral não contemplava questões relacionadas ao gênero e aos direitos sociais. Num movimento de democratização do país, o movimento de mulheres participou da pauta de discussões sobre o PAISM e argumentaram que o conceito de “integral” deveria enfatizar não só a integração do colo, do útero e das mamas, mas também de os aspectos sociais da vida das mulheres (ÓSIS, 1998).

O que os movimentos de mulheres defendiam era que o “integral” se referisse também ao contexto social, psicológico e emocional. Além disso, insistiram em que o PAISM incluísse ações definidas de educação sexual e em saúde, para afastar qualquer possibilidade de ele ser usado para o controle populacional (BRASIL, 2011).

Em 2003, houve a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM/PR), e sua elevação ao status de Ministério em 2011, com o objetivo de contribuir para a melhoria de vida das mulheres. O Plano Nacional de Políticas para as Mulheres para o período 2013-2015 (PNPM), elaborado a partir da realização de três Conferências Nacionais (2004, 2007 e 2011), foi constituído para orientar as políticas públicas que visavam reduzir as desigualdades de gênero presentes em vários níveis, setores e atividades do País. A Política Nacional Integral de Saúde da Mulher (PNAISM) foi concebida em parceria com outras áreas e departamentos do MS, Secretaria de Políticas para as Mulheres e com segmentos do movimento de mulheres, buscando assimilar as reivindicações dos diversos movimentos sociais.

Durante os anos de 2004 e 2007, foram estabelecidas novas prioridades. Entre elas podemos citar: promoção da saúde sexual e reprodutiva para mulheres adultas e adolescentes, prevenção e tratamento de agravos decorrentes da violência doméstica e sexual, redução da morbimortalidade por IST/Aids entre a população feminina, redução da morbimortalidade por câncer, ampliação e qualificação das ações voltadas para as trabalhadoras rurais, mulheres negras, em período de menopausa, idosas, mulheres com deficiência, indígenas, lésbicas, presidiárias e a garantia da promoção da saúde mental através do enfoque de gênero com o incentivo para a participação social (BRASIL, 2003).

A PNAISM teve como premissa o direito à saúde e o respeito às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e passou a conceituar as ações de saúde da mulher como política pública e não como programa de saúde, no entendimento que o conceito de política é mais abrangente que o termo programa, para ressaltar a importância da resposta governamental a determinados problemas de saúde de certos grupos específicos, neste caso as mulheres.

Os objetivos específicos do PNAISM que estão contextualizados neste cenário são: ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as mulheres com HIV e outras IST; estímulo à implantação e implementação da assistência em planejamento reprodutivo para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde; promoção da atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes; promoção em parceria com o Departamento Nacional das ações preventivas e o controle das infecções sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids entre a população feminina (CARNEIRO, 2013).

Nesta ótica, foi fomentada a definição de fontes de recursos e responsabilidades nos diversos níveis do sistema, de acordo com as diretrizes do SUS e os instrumentos de gestão adotados pelo MS da época. Na visão da equidade em saúde e da integralidade foi avaliado como importante introduzir o tema da transversalidade de gênero, o enfoque étnico-racial e as especificidades das mulheres que fazem sexo com mulheres com a criação de um modelo respeitoso e garantindo os direitos das usuárias (BRASIL, 2016).

Cabe mencionar que, em se tratando das questões reprodutivas e em consonância com as Conferências do Cairo (1994) e de Beijin (1995), que instauram na esfera transnacional a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, desde a década de 1990 se constitui no Brasil a Rede de Humanização do Parto e do Nascimento

(ReHuNa). Esta rede discute a humanização da assistência pré-natal e ao parto, considerada como um direito humano das mulheres em termos de garantir uma maternidade segura, socialmente amparada e prazerosa (MATTAR; DINIZ, 2014). Estes princípios foram incorporados em maior ou menor medida pelas políticas públicas (BRASIL, 2000).

Na continuidade da garantia de direitos das mulheres foi instituída a Portaria nº 1.459/ GM/MS de 24 de junho de 2011 no âmbito do SUS, que criou a “Rede Cegonha”, estratégia lançada pelo Governo Federal em 2011, a qual mobilizou gestores, profissionais de saúde e colaboradores do MS, visando assegurar à mulher e criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do SUS e diminuir as altas taxas de morbimortalidade materna que o Brasil apresentava na época.

Cabe mencionar que tal Estratégia foi elaborada em decorrência da punição internacional que o Estado brasileiro recebeu em função do julgamento do Comitê para a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) das Nações Unidas do caso de morte materna de Alyne Pimentel (uma mulher negra moradora da Baixada Fluminense/RJ), por negligências no atendimento recebido, considerando-se um caso de violação de direitos humanos potencializado pelas dimensões de gênero, raça e classe interseccionadas (LOPEZ, 2016).

Uma das ações objetivadas pela referida Estratégia foi a implantação dos testes rápidos de HIV e de sífilis, no âmbito da AB, com responsabilidades dos três níveis de gestão do SUS. Visou-se a promoção de um diagnóstico precoce dos agravos entre as gestantes e um início oportuno das ações de prevenção, com vistas na redução das taxas de transmissão vertical do HIV e a eliminação da SC, bem como redução de óbitos materno e infantis evitáveis (BRASIL, 2014).

Nas prerrogativas da ERC está prevista a oferta, no pré-natal e no parto, dos exames sorológicos para diagnosticar possíveis infecções pelo HIV e outras IST. O ponto que intersecciona a ERC mais diretamente com a política nacional de IST/Aids e hepatites virais é o diagnóstico e o tratamento desses agravos. O texto normativo também trata do enfoque de gênero, dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes, atentando para o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos.

Carneiro (2013), propõe uma crítica sobre à ERC, a respeito da pluralidade da categoria mulher traz à tona a importância de políticas e de demandas que procurem

respeitar o itinerário de cada mulher, tornando, por vezes, bastante difícil a aplicação de determinados programas universalizantes.

No que tange ao debate e configurações da diferença, Avtar Brah (2006) propõe uma reflexão sobre o que é trabalhar com mulheres na pluralidade, tendo em conta que, em "Diferença, diversidade e diferenciação", a autora pede a atenção para a necessidade de uma caracterização da mulher que leve em consideração outros marcadores sociais, que não somente o sexo-corpo, como: a raça, a classe social, a orientação religiosa, a orientação sexual, estilo de vida e crenças. Essa nova orientação quanto à subjetividade feminina, possibilita a ampliação do que pode ser uma mulher, tratando-a muito mais em sentido cartográfico e plural.

Uma das premissas da ERC é fomentar o protagonismo das gestantes na produção do cuidado nos primeiros dois anos de vida de seus filhos. A medicalização da vida que submete os corpos passivos dessas mulheres aos procedimentos biomédicos é condicionada por um saber hegemônico e de biopoder. Essa prática investe no cuidado que não privilegia a singularidade dos sujeitos, mas que despersonaliza a gestante como objeto que será manejado pela lógica biomédica com pouca margem para a criação de projetos de vida e de cuidado.

No país, há uma grande adesão formal ao pré-natal, no entanto, os números de SG e de SC estão em ascensão conforme relatado anteriormente, o que demonstra falha na produção do cuidado. O planejamento familiar, por exemplo, de mulheres e homens que não desejam ter filhos não é pautado na ERC, revelando que a condição de acesso a mulher ser assistida pela política pública está condicionada à gestação (MEDEIROS; JORGE, 2018).

Evidencia-se, tanto na política de saúde da mulher, quanto na ERC, um distanciamento das discussões de equidade que abarquem a produção de desigualdades de gênero, classe, raça, acirradas no contexto atual, como já foi expresso em outros tópicos do projeto.

O Estado brasileiro, ao não respeitar, proteger e implementar os direitos humanos e os direitos fundamentais das mulheres que compõem os direitos reprodutivos - quais sejam, formalmente, o direito à educação sexual e à informação adequada, o direito ao acesso aos métodos contraceptivos e o direito ao aborto, que garantem o direito a ter e a não ter filhos e, ainda, o direito ao atendimento pré-natal, à assistência ao parto, ao puerpério, que garantem a saúde e a vida da mulher; além daqueles que deveriam compor o núcleo de direitos reprodutivos, isto é, o direito à habitação e o direito ao trabalho e à creche e educação infantil, que asseguram o

suporte social à maternidade – discrimina as mulheres, limitando suas autodeterminação e liberdade reprodutivas, contribuindo, assim, para a perpetuação da desigualdade de gênero (MEDEIROS; JORGE, 2018; AVILA, 1999).

A maternidade é representada classicamente por políticas que na sua origem são concebidas por homens, mas que representam o cerne do cuidado feminino. Este condicionamento para se reconhecer uma mulher em sua integralidade gera o que Carneiro (2013) trata como despersonalização da mulher, pois não considera a singularidade na produção do cuidado e permeia as ações de atenção voltadas para a medicalização dos corpos sem questionar qualquer associação natural da mulher às linhas de cuidado materno-infantil, ao contrário, ao longo dos tempos prescreveu papéis distintos para homens e mulheres.

5 MÉTODO E CAMPO DE PESQUISA

Por se tratar de investigação que aborda as subjetividades, que requer significados que muitas vezes se apresentam de forma implícita, o método de pesquisa escolhido foi o qualitativo. É o mais apropriado aos objetivos de verificação e investigação de questões específicas, tomando como ponto de partida as perspectivas de cada indivíduo entrevistado. Segundo Nunes (2004, p. 304), "[...] a abordagem qualitativa na condução de uma pesquisa possibilita fazer descobertas, compreender novos significados sobre questões em estudo, avaliar alternativas".

A busca pelo significado, que é diferente para cada um dos entrevistados, pode oportunizar o entendimento mais amplo no contexto geral da pesquisa. A escolha desta técnica foi devido a sua potencialidade de captar os valores e os sentidos que os participantes atribuem a eventos de sua experiência pessoal, com a intenção de alcançar a dimensão da subjetividade uma vez que a fala dos entrevistados é reveladora de sistemas e valores, crenças e normas (FLICK, 2009). Ao analisar os âmbitos das vidas dos sujeitos, seus contextos de vida, tal técnica possibilita atingir o universo simbólico das interseccionalidades e experiências sobre a transmissão vertical da sífilis, na perspectiva socioantropológica.

5.1 NARRATIVA DA EXPERIÊNCIA HUMANA

Narrar é uma manifestação que acompanha os seres humanos desde a sua origem, pode ser feita oralmente ou escrita, utilizando imagens ou não (SILVA; TRENTINI, 2002). Nosso primeiro contato com as histórias acontece, na maioria das vezes, na primeira infância, por meio dos contos e histórias familiares. Essas nos acompanham durante toda a vida, como romances, diários, biografias e outras histórias, e estão presentes nos filmes, teatros e na televisão. Possivelmente, por causa dessa longa convivência, as histórias também sirvam como um meio pelo qual nos tornamos inteligíveis dentro do mundo social (DA SILVA SOUZA, 2015).

Gancho (1988) descreve a narrativa como uma tradição de contar um acontecimento em forma sequencial, cuja composição mais simples inclui começo, meio e fim, e tem, em sua estrutura, cinco elementos essenciais: enredo (conjunto de fatos); as/os personagens (quem faz a ação); o tempo (época em que passa a história, duração da história); o espaço (lugar onde se passa a ação) e o ambiente (espaço

carregado de características socioeconômicas, morais, psicológicas onde vivem os personagens).

As narrativas configuram o princípio organizador da ação humana (SMITH; SPERB, 2007). Elas são compreendidas como uma modalidade ou ordem de discurso que representa uma categoria: da representação linguística, psicológica, cultural e filosófica fundamentais para nossa tentativa de explicar a natureza e as condições de nossa existência (BROCKMEIER; HARRÉ, 2003). As vidas são eventos narrativos e as histórias são, portanto, formas de contá-las; seja por meio de relatos narrativos, intrínsecos a ação social.

Por meio das narrativas, pode-se ter acesso à experiência do outro, porém de modo indireto, pois a pessoa traz sua experiência para o entrevistador da maneira que ele mesmo a percebe e dá a melhor interpretação para essa história. A pessoa fala de suas experiências, reconstruindo eventos passados de uma maneira congruente com sua compreensão atual; o presente é explicado tendo como referência o passado reconstruído e ambos são usados para gerar expectativas sobre o futuro.

Durante a narrativa, o passado, presente e futuro são articulados. Quando as pessoas narram suas experiências, podem não só relatar e recontar essas experiências e eventos, sob um olhar do presente; elas podem também projetar atividades e experiências para o futuro. No ato de narrar, novos acontecimentos propiciarão novas reflexões sobre experiências subjetivas, conduzindo remodelações de perspectivas anteriores (GOMES; MENDONÇA, 2002).

A vida dos indivíduos tem muitas ramificações, entrelaçamentos, expansões e uma infinidade de possibilidades de realizações, que estão relacinadas com muitas outras experiências, permitindo que um evento seja contado e recontado de diferentes maneiras, considerando-se diferentes pontos de vista (SILVA; TRENTINI, 2002). Narrativas são sempre versões editadas do que aconteceu, não são descrições objetivas e imparciais, pois a pessoa sempre faz escolhas sobre o que quer relatar (SOUSA, CABRAL, 2015).

Vieira (2001) nos traz que estudar a narrativa não significa estudar a forma como os seres humanos vivenciam e representam o tempo, mas também envolve o estudo de como os seres humanos vivenciam e significam o próprio mundo e a própria vida.

Nesses sentidos apontados, este estudo não tem como intuito contestar a veracidade dos fatos incluídos nas histórias, mas sim compreender qual a relação

destes com a identidade da pessoa que vivencia a experiência da transmissão vertical da sífilis.

Ao adotar a narrativa como método, é importante lembrar que ela está construída com a participação de dois atores – narrador e ouvinte/entrevistador – aquele que provoca e convida o outro a contar sua história. Ocorre então um processo relacional em que “um conta e narra” e o “outro inquire, incentiva e apoia”, a partir desse processo, uma história emerge como produto. Assim, uma história é sempre produto de diálogo.

No presente trabalho, serão entrevistadas mulheres que há um longo tempo vem construindo suas histórias de vida em seus contextos cotidianos: nas relações com as pessoas de seu convívio e na relação com os profissionais de saúde que as atenderam ou atendem; esperando-se assim que, as narrativas produzidas sejam resultantes dos anos de contato com os serviços, da expectativa de contar sua história para uma pesquisadora que ao mesmo tempo é profissional de saúde. Serão entrevistados também profissionais da saúde, envolvidos nas ações de prevenção e no controle da transmissão da sífilis, através da sua atuação no comitê de transmissão vertical.

Na condição de sanitarista inserida na enfermagem e nas ciências sociais entende a importância de construir espaços de reflexão sobre a efetividade do cuidado em contextos de vulnerabilidade; que percebe que os discursos hegemônicos não produzem corresponsabilidade e vínculo e que a inquietude é combustível para prosseguir.

5.2 NARRATIVA NO CONTEXTO SAÚDE/DOENÇA

Há duas décadas ocupo um lugar de servidora pública municipal no núcleo de doenças transmissíveis e há 5 anos trabalho diretamente com a vigilância da SG, SA e SC. Essa tarefa diária suscitou uma insatisfação em analisar o aumento da incidência da sífilis e acompanhar a ineficiência dos serviços em conhecer a multicausalidade desse cenário. A concepção de biopoder que perpetua nos serviços de vigilância, analisa dados epidemiológicos e não promove a escuta qualificada de indivíduos que representam esses números. O protocolo de investigação da transmissão vertical da sífilis e a participação como integrante do comitê de transmissão vertical, possibilitou um superficial conhecimento do perfil de algumas

mulheres no período do puerpério sobre o desenrolar da sífilis em suas vidas e a pouca resolubilidade em promover alguma mudança na vida dessas mulheres.

Ao ingressar no PPG de Saúde Coletiva, busco conhecer a narrativa de novas mulheres acometidas pela sífilis e a sua experiência de vida na transmissão vertical. Minhas concepções feministas estão potencializadas, minha postura de mulher negra e pesquisadora permite a imersão em um cenário marcado por desassistência, vergonha, opressão e violência; para promover momentos de reflexão sobre a posição da mulher frente aos seus direitos de existir, de ser assistida e sentir-se ator principal no processo de cuidado e nas suas relações conjugais. Não há como saber se haverá mudanças, mas busco promover um espaço de conversa entre mulheres na tentativa de promover algum eco nas falas que as mulheres reproduzirão pelas suas próprias vidas.

A importância e o amplo uso de narrativas, como um recurso coerente e adequado para se obter informação acerca das práticas e saberes em saúde de um grupo, pode ser confirmado em alguns estudos, uma vez que as narrativas permitem que sejam mantidos o elo fundamental entre saber e o contexto (RABELO, 1999).

Por meio das narrativas, pode-se ter acesso à experiência do outro de modo indireto, pois as pessoas trazem suas experiências a nós da maneira como ela as interpretou. Muitas vezes, ao analisar a condição de saúde das pessoas, limita-se a interpretar sinais e sintomas e avaliar tratamentos, desconsiderando, na maioria das vezes, a experiência da doença como um todo (SILVA; TRENTINI, 2002).

Alguns estudos retratam a experiência da sífilis nas diversas formas de transmissão; em um estudo de Mello (2016) foi utilizada a narrativa de vida para relatar a experiência vivenciada da mulher em relação ao tratamento da sífilis para si e para os seus filhos. A dissertação discute o quanto a sífilis permanece no anonimato para muitas mulheres e o seu diagnóstico traz a revelação de comportamentos conjugais, familiares e sociais muitas vezes não conhecidos ou indesejáveis, enfatizando a importância da enfermagem para o esclarecimento das dúvidas sobre a sífilis durante o pré-natal, parto e puerpério.

Vianna *et al.* (2017) escreveram sobre a narrativa de oito mães que geraram crianças com sífilis, no município de São José dos Campos-SP e os resultados mostraram que a prevenção da SC depende da implementação das orientações das políticas nacionais, mas também exige dos profissionais de saúde um olhar ampliado e uma postura que rompa os estigmas que ainda marcam a sífilis e o cuidado às mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade social.

Esses e outros estudos tendem a analisar as narrativas na perspectiva do impacto da doença sobre a vida pessoal do doente, sobre a perda e a reconstituição do senso de si mesmo e o papel organizador, terapêutico e de empoderamento das narrativas e a fragilidade do sistema de saúde (BRANDÃO, GERMANO,2010; GERMANO, SERPA,2008).

5.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

No universo empírico ocorrerá a captação de um grupo de mulheres onde seus filhos e elas são acompanhadas pelo protocolo de investigação da transmissão vertical da sífilis (BRASIL, 2014), onde o objetivo é conhecer as experiências femininas de moradoras do município de Cachoeirinha/RS. A abordagem do recém-nascido está atrelada a realização de exames laboratoriais e avaliação de fatores biomédicos relacionados a gestação, parto com a avaliação detalhada da história clínico-epidemiológica da mãe, como o tratamento adequado. O MS determina que toda criança exposta à sífilis na gestação, tratada ou não no período neonatal, deve ser acompanhada ambulatorialmente. Desde o ano de 2016 ocorrem as ações de seguimento no cuidado ao RN exposto à sífilis através de tratamento e exames laboratoriais. O quadro 3 apresenta os casos de SG e SC em Cachoeirinha/RS.

Quadro 3- Casos de Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita

Ano	Sífilis em gestante	Sífilis congênita
2019	33	22
2018	43	28
2017	07	16
2016	11	22

Fonte: TABNET/RS (2016)

No ano de 2016, foram monitorados pela vigilância epidemiológica 22 RN's sendo que uma criança apresentou não aderência ao seguimento. No ano seguinte foram 23 RN's expostos ao agente causador da sífilis, sendo que 21 crianças foram acompanhadas de forma satisfatória. No ano de 2018 foram 58 RN's. No ano de 2019, já estão confirmados 40 casos com 5 crianças em acompanhamento. A articulação entre as ações de vigilância epidemiológica e AB são fundamentais para o conhecimento dos fatores determinantes da baixa aderência ao seguimento e restabelecer vínculos fragilizados. Nesses encontros realizados com as famílias,

buscamos articular a rede de assistência para garantir o seguimento da criança exposta à sífilis na gestação, considerando além das necessidades médicas da criança, o atendimento às famílias. Tais achados revelam que monitorar essas crianças e estabelecer estratégias que incentivem a formação de vínculos com as famílias pode auxiliar na aderência ao seguimento e principalmente oferecer assistência multidisciplinar quando necessária.

5.3.1 Técnica de Pesquisa

Para abordar as mães participantes, será desenvolvido um roteiro de entrevista semiestruturada, no qual serão abordados temas relacionados à transmissão vertical da sífilis, ao pré-natal e ao puerpério e a relação deste evento com as interseccionalidades e as vulnerabilidades. Neste estudo, as mulheres serão convidadas a contar como é para elas a experiência da transmissão vertical da sífilis.

A entrevista é um instrumento precioso de conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos, de elementos de identificação e construção potencial do todo da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador (TURATO, 2003).

Na entrevista narrativa, o informante é encorajado a contar livremente a sua história, seguindo sua própria linha de pensamento e de organização narrativa, sem ser interrompido por perguntas ou tópicos do entrevistador. A produção narrativa, embora improvisada, sofre algumas limitações inerentes ao próprio ato de narrar, com as quais todo narrador deve lidar a fim de construir um relato compreensível para si mesmo e para o ouvinte.

Na primeira fase da entrevista narrativa, o informante é convidado a produzir um relato espontâneo sobre sua vida, com o mínimo de intervenção do entrevistador até a indicação de finalização por parte do narrador. As interrupções só acontecem quando o entrevistador é incapaz de compreender o conteúdo relatado, quando então pede esclarecimentos.

Na segunda fase, após a introdução autobiográfica, o entrevistador faz perguntas concernentes a potenciais narrativos da história contada, que se revelam em alusões, ambiguidades e passagens incompreensíveis. O método de análise da entrevista narrativa, citado por Flick (2009), no qual este trabalho está apoiado, investiga a experiência biográfica tal como se apreende da narração do entrevistado.

Um passo importante na pesquisa com narração autobiográfica é a análise sequencial e descrição estrutural das partes constitutivas da história, tal como formalmente elaborada pelo narrador. Considera-se que os segmentos da história correspondem a unidades na sedimentação da experiência biográfica por parte do informante. A sedimentação inclui a representação dos eventos externos, das reações internas a esses eventos, e o entendimento em relação às situações e experiências vividas. No processo de análise, os “conteúdos” mencionados são comparados com processos de comunicação durante a entrevista.

A entrevista partirá de um roteiro pré-estabelecido (APÊNDICE A), mas de caráter aberto, construído intencionalmente por perguntas amplas sobre as experiências femininas e as interseccionalidades na transmissão vertical da sífilis; o objetivo geral será o de relatar as vulnerabilidades desse aspecto que impacta a vida de mulheres e seus filhos. A entrevista ocorrerá no domicílio das mães com o objetivo de compreender os aspectos relacionados à saúde para a promoção e educação em saúde, mas fundamentalmente ter um espaço privado de escuta qualificada e entender as dinâmicas de vida dessas famílias.

5.3.2 Análise dos dados

O primeiro passo na análise de narrativas é a conversão dos dados por meio da transcrição das narrativas gravadas, ela é fundamental para propiciar o fluxo de ideias para interpretar o texto.

Para a análise de entrevistas narrativas, Schütze (1997, 1983) citado por Jovchelovitch; Bauer (2010, p.106) propõe seis passos:

1. Transcrição detalhada de alta qualidade do material verbal.
2. Divisão do texto em material indexado (expressam referência concreta a ‘quem fez o quê, quando, onde e por quê’) e proposições não-indexadas (que vão além do conhecimento e expressam valores, juízos e toda forma de uma generalizada ‘sabedoria de vida’ dentre outros aspectos).
3. Uso de todos os componentes indexados para analisar o ordenamento dos acontecimentos para cada indivíduo, denominada de trajetórias.
4. As dimensões não-indexados são investigativas como análise do conhecimento (opiniões, conceitos e teorias gerais, reflexões e divisões entre o comum e o incomum, que permitem reconstruir teorias operativas sobre o objeto de estudo).
5. Agrupamento e comparação das trajetórias individuais.
6. Trajetórias individuais colocadas dentro do contexto e semelhanças são estabelecidas permitindo a identificação de trajetórias coletivas. Os procedimentos adotados por Schütze, a partir dos seis passos descritos,

permitem ao pesquisador analisar as narrativas estabelecidas, seguindo fases distintas que permitirão a compreensão do fenômeno investigado.

A seguir, no quadro 4, serão descritos os passos de aplicação do método de análise de narrativas de Fritz Schütze.

Quadro 4 - Fases da entrevista narrativa

FASES	REGRAS
a) Preparação	Exploração do campo.
b) Iniciação	Formulação do tópico inicial da narração, sendo facultada a utilização de auxílio visual.
c) Narração central	Não interrupção, realizando somente o encorajamento não verbal para continuar a narração. Esperar sinais de finalização “coda”.
d) Questionamentos	Perguntas considerando o dito pelo narrador, sem julgar, sem apontar contradições.
e) Fase Conclusiva	Parar de gravar, realização de perguntas do tipo “por que”.
f) Protocolo de memória da fala conclusiva	Fazer as anotações após entrevista.

Fonte: Jochelovitch; Bauer (2015)

O método consta de seis passos, sendo:

- a) **o primeiro passo:** é feita análise formal na qual se fez a seleção e o ordenamento das passagens narrativas que descrevem a sequência dos acontecimentos de cada caso, com base nos indicadores formais do texto, ou seja, os marcadores textuais da finalização de um segmento e da inicialização do seguinte.
- b) **segundo passo:** é feita uma análise minuciosa de cada segmento da narrativa anteriormente selecionado de cada entrevista, atentando-se ao que estava sendo narrado e como cada narrativa estava construída. Tal análise é denominada descrição estrutural do conteúdo, pois o objetivo é também identificar as diferentes estruturas processuais no curso da vida. Essas estruturas processuais foram sendo indicadas e destacadas ao longo de cada segmento narrativo para posterior elaboração de categorias analíticas que caracterizam os componentes indexados.
- c) **terceiro passo:** consiste na abstração analítica, isto é, o intérprete se distancia dos detalhes da descrição estrutural do conteúdo mostrado nos

fragmentos de narrativa para focalizar “as expressões estruturais abstratas de cada período da vida”, trajetórias biográficas é o termo designado a uma categoria analítica que se origina quando o protagonista da biografia confronta a experiência de perder suas capacidades de conduzir.

- d) **quarto passo:** resgata os segmentos argumentativos das narrativas e as explicações teóricas desenvolvidas pelos próprios informantes, acerca de sua história de vida e identidade na perspectiva atual, cujo interesse está na importância da produção dessas teorias para o curso da vida. Trata-se da análise do conhecimento que explora os chamados componentes não indexados, ou seja, as formas como tais construções teóricas dos informantes se refletem, os valores, juízos.
- e) **quinto passo:** é alcançado na análise de narrativas de Schütze é a comparação mínima entre os diferentes casos, em busca de semelhanças que intensifiquem as categorias surgidas nas etapas anteriores da análise, considerando o interesse da pesquisa.
- f) **sexto passo:** o método de análise de narrativas autobiográficas propõe esse passo para a construção de um modelo teórico. A elaboração do modelo teórico parte da relação sistemática das diferentes categorias de análise confrontadas nas etapas anteriores e do respectivo referencial teórico.

5.3.3 Aspectos éticos

No que se refere aos aspectos éticos, a pesquisa será realizada após aceitação e assinatura do **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** dos sujeitos da pesquisa. A referida investigação interpretará:

- a) apenas informações fornecidas pelas pessoas entrevistadas;
- b) elementos que ofereçam riscos mínimos aos envolvidos;

- c) na ocorrência de qualquer desconforto durante a entrevista é facultada a recusa do participante;
- d) a participação dos participantes é voluntária;
- e) os dados da pesquisa serão devidamente protegidos visando evitar a exposição dos sujeitos da pesquisa e
- f) os benefícios da pesquisa para os participantes visam contribuir para o conhecimento das vulnerabilidades que norteiam o cotidiano de mulheres e seus filhos na interface com a transmissão vertical.

6 CRONOGRAMA

2017					
	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Revisão da literatura	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto				X	X

2018												
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Revisão da literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

2019												
	Jan	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Revisão da literatura	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Qualificação									x			
Comitê de ética									x	x		
Pesquisa de Campo											x	x

2020												
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
Revisão da literatura	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Pesquisa de Campo			P*	P*	X							
Análise dos dados						x	x	x	x	x	x	x
Elaboração dos artigos												x

*Pandemia Covid 19: período sem aplicação.

2021									
	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Maio	Jun.	Jul.	Ago.	Set.
Revisão da literatura	x	x	X	x	x				
Elaboração dos artigos	x	x	X	x	x				
Entrega da Tese						x			
Defesa da Tese							x		

7 ORÇAMENTO

ESPECIFICAÇÃO	VALOR UNITÁRIO R\$	QUANTIDADE	VALOR TOTAL R\$
FOTOCÓPIAS	0,20	60	12,00
CANETAS	2,00	5	10,00
CANETAS MARCA TEXTO	4,00	5	20,00
GASOLINA	4,50	40	167,20
INTERNET – 12 MESES	40,00	12	480,00
PAPEL A4	0,10	100	10,00
CD	5,00	2	10,00
TRADUÇÃO	80,00	1	80,00
TOTAL GERAL	135,80	225	789,20

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria José Saenz Surita Pires de. **Dos prazeres venéreos à diabólica moléstia**: o general José Vieira Couto de Magalhães diante da sífilis no final do século XIX. Universidade de São Paulo, 2016. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de História, Programa de São Paulo. Disponível em <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-16082016-152002/pt-br.php>. Acesso em: 28 nov. 2020.

AMADOR, Luiza Helena Miranda. **Degenerados e contagiantes**: a luta contra a sífilis no Pará (1915-1934). 2015. Dissertação (Mestrado) ~Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Faculdade de História. Pós Graduação em História Social da Amazônia, Belém, 2015. Disponível em: <https://pphist.propesp.ufpa.br/ARQUIVOS/dissertacoes/MS%202015%20DISSERTA%C3%87%C3%83O%20LUIZA%20AMADOR.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

AMORIM, Melissa Mattos; ANDRADE, Ângela Nobre de. Relações afetivo-sexuais e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis e aids entre mulheres do município de Vitória - ES. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 331-339, Aug. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200012>. Acesso em: 28 nov. 2020.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Medicina, leis e moral**: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930). São Paulo: Editora da UNESP, 1999. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/up000024.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, mar. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0365-05962006000200002>. Acesso em: 28 nov. 2020.

AYRES, J. C. R. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard. Sexualidades pelo Averso: direitos, identidades e poder. In: AVILA, Maria Betânia. **Direitos reprodutivos, exclusão social e Aids**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999a.

BARBOSA, Regina Maria; PARKER, Richard. **Sexualidades pelo Averso direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Editora 34. IMS/UERJ, 1999.

BATISTA, Ricardo dos Santos. **Sífilis e Reforma da Saúde na Bahia (1920-1945)**. Salvador :EDUNEB, 2017.

BATISTA, Ricardo dos Santos. **Mulheres livres**: uma história sobre prostituição, sífilis, convenções de gênero e sexualidade. Salvador: EDUFBA, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/25393/1/MulheresLivres_EDUFBA.pdf. Acesso em: 28 nov. 2020.

BORGES, Mauricio Ribeiro. **A história do Hospital Gaffrée e Guinle**. Rio de Janeiro; Revinter; 2012.

BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cad. Pagu**, Campinas, n.26, p. 329-376, jun. 2006. Disponível em: <https://ieg.ufsc.br/public/storage/articles/October2020/01112009-095143bra.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRANDÃO, Thaís Oliveira; GERMANDO, Idilva Maria Pires. Experiência, memória e sofrimento em narrativas autobiográficas de mulheres. **Psicologia & Sociedade** . v. 21, n. 1, p. 5-15, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000100002>. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**, Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo de investigação da Transmissão Vertical**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2017/04/Protocolo-de-Investiga%C3%A7%C3%A3o-de-Transmiss%C3%A3o-Vertical.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004 a 2007**. Brasília :Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Operacional Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_WEB.pdf. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Integrado de enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_epidemia_aids_dst.pdf. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico da Sífilis 2017**. Brasília. Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico da Sífilis 2020**. Brasília. Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-sifilis-2020>. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/agenda-de-acoes-estrategicas-para-reducao-da-sifilis-no-brasil>. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Portaria N° 1.459/GM, 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília (DF). 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF; 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N° 569/2000** - Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2000. Disponível em:

[BROCKMEIER, J.; HARRÉ, R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 525-535, 2003. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/188/18816311.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html#:~:text=A%20humaniza%C3%A7%C3%A3o%20da%20Assist%C3%A2ncia%20Obst%C3%A9trica,%C3%A9%20uma%20obriga%C3%A7%C3%A3o%20das%20unidades. Acesso em: 28 nov. 2020.</p>
</div>
<div data-bbox=)

BUTLER, J. Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do “pós-modernismo”. **Cadernos Pagu**, Campinas, SP, n. 11, p. 11–42, 2013. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634457>. Acesso em: 28 nov. 2020.

CARDOSO, Ana Rita Paulo et al. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.563-574, fev. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>. Acesso em: 28 nov. 2020.

CARNEIRO, Rosamaria Giatti. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100005>. Acesso em: 28 nov. 2020.

CARRADORE, V. M.; MARÇAL RIBEIRO, P. R. Relações de gênero, sexualidade e aids: apontamentos para reflexão. **Revista Linhas**, v. 7, n. 1, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1325>. Acesso em: 28 nov. 2020.

CARRARA, S. **Tributo a Vênus**: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996a. 339 p.

CARRARA, Sérgio. Entre cientistas e bruxos: ensaio sobre os dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. *In*: ALVES, PC., MINAYO, MCS.(orgs). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 174 p., v. 1, p. 33-45. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/tdj4g/pdf/alves-9788575412763-03.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

CARRARA, Sérgio; CARVALHO, Marcos. A sífilis e o aggiornamento do organicismo na psiquiatria brasileira: notas a uma lição do doutor Ulysses Vianna. **Hist. cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, p.391-399, dec. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000600007>. Acesso em: 28 nov. 2020.

CARRARA, Sérgio. A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.3, n.3. p.391-408, nov./fev. 1996b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59701996000300002>. Acesso em: 28 nov. 2020.

CAVALCANTE, Patrícia Alves de Mendonça; PEREIRA, Ruth Bernardes de Lima; CASTRO, José Gerley Diaz. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins,

2007-2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília,DF, v.26, n.2, p.255-264, jun. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000200003>. Acesso em: 28 nov. 2020.

CAVALCANTE, Ana Egliny S, et al. Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Ceará, v.24, n.4, p.239-245, 2012. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-4-2012/4-Diagnostico%20e%20Tratamento%20da%20Sifilis.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

CONNELL, R. W. **Gênero em termos reais**. São Paulo: Editora nVersos, 2016.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v.10, n.1, p.171-188, jan. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>. Acesso em: 28 nov. 2020.

CUNHA, Vivian da Silva. Isolados 'como nós' ou isolados 'entre nós?': a polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.939-954, dec. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000400006>. Acesso em: 28 nov. 2020.

DA SILVA SOUSA, Maria Goreti; DE OLIVEIRA CABRAL, Carmen Lúcia. A narrativa como opção metodológica de pesquisa e formação de professores. **Horizontes**, v. 33, n. 2, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.24933/horizontes.v33i2.149>. Acesso em: 28 nov. 2020.

DE LORENZI, Dino Roberto Soares; MADI, José Mauro. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n.10, p. 647-652, Dec. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032001001000006>. Acesso em: 28 nov. 2020.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.47, n.1, p.147-157, feb. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>. Acesso em: 28 nov. 2020.

DUARTE, Geraldo. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 171-174, Apr. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000400001>. Acesso em: 28 nov. 2020.

DUARTE, Geraldo. Sífilis e gravidez..e a história continua! **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 49-51, fev. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000200001>. Acesso em: 28 nov. 2020.

FERNANDES, Nilo Martinez *et al.* Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2017, v. 33, n. 4, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00053415>. Acesso em: 28 nov. 2020.

FERRAZ, Dulce; KRAICZYK, Juny. Gênero e Políticas Públicas de Saúde: Construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.9, n.1, 2010. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/genero_e_saude_2.pdf. Acesso em: 28 nov. 2020.

FERREIRA, Luiz Alberto Peregrino. **O conceito de contágio de Girolamo Fracastoro nas teses sobre sífilis e tuberculose**, Florianópolis (SC), 2008. Tese (Doutorado.) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/91460>. Acesso em: 28 nov. 2020.

FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico**. Madrid: Alianza Editorial, 1986a. Disponível em: <https://www.yumpu.com/es/document/view/14810178/la-genesis-y-el-desarrollo-de-un-hecho-cientifico-tec-digital>. Acesso em: 28 nov. 2020.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREYRE, Gilberto. **Casa Grande & Senzala**. 48.ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1963. Disponível em: https://gruponsepr.files.wordpress.com/2016/10/freyre_gilberto_casa_-_grande__senzala.pdf. Acesso em: 28 nov. 2020.

GANCHO, C. V. **Como analisar narrativas**. 5. ed. São Paulo: Ática, 1998.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 9-20, Dec. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000600003>. Acesso em: 28 nov. 2020.

GERMANO, Idilva; SERPA, Francisca Adriana da Silva. Narrativas autobiográficas de jovens em conflito com a lei. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 3, 2008. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/28091/1/2008_art_impgermano.pdf. Acesso em: 28 nov. 2020.

GOLDIM, José Roberto. **O Caso Tuskegee**: quando a ciência se torna eticamente inadequada. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/tueke2.htm>. Acesso em: 28 nov. 2020.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M. C. S., DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 109-132.

GOMES R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 183 p.

GRECO, Dirceu B. Emancipação na luta pela equidade em pesquisas com seres humanos. **Rev. Bioét.**, Brasília, DF, v. 21, n. 1, p. 20-31, Apr. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n1/a03v21n1.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

HEILBORN, Maria Luiza. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, Maria Luiza (Org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999. p. 40-58.

HEILBORN, Maria Luiza. Entre as tramas da sexualidade brasileira. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 43-59, abr. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2006000100004>. Acesso em: 28 nov. 2020.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

HENRIQUE, Márcio Couto; AMADOR, Luiza Helena Miranda. Da Belle Époque à cidade do vício: o combate à sífilis em Belém do Pará, 1921-1924. **Hist. Cienc. Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.359-378, jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015005000014>. Acesso em: 28 nov. 2020.

HENRIQUES, Maria de Fátima Correia de Miranda. **Vulnerabilidade para Sífilis congênita: estudo descritivo em maternidades com projeto nascer em Pernambuco – Recife**, 2008. Dissertação (Mestrado). Instituto Materno Infantil prof. Fernando Figueira – IMIP. Pós-Graduação em Saúde Materno Infantil. Recife, 2008. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetailObraForm.do?select_action=&co_obra=118608. Acesso em: 28 nov. 2020.

HIRATA, Helena. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 61-73, jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005>. Acesso em: 28 nov. 2020.

JOVCHELOVITCH, S; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 90-113. Disponível em: <https://tecnologiamidiaeinteracao.files.wordpress.com/2017/10/pesquisa-qualitativa-com-texto-imagem-e-som-bauer-gaskell.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

KLEINMAN, Arthur.; DAS, Veena.; LOCK, Margaret. (org.). **Social suffering**. Berkeley: University of California Press, 1997.

LAFETA, Kátia Regina Gandra et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 63-74, mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600010006>. Acesso em: 28 nov. 2020.

LOPEZ, Laura Cecilia. Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. **Saúde e Sociedade.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 590-603, sept. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300006>. Acesso em: 28 nov. 2020.

LOPEZ, Laura Cecilia. Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça. **Tomo**, Sergipe, n. 28, p.135-167, jan. / jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21669/tomo.v0i0.5424>. Acesso em: 28 nov. 2020.

LOUREIRO, Casimira Ferreira. **Prophylaxia e Tratamento da Syphilis do Recém-nascido**. 1906. (Dissertação Inaugural apresentada a Escola Médico Cirúrgica do Porto). Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/16338>. Acesso em: 28 nov. 2020.

LUGONES, María. Colonialidad y género. **Tabula Rasa**, n. 9, p. 73-101, jul./dec. 2008. Disponível em: <https://revistas.unicolmayor.edu.co/index.php/tabularasa/article/view/1501/2035> Acesso em: 28 nov. 2020.

MACEDO, Vilma Costa de et al. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 78, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007066>. Acesso em: 28 nov. 2020.

MAGALHÃES, D. M. S et.al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.6, p.1109-1120, jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008>. Acesso em: 28 nov. 2020.

MASCHIO-LIMA, Taiza et al. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 19, n. 4, p. 865-872, Dec. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>. Acesso em: 28 nov. 2020.

MATTAR; Laura D; DINIZ, Carmen S.G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface. Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.16, n.40, p.107-19, jan./mar.2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>. Acesso em: 28 nov. 2020.

MEDEIROS, Diego da Silva; JORGE, Maria Salete Bessa. A invenção da vida na gestação: viver com HIV/aids e a produção do cuidado. **Sex., Salud Soc.**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 242-261, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.12.a>. Acesso em: 28 nov. 2020.

MELO, Valeria Silva de. **A saúde da mulher e o tratamento da sífilis: narrativas de vida e contribuições para a prática profissional**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, Saúde e Sociedade), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=13430. Acesso em: 28 nov. 2020.

NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARAES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 24, n. 4, p. 681-694, dez. 2015. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 nov. 2020.

NOSSA CAPA: Alexander Fleming e a descoberta da penicilina. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial** [online]. 2009, v. 45, n. 5. p. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1676-24442009000500001>. Acesso em: 28 nov. 2020.

NUNES, M. L. T. Pesquisa Qualitativa: Abordagem, Coleta Análise de Dados. *In* : AZEVEDO, Deleuse Russ; BARROS Maria Cristina M. de; MULLER, Marisa (org.). **Psicooncologia e interdisciplinaridade**: uma experiência na educação a distância. Porto Alegre, RS: EDIPUCRS, 2004.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. Da enfermidade chamada banzo: excertos de Sigaud e de von Martius (1844). **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 11, n. 4, supl. p. 762-778, dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000500004>. Acesso em: 28 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Eliminação mundial da sífilis congênita**: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43782/9789248595851_por.pdf?ua=1. Acesso em: 28 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades**. Módulo 6: controle de enfermidades na população. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=informacao-e-analise-saude-096&alias=954-modulos-principios-epidemiologia-para-controle-enfermidades-mopece-modulo-6-4&Itemid=965. Acesso em: 28 nov. 2020.

OSADA, Neide Maymi; COSTA, Maria Conceição da. Biopolítica de uma “sífilis” hereditária no sertão nordestino: resistências à modernidade? **Redes**, v. 22, n.42, jun. 2016, p. 133-151. Disponível em: <https://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/1120>. Acesso em: 28 nov. 2020.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v..14, supl.1, p.S25-S32, 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000500011>. Acesso em: 28 nov. 2020.

PARKER, R.; GALVÃO, J. (org). **Quebrando o silêncio**: Mulheres e AIDS no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996.

PARKER, Richard. **Corpos, prazeres e paixões**: a cultura sexual no Brasil contemporâneo. São Paulo: Best Seller, 1991. 295 p.

PINTO, Valdir Monteiro. Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido. **Rev Bras Epidemiologia**, v.17, n.2, p. 341-354, jun. 2014. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/1809-4503201400020005ENG>. Acesso em: 28 nov. 2020.

RABELO, M. C. M. A experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (org.). **Experiência de doença narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 205-208. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-07.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

REVERBY, Susan M. Sífilis por "exposição normal" e inoculação: um médico da equipe do estudo Tuskegee na Guatemala, 1946-1948. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental** [online], São Paulo, v. 15, n. 2, p. 323-349, Jun. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000200008>. Acesso em: 28 nov. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA E ESTADO DA SAÚDE. Departamento de Ações em Saúde Seção de Controle das DSRT/ Aids. **Prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis congênita e hepatites B e C** : guia para maternidades. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/ Escola de Saúde Pública, 2016. Disponível em: <https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201705/18115839-guia-para-maternidades-prevencao-da-transmissao-vertical-do-hiv-sifilis-congenita-e-hepatites-b-e-c.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Sífilis no Rio Grande do Sul. **Informe Epidemiológico**, Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/ Escola de Saúde Pública, n.3., out. 2018. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20181228/20172852-informe-epidemiologico-sifilis-outubro-2018.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Departamento de Ações em Saúde. **Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis: O que Agentes Comunitários de Saúde e Visitadores (as) do PIM precisam saber?** Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2020. Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/site/wp-content/uploads/2020/11/Guia-HIV-Sifilis-AB-PIM.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

RODRIGUES, Carla. Problemas de gênero na e para a democracia. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 69, n. 1, p. 30-34, mar. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602017000100013>. Acesso em: 28 nov. 2020.

ROSA, Bruno Chepp da. **Redefinindo um conceito**: a sífilis sob o olhar do médico oitocentista e sob a pele do povo da capital da província de São Pedro do Rio Grande do Sul (1843-1853). Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/156993>. Acesso em: 28 nov. 2020.

ROSS, Silvia de. **Sífilis**: o mal de todos: tema médico científico nacional, discussões e práticas educativas no Paraná na primeira metade do século XX. 2017. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/47700>. Acesso em: 28 nov. 2020.

SAMPAIO, Juliana; ARAUJO, José Luis. Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em Aids. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.6, n.3, p.335-346, sept. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000300010>. Acesso em: 28 nov. 2020.

SANGLARD, Gisele; COSTA, Renato da Gama-Rosa. Direções e traçados da assistência hospitalar no Rio de Janeiro (1923-31). **Hist. cienc. Saúde**. Rio de Janeiro: Manguinhos, v.11, n. 1, p. 107-141, abr. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702004000100007>. Acesso em: 28 nov. 2020.

SARAIVA, Luis Junior Costa; JUNES, Thayana Silva. O Hospital São Sebastião (Asilo das Madalenas): prostituição, sífilis e os dispensários antivenéreos na cidade de Belém no início do século XX. **Revista Paraense de Medicina**. Belém, v.12, n.1, 1998. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-648170>. Acesso em: 28 nov. 2020.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.1019-1027, aug. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400009>. Acesso em: 28 nov. 2020.

SILVA, D. G. V; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.3, p. 423-432, 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000300017>. Acesso em: 28 nov. 2020.

SMITH, Vivian Hamann; SPERB, Tânia Mara. A construção do sujeito narrador: pensamento discursivo na etapa personalista. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 553-562, dez. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v12n3/v12n3a12.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

SONTAG, Susan. **A doença e suas metáforas-AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2002.

SOUZA, Martha Helena Teixeira de, BECK, Elisiane Quatrin. Compreendendo a sífilis congênita a partir do olhar materno. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 13, n. 9, 15 jul. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/32072/pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

TEIXEIRA, P. R. **Políticas públicas e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar, 1997.

TEIXEIRA, Lisiane Ortiz et al. Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2587-2597, ago.2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.25422016>. Acesso em: 28 nov. 2020.

TERRA, Maria Fernanda; OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Kucas. Prevenção às DST/HIV/Aids para mulheres em situação de violência doméstica de gênero: uma análise sobre a vulnerabilidade programática. **Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo**, v. 60, p. 117-121, 2015. Disponível em: <http://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSCSP/article/viewFile/140/146>. Acesso em: 28 nov. 2020.

TERTULIANO, Gisele Cristina; MASZLOCK, Virgínia Petrini. **Sífilis gestacional em Cachoeirinha, Rio Grande do Sul, no ano de 2016**. MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO CESUCA, Cachoeirinha, n. 11, p. 378-389, dez. 2017. Disponível em: <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/1382>. Acesso em: 28 nov. 2020.

TERTULIANO, Gisele Cristina; FORTES, Michelle Rocha; SANTOS, Daisy Cristina da Silva dos. **Comitê de investigação de transmissão vertical**. MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO CESUCA, Cachoeirinha, n. 11, p. 434-435, dez. 2017. Disponível em: <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/1358>. Acesso em: 28 nov. 2020.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórica-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

UJAVARI, Stefan Cunha. **A história e suas epidemias: a Convivência do homem com os microorganismos**. Rio de Janeiro: Senac Rio/Senac São Paulo, 2003.

UJVARI, Stefan Cunha. **A história da humanidade contada pelos vírus, bactérias, parasitas e outros microrganismos**. São Paulo: Contexto, 2012.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa, et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. **Rev Bras Promoç Saúde**. v. 29(Supl), p.85-92, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6409>. Acesso em: 28 nov. 2020.

VIANA, Paula Vilhena Carnevale et al. Sífilis congênita, um evento sentinela: narrativas de mães de filhos nascidos com sífilis em uma cidade metropolitana paulista. **Revista Univap**, São José dos Campos-SP, v. 23, n. 42, jul. 2017. Disponível em: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/1779>. Acesso em: 28 nov. 2020.

VIEIRA, Maria Salete Medeiros. Natimortalidade no Brasil e Revisão Sistemática sobre os Sistemas de Classificação Utilizados para o Esclarecimento das **Causas do Óbito Fetal**. Tese (doutorado), Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Florianópolis, 2017. Florianópolis, SC, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/178327>. Acesso em: 28 nov. 2020.

VIVEROS, Mara. As cores da masculinidade. **Experiências Interseccionais e práticas de poder na Nossa América**. Rio de Janeiro: Papeis Selvagens, 2018.

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA**NOME DA PESQUISA: EXPERIÊNCIAS FEMININAS SOBRE A TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS: UM ESTUDO QUALITATIVO NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA/RS**

Nome Completo:

Idade:

Raça / Cor:

- Preta
- Parda
- Branca
- Amarela
- Indígena

Escolaridade:

- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Curso Técnico
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Pós-graduação Incompleta
- Pós-Graduação Completa
- Não alfabetizada (o)

Ocupação:

Com quem mora?:

Tópicos da entrevista

1. Trajetória sexual

- Experiências sexuais ao longo da vida
- Relatos sobre o uso do preservativo nas parcerias sexuais
- Uso de métodos para prevenção da gravidez ao longo da vida

2. Trajetórias na transmissão da sífilis

- Momento da contaminação
- Fatores relacionados: violência doméstica, dificuldade de argumentação com a parceria sexual para negociar o uso do preservativo, realização do tratamento
- Dificuldades durante o tratamento (dela e do parceiro)
- Medidas realizadas para não adoecer novamente

3. Relação com o serviço de saúde durante a gravidez e o parto

- Pontos positivos durante o atendimento no serviço de saúde
- Pontos negativos durante o atendimento no serviço de saúde
- Contribuições dos profissionais de saúde

APÊNDICE B - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - MÃES



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Meu nome é Gisele Cristina Tertuliano, sou Enfermeira e Cientista Social (COREN/RS 73757), aluna da pós-graduação em saúde coletiva da Unisinos e responsável pela pesquisa Experiências Femininas sobre a Transmissão Vertical da Sífilis: um estudo qualitativo no município de Cachoeirinha/RS, sob orientação da Profa. Dra. Laura Cecília López.

O objetivo do estudo é conhecer, através de seus relatos de histórias de vida, o que mulheres que tiveram sífilis na gestação pensam sobre a transmissão dessa doença para os seus filhos e os fatos relacionados ao pré-natal, parto e puerpério e a relação desses eventos com os serviços de saúde.

Você está sendo convidada a participar dessa pesquisa. Sua participação deve ser livre e voluntária. Ela consistirá numa entrevista que será gravada para conhecer a sua experiência de ter tido sífilis na gestação e como foi o seu pré-natal. Caso não concorde que seja gravado, farei um registro por escrito e no final você dirá se concorda ou não com o que registrei.

Falar dessa experiência pode ser difícil, trazendo desconforto e constrangimento, se isso acontecer e não quiser responder alguma questão, você poderá se negar. Tudo o que você disser é confidencial, sendo garantido o seu anonimato, ou seja, seu nome não será divulgado. Os resultados desse estudo serão divulgados em congressos e revistas científicas. A qualquer momento você pode deixar de participar deste estudo.

Em caso de dúvidas ou novas perguntas, entrar em contato com Gisele Tertuliano, telefone (51) 30418654. Este documento será assinado em duas vias, ficando uma com você e a outra comigo.

_____, ____ de _____ de 20____

Nome do responsável

Assinatura do responsável

Gisele Cristina Tertuliano
Acadêmica

CEP – UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em 11/10/2019

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA - 2019

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Gisele Cristina Tertuliano, enfermeira, cientista social, aluna regularmente matriculada no Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS sob matrícula nº 1797132 e responsável pela pesquisa **Experiências Femininas sobre a Transmissão Vertical da Sífilis: um estudo qualitativo no município de Cachoeirinha/RS**, sob orientação da Profa. Dra. Laura Cecília López. O objetivo do estudo é analisar a experiência de mulheres sobre a transmissão vertical da sífilis, considerando a sua trajetória social e as interseções com marcadores sociais da diferença; assim como a assistência prestada na rede de saúde e as políticas públicas que atendem a saúde sexual e reprodutiva.

Venho por meio desta, apresentar o projeto da minha pesquisa no município de Cachoeirinha e solicitar autorização para a realização do estudo, durante as visitas de seguimento de sífilis congênita recente realizadas pela Vigilância Epidemiológica.

Ressalta-se que serão mantidos todos os procedimentos para a manutenção do sigilo, e as mães entrevistadas serão convidadas a participar da pesquisa de forma livre e voluntária.

Desde já agradeço a contribuição para o desenvolvimento esta atividade acadêmica e coloco-me à disposição para esclarecimentos adicionais.


Gisele Cristina Tertuliano
Enfermeira
COREN-RS 73757


Laura Cecília López
Professora Orientadora

Frente ao que foi acima exposto, expresso a autorização para a realização da pesquisa,

Cachoeirinha, 11 03 /2019.


Paulo Eduardo da Silva Abrão
Secretário Municipal de Cachoeirinha/RS

Paulo E. S. Abrão
Secretário de Saúde
Portaria 08/2017
Cachoeirinha/RS

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – 2019

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Experiências Femininas sobre a Transmissão Vertical da Sífilis: um estudo qualitativo no município de Cachoeirinha/RS

Pesquisador: Gisele Cristina Tertuliano

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 22418819.8.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.637.189

Apresentação do Projeto:

Em estudos contemporâneos, a construção da sífilis no cotidiano das pessoas remete a estereótipos de gênero, que colocam as mulheres numa vulnerabilidade moral, vistas como perigosas, sujas, transmissoras de doenças. O objetivo geral do estudo é analisar a experiência de mulheres sobre a transmissão vertical da sífilis, considerando a sua trajetória social e as intersecções com marcadores sociais da diferença (raça, classe e sexualidade); assim como a assistência prestada na rede de saúde e as políticas públicas que atendem à saúde sexual e reprodutiva. O estudo é de natureza qualitativa e no universo empírico ocorrerá a captação de um grupo de mulheres e seus filhos que são acompanhados pelo protocolo do Ministério da Saúde sobre a investigação da transmissão vertical da sífilis. Para abordar as mães participantes, será desenvolvido um roteiro de entrevista semiestruturada, no qual serão abordados temas relacionados à transmissão vertical da sífilis, ao pré-natal e ao puerpério e a relação deste evento com as interseccionalidades e as vulnerabilidades.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a experiência de mulheres sobre a transmissão vertical da sífilis, considerando a sua trajetória social e as intersecções com marcadores sociais da diferença; assim como a assistência prestada na rede de saúde e as políticas públicas que atendem a saúde sexual e reprodutiva

Objetivos secundários:

Endereço: Av. Unisinos, 950
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 93.022-000
UF: RS **Município:** SAO LEOPOLDO
Telefone: (51)3591-1198 **Fax:** (51)3590-8118 **E-mail:** cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 3.637.189

Compreender a experiência da doença e os seus desdobramentos nas vidas dessas mulheres considerando as suas trajetórias sociais;

Analisar como ocorreu a assistência à saúde sexual e reprodutiva ao longo da vida dessas mulheres e no ciclo gravídico-puerperal, assim como posterior ao nascimento de seus filhos;

Entender como se dá a produção de vulnerabilidades institucionais nos serviços e na implementação de políticas públicas que atendem essas mulheres.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequadamente indicados benefícios e previstos os riscos mínimos, de perda de confidencialidade de dados ou eventual desconforto dos sujeitos por participar da pesquisa. Nesse sentido, estão adequadamente previstas medidas protetivas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem apresentado e detalhado, com coerência entre objeto de investigação, objetivos e metodologia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos apresentados adequadamente.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1435779.pdf	16/09/2019 23:01:19		Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoass.pdf	16/09/2019 23:00:11	Gisele Cristina Tertuliano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/09/2019 23:40:14	Gisele Cristina Tertuliano	Aceito
Outros	Carta.pdf	14/09/2019 23:38:59	Gisele Cristina Tertuliano	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.pdf	14/09/2019 23:37:38	Gisele Cristina Tertuliano	Aceito

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SAO LEOPOLDO

Telefone: (51)3591-1198

Fax: (51)3590-8118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Continuação do Parecer: 3.637.189

Investigador	Projeto.pdf	14/09/2019 23:37:38	Gisele Cristina Tertuliano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GiseleCristinaTertuliano.pdf	11/10/2019 16:03:06	José Roque Junges	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LEOPOLDO, 11 de Outubro de 2019

Assinado por:
José Roque Junges
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Unisinos, 950
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 93.022-000
UF: RS **Município:** SAO LEOPOLDO
Telefone: (51)3591-1198 **Fax:** (51)3590-8118 **E-mail:** cep@unisinos.br

PARTE DOIS

RELATÓRIO DE CAMPO

RELATÓRIO DE CAMPO

Este relatório de campo descreve as etapas desenvolvidas para a execução da pesquisa: *Experiências Femininas sobre a Transmissão Vertical da Sífilis*: um estudo qualitativo no município de Cachoeirinha/RS.

As perguntas respondidas no Projeto foram:

- Quais são as experiências femininas em relação à transmissão vertical da sífilis?
- Em que medida a produção de cuidado abarca as realidades sociais dessas mulheres, em termos de dinâmicas de gênero interseccionadas por outros marcadores sociais (raça, classe, sexualidade)?
- Quais as vulnerabilidades sociais e institucionais que afetam as condições de saúde sexual dessas mulheres e interferem na transmissão vertical?

1 INTRODUÇÃO

No presente trabalho foram entrevistadas mulheres que há um longo tempo vem construindo suas histórias de vida em seus contextos cotidianos: ora nas relações com as pessoas de seu convívio, ora nas relações com os profissionais de saúde que as atenderam ou atendem; esperando-se então que, as narrativas produzidas, sejam resultantes dos anos de contato com os serviços, da expectativa de contar sua história para uma pesquisadora que ao mesmo tempo é profissional de saúde.

Na condição de sanitarista inserida na Enfermagem e nas Ciências Sociais entendo a importância de construir espaços de reflexão sobre a efetividade do cuidado em contextos de vulnerabilidade; perceber que os discursos hegemônicos não produzem corresponsabilidade e vínculo e que a inquietude é combustível para prosseguir.

Há duas décadas ocupo um lugar de servidora pública municipal no núcleo de doenças transmissíveis e há 5 anos trabalho diretamente com a vigilância da sífilis em gestante, adquirida e congênita. Essa tarefa diária suscitou uma insatisfação em analisar o aumento da incidência da sífilis e acompanhar a ineficiência dos serviços em conhecer a multicausalidade desse cenário. A concepção de biopoder que

perpetua nos serviços de vigilância ao analisar os dados epidemiológicos, não promove a escuta qualificada de indivíduos que representam esses números. O protocolo de investigação da transmissão vertical da sífilis e a participação como integrante do Comitê de Transmissão Vertical, possibilitou um superficial conhecimento do perfil de algumas mulheres no período do puerpério sobre o desenrolar da sífilis em suas vidas e a pouca resolubilidade em promover alguma mudança na vida dessas mulheres.

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, busquei conhecer a narrativa de mulheres acometidas pela sífilis e a sua experiência de vida na transmissão vertical. Minhas concepções feministas estão potencializadas, minha postura de mulher negra e pesquisadora permitem a imersão em um cenário marcado por desassistência, vergonha, opressão e violência para promover momentos de reflexão sobre a posição da mulher frente ao seu direito de existir, de ser assistida e sentir-se ator principal no processo de cuidado e nas suas relações conjugais. Não há como saber se haverá mudanças, mas busco promover um espaço de conversa entre mulheres na tentativa de promover algum eco nas falas que as mulheres reproduzirão pelas suas próprias vidas. Nos últimos 3 anos, diariamente o Núcleo de Doenças Transmissíveis recebeu dezenas de notificações, exames laboratoriais de casos suspeitos e confirmados de sífilis, respectivamente.

Homens, mulheres, recém-nascidos expostos ao agente causador da sífilis. Por trás de dezenas de documentos, laudos, fichas de notificação, muitas histórias para serem ouvidas.

A equipe organizou uma série de encontros de educação continuada e educação permanente com os profissionais da rede de atenção primária, especializada e hospitalar.

Dúvidas, incertezas, julgamentos e muita dificuldade de controlar um cenário de epidemia causada pela bactéria *Treponema pallidum*.

A equipe da Vigilância Epidemiológica realizou uma programação em parceria com o Serviço Especializado em Infecções e Doenças Sexualmente Transmissíveis onde desenvolvemos o **Projeto sobre a Linha de Cuidado para a Sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis** que proporcionou reflexões de como deveríamos cuidar dessas pessoas acometidas pela sífilis. Realizamos encontros com a rede de serviços, convidamos profissionais de serviços de referência para pensarmos os fluxos, as antigas amarras dos serviços que dificultam o acesso, a resolubilidade e o cuidado integral.

Após a sensibilização das equipes, chegou o momento de realizar as ações de educação em saúde e proteção específica com a oferta de testagem rápida e tratamento da população. Foram diversos momentos de encontros temáticos com a sociedade.

O **Projeto Outubro Verde** por dois anos divulgou a importância da Prevenção da Sífilis Congênita com a realização de rodas de conversa com a comunidade, testagem rápida para a sífilis, hepatites B e C e HIV, panfletagem, divulgação na rádio comunitária da cidade e também na busca da permeabilidade nos espaços de promoção da cidadania.

No contexto de articular as ações de ensino e serviço ocorreu o **Fórum Intersetorial** para melhorar a resposta social para a prevenção da sífilis no município de Cachoeirinha/RS. Neste evento ocorreu o primeiro concurso que selecionou duas intervenções comunitárias para a prevenção da sífilis, realizada pelos acadêmicos do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Cesuca, que foram realizadas no município de Cachoeirinha e Gravataí (RS). O aumento da ocorrência de um determinismo caracterizado pela vulnerabilidade individual da população exposta às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) expõe mães e crianças a um contexto frágil que impede o acesso oportuno e adequado ao tratamento das infecções. A pobreza, o cuidado aos filhos, a violência doméstica, a falta de instrução retarda uma busca precoce ao atendimento de saúde.

Cachoeirinha, município localizado na região metropolitana de Porto Alegre/RS pertence ao grupo dos municípios prioritários da Cooperação Interfederativa do Rio Grande do Sul para enfrentamento do HIV/AIDS. Os eixos que caracterizam esse acordo são: ações para as populações chave; aumento da capacidade e eficiência dos serviços de saúde; expansão da oportunidade de acesso ao diagnóstico rápido; e aprimoramento da gestão.

Desde setembro de 2017 iniciou a formalização para a constituição do Comitê de Transmissão Vertical (representado pela rede de serviços em saúde), paralelamente as ações de vigilância epidemiológica (VE), atenção básica e políticas de saúde que buscam alternativas para o enfrentamento dos índices alarmantes de sífilis adquirida (SA), sífilis em gestante (SG); sífilis congênita (SC) e seus determinantes sociais e de saúde a partir das investigações dos casos de sífilis congênita precoce e a VE de rotina.

Entre as ações deflagradas, foi construído um banco de dados paralelo ao Sistema de Notificação de Agravos (SINAN) para armazenar as informações das

investigações dos casos de SC precoce e busca ativa de casos de SG. Além dessas ações, estão sendo monitorados os casos de SA em mulheres em idade fértil para o cruzamento das informações com o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) para a vigilância de possíveis casos de sífilis não notificados na gestação e acompanhamento dos respectivos recém-nascidos sociedade sobre a importância de implementar ações para a redução dos casos e mobilizar os atores sociais para o fortalecimento das políticas de atenção à mulher, homem e criança.

2 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE NO COMITÊ DE TRANSMISSÃO VERTICAL

Acompanhei algumas reuniões do Comitê de Transmissão Vertical na condição de pesquisadora, no intuito de ouvir as histórias de algumas mulheres durante o ciclo gravídico puerperal.

Alguns casos relatados nas reuniões do ano de 2018 demonstram a fragilidade dos serviços de saúde:

No dia 26 de abril foi abordado o caso de uma gestante com sífilis, e que foi encaminhada para o pré-natal de alto risco no Hospital da Cidade, no entanto, não houve acompanhamento pela atenção básica do caso de transmissão vertical e conseqüentemente a criança após o nascimento desenvolveu um quadro de neurosífilis iniciando o tratamento no hospital de referência na cidade de Porto Alegre, em seguida.

No dia 28 de junho é abordado pela visitadora do comitê o caso de uma criança que não foi possível a localização para realizar o acompanhamento, devido a situação de adoção. O segundo caso do dia foi um caso de sífilis em gestante que não foi tratado adequadamente no pré-natal, e a criança necessitou de internação para tratamento. Outros seis casos semelhantes foram abordados na reunião do dia 28 de junho. O último caso da reunião foi de um óbito por sufocamento de uma criança exposta ao HIV e a Sífilis.

No dia 30 de agosto, foi relatado o caso de uma mãe de 20 anos, com história de sífilis e HIV e 3 abortos. Esse caso será acompanhado para o tratamento da puérpera e a prevenção de novos abortos. Outro caso discutido neste dia, foi de uma jovem, mãe de 3 filhos, com uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas. Esta relatou durante a visita domiciliar que a criança morreu. O VDRL na gestação era de 1: 256 e ela verbalizou o desejo de fazer laqueadura.

No dia 27 de setembro de 2018, mais uma vez conhecemos histórias de tratamentos tardios e um dos casos o parceiro realizou o tratamento de saúde no sistema prisional

A primeira reunião do ano de 2019, ocorreu no dia 28 de março, onde foi apontada a dificuldade de tratamento do parceiro no pré-natal e a dificuldade de implantação do pré-natal do parceiro. Essa pauta seguiu na reunião do dia 25 de abril com a mesma discussão somada à dificuldade de veículos para a realização das visitas domiciliares e a necessidade de ampliação da oferta de teste rápido na atenção básica.

Nos meses subsequentes seguiram as reuniões para planejamento das ações de intensificação de prevenção, detecção precoce e tratamento da sífilis:

Na reunião de novembro de 2019, o Hospital teve a iniciativa de realizar a busca ativa de crianças nascidas no ano de 2016 para a realização de punção lombar, para monitoramento dessas crianças, numa época em que o protocolo de transmissão vertical da sífilis não havia sido implantado pelo Ministério da Saúde.

No dia 30 de janeiro de 2020 foram apresentados novos casos de transmissão vertical da sífilis que estão em monitoramento.

Durante esses meses, ouvi histórias de mulheres que desconheciam a doença, que não acessaram o serviço de saúde para o pré-natal. Ouvi relatos da servidora que realizava as visitas domiciliares que mencionou mais de uma vez que algumas mulheres viviam com medo: medo da violência doméstica, medo do tráfico de drogas, tristes pelo julgamento dos profissionais da saúde.

Alguns avanços foram observados nesse período: a criação dos fluxos de atendimento, a organização da rede para o atendimento das gestantes e os recém-nascidos, criação de uma unidade de retaguarda para a aplicação da penicilina para os homens trabalhadores que não acessam a atenção primária e precisavam fazer o tratamento na unidade de pronto atendimento, a aquisição de penicilina benzatina na dosagem de 1.2000 U, na tentativa de melhorar a adesão ao tratamento. No que compete ao hospital materno infantil do município tivemos o entendimento sobre a necessidade de treinamento das equipes, da indicação de um representante para a composição do comitê e para a atenção do serviço de controle de infecção hospitalar para a testagem e notificação das gestantes, dos recém-nascidos e dos abortos.

Muitos desafios: conciliar as agendas de todos os membros; o convencimento da gestão municipal de que a epidemia de sífilis no município deve ser uma prioridade do governo municipal. Principalmente, visualiza-se a necessidade de dar destaque

para as campanhas de educação em saúde para enfatizar a importância do uso do preservativo, implementar definitivamente o pré-natal do parceiro, sensibilizar os empresários da cidade para incentivarem a participação dos homens no pré-natal.

Acompanhei a dificuldade de conseguir um carro para as visitas domiciliares dos casos de transmissão vertical, indignada muitas vezes observei a preocupação de um grupo pequeno de profissionais com essa questão. Faltou também uma participação mais efetiva da secretaria estadual de saúde; preencher relatórios não garante que os gestores assumirão a responsabilidade de articular uma rede capaz de resolver essa questão.

Nas reuniões faziam-se presentes discursos carregados de culpabilização das mulheres, a descoberta de que o homem privado de liberdade é tratado adequadamente com 7.200.000 unidades de penicilina, o que nos coloca o paradoxo de porque a atenção básica não está dando conta de um tratamento adequado para os homens?

O último encontro até o momento ocorreu em 30 de janeiro de 2020, as atividades que ocorriam mensalmente na última quinta-feira de cada mês foram interrompidas no contexto da COVID 19. Neste mesmo período, o acompanhamento do seguimento da sífilis deixou de ser realizado pela Vigilância Epidemiológica, cabendo atualmente essa atividade ao Departamento da Atenção Básica.

3 VISITAS DOMICILIARES: ESCUTANDO AS MULHERES¹

Dia 27 de novembro de 2019, o dia da primeira visita domiciliar era um dia cinza e chuvoso.

Na notificação de sífilis em gestante e na ficha de sífilis congênita existia um endereço que não foi encontrado. No lugar existia um terreno baldio. Na segunda tentativa, não havia ninguém em casa, na terceira tentativa encontro a *Samanta* no dia 27 de novembro de 2019, mãe carinhosa apaixonada pelo seu “pacotinho” de 3 meses, chora, mas consegue verbalizar toda a sua dor pela violência obstétrica e desespero da iminência da morte de sua filha pela aspiração de mecônio. Sem reação, chorei junto com ela, logo na primeira visita ouvi tanto sofrimento e provocar a lembrança de momentos que foram muito difíceis. Saí da casa com a certeza que

¹ Os nomes das entrevistadas foram trocados para preservar seu anonimato, estão destacados em itálico.

estava certa em ouviras experiências femininas sobre a transmissão vertical da sífilis. A quarta tentativa foi sem sucesso, a chuva caía forte e o vizinho não conhecia a pessoa da qual estava procurando.

Voltando para casa e reavaliando tudo o que ouvi, resolvi procurar o serviço especializado que atende pessoas com infecções sexualmente transmissíveis para solicitar a doação de preservativos femininos e solicitar o empréstimo de uma pelve feminina de acrílico. Precisava falar para essas mulheres que elas têm o direito de proteger a sua saúde e que precisam conhecer outras alternativas para a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis.

Dia 11 de dezembro de 2019: segundo dia de visita: 8 domicílios visitados. Nas duas primeiras tentativas não havia ninguém em casa. Um sol escaldante e na terceira casa, descubro que a moça havia mudado de domicílio: seu pai informou que atualmente ela mora em Alvorada. Na quarta tentativa, ficou evidente que não queria conversar, mandou a avó dizer que não estava em casa. Na quinta casa, a informação que havia mudado de endereço, ao fazer o contato telefônico a moça informa que estava no trabalho. Na sexta tentativa, a informação de que a entrevistada está morando em Gravataí. Na penúltima tentativa do dia, o endereço não foi encontrado. Para encerrar o dia de tentativas, o vizinho informa que a entrevistada estava dormindo.

Para o próximo dia de entrevistas, a estratégia seria a realização de visitas no turno da tarde, para encontrar as mulheres acordadas e possivelmente em casa.

Dia 18 de dezembro de 2019, terceiro dia de visita, foram 5 tentativas. Duas pessoas estão morando em Gravataí, duas estavam no horário de trabalho, um endereço não foi encontrado e a *Renata* foi entrevistada. Esta, mãe de 20 anos, visitada pela segunda vez. Moradora de uma casa muito simples, na verdade a sua casa estava em reforma e fui gentilmente recebida na casa da sua tia que fica no mesmo pátio. Fui convidada a sentar no sofá, mas preferi deixar o gatinho da família descansando e procurei a cadeira para iniciar essa aproximação. Brincar com as crianças da casa foi o primeiro contato para conversar com uma jovem mulher, que contou sobre o seu relacionamento com um homem, que estava no sistema prisional. Exibia com muito orgulho as suas unhas, belas e bem cuidadas enquanto contava a sua história carregada de arrependimento e culpa.

Dia 19 de dezembro de 2019, quarto dia de visitas, seis tentativas, em um domicílio não havia ninguém em casa, nos outros três o endereço não foi encontrado. Era uma manhã ensolarada, enfim consegui conversar com *Karen*, mulher madura,

de 40 anos, mãe de um menino negro. Um relato para mostrar que a sífilis também acomete mulheres pós-graduadas e de maior poder aquisitivo. Neste relato não houve as queixas de um SUS que muitas vezes é ineficiente no atendimento materno infantil, mas a história de profissionais que cobram caro pelo seu trabalho e reproduzem em suas falas um comportamento machista e de biopoder. No final da manhã, chamadas insistentes no portão para que conseguisse conversar com a *Beatriz*, insisti, pois, o vizinho falou-me que ela estava em casa. Um carro batido na garagem, um cachorro fazendo a guarda na frente da casa e uma moça que estava dormindo, e de forma não muito feliz, me recebeu em sua sala. Tive que me convidar para sentar, pois estava dormindo profundamente e justificou que fica acordada esperando o companheiro chegar do trabalho. Estava dormido com ele naquele momento. Silêncio, fala baixa, cochicho para que o companheiro não acordasse e ouvisse os seus segredos. Não sabia que ela não concluiu o tratamento da sífilis, não participou do pré-natal e ele não sabe se não foi contaminado também. Foi o primeiro dia nessa pesquisa de campo que peguei uma criança nos braços, uma criança negra linda, que chorava muito, aguardando a mamadeira que a mãe preparava. Neste dia, algo que o TCLE previa aconteceu: ela preferiu falar sem a gravação. Depois que o gravador foi desligado ela ficou mais relaxada e abriu o coração para contar a história de violência sexual sofrida na infância.

Dia 19 de dezembro de 2019, Clima natalino, faltam 5 dias para o Natal de 2019. Quatro tentativas: uma candidata a entrevistada estava no trabalho, a outra não mora mais na cidade e a terceira deu um endereço inexistente no serviço de saúde durante o parto. Chego em outra casa após às 15 horas na única entrevista (*Tatiana*) que consegui fazer naquele dia. Um pitbull me aguardava no portão. Mãe zelosa, de 23 anos, disse que não planejou a gestação, mas a sua filha representa o amor incondicional que foi simbolizado pela linda história do banho de chuveiro entre mãe e a filha, de três meses. Nesse relato percebo o papel de coadjuvante do parceiro. A jovem mãe relata a presença forte da mãe e da irmã em sua vida, colocando os homens num papel secundário.

Natal, Ano Novo, férias e faço o planejamento para retomar as visitas em março de 2020.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA

O improvável, o inesperado aconteceu: a pandemia da COVID-19. Serviços suspensos na Atenção Básica, visitas domiciliares suspensas e conseqüentemente a pesquisa de campo também. Ninguém poderia se expor e notei que também as notificações de sífilis em gestantes, adquirida e congênita diminuíram. Os pacientes que deveriam fazer os exames de seguimento também diminuíram.

Em março de 2020, houve redução de ofertas de atendimentos na atenção primária de saúde em função do contexto da pandemia, algumas unidades deixaram de atender os usuários, para atenderem integralmente os casos suspeitos de coronavírus. Houve uma redução significativa pela procura de atendimento: pré-natal, testagem rápida, puericultura, vacinação.

Em maio de 2020, com a autorização da Atenção Básica realizasse algumas visitas domiciliares urgentes. Fiz mais duas visitas. Segui todos os protocolos sanitários com uso de máscara, álcool em gel, não levei a pelve feminina para falar sobre o uso do preservativo feminino.

Preocupada com todo o contexto sanitário, as entrevistas foram realizadas com um sentimento de preocupação com todos os envolvidos e a necessidade de dar seguimento na pesquisa.

No dia 29 de maio de 2020, realizei duas visitas domiciliares. *Paula*, é mãe de 3 crianças, que relatou sua história de vida, em meio aos constantes chamados de seus filhos. Ela sempre muito carinhosa atendeu os pedidos das crianças durante a entrevista.

Kely, contou a sua história de vida. Foi mais um relato de dificuldade de entendimento sobre a gravidade da doença. Mora com a sogra numa peça e o único lugar disponível foi no quarto de sua casa. Enquanto ela estava sentada na cama com o bebê, eu fiquei em pé conversando com ela.

Para melhor entendimento, apresento um breve quadro com o perfil sociodemográfico das entrevistadas

Quadro 1 – Caracterização das entrevistadas

	Idade	Cor	Escolaridade	Ocupação	Com quem mora?	Parceiro tratado com a gestante?
Samanta	23	Negra	Ensino Médio Completo	Cuidadora	Companheiro Filha Mãe	Sim
Renata	20	Branca	Ensino Fundamental Completo	Desempregada	Mãe Filho	Não
Karen	40	Branca	Pós Graduação	Assessora Parlamentar	Mãe Filho	Não

			Completa			
Beatriz	27	Negra	Ensino Fundamental Incompleto	Desempregada	Companheiro Filhos	Não
Tatiana	23	Negra	Ensino Médio Completo	Operadora de Máquina	Companheiro Filha	Não
Paula	29	Branca	Ensino Médio Completo	Dona de casa	Companheiro 3 Filhos	Sim
Kely	21	Branca	Ensino Fundamental Completo	Trabalha numa lavanderia	Companheiro Filho Sogra	Não

Fonte: Elaborado pela autora

Em setembro de 2020 retornaram as atividades na rede básica e na tentativa de recuperar o tempo em que muitos ficaram desassistidos pela falta de estrutura dos serviços, pela carência de profissionais para o atendimento e pelo medo de contrair o vírus nos serviços de saúde.

Em outubro de 2020, solicito nova autorização para a Secretaria da Saúde (ANEXO A) e realizo uma Emenda ao Comitê de Ética (ANEXO B) para entrevistar os membros do Comitê de Transmissão Vertical (APENDICE A). Essa etapa não foi prevista no projeto, no entanto, não foi possível dar continuidade às entrevistas nos domicílios das mães, devido ao contexto da Pandemia da COVID 19. Optamos em entrevistar os membros desse Comitê para analisar os desafios relacionados à estruturação, funcionamento e sua atuação; eles serão entrevistados a partir de roteiro pré- estabelecido (APÊNDICE B).

Em dezembro de 2020, reinicio as entrevistas com os membros do Comitê de Transmissão Vertical.

No dia 01 de dezembro de 2020, no primeiro dia, conversei com o médico do Serviço Especializado em HIV/IST e AIDS, profissional experiente na função e muito envolvido com o seu papel de profissional da saúde no contexto da sífilis. No mesmo dia, na Vigilância Epidemiológica, procurei a agente visitadora que realizava o acompanhamento da transmissão vertical, muito além do que realizar um trabalho protocolar, essa servidora promovia uma escuta qualificada para as mulheres, que potencializa vivências femininas.

No dia 02 de dezembro de 2020, conversei com a Enfermeira que era a responsável pelos serviços de enfermagem, hoje lotada em uma unidade de saúde da família onde continua com o seu compromisso de ofertar uma assistência de enfermagem capaz de reduzir os casos de sífilis em seu território de atuação.

No dia 21 de dezembro de 2020, terceiro dia de entrevistas, conversei com a Assistente Social do Serviço Especializado em IST/HIV e AIDS, encontro fortemente

marcado pelo pensamento crítico que entende que a gestão dos serviços de saúde necessita compreender a gravidade do problema e menciona também a importância da educação permanente.

No dia 22 de dezembro de 2020, último dia de entrevistas, em outra unidade de estratégia de saúde da família, ouço o relato da Enfermeira comprometida com a busca ativa dos pacientes não aderentes ao tratamento e com o estabelecimento de um vínculo com as gestantes. Esse vínculo aproxima, confidencia a violência existente nos ambientes familiares.

2020, um ano desafiador, onde a produção do cuidado foi direcionada para a COVID-19, no entanto o adoecimento da população por outras doenças e agravos foi silenciada e invisibilizada.

**APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA – MEMBROS DO COMITÊ DE
TRANSMISSÃO VERTICAL**

NOME DA PESQUISA:

**EXPERIÊNCIAS FEMININAS SOBRE A TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS:
UM ESTUDO QUALITATIVO NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRINHA/RS**

Nome Completo:

Representação no Comitê de Transmissão Vertical

Tópicos da entrevista

1. Trajetória no comitê de transmissão vertical
2. Análise da atuação do comitê de transmissão vertical

APÊNDICE B - TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – MEMBROS DO COMITÊ DE TRANSMISSÃO VERTICAL



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O Comitê de Ética é responsável por assegurar os
critérios éticos da pesquisa com seres humanos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Meu nome é Gisele Cristina Tertuliano, sou Enfermeira e Cientista Social (COREN/RS 73757), aluna da pós-graduação em saúde coletiva da Unisinos e responsável pela pesquisa Experiências Femininas sobre a Transmissão Vertical da Sífilis: um estudo qualitativo no município de Cachoeirinha/RS, sob orientação da Profa. Dra. Laura Cecilia López. O objetivo do estudo é conhecer as histórias de vida, o que mulheres que tiveram sífilis na gestação pensam sobre a transmissão dessa doença para os seus filhos e os fatos relacionados ao pré-natal, parto e puerpério e a relação desses eventos com os serviços de saúde.

Você, profissional da saúde está sendo convidado a participar dessa pesquisa para relatar a sua participação no Comitê de Transmissão Vertical. Sua participação deve ser livre e voluntária. Ela consistirá numa entrevista que será gravada para conhecer a sua experiência no comitê e a sua trajetória no enfrentamento da sífilis. Caso não concorde que seja gravado, farei um registro por escrito e no final você dirá se concorda ou não com o que registrei.

Falar dessa experiência poderá causar algum tipo de desconforto, se isso acontecer e não quiser responder alguma questão, você poderá se negar. Tudo o que você disser é confidencial, sendo garantido o seu anonimato, ou seja, seu nome não será divulgado. Os resultados desse estudo serão divulgados em congressos e revistas científicas. A qualquer momento você pode deixar de participar deste estudo.

Em caso de dúvidas ou novas perguntas, entrar em contato com Gisele Tertuliano, telefone (51) 30418654. Este documento será assinado em duas vias, ficando uma com você e a outra comigo.

_____, _____ de _____ de 2020.

Nome do(a) Participante

Assinatura do(a) Participante

Gisele Cristina Tertuliano
Pesquisadora

CEP – UNISINOS
VERSÃO APROVADA

Em: 21/10/2020

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA - 2020

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, Gisele Cristina Tertuliano, enfermeira, cientista social, aluna regularmente matriculada no Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS sob matrícula n° 1797132 e responsável pela pesquisa **Experiências Femininas sobre a Transmissão Vertical da Sífilis: um estudo qualitativo no município de Cachoeirinha/RS**, sob orientação da Profa. Dra. Laura Cecília López. O objetivo do estudo é analisar a experiência de mulheres sobre a transmissão vertical da sífilis, considerando a sua trajetória social e as intersecções com marcadores sociais da diferença; assim como a assistência prestada na rede de saúde e as políticas públicas que atendem a saúde sexual e reprodutiva.

Venho por meio desta, apresentar o projeto da minha pesquisa no município de Cachoeirinha e solicitar autorização para a realização do estudo durante as visitas aos profissionais de saúde membros do Comitê de Transmissão Vertical

Ressalta-se que serão mantidos todos os procedimentos para a manutenção do sigilo, e os profissionais serão convidadas a participar da pesquisa de forma livre e voluntária.

Desde já agradeço a contribuição para o desenvolvimento esta atividade acadêmica e coloco-me à disposição para esclarecimentos adicionais.

Gisele Cristina Tertuliano

Gisele Cristina Tertuliano

Enfermeira

COREN-RS 73757

Laura Cecília López

Laura Cecília López

Professora Orientadora

Frente ao que foi acima exposto, expresso a autorização para a realização da pesquisa.

Cachoeirinha, 21/10/2020.

Prefeitura de Cachoeirinha / RS

Juliano Paz

Secretário Municipal de Saúde

Portaria 244/2020

Juliano Paz

Secretário Municipal de Cachoeirinha/RS

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - 2020

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Experiências Femininas sobre a Transmissão Vertical da Sífilis: um estudo qualitativo no município de Cachoeirinha/RS

Pesquisador: Gisele Cristina Tertuliano

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22418819.8.0000.5344

Instituição Proponente: Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.352.185

Apresentação do Projeto:

Durante séculos a sífilis foi construída como uma doença relacionada ao comportamento sexual tido como desviante e foi vinculada a um "castigo dos deuses". Em estudos contemporâneos, a construção da sífilis no cotidiano das pessoas remete a estereótipos de gênero, que colocam as mulheres numa vulnerabilidade moral, vistas como perigosas, sujas, transmissoras de doenças. O estudo é de natureza qualitativa e no universo empírico ocorrerá a captação de um grupo de mulheres e seus filhos que são acompanhados pelo protocolo do Ministério da Saúde sobre a investigação da transmissão vertical da sífilis. Para abordar as mães participantes, será desenvolvido um roteiro de entrevista

semiestruturada, no qual serão abordados temas relacionados à transmissão vertical da sífilis, ao pré-natal e ao puerpério e a relação deste evento com as interseccionalidades e as vulnerabilidades. Neste estudo, as mulheres serão convidadas a contar como é para elas a experiência da transmissão vertical da sífilis.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral que é apresentado é analisar a experiência de mulheres sobre a transmissão vertical da sífilis, considerando a sua trajetória social e as interseções com marcadores sociais da diferença; assim como a assistência prestada na rede de saúde e as políticas públicas que atendem a saúde sexual e reprodutiva. O objetivo está explícito em todos os momentos de forma adequada.

Endereço: Av. Unisinos, 930
Bairro: Cristo Rei CEP: 93.022-000
UF: RS Município: SÃO LEOPOLDO
Telefone: (51) 3591-1128 Fax: (51) 3593-8118 E-mail: cep@unisinos.br

Continuação do Parecer: 4.352.185

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios são apresentados no projeto detalhado, na apresentação do projeto na PB e no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios foram apresentados adequadamente.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda sinalizou a inclusão do TCLE para os membros do comitê de transmissão vertical, foram incluídas as observações na metodologia e ainda a inclusão do roteiro de entrevista nos apêndices.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES_BÁSICAS_164762 & E1.pdf	13/10/2020 20:13:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.docx	13/10/2020 20:11:46	Gisele Cristina Tertuliano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECTV.pdf	13/10/2020 19:27:20	Gisele Cristina Tertuliano	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GiseleCristinaTertuliano.pdf	11/10/2019 16:03:06	José Roque Junges	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GiseleCristinaTertuliano.pdf	11/10/2019 16:03:06	José Roque Junges	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoass.pdf	16/09/2019 23:00:11	Gisele Cristina Tertuliano	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	14/09/2019	Gisele Cristina	Aceito

Endereço: Av. Unisinos, 950

Bairro: Cristo Rei

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SÃO LEOPOLDO

Telefone: (51) 3591-1138

Fax: (51) 3590-4118

E-mail: cep@unisinos.br

UNIVERSIDADE DO VALE DO
RIO DOS SINOS - UNISINOS



Contribuição do Parecer: 4.351.193

Assentamento / Justificativa de Ausência	TGLE.pdf	23:40:14	Tertuliano	Aceto
Outros	Carta.pdf	14/09/2019 23:38:59	Gisele Cristina Tertuliano	Aceto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	14/09/2019 23:37:38	Gisele Cristina Tertuliano	Aceto
TGLE / Termos de Assentamento / Justificativa de Ausência	TGLE_GiseleCristinaTertuliano2.pdf	21/10/2020 10:30:09	José Roque Junges	Aceto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO LEOPOLDO, 21 de Outubro de 2020

Assinado por:
José Roque Junges
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Linares, 950

Bairro: Centro Vel

CEP: 93.022-000

UF: RS

Município: SÃO LEOPOLDO

Telefone: (51)3592-1108

Fax: (51)3592-8118

E-mail: cep@unisinos.br

PARTE TRÊS
ARTIGO ORIGINAL I

TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS: Trajetórias femininas em uma perspectiva interseccional.

Artigo submetido à Revista Saúde e Transformação Social.
Data de submissão: 11/06/20121.

PARTE QUATRO

ARTIGO ORIGINAL II

VIGILÂNCIA DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS: Reflexões de um Comitê em construção.

**Artigo submetido à Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde.
Data de submissão: 03/08/2021.**