



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES

**VULNERABILIDADE E PARENTALIDADE NA HOSPITALIZAÇÃO DE UM
FILHO COM SÍFILIS CONGÊNITA À LUZ DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES**

Rio de Janeiro
2015



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO - EEAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES

**VULNERABILIDADE E PARENTALIDADE NA HOSPITALIZAÇÃO DE UM
FILHO COM SÍFILIS CONGÊNITA À LUZ DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Inês Maria Meneses dos Santos

Rio de Janeiro
Novembro/ 2015

Guimarães, Marcelle Sampaio de Freitas.

G963 Vulnerabilidade e parentalidade na hospitalização de um filho com sífilis congênita à luz da teoria das transições / Marcelle Sampaio de Freitas Guimarães, 2015.
137 f. ; 30 cm

Orientadora: Inês Maria Meneses dos Santos.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

1. Enfermagem Neonatal. 2. Recém-nascidos - Cuidado e tratamento.
3. Sífilis Congênita. 4. Vulnerabilidade em Saúde. 5. Poder Familiar.
I. Santos, Inês Maria Meneses dos. II. Universidade Federal do Estado do Rio Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e de Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 618.9201

MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES

**VULNERABILIDADE E PARENTALIDADE NA HOSPITALIZAÇÃO DE UM FILHO
COM SÍFILIS CONGÊNITA À LUZ DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES**

Dissertação submetida à Banca Examinadora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.

Aprovada por:

Prof.^a Dr.^a Inês Maria Meneses dos Santos
Presidente

Prof.^a Dr.^a Leila Rangel da Silva
1^a Examinadora Externa
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof.^a Dr.^a Adriana Lemos Pereira
2^a Examinadora Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Prof.^a Dr.^a Ana Claudia Mateus Barreto
Suplente Externa
Universidade Federal Fluminense – Campus de Rio das Ostras – UFF

Prof.^a Dr.^a Simone Mendes Carvalho
Suplente Interna
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Rio de Janeiro
Novembro/ 2015

DEDICATÓRIA

À Deus, pois Dele, por Ele e para Ele são todas as coisas eternamente.

Ao meu esposo **Wigo**, meu grande amor. Obrigada pelo companheirismo, dedicação e incentivo. Juntos concretizamos mais um dos nossos sonhos. Dedico esta dissertação a você.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Ti, ó **Deus**, porque fostes meu ajudador, minha fortaleza e minha luz durante cada momento deste estudo.

Aos meus pais **Ricardo** e **Kátia** que me trouxeram à vida, que acreditaram e investiram, sem medir esforços, para eu chegar até aqui.

À minha irmã **Camilla** que sempre torceu pelo meu sucesso.

À toda minha **Família** que compartilhou momentos de grande alegria ao longo da minha jornada acadêmica e profissional.

A minha orientadora professora Dr.^a **Inês Maria Meneses dos Santos**, pelo empenho que me oportunizou crescimento profissional e acadêmico, pelo acolhimento e amizade que contribuíram para me adaptar ao novo lar Rio de Janeiro, pela paciência e doçura nas orientações do estudo.

Às Professoras Doutoradas **Leila Rangel, Adriana Lemos, Ana Cláudia Mateus, Simone Mendes**, pelas valiosas observações e contribuições durante o exame de Qualificação.

Ao núcleo de pesquisa em saúde materno-infantil **NUPEEMC**, pelos debates preciosos e troca de saberes.

Aos professores do mestrado, pelos ensinamentos significativos para a pesquisa científica.

Aos colegas e amigos do curso de Mestrado, pela ajuda mútua e conhecimentos compartilhados.

Aos participantes deste estudo, que compartilharam com detalhes as suas Narrativas de Vida.

Ao programa de Bolsas da **CAPES**, pelo apoio financeiro que me possibilitou a dedicação integral à pesquisa.

“Porque Deus amou o mundo de tal maneira que deu o seu Filho unigênito, para que todo aquele que nele crê não pereça, mas tenha a vida eterna.

Porque Deus enviou o seu Filho ao mundo, não para que condenasse o mundo, mas para que o mundo fosse salvo por Ele”.

(João 3: 16-17)

GUIMARÃES, Marcelle Sampaio de Freitas. **Vulnerabilidade e parentalidade na hospitalização de um filho com sífilis congênita à luz da teoria das transições.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2015.

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. O método utilizado é Narrativa de Vida, com base no referencial metodológico do sociólogo Daniel Bertaux. O objeto de estudo é a parentalidade de mãe/pai com filho recém-nascido hospitalizado por sífilis congênita. Os objetivos delineados são: analisar a partir da Narrativa de Vida de mulher-mãe/homem-pai a sua condição de vulnerabilidade de ter um filho com sífilis congênita; compreender a experiência vivenciada da parentalidade de mãe/pai com filho recém-nascido hospitalizado por sífilis congênita. Os participantes do estudo foram 13 mães e 4 pais que tiveram filho recém-nascido hospitalizado por sífilis congênita. O cenário foi o alojamento conjunto e a unidade neonatal de um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro. O estudo foi aprovado pelo CEP-UNIRIO, parecer nº 804.997. A produção de dados ocorreu no período de setembro de 2014 a maio de 2015, através de questionário para traçar o perfil dos pesquisados; de instrumento de coleta de dados do prontuário do recém-nascido; e por meio da técnica Narrativa de Vida. Da análise emergiram duas categorias analíticas: “da vulnerabilidade de mulher e homem à sífilis no período gestacional, ao nascimento de um filho com sífilis congênita” e “a vivência de transições na parentalidade de mãe/pai face ao evento de hospitalização do neonato por sífilis congênita”. Esta última categoria foi dividida em duas subcategorias: “descobrir-se mãe/pai de um filho recém-nascido com sífilis congênita e o impacto na parentalidade” e “experiência vivenciada da parentalidade na hospitalização do filho com sífilis congênita”. A pesquisa constatou que os participantes do estudo foram vulneráveis à sífilis e a ter um filho com sífilis congênita por questões sociais, individuais e programáticas, que culminaram também na violação de seus direitos humanos, sexuais e reprodutivos. As Narrativas de Vida demonstraram que a parentalidade foi uma experiência tida como boa, feliz e de superação, todavia a hospitalização do filho desencadeou sofrimento, preocupação, estresse, culpa pela transmissão vertical da sífilis, medo de sofrer estigmas e discriminação. Os depoimentos ainda evidenciaram que o Enfermeiro e profissionais da saúde foram facilitadores para o exercício, experiência e prática da parentalidade, através da ligação e interação profissional/mães/pais, e que contribuíram para gerar a confiança e reformulação na identidade das mães e dos pais. Portanto, o estudo oferece subsídios para formulação e reformulação de políticas públicas que atendam as reais necessidades destes indivíduos.

Palavras-Chaves: Enfermagem Neonatal; Recém-nascido; Sífilis Congênita; Parentalidade; Vulnerabilidade em Saúde.

GUIMARÃES, Marcelle Sampaio de Freitas. **Vulnerability and parenting in the hospitalization of a child with congenital syphilis in the light of the theory of transitions.** Dissertation (Master's in Nursing). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2015.

ABSTRACT

It is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach. The method used is Narrative of Life, based on the methodological framework of the sociologist Daniel Bertaux. The object of study is the parenting of mother/ father with newborn son hospitalized for congenital syphilis. The objectives: analyze from the narrative of life of mother woman / father man their vulnerability condition of having a child with congenital syphilis; understand the lived experience of parenting mother/father with newborn son hospitalized for congenital syphilis. Study participants were 13 mothers and 4 fathers who had newborn son hospitalized for congenital syphilis. The scenery was rooming and neonatal unit of a university hospital in the city of Rio de Janeiro. CEP- UNIRIO, n ° 804.997, approved the study. The production data occurred from september 2014 to may 2015, through a questionnaire to profile the researched; data collection instrument of the medical records of newborns; and through the narratives of life. From the analysis emerged two analytical categories: "from women's vulnerability and man in gestational period for syphilis, to the birth of a child with congenital syphilis " and "the experience of transitions in mother/father parenting in view of the hospitalization of the neonate for Congenital Syphilis". The latter category divided into two sub-categories: "discovering a mother / father of a newborn child with congenital syphilis and the impact on parenting" and "lived experience of parenting the child's hospitalization with congenital syphilis". The survey found that the study participants were vulnerable to syphilis and have a child with congenital syphilis by social, individual and programmatic issues, which resulted also in violation of their human, sexual and reproductive rights. Narratives of Life have shown that parenting was an experience seen as good, happy and overcoming; however the child's hospitalization triggered distress, worry, stress, guilt by vertical transmission of syphilis, fear of suffering stigma and discrimination. The testimonies also show that the nurse and health professionals were facilitators for the exercise, experience and practice of parenting, through linking and interaction professional / mothers / fathers, and who have contributed to building confidence and reshaping the identity of mothers and fathers. Therefore, the study offers subsidies for formulation and reformulation of public policies that address the real needs of these individuals.

Keywords: Neonatal Nursing; Infant Newborn; Syphilis Congenital; Parenting; Health Vulnerability.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC – Alojamento Conjunto

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS – Atenção Primária em Saúde

CEP– Comitê de Ética em Pesquisa

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ELISA – Enzyme-Linked Immuno Sorbent Assay

FTA-Abs – Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HU– Hospital Universitário

LCR – Líquor cefalorraquidiano

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

SC – Sífilis Congênita

SG – Sífilis em Gestante

RN – Recém-nascido

RPR – Rapid Plasma Reagin

SINAN– Sistema de Informação de Agravos e Notificação

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

TCLE –Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TR –Teste Rápido

TPHA –Treponema pallidum Hemagglutination

UI – Unidade Intermediária

UNIRIO – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

VDRL – Venereal Diseases Research Laboratory

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Esquema de Tratamento da sífilis congênita	19
Quadro 2: Historiograma	38
Quadro 3: Caracterização das mulheres e homens entrevistados quanto aos dados sóciodemográficos	41
Quadro 4: Caracterização das mulheres quanto aos dados obstétricos, do pré-natal e tratamento da sífilis no período gestacional	43
Quadro 5: Caracterização dos homens quanto a participação em consultas de pré-natal e tratamento para a sífilis no período gestacional	44
Quadro 6: Caracterização dos recém-nascidos portadores de sífilis congênita nascidos em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro	45
Quadro 7: Diagnóstico e terapêuticas durante a hospitalização do Filho por sífilis congênita	46
Quadro 8: Elementos da vulnerabilidade de homens e mulheres à sífilis no período gestacional e ao nascimento de um filho com sífilis congênita	56
Quadro 9: Experiência vivenciada por pais e mães ao “Sentir-se ligado” e “Interagir” com os profissionais de saúde do alojamento conjunto e unidade neonatal de um Hospital Universitário, do município do Rio de Janeiro	107

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma de manejo do RN de mãe com testes sorológicos positivos para sífilis	20
Figura 2: Modelo explicativo da Teoria das Transições de Meleis: Uma Teoria de Médio Alcance	26
Figura 3: Esquema de análise com base no Método Narrativas de Vida	54
Figura 4: Transição para/na Parentalidade	86

SUMÁRIO

Capítulo 1 - INTRODUÇÃO	13
Problematização do estudo.....	13
Objeto do estudo	14
Questões norteadoras.....	15
Objetivos do estudo	15
Justificativa e relevância do estudo	15
Capítulo 2 - REFERENCIAL CONCEITUAL E TEÓRICO	17
Conhecendo a Sífilis Congênita.....	17
Aspectos da Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis	22
A Parentalidade enquanto Processo de Transição	26
Capítulo 3 - ABORDAGEM METODOLÓGICA	33
Caracterização do estudo e o Método Narrativa de Vida.....	33
O caminho metodológico	33
Cenário do estudo	33
Autorização da pesquisa	34
Produção dos dados.....	35
Os participantes.....	37
Análise dos depoimentos.....	47
Unidades Temáticas	48
Agrupamentos	50
Capítulo 4 - ANÁLISE DOS DADOS	55
PRIMEIRA CATEGORIA ANALÍTICA: Da vulnerabilidade de mulher e homem à sífilis no período gestacional, ao nascimento de um filho com sífilis congênita.	55
SEGUNDA CATEGORIA ANALÍTICA: A vivência de transições na parentalidade de mãe/pai face ao evento de hospitalização do neonato por sífilis congênita.....	85
Descobrir-se mãe/pai de um filho recém-nascido com sífilis congênita e o impacto na parentalidade	88
Experiência vivenciada da parentalidade na hospitalização do filho com sífilis congênita	97
Capítulo 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	116
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	120
APÊNDICES	126
ANEXO	135

Capítulo 1

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem por temática a sífilis congênita (SC), que é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum*, transmitida ao feto por mãe portadora de infecção ativa, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da sífilis gestacional não tratada ou inadequadamente tratada (BRASIL, 2011).

A necessidade de realizar uma pesquisa voltada para a SC surgiu durante a vivência como Enfermeira Residente Multiprofissional em Saúde da Criança, na cidade de Natal-RN, no setor de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), em 2012. Nesse período, pôde-se observar o número crescente de recém-nascidos com sífilis congênita sendo admitidos na unidade de cuidados intensivos de um Hospital Universitário Materno-Infantil.

No Brasil, estudos realizados em unidades hospitalares apontam incidências de SC entre 9,9 e 22/1.000 nascidos vivos. As análises de séries temporais indicam tendências de aumento da incidência da SC, com variante média anual positiva de 6,38% a.a. (1,7 a 2,1/1.000) e das internações hospitalares, de 2,15% a.a. (1,1 a 1,5/1.000) (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Quanto à mortalidade por SC observa-se que os óbitos pela doença ainda são de grande magnitude, com maior concentração de casos nas regiões sudeste, nordeste e norte (SARACENI; MIRANDA, 2012).

A ocorrência de casos novos de SC, com importante mortalidade perinatal, constitui um indicador da qualidade da assistência à saúde, especialmente da Atenção Primária em Saúde (APS), visto que a doença possui medidas de prevenção de baixo custo. Portanto, a sua ocorrência sugere falhas no funcionamento da rede de atenção básica e/ou da sua integração com o sistema de saúde (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Contudo, não existe expectativa de controle da SC, mantendo-se as mesmas ações de vigilância epidemiológica fracassadas nas últimas décadas. Torna-se relevante a atualização de conhecimentos técnicos e um maior compromisso dos serviços e profissionais de saúde no controle da SC (AMARAL, 2012).

Embora existam medidas para prevenção da SC, há uma série de fatores que dificultam a sua erradicação e aumentam a vulnerabilidade de homens e mulheres em ter um filho com SC no Brasil. Fatores que não estão apenas relacionados ao

estilo de vida da gestante com sífilis e de seu parceiro, mas que incluem aspectos sociopolíticos e culturais, bem como a acessibilidade às ações organizadas e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde desses indivíduos.

Diante disto, faz-se necessário desenvolver medidas preventivas eficazes que controlem a transmissão da sífilis e que capacitem a equipe multiprofissional de saúde para o cuidado integral dos recém-nascidos portadores de SC, o acolhimento dos genitores e inclusão deles nos cuidados durante e após a hospitalização do seu filho.

No período em que a UTIN foi utilizada como cenário de prática para residência em enfermagem, houve a oportunidade de prestar assistência a vários recém-nascidos portadores de sífilis congênita. Contudo, percebeu-se que as atividades educativas dirigidas aos pais e/ou responsáveis não eram priorizadas pelos profissionais de saúde da instituição. Além disso, notou-se a falta de participação dos pais, representado pela figura materna e paterna, na prática da parentalidade durante a hospitalização do filho.

A parentalidade é um processo complexo, não somente produto do parentesco biológico, mas do processo de tornar-se pai ou mãe. O termo abrange uma série de cuidados prestados à criança e a maneira pela qual os pais e mães cuidam dela, buscando assegurar o seu bem-estar e desenvolvimento. Trata-se de um papel multidimensional que abarca dimensões na relação familiar como proximidade, suporte, monitorização, comunicação e aceitação (SILVA; SOLIS-PONTON, 2004; MOREIRA; ANGELO, 2008).

De acordo com Soares (2008) a parentalidade é um foco de atenção de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem, sendo importante para o enfermeiro conhecer a visão que a mãe e/ou pai têm sobre como a sua parentalidade foi vivenciada para que se desenvolvam intervenções ajustadas às necessidades dos pais durante o processo de parentalidade.

Diante da situação problema delineada apresenta-se como objeto de estudo “A parentalidade de mãe/pai com filho recém-nascido hospitalizado por sífilis congênita”.

Para direcionamento da investigação as seguintes questões norteadoras foram elaboradas:

_ Qual a vulnerabilidade de mulher-mãe/homem-pai de ter um filho com sífilis congênita?

— Como a/o mãe/pai com filho recém-nascido hospitalizado por sífilis congênita vivenciou a parentalidade?

Dessa forma, o estudo objetiva:

1) Analisar a partir da Narrativa de Vida de mulher-mãe/homem-pai a sua condição de vulnerabilidade de ter um filho com sífilis congênita.

2) Compreender a experiência vivenciada¹ da parentalidade de mãe/pai com filho recém-nascido hospitalizado por sífilis congênita.

Justificativa e Relevância do Estudo

Ao fazer uma busca nas bases informatizadas da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com base nos descritores: “Recém-nascido e Sífilis Congênita” foram encontrados 128 estudos na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), 887 estudos na Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Desses, 107 apresentaram a palavra “mãe/materno” em resumo ou título e nenhum a palavra “pai/paterno”.

Além disso, averiguou-se que a maior parte dos estudos envolvendo a sífilis congênita é de natureza quantitativa, com enfoque nos aspectos clínico-epidemiológicos da doença. As pesquisas qualitativas encontradas, em sua maioria, referem-se somente à percepção e ao conhecimento das mães, sem incluir os pais, na transmissão da sífilis para o concepto.

Estudos também evidenciam que as mulheres possuem conhecimento rudimentar sobre a prevenção, transmissão e tratamento da doença, e que há uma lacuna a ser investigada entre a qualidade da assistência pré-natal e a difusão do conhecimento sobre a sífilis e SC (SILVA *et al.*, 2010; VÍCTOR *et al.*, 2010).

Quando procurado por pesquisas que tivessem os descritores “Recém-nascido, Sífilis Congênita e Parentalidade”, nenhum resultado foi encontrado. Quando associados os descritores “Parentalidade e Recém-nascido” foram apresentado 6 estudos, sendo 3 estudos no LILACS e 3 na MEDLINE.

¹ A expressão “experiência vivenciada” é utilizada com base no referencial metódico do sociólogo Daniel Bertaux (2010).

Portanto, é de grande relevância o estudo de abordagem qualitativa sobre a sífilis congênita, já que as informações a serem obtidas partem dos próprios usuários, e podem contribuir significativamente com os estudos epidemiológicos de natureza quantitativa, priorizados na comunidade científica.

Também são necessárias mais pesquisas sobre a saúde do homem com sífilis e sobre os pais de recém-nascidos com sífilis congênita, pois os homens têm importância fundamental no processo de reinfecção da parceira gestante.

Diante disto, os aspectos da parentalidade de mães/pais com filho diagnosticado com sífilis congênita ainda necessitam ser explorados e compreendidos, justificando a realização de novas investigações neste enfoque.

Dessa forma, o estudo torna-se relevante e oferece subsídios para a pesquisa, extensão e ensino de graduação e pós-graduação, como também pode contribuir para aprimorar a assistência de enfermagem aos pais e o planejamento de estratégias de ação que atendam às necessidades dos usuários do serviço público de saúde e, conseqüentemente, reduzam os índices de casos novos e de mortalidade por sífilis congênita.

O presente estudo está inserido na Linha de Pesquisa: Enfermagem em Saúde da Criança, do Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança - NUPEEMC, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - EEAP, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

2.1 Conhecendo a Sífilis Congênita (SC)

A sífilis é doença infecciosa causada por uma bactéria chamada *Treponema pallidum*. Apesar de ser considerada uma doença sexualmente transmissível (DST), também pode ser contraída por transfusão de sangue contaminado, por contato com lesões mucocutâneas ricas em treponemas e por via transplacentária, o que caracteriza a transmissão vertical, denominada de Sífilis Congênita (MATTHES *et al.*, 2012).

O diagnóstico da Sífilis em Gestantes (SG) é obtido quando a mulher apresenta evidências clínicas da doença e/ou sorologia não treponêmica reagente, com qualquer titulação, sendo essa obtida no pré-natal, parto ou curetagem, este último em caso de abortamento (OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2011).

A SC pode ocorrer quando a SG é transmitida por via transplacentária da gestante infectada pelo *T. pallidum* não tratada para o recém-nascido (RN), em qualquer fase da gestação.

A gestante com sífilis é considerada tratada quando atende ao protocolo de tratamento da sífilis preconizado pelo Ministério de Saúde (BRASIL, 2012). Diante do resultado positivo do Teste Rápido (TR) e/ou VRDL (*Venereal Diseases Research Laboratory*) a gestante deve ser rapidamente tratada com penicilina benzatina, por via intramuscular de acordo com a fase da doença (primária, secundária, latente ou terciária), porém quando desconhecida a fase da sífilis, a mulher deve receber o esquema completo de três aplicações de 2.400.000 UI, com intervalo de uma semana entre as doses, totalizando 7.200.000 UI. (BRASIL, 2012).

Quanto ao parceiro, este deve receber esquema terapêutico conforme a fase da sífilis. Ressalta-se que o casal deve aderir ao uso de preservativo durante e após o tratamento para prevenir a reinfeção materna (BRASIL, 2012).

A penicilina é a droga de escolha, pois é capaz de atravessar a barreira transplacentária e não há relatos de resistência do *T. pallidum* ao medicamento. (OLIVEIRA; FIGUEIREDO, 2011).

2.1.1 Classificação e Manifestações Clínicas da SC

O quadro clínico da SC varia de acordo com o tempo de exposição fetal ao *treponema*, a carga treponêmica materna e com a coinfeção materna pelo HIV ou outra imunodeficiência. Esses fatores poderão levar ao aborto, natimorto e óbito neonatal, como também a SC pode manifestar-se sintomática ou assintomática (BRASIL, 2010).

A SC é classificada, segundo o início dos primeiros sinais e sintomas da doença, em precoce (antes de dois anos de vida) ou tardia (após dois anos de vida) (BRASIL, 2011).

As manifestações clínicas precoces são a hepatoesplenomegalia; a prematuridade; a restrição do crescimento; as lesões cutâneo-mucosas, ósseas, pulmonares e renais; a adenomegalia; a anemia; e a meningoencefalite. As tardias apresentam-se como lesões ósseas, articulares, dentárias, neurológicas e oculares, que são progressivas e prejudicam o desenvolvimento da criança (BRASIL, 2011).

Quando o bebê apresenta lesões cutâneas e mucosas, ricas em treponemas, pode ocorrer o contágio involuntário pelo manuseio inadequado e desprotegido por parte dos familiares e profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

2.1.2 Diagnóstico da SC

O diagnóstico da SC pode ser clínico, epidemiológico e laboratorial. Os achados laboratoriais mais frequentes são: as alterações radiológicas de ossos longos - metáfises e diáfises de tíbia, fêmur e úmero; as alterações no líquorcefalorraquídeo (LCR) – VDRL, celularidade e proteinorraquia; modificações hematológicas - anemia, leucopenia ou leucocitose e trombocitopenia; e alterações de enzimas hepáticas (BRASIL, 2011).

O diagnóstico de meningoencefalite é baseado nas alterações sorológicas, citológicas e/ou bioquímicas do LCR, sendo utilizadas para diagnóstico de neurosífilis (BRASIL, 2011).

Existem dois tipos de testes sorológicos para sífilis: não treponêmicos (reagínicos) e treponêmicos. Quanto aos reagínicos, existe o VDRL e o RPR (*Rapid Plasma Reagin*). No Brasil, o VDRL é o teste de escolha para o RN. É um teste quantitativo, cujo resultado se dá em diluições. É de fácil realização e baixo custo, deve ser realizado em sangue periférico do neonato e não no sangue do cordão

umbilical. É o método para seguimento da resposta terapêutica, pois mostra a redução progressiva dos títulos (BRASIL, 2010).

Os testes treponêmicos são o TPHA (*Treponema Pallidum Hemagglutination*); o FTA-Abs (*Fluorescent Treponemal Antibody – Absorption*) e ELISA (*Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*). São testes mais complexos e de maior custo. Detectam anticorpos específicos contra o treponema, utilizados para quando um teste reagínico for positivo na mãe (BRASIL, 2010).

O diagnóstico de SC em RN sintomáticos é possível apenas se os antecedentes e exames laboratoriais maternos confirmam a infecção ativa ou quando se demonstra o treponema em lesões, secreções, tecidos, placenta ou cordão umbilical (pela microscopia de fase de campo escuro ou teste de inoculação em coelhos) (BRASIL, 2011).

Nos neonatos assintomáticos, a história e os testes sorológicos maternos em combinação com os testes sorológicos e exames complementares no RN devem ser analisados para nortear a conduta (BRASIL, 2011).

2.1.3 Tratamento da SC

O Ministério de Saúde (MS) (2011) ressalta que todo recém-nascido com sífilis congênita confirmada ou provável deve ser tratado e acompanhado até a confirmação da cura.

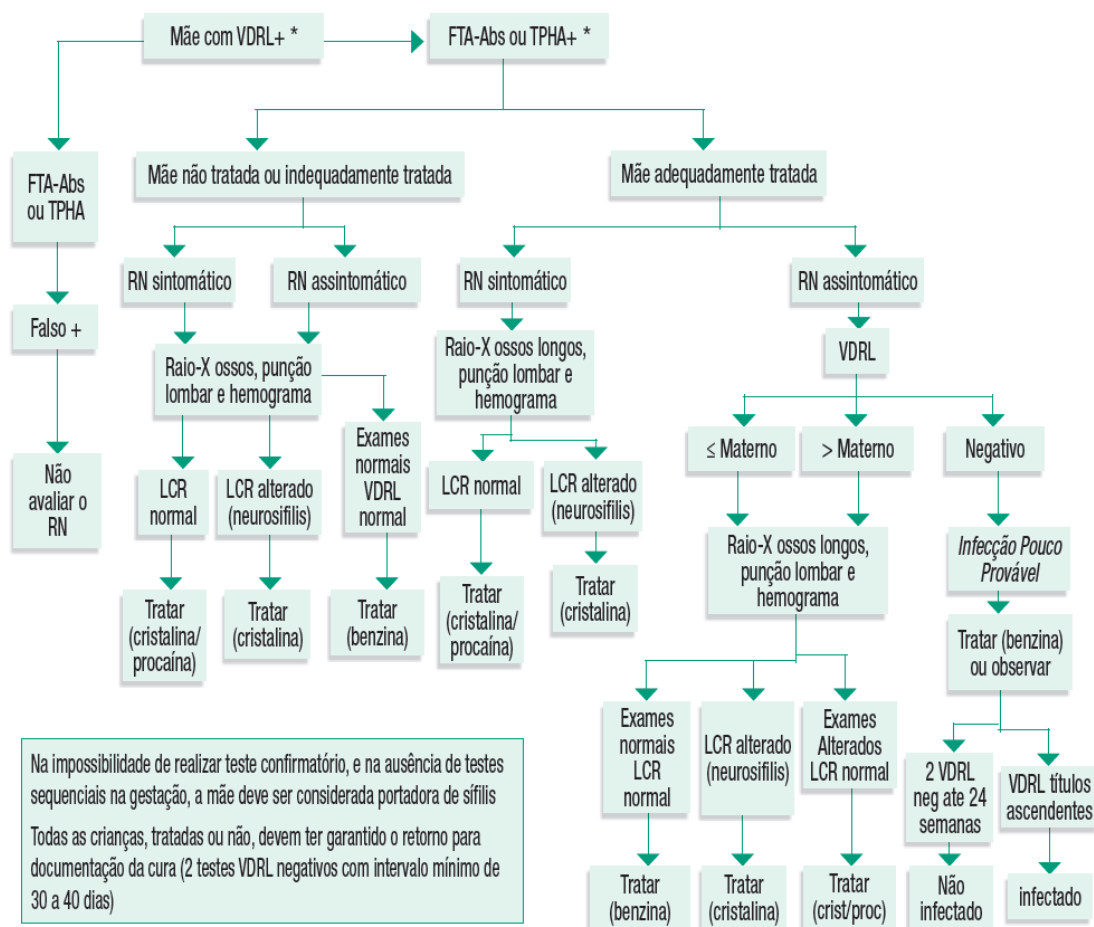
Neste contexto, o MS elaborou um fluxograma para o manejo clínico do recém-nascido de acordo com um conjunto de informações associadas ao diagnóstico e tratamento da sífilis materna (*figura 1*). Também estabeleceu o esquema terapêutico adequado para cada idade do portador da SC, baseando-se no antibiótico de escolha, dosagem, via de administração e duração do tratamento (*quadro 1*).

Quadro 1: Esquema de Tratamento da sífilis congênita

RN até 4 semanas de idade:	
Penicilina G Cristalina (EV)	50.000UI/Kg/dose, 2 doses por dia (12/12 horas) na 1ª semana 3 doses por dia (8/8 horas) entre a 2ª e a 4ª semanas Duração do tratamento: 10 dias
Penicilina G Procaína (IM)	50.000UI/Kg/dose, dose única diária, 10 dias
Penicilina G Benzatina (IM)	50.000UI/Kg/dia, dose única
Crianças com idade maior que 4 semanas	
Penicilina G Cristalina (EV)	50.000UI/Kg/dose, 4/4 horas, 10 dias
Penicilina G Procaína (IM)	50.000UI/Kg/dose, 12/12 horas, 10 dias
Penicilina G Benzatina (IM)	50.000UI/Kg/dia, dose única

Fonte: Ministério de saúde, 2011.

Figura 1: Fluxograma de manejo do RN de mãe com testes sorológicos positivos para sífilis



Fonte: Ministério de Saúde, 2011.

2.1.4 Acompanhamento do recém-nascido

É de suma importância que toda criança tratada para a sífilis congênita confirmada ou suspeita seja acompanhada para confirmação da cura. Os testes sorológicos reagínicos devem ser verificados a cada 2–3 meses após o tratamento, até que sejam documentados dois títulos negativos com intervalo mínimo de 30 a 40 dias entre eles. Se houver alterações líquóricas no início do tratamento, deve-se repetir o LCR 3 a 6 meses após o final do tratamento, para documentação da normalização desse exame (BRASIL, 2011).

Faz-se necessário realizar exames para verificar se houve acometimento nas funções do RN, e incluem-se os exames oftalmológico (fundoscopia), neurológico e de acuidade auditiva periodicamente a cada 6 meses e até os 2 anos (ou mais se necessário) (BRASIL, 2011).

Vale ressaltar que a SC é uma doença de notificação compulsória e que necessita do envolvimento dos profissionais de saúde para o controle da doença. Se corretamente tratada a SC evolui para a cura, por isso é importante que os pais sejam esclarecidos sobre os cuidados com o seu filho, no intuito de prevenir sequelas neurológicas (déficit de aprendizado, retardo mental), deformidades ósseas e dentárias, surdez e perda visual, que podem comprometer o desenvolvimento da criança.

2.2 Aspectos da Vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis

A vulnerabilidade pode ser compreendida como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento decorrente de um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais, que trazem ao indivíduo uma maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e associada a maior ou menor disponibilidade de recursos para se protegerem. Dessa forma expressa os potenciais de adoecimento e não adoecimento dos indivíduos e grupos populacionais que vivem em certo conjunto de condições (AYRES *et al.*, 2003).

De acordo com Toledo (2008) a essência do conceito de vulnerabilidade é permitir trabalhar a mutualidade, a interferência, a reatividade e a pluralidade de significados, com intuito de alertar para os critérios de definição de um grupo/população como vulnerável e buscar reais condições que os indivíduos dispõem para tomar comportamentos protetores à infecção/adoecimento.

A vulnerabilidade pode ser analisada segundo Ayres *et al.* (2006) considerando três eixos interligados, a saber: Individual, Social e Programático:

A vulnerabilidade individual ou pessoal está relacionada aos aspectos próprios do estilo de vida dos indivíduos, que podem contribuir para que se exponham ou se protejam ao agente etiológico/doença. Ainda depende do grau e da qualidade de informação de que as pessoas dispõem da doença (formas de transmissão, relação sexual desprotegida, uso de drogas, entre outros) e da capacidade delas de elaborar e incorporar as informações ao seu modo de viver, gerando práticas efetivas de prevenção (AYRES *et al.*, 2006).

A vulnerabilidade social pode ser vista como o reflexo das condições de bem-estar social (moradia, acesso a bens de consumo, liberdade de pensamento e expressão), sendo o indivíduo mais vulnerável quando menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão. Dessa forma, está relacionada a aspectos sócio-políticos e culturais (acessibilidade às informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, as relações de gênero, raciais e entre gerações, atitudes diante da sexualidade, crenças religiosas, pobreza entre outras), os quais permitem compreender os comportamentos e práticas que se relacionam à exposição dos indivíduos ao agente etiológico/doença (AYRES *et al.*, 2006).

A vulnerabilidade programática ou institucional condiz com a existência de políticas, ações organizadas e serviços, como saúde e educação, para enfrentar o problema da doença. Quanto maior for o compromisso, a integração e o monitoramento de programas de prevenção e cuidado, maior será a chance de dirigir os recursos e melhorar o seu uso, além de propiciar aos indivíduos transformar suas relações, valores e interesses para emancipar-se das situações de vulnerabilidade (AYRES *et al.*, 2006).

2.2.1 A Vulnerabilidade e os Direitos Humanos na Promoção de Saúde

De acordo com Ayres, Paiva e Buchalla (2012) para reconstruir as práticas de saúde faz-se necessário que o foco das ações, baseadas em vulnerabilidade e direitos humanos, seja menos as identidades pessoais/sociais (mulher, negra, adolescente, pobre) e mais as relações sociais, as quais estão na base de situações de vulnerabilidade e de negligência ou violação dos direitos humanos (relações de gênero, raciais, geracionais e socioeconômicas).

Nesta perspectiva é que se tem almejado ultrapassar a fatoração dos determinantes contextuais na explicação de vulnerabilidade e a dicotomização entre o individual e o coletivo, trabalhando-se com totalidades compreensivas no manejo das três dimensões da vulnerabilidade: individual, social e programática (AYRES, PAIVA e BUCHALLA, 2012).

- O **individual** é visto como intersubjetividade, ou seja, a identidade pessoal permanentemente construída nas interações eu-outro;
- O **social** como contextos de interação, espaços de experiência da intersubjetividade atravessados por normatividades e poderes sociais com base na organização política, estrutura econômica, tradições culturais, crenças religiosas, relações de gênero, raciais e geracionais;
- A **programática** como formas institucionalizadas de interação, ou seja, um conjunto de políticas, serviços e ações organizadas e disponibilizadas em harmonia com os processos políticos dos diversos contextos sociais, conforme os padrões de cidadania operantes.

No âmbito da vulnerabilidade e dos direitos humanos temos que as ações de cuidado e prevenção devem ser específicas para cada contexto sociocultural e programático, e desenvolvidas junto com os usuários, comunidade e instituições de

saúde. Com o intuito de minimizar as intervenções de práticas prontas, gerar dialogicidade entre os sujeitos e definir os participantes como possuidores de direitos do seu cotidiano e projeto de felicidade (PAIVA; ZUCCHI, 2012).

Ao considerar os direitos sexuais e reprodutivos, temos que a Estratégia Saúde da Família tem um grande potencial na promoção da saúde sexual e reprodutiva de homens e mulheres e na prevenção às DST. No entanto, para efetivar as ações de promoção e prevenção é necessário que os direitos sexuais e reprodutivos dos usuários sejam cumpridos em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive na rede básica, considerando as experiências e necessidades das pessoas no âmbito da sexualidade e reprodução (BELLENZANI, 2012).

Todavia é difícil abordar a saúde sexual na rede básica de saúde com base nos direitos humanos por cinco motivos, entre eles: a) fragmentação e superespecialização do modelo assistencial curativo e individual; b) a saúde sexual é reduzida à reprodução e à heteronormatividade; c) as demandas sexuais possuem menor visibilidade em meio às “urgências” cotidianas que se colocam às equipes de saúde da família; d) a cultura tradicional sobre sexualidade e relações de gênero incide sobre a assistência; e) fragilidade da integração entre o Programa Nacional de DST/AIDS e a Política Nacional de Atenção Básica/ ESF (BELLENZANI, 2012).

No quadro abaixo, Bellenzani (2012) relaciona os direitos sexuais e reprodutivos relacionados à DST com as sugestões de ações e princípios que possam contribuir com a proteção ou não violação desses direitos ao organizar a atenção em saúde na rede BÁSICA/ESF:

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS	AÇÕES NA REDE BÁSICA PARA PROTEGÊ-LOS
<ul style="list-style-type: none"> • Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez não planejada e de DST/HIV/Aids. • Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade sem discriminação. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incluir a abordagem sobre afetividade, sexualidade, reprodução, cidadania e prevenção nas visitas das equipes de saúde e das agentes comunitárias de saúde, nos atendimentos, nas reuniões de comunidade, nas campanhas, na comunicação em geral e na formação dos profissionais. ✓ Ofertar preservativos e orientações educativas nas visitas domiciliares. ✓ Construir condições físicas e intersubjetivas para preservar a privacidade e o sigilo, e para abordar a sexualidade com parte da vida pessoal e social. ✓ Desburocratizar, flexibilizar e singularizar o fluxo e os procedimentos.

Fonte: Bellenzani, 2012, p. 267.

2.2.2 A Vulnerabilidade e a Educação em Saúde

As diferentes maneiras de interpretar a vulnerabilidade podem influenciar nas ações educativas, pois a vulnerabilidade pode ser entendida como uma condição intrínseca, onde o sujeito ou grupo é vulnerável por apresentar carências ou faltas (MONTEIRO; DONATO, 2012).

Nesse sentido, se o indivíduo é vulnerável por não ter informações ou não saber sobre determinado tema, bastaria que recebesse informações para diminuir a sua vulnerabilidade. Se for considerado vulnerável por não serem aceitas as suas diferenças individuais, com ações de acolhimento e aceitação o indivíduo teria a vulnerabilidade diminuída. Se o sujeito for vulnerável por não saber das técnicas necessárias para se proteger, bastaria treiná-lo, numa visão tecnicista. Porém essas perspectivas conceituais partem de que a vulnerabilidade é uma condição estática e não enfocam as diferentes forças e contextos que constroem, determinam e reproduzem cotidianamente a vulnerabilidade, dessa forma não propiciam condições para modificações desses contextos (MONTEIRO; DONATO, 2012).

Em contrapartida, se a vulnerabilidade for entendida como resultante de fatores macrossociais, contextuais, relacionais e dinâmicos, atividades que enfoquem a criação de condições para que os indivíduos possam se posicionar criticamente frente a esses contextos de vulnerabilidade tornam-se pertinentes (MONTEIRO; DONATO, 2012).

As atividades educativas devem viabilizar uma aprendizagem significativa para o sujeito, ou seja, os saberes ensinados precisam estar relacionados com os conhecimentos que já fazem parte da vida do indivíduo. Quando esses saberes começam a ter sentido para os sujeitos, há uma maior possibilidade de mudar os comportamentos e de diminuir o grau de vulnerabilidade (MONTEIRO; DONATO, 2012).

A educação também pode atuar para diminuir a vulnerabilidade através de atividades que capacitem os indivíduos a formarem um posicionamento crítico em relação às suas próprias condições sociais. Quando os sujeitos começam a enxergar a realidade como algo passível de mudança, a educação tem importância fundamental para promover a mudança e, conseqüentemente, uma redução nos níveis de vulnerabilidade (MONTEIRO; DONATO, 2012).

2.3 A Parentalidade enquanto Processo de Transição

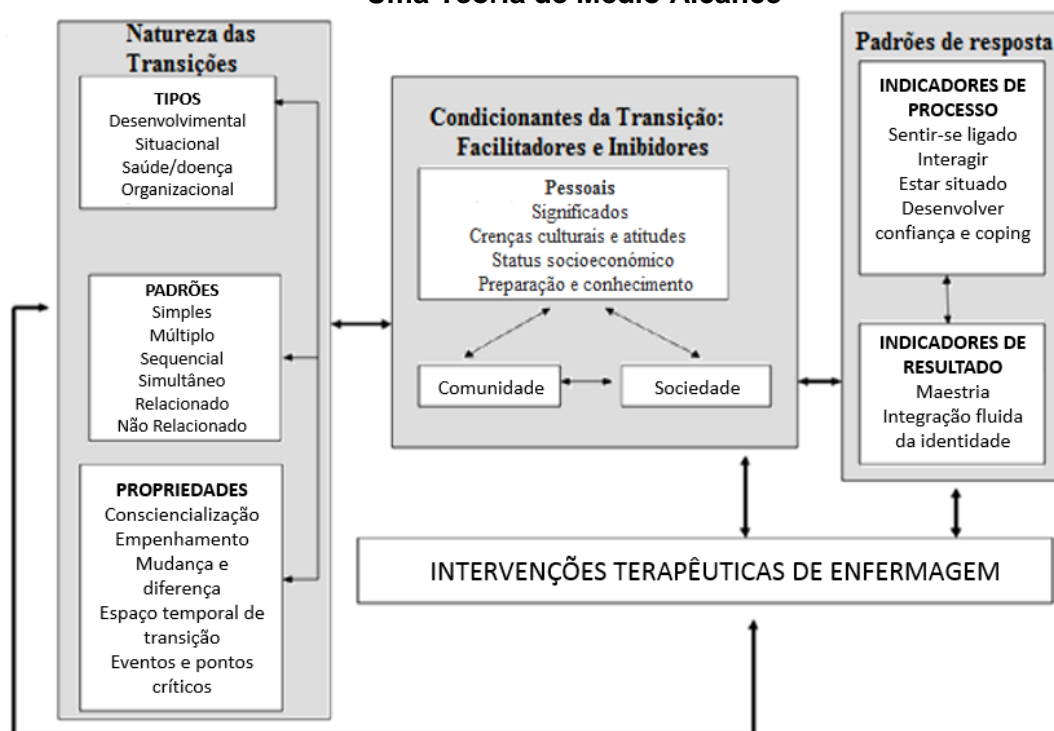
2.3.1 Teoria das Transições de Meleis: Uma Teoria de Médio Alcance

O referencial teórico foi instituído após obter as categorias analíticas do estudo, a partir das Narrativas de Vida de mães e pais com filhos recém-nascidos hospitalizados em unidade neonatal ou alojamento conjunto por sífilis congênita. Percebeu-se a necessidade de trabalhar com conceitos da Teoria das Transições de Meleis para compreender o processo de parentalidade de mães e pais que vivenciaram transições no nascimento e hospitalização do filho.

Afaf Ibrahim Meleis, nascida em 1942, egípcio-americana, é uma cientista da Enfermagem, professora de Enfermagem e Sociologia na Universidade da Pensilvânia, USA. Elaborou a Teoria das Transições.

O desenvolvimento da “Teoria das Transições de Meleis: Uma teoria de médio alcance” resultou de vários estudos realizados por Meleis e outros autores acerca das experiências de transição em diferentes situações, como no “Tornar-se mãe”, na “Experiência da menopausa”, no “Diagnóstico de doença congênita no filho”, na “Migração transnacional” e no “Tornar-se cuidador da família” (MELEIS *et al.* 2000). Os resultados de tais pesquisas emergiram em um modelo explicativo que se encontra esquematizado na figura 2.

Figura 2: Modelo explicativo da Teoria das Transições de Meleis: Uma Teoria de Médio Alcance



Fonte: Transições: Uma teoria de médio alcance [adaptado] (MELEIS *et al.*, 2000).

A Teoria das transições é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêutica de enfermagem. Trata-se de uma teoria de médio alcance, pois possui um âmbito mais limitado e uma menor abstração do que as grandes teorias (MELEIS *et al.*, 2000).

A transição consiste em passar de um estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da(s) pessoa(s), a incorporação de conhecimentos, alteração do comportamento e mudança na definição do *self* (MELEIS *et al* 2000; MELEIS, 2007).

De acordo com Meleis (2007), o processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo. As transições são resultado de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (MELEIS *et al.*, 2000).

Relativamente à sua natureza, as transições podem ser de diferentes tipos: desenvolvimental (relacionadas a mudanças no ciclo vital), situacional (associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis), saúde/doença (quando ocorre mudança do estado de bem-estar para o estado de doença) e organizacional (relacionadas ao ambiente, mudanças sociais, políticas, econômicas ou intraorganizacional). As transições também podem apresentar diferentes padrões: simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas (MELEIS *et al.*, 2000).

Meleis *et al.* (2000) percebem as transições como padrões de multiplicidade e complexidade por não serem autônomas, nem mutuamente exclusivas.

Ainda em relação a sua natureza, Meleis *et al.*, (2000) identificaram algumas propriedades como essenciais às experiências de transição, a saber: consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal da transição, eventos e pontos críticos.

A consciencialização está relacionada à percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. É uma característica definidora de transição, cuja ausência de consciencialização significa que o indivíduo pode não ter iniciado a experiência de transição (MELEIS *et al.*, 2000).

O nível de consciencialização influencia no nível de empenhamento, este é definido como o grau de envolvimento da pessoa em seu processo de transição. O indivíduo só pode envolver-se depois consciencializar-se das mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais. São exemplos de empenhamento a procura de informações e a proatividade (MELEIS *et al.*, 2000).

Segundo Meleis *et al.* (2000), todas as transições desencadeiam mudança, porém nem todas mudanças estão relacionadas com a transição. Para compreender a transição é fundamental identificar os efeitos e significados das mudanças, estas devem ser exploradas segundo sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada a eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nas idéias, percepções, identidades, relações e rotinas.

A diferença é outra propriedade da Transição e consistem em: expectativas não atendidas ou divergentes; sentir-se diferente; perceber-se como diferente; ou ver o mundo e os outros de maneira diferente (MELEIS *et al.*, 2000).

As transições são também caracterizadas pelo espaço temporal, ou seja, pelo fluxo ao longo do tempo. Essa propriedade estende-se desde os sinais iniciais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passando por períodos de instabilidade, confusão e stress até a um eventual fim, em que é atingida novamente a estabilidade (MELEIS *et al.*, 2000).

Os eventos críticos ou pontos de viragem estão frequentemente associados com a consciência de mudança ou diferença e com um maior envolvimento na experiência de transição. Estes podem ocorrer, por exemplo, pela necessidade de lidar com as seguintes situações: o nascimento, a morte, a menopausa, o diagnóstico de uma doença crônica (MELEIS *et al.* 2000).

Cada ponto crítico exige do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de maior vulnerabilidade para os indivíduos. Estes encontraram dificuldades para desempenhar o auto-cuidado e o cuidar (MELEIS *et al.* 2000).

Meleis *et al.* (2000) afirmam que para compreender as experiências vivenciadas dos indivíduos durante as transições é necessário conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade, os quais podem facilitar ou dificultar o processo para que o indivíduo alcance uma transição saudável.

Quanto às condições pessoais, abrange: os significados (neutros, positivos ou negativos) atribuídos aos eventos que precipitam a transição; as crenças e atitudes culturais, quando o estigma está ligado a uma transição podem influenciar a expressão de emoções relacionadas com a transição; o status socioeconómico mais baixo está mais vulnerável a sintomas psicológicos e fatos que dificultam a transição; a preparação e o conhecimento prévio facilita a experiência de transição, ao passo que a falta de preparação e de conhecimento é um inibidor, ambos podem ser usados como estratégias para auxiliar na gestão da situação e vivência de uma transição saudável (MELEIS *et al.* 2000).

As condições da comunidade e da sociedade, como a existência de apoio familiar e social, de recursos instrumentais, de representação social e de estereótipos, podem também dificultar ou facilitar a transição (MELEIS *et al.* 2000).

De acordo com Meleis *et al.* (2000), uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, que podem se dar a partir dos indicadores de processos e de resultados. Os indicadores de processo são importantes porque permitem identificar se o indivíduo, que vivencia a transição, encontra-se na direção de saúde e bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e riscos.

Os indicadores de processo compreendem: o sentir-se ligado (a redes sociais de apoio: família/amigos/profissionais de saúde); o interagir (com pessoas na mesma situação, profissionais de saúde, cuidadores) a fim de clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições; o estar situado (no tempo, espaço e relações) é fundamental na maioria das transições e possibilita que a pessoa se desprenda de seu passado e enfrente novos desafios presentes; e o desenvolver confiança e coping, que se manifesta pelo nível de compreensão dos diferentes processos relativos à necessidade de mudança, utilização de recursos e desenvolvimento de estratégias para ganhar confiança e lidar com a situação (MELEIS *et al.* 2000).

Os indicadores de resultado referem-se à maestria (domínio de novas competências) e à integração fluida de identidade (reformulação da identidade, mais fluida e dinâmica). A capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é imprescindível para cumprir a transição com sucesso. Ambos são definidores de um processo de transição saudável (MELEIS *et al.* 2000).

A fim de alcançar um processo de transição saudável, na perspectiva do exercício da enfermagem mais humanizado, científico, compartilhado e holístico, o enfermeiro precisa conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e de sua família, no decorrer do seu ciclo vital, sendo consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade (MELEIS, 2007).

Segundo Meleis *et al.* (2000), as intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição. Devem proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar.

Os enfermeiros que promovem o cuidado transicional valorizam o indivíduo, já que os cuidados dispensados estão associados ao desenvolvimento humano, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal mediante um maior equilíbrio e estabilidade (MELEIS, 2007).

Vale ressaltar que a palavra **motherhood**, utilizada em estudos que desenvolveram a Teoria das Transições de Meleis *et al.* (2000), é de origem inglesa e não há vocábulo equivalente em português. Como Santos (2009) explica:

(...) os tradutores criaram neologismos, que ainda não estão dicionarizados, mas que são empregados por profissionais que lidam com a temática. Por exemplo, nas obras traduzidas para o português de Badinter (1985) e de Chodorow (1990), encontra-se a palavra *maternação*. Em Sayers (1992), *maternalização*; já Winnicott (2006), *maternagem*; enquanto que em Soulé (1987), *maternalidade* (SANTOS, 2009, p.11).

Neste estudo, será utilizada a tradução **Parentalidade**, sabendo que o termo *maternalidade* foi estendido para o termo *parentalidade* pelos psicanalistas Recamier e Lebovici (Silva; Solis-Ponton, 2004).

2.3.2 Conceituando a Parentalidade

A parentalidade é um processo complexo, não somente produto do parentesco biológico ou do que se denomina de função dos pais, mas do processo de tornar-se pai e mãe. O termo teve origem em 1961, com o psicanalista francês Paul-Claude Recamier que definiu *maternalidade* como o “conjunto de processos psicoafetivos que se desenvolvem e se integram na mulher por ocasião da maternidade”.

Recamier acrescentou ainda os termos *paternalidade* e *parentalidade* (SILVA; SOLIS-PONTON, 2004).

Por volta dos anos 1980, o psiquiatra infantil e psicanalista francês Serge Lebovici conceituou *parentalidade* “como o resultado de ser pai ou mãe”. Também destaca a importância da prevenção primária e secundária da parentalidade. De modo que, a primária trata-se de impedir o surgimento de uma patologia e a secundária se faz necessária quando se tem uma finalidade terapêutica na presença de uma patologia (SILVA; SOLIS-PONTON, 2004).

A parentalidade também pode ser compreendida como a habilidade de oferecer cuidado e proporcionar um ambiente que promova um ótimo crescimento e desenvolvimento a qualquer ser humano. Esta perspectiva do cuidado requer um pensamento que, antes de focalizar no sofrimento psíquico do pai e/ou mãe, pense em como ele (a) assume a responsabilidade de ser pai ou mãe frente à doença da criança (SILVA; SOLIS-PONTON, 2004; MOREIRA; ANGELO, 2008).

Segundo Houzel (2004), as funções adquiridas pelos pais e mães são decorrentes do exercício, da experiência e da prática da parentalidade. O exercício da parentalidade refere-se à identificação dos direitos e deveres relacionados aos laços de parentesco; a experiência da parentalidade está relacionada às experiências subjetivas de vir a ser pai ou mãe, compreende o desejo pela criança e o processo de transição para a parentalidade; e, por último, a prática da parentalidade diz respeito aos cuidados físicos e psicológicos que os pais desenvolvem junto dos seus filhos.

A transição para a parentalidade é um processo que se inicia antes mesmo do nascimento do filho, inclui como a mãe e o pai imagina e representa a criança muito antes da concepção, e permanece em constante desenvolvimento podendo levar a diferentes repercussões na vida do homem e da mulher.

O manual técnico do Método Canguru, com intuito de compreender o funcionamento psíquico dos pais (mãe e pai), conceitua a parentalidade e os bebês que povoam as representações maternas e paternas:

- **Parentalidade:** Processo de formação dos sentimentos, das funções e dos comportamentos no desempenho da maternidade e da paternalidade. Tem início anteriormente ao momento da concepção, percorre a gestação e o puerpério e permanece durante toda a vida.

- **Bebê fantasmático:** Trata-se de um bebê arcaico, interior, que acompanha os pais, individualmente, em seu mundo interno, desde sua mais tenra infância. Impregnado e criado por todas as vivências iniciais de cuidados recebidos quando os pais eram crianças pequenas, somadas àquelas oriundas do processo de seu desenvolvimento, é responsável pela representação desse novo bebê, projetos e desejos relacionados a ele, sem que os pais se deem conta desse fenômeno.
- **Bebê imaginário:** Bebê que é criado, imaginado em sonhos, compartilhado e representado internamente no mundo psíquico dos pais já próximo à gestação ou durante a mesma. Também este bebê permanece apenas na vida interna dos pais, sem tornar-se consciente.
- **Bebê imaginado:** Bebê criado pelos pais durante a gestação, a partir de experiências peculiares do bebê intraútero, da imagem do ultrassom e das características do comportamento do bebê, ainda no ventre materno.
- **Bebê real:** O bebê que nasce e que deverá receber todo o investimento materno, paterno e familiar para o seu cuidado e desenvolvimento. Em geral, é muito diferente do bebê fantasmático, do imaginário e do imaginado (BRASIL, 2011, p. 29).

O modo como o casal, a mãe ou o pai, dispensará o cuidado ao seu filho está relacionada com a representação intrínseca que se fez dessa criança (fantasmático, imaginário e imaginado), concomitantemente, com o momento do encontro com o bebê real (BRASIL, 2011).

O nascimento de uma criança diferente do bebê imaginário e imaginado pode afetar o processo da parentalidade. Segundo Kruehl e Lopes (2012) a notícia de um problema congênito do bebê interfere intensamente no processo de parentalização de pais e mães, e que o impacto causado no momento do diagnóstico e pela maneira como este é informado aos pais afeta a vivência da hospitalização e, principalmente, a parentalidade.

3.1 Caracterização do Estudo e o Método Narrativa de Vida

Trata-se de um estudo delineado como descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa.

O estudo descritivo permite ao profissional realizar o delineamento da realidade, uma vez que lhe permite observar, descrever, registrar, analisar e interpretar a natureza atual ou o processo dos fenômenos sem manipulá-los. Além de descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre com a maior precisão possível. A exploração permite analisar a natureza do fenômeno, a forma como se manifesta e como se relaciona com outros fatores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O enfoque qualitativo é dado com o objetivo de conhecer a relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito da pesquisa, fazendo emergir aspectos subjetivos. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente, sendo o processo e seu significado os focos principais de abordagem (MARCONI; LAKATOS, 2010).

O método de pesquisa utilizado foi Narrativa de Vida, com base no referencial metodológico do sociólogo Daniel Bertaux (2010). Trata-se de um estudo de natureza qualitativa que busca conhecer as informações contidas na vida pessoal de um ou de vários informantes por meio da livre dissertação dos participantes sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo entrevistador e assim fornecendo uma riqueza de detalhes sobre o tema.

Anteriormente utilizava-se o termo História de Vida, tradução literal do inglês *life history*. Mas o termo foi substituído por Narrativa de Vida, pois havia o inconveniente de não diferenciar entre a *história vivida* por uma pessoa e a *narrativa* que ela poderia apresentar da sua vida. Dessa forma, existe a Narrativa de Vida desde que haja descrição sob a forma narrativa de um fragmento da experiência vivenciada, ou seja, a história contada por quem a vivenciou. O interessante é que o método permite estudar a ação durante o seu curso (BERTAUX, 2010).

3.2 O Caminho Metodológico

Cenário do Estudo

O estudo foi desenvolvido na Unidade Neonatal e no Alojamento Conjunto (AC) de um Hospital Universitário (HU) localizado no município do Rio de Janeiro, situado

na zona norte, e abrange os bairros do Alto da Boa Vista, Tijuca, Praça da Bandeira, Grajaú e Andaraí, com população aproximada de 360.000 habitantes.

O HU é composto por 14 prédios, sendo que o prédio principal contém 70% de área construída, encontrando-se ao seu redor diversos anexos e edículas. O prédio principal, notadamente projetado para internação, possui doze alas transversais aos corredores principais, sendo quatro por andar. Com o passar do tempo o andar térreo passou a funcionar como ambulatório reunindo inúmeros consultórios.

A Unidade Neonatal dispõe de 6 vagas de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e 6 vagas na unidade intermediária (UI) da maternidade, com 16 leitos destinados ao AC.

Na UTIN a mãe pode acompanhar o filho durante o dia, porém, de acordo com a dinâmica do setor, quando há necessidade de realizar um procedimento invasivo, por exemplo, todos os acompanhantes saem do salão. Contudo, a puérpera que teve o seu filho internado na UTIN permanece internada na Unidade de Alojamento Conjunto aguardando a alta do recém-nascido da UTIN ou por opção da própria pode ir para casa se estiver de alta hospitalar.

Os pais, se indicados pela parturiente, podem participar dos cuidados com o filho na maternidade e podem acompanhar a sua parceira e filho durante o pós-parto imediato como o período que abrange 10 dias após o parto, salvo intercorrências, a critério médico com base na Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

A escolha deste cenário deve-se ao fato deste ser referência do município para gestantes e recém-nascidos de alto risco, com grande demanda de clientela. Além disso, o HU funciona como um campo de ensino e aplicação prática para os profissionais da área da saúde relacionada à assistência materno-infantil.

Autorização da Pesquisa

O projeto de mestrado primeiramente foi encaminhado e autorizado pelo chefe do serviço de pediatria do HU para a pesquisa com mães e pais que vivenciam a experiência de ter um filho com diagnóstico de sífilis congênita. Em seguida, foi submetido pela Plataforma Brasil ao Comitê de Ética (CEP) em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), atendendo a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentares de Pesquisa em Seres Humanos.

O projeto foi aprovado sem ressalvas, Parecer nº 804.997/2014, do CEP-UNIRIO (ANEXO).

Após a primeira abordagem e aceite em participar da entrevista, foi apresentado e lido em conjunto com as mulheres e homens entrevistados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) ou Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2) para os menores de 18 anos, com autorização dos responsáveis (APÊNDICE 3). Foi garantindo o sigilo e anonimato, e só após a assinatura foram iniciadas as entrevistas que foram gravadas em meio digital (MP3) para assegurar o registro.

Produção dos Dados

O instrumento de coleta de dados teve duas partes: a primeira consta de um questionário no qual foram coletados os dados quantitativos, através de perguntas fechadas, com intuito de traçar um perfil dos pesquisados quanto aos aspectos sociodemográficos dos pais, obstétricos maternos e dados da participação paterna nas consultas de pré-natal; a segunda refere-se à entrevista propriamente dita, que teve como pergunta norteadora: — Fale o que você considera importante a respeito da sua vida que tenha relação com a sua experiência como mãe (pai) durante a hospitalização de seu filho por sífilis congênita (APÊNDICE 4).

A entrevista aberta deve ter uma escuta atenta de forma a encorajar os entrevistados a contarem as suas vidas. O pesquisador na entrevista narrativa pede ao sujeito que lhe conte toda ou uma parte de sua experiência vivida e a partir de sua fala, o entrevistador elabora questões ou faz comentários para que se desenvolva determinado ponto de interesse da pesquisa (BERTAUX, 2010).

Também foi utilizado um formulário para a coleta documental no prontuário do bebê, referente aos dados do nascimento, da situação do recém-nascido em sala de parto e das características da internação do recém-nascido na unidade de cuidado (APÊNDICE 5).

O período de produção de dados ocorreu após a aprovação do CEP-UNIRIO em setembro de 2014 e foi finalizado em maio de 2015. A etapa de campo foi concomitante ao estágio docência do mestrado, quando supervisionava os acadêmicos de Enfermagem em Atividades Práticas no Hospital Universitário, que aconteciam três vezes na semana, das 07:00 às 13:00 horas e possibilitou a

ambientação com a rotina do serviço de saúde, os impressos, os prontuários e especialmente com as mães e pais dos recém-nascidos hospitalizados por dez dias, no mínimo, para tratamento da sífilis congênita.

Com os alunos no alojamento conjunto, prestávamos assistência nos cuidados de enfermagem mediatos e imediatos aos recém-nascidos. Durante esse atendimento me apresentava às mães e aos pais, acompanhava às visitas aos filhos internados na UTIN, estabelecia um vínculo enfermeira-paciente e após convidava-os para participar da pesquisa.

As entrevistas foram feitas separadamente com a mãe e após com o pai, em sala fechada, em condições ideais para registro do som e sem atrapalhar o atendimento a criança e a puérpera. Porém, de qualquer modo, se houvesse necessidade, eles sabiam que poderiam interromper no desejado momento.

Todas as mães concordaram em ser entrevistadas, totalizando em treze. Todavia, apenas quatro pais foram entrevistados. Quando se perguntou da ausência do pai da criança as justificativas foram as seguintes: 5 mulheres relataram que o companheiro estavam trabalhando e não podiam comparecer na maternidade; 3 falaram que teriam rompido o relacionamento, sendo uma após o diagnóstico de sífilis gestacional e duas por violência doméstica; e 1 mãe-adolescente informou que o companheiro visitava a criança esporadicamente.

Ao avaliar o meu desempenho como entrevistadora, percebo que, nas primeiras entrevistas houve algum nervosismo antes de iniciar a pesquisa. Percebi que com os pais das crianças as entrevistas tiveram uma menor duração e me frustrei esperando que pudessem falar mais das suas experiências vivenciadas, por outro lado entrevistando as mães percebi o meu amadurecimento como pesquisadora, pois as depoentes compartilharam aspectos íntimos de suas vidas, relatos de sofrimento, frustração e também de prazer e alegria.

Após a realização de 14 entrevistas, atingiu-se o critério do ponto de saturação das narrativas, encerrando a etapa de coleta de dados. A saturação é um fenômeno que ocorre a partir da transcrição de certo número de entrevistas, quando a coleta de novos dados por meio de novas entrevistas acrescentaria em nada ou poucos elementos para discussão, ou seja, começam a escassear novos temas referentes ao objeto de estudo (FONTANELLA *et al.*, 2011). Após o ponto de saturação foram

realizadas mais três entrevistas para certificar-se de que não surgiu nenhuma unidade temática pertinente ao estudo.

Foram realizadas 17 entrevistas, que totalizaram 273 minutos de gravação e 97 folhas de transcrição, digitadas em espaçamento 1.5 para facilitar posteriormente as marcações no texto. A duração das entrevistas variou de 6 a 37 minutos.

Os Participantes

Foram entrevistados 13 mães e 4 pais que tiveram filhos recém-nascidos hospitalizados em unidade neonatal ou alojamento conjunto por sífilis congênita.

Para facilitar a compreensão do leitor, foram distribuídos em quadros os dados de identificação dos participantes desta pesquisa: historiograma, dados sócio-demográficos, obstétricos e do pré-natal das mães, da participação paterna nas consultas de pré-natal e de tratamento da sífilis. Bem como, a identificação dos seus filhos, os diagnósticos e as terapêuticas, informações colhidas nos 13 prontuários dos neonatos.

Foi realizada a identificação dos participantes da seguinte forma: A letra “M” representa as Mães participantes do estudo, e a letra “P” os pais. Os entrevistados também foram classificados de acordo com a numeração do recém-nascido (RN) hospitalizado por sífilis congênita, e correlacionado em função da ordem de admissão no estudo. Assim, para exemplificar, M2 e P2 são a mãe e o pai do RN2, segundo recém-nascido a entrar no estudo.

Quadro 2: HISTORIOGRAMA

Participantes	Breves Narrativas de Vidas
M1	23 anos. Participante soropositiva de HIV por transmissão vertical. Fez corretamente o acompanhamento do pré-natal, porém só descobriu a sífilis durante a admissão na maternidade. Durante a entrevista manteve-se introspectiva, desconfortável ao falar da sífilis e entusiasmada ao falar da experiência vivenciada da maternidade.
M2	16 anos. Adolescente possui dois filhos de gravidez não planejada. O filho atual é de outro parceiro, com quem reside. Parou os estudos e ocupa-se com as atividades domésticas. Descobriu a sífilis no pré-natal, fez o tratamento correto na gravidez, mas o parceiro não se tratou. Mostrou-se bastante colaborativa com a entrevista, temerosa com o diagnóstico de sífilis congênita da criança e preconceito da família e amigos quanto à doença.
P2	24 anos. Pai de três filhos, apenas um portador de sífilis congênita. Apresentou conhecimento rudimentar sobre a sífilis e sífilis congênita. Não realizou tratamento correto para sífilis. Bastante participativo nos cuidados com o filho e parceira. Possui pouco nível de instrução e apresentou dificuldade em se expressar durante a entrevista e agradeceu bastante pela assistência de enfermagem prestada ao seu filho.
M3	20 anos. Mãe de dois filhos. Alega que apresentou feridas na genitália desde a primeira gestação há seis anos, mas não confirmou o diagnóstico de sífilis em gestação anterior. Descobriu a sífilis durante o pré-natal, possui dificuldade em negociar o uso de preservativo com parceiro. Fez o tratamento para sífilis na gestação, mas o parceiro não se tratou. Em entrevista alega não ter tido relação sexual após cinco meses de gestação por opção do parceiro.
P3	33 anos. Possui três filhos, apenas um portador de sífilis congênita, filho do relacionamento atual. Durante entrevista falou pouco, negou a sífilis e sífilis congênita do filho, não participou das consultas de pré-natal, não fez exames para diagnosticar a doença e não fez o tratamento.
M4	17 anos. Adolescente possui um filho de gravidez não planejada. Terminou o relacionamento com o pai da criança ao descobrir o diagnóstico de sífilis na gravidez, fez o tratamento para sífilis e manteve-se sem parceiros sexuais. Manteve-se introspectiva durante entrevista.

Continuação	
M5	17 anos. Adolescente narrou a sua história de vida com detalhes, vítima de violência doméstica e cárcere privado durante maior parte da gravidez. Fugiu do cárcere e recebeu o apoio de tios, iniciou o pré-natal com 34 semanas, quando descobriu a sífilis e iniciou o tratamento que foi interrompido com o nascimento do seu filho. Filho nasceu em estado grave com sífilis congênita, necessitando de cuidados intensivos.
M6	33 anos. Possui um filho de gravidez planejada. Descobriu a sífilis no pré-natal, fez o tratamento correto, mas o parceiro não se tratou. Mostrou-se bastante preocupada com o prognóstico da criança que nasceu com complicações, necessitando de cuidados intensivos.
P6	33 anos. Possui dois filhos, apenas um com sífilis congênita. Participou de três consultas do pré-natal, mas não tratou a sífilis. Participou dos cuidados com filho hospitalizado e demonstrava apoio a sua parceira. Durante entrevista mostrou conhecimento rudimentar sobre a sífilis e sífilis congênita e falou, principalmente, das complicações do nascimento do filho.
M7	32 anos. Possui quatro filhos, um filho com sífilis congênita de outro parceiro, com quem reside há três anos. A gravidez foi planejada. Já tinha feito tratamento para sífilis antes da gestação, mas durante o pré-natal novamente acusou a sífilis em seus exames de rotina. Fez o tratamento duas vezes para a sífilis na gravidez, afirma ter mantido relações sexuais com o uso de preservativo, mas o parceiro não se tratou. Manteve-se extrovertida durante a entrevista, contou detalhes de sua narrativa de vida e sobre a hospitalização do seu filho por sífilis congênita.
M8	27 anos. Possui quatro filhos, apenas um com sífilis congênita. Em seu depoimento revelou ser usuária de drogas, fazendo uso das mesmas durante toda a gravidez. Descobriu a sífilis nas consultas de pré-natal e tratou a doença, mas não utilizou preservativo durante as relações sexuais e o seu parceiro fez o tratamento incorreto por orientação do profissional de saúde que assistiu o pré-natal. Mostrou-se preocupada com o prognóstico do filho.
M9	29 anos. Possui três filhos, apenas um com sífilis congênita. Encontrava-se bastante ansiosa por informação sobre a sífilis congênita e prestou a entrevista com clareza e revelando aspectos íntimos de sua narrativa de vida. No início da gravidez teve rejeição do filho, foi vítima de violência doméstica e cárcere privado durante a gravidez. Fugiu com seus outros filhos para um abrigo de violência contra a mulher, quando iniciou o pré-natal com 17 semanas, descobriu a sífilis e fez o tratamento da doença.

Continuação	
M10	18 anos. Adolescente engravidou de forma não planejada, participou apenas de três consultas de pré-natal por medo de receber injeção. Descobriu a sífilis na maternidade e sente-se bastante culpada com a hospitalização do filho por sífilis congênita.
M11	30 anos. Possui cinco filhos, apenas um portador de sífilis congênita. Inicialmente apresentou resistência para participar do estudo, contudo ao iniciar a entrevista sentiu-se confortável para narrar sua história de vida. Descobriu a sífilis no pré-natal, fez o tratamento da doença, mas manteve relações sexuais sem preservativo e o parceiro não realizou o tratamento. Pareceu ser uma mãe superprotetora, preocupada com os filhos que ficaram em casa e ficava apreensiva quando a equipe de saúde se aproximava do seu bebê.
M12	24 anos. Possui dois filhos com hospitalização por sífilis congênita. Descobriu a sífilis e ser soropositiva ao HIV durante a primeira gestação. Durante o pré-natal do filho atual novamente foi diagnosticada com sífilis, porém aguardava realizar um exame específico para afastar cicatriz sorológica da sífilis, mas não conseguiu realizá-lo. Parceiro não foi tratado. Foi hospitalizada por descolamento prematuro da placenta e infecção do trato urinário com 31 semanas de gestação. Teve filho atual pré-termo, exposto ao HIV e hospitalizado por sífilis congênita.
M13	22 anos. Possui um filho, gravidez não planejada. Descobriu a sífilis no pré-natal e fez o tratamento duas vezes, contudo na primeira vez teve relações sem o uso de preservativos. Parceiro tratado nas duas vezes. Durante toda entrevista foi colaborativa e sentiu-se confortável ao falar de sua história de vida, mostrou bastante preocupada em esconder o diagnóstico de sífilis congênita da sua família.
P13	29 anos. Possui um filho, gravidez não planejada. Descobriu e tratou a sífilis antes de sua parceira engravidar. Participou de nove consultas ou mais do pré-natal. Repetiu por mais duas vezes o tratamento da sífilis durante a gravidez de sua parceira. Foi colaborativo durante a entrevista e participava dos cuidados com o filho durante a hospitalização por sífilis congênita.

Fonte: Narrativas de Vida de Mães e Pais participantes do estudo.

Quadro 3: Caracterização das mulheres e homens entrevistados quanto aos dados sócio-demográficos.

Participante	Idade (anos)	Procedência (Bairro/RJ)	Escolaridade	Profissão	Trabalho*	Etnia	Renda Familiar	Situação Conjugal	Tempo/ União estável	Nº filho
M1	23	Piabetá	Médio Incompleto	Promotora de posto de gasolina	Sim	Parda	2 salários mín.	União estável	< 1 ano	1
M2	16	Grajaú	Médio Incompleto	Do lar	Não se aplica	Parda	1 salário mín.	União estável	1 ano	2
P2	24	Grajaú	Fundamental Incompleto	Entregador	Sim	Negra	1 salário mín.	União estável	1 ano	3
M3	20	Tijuca	Fundamental Incompleto	Do lar	Não se aplica	Parda	1 salário mín.	União estável	< 1 ano	2
P3	33	Tijuca	Fundamental Incompleto	Pintor	Sim	Negra	1 salário mín.	União estável	< 1 ano	3
M4	17	Andaraí	Fundamental completo	Do Lar	Não se aplica	Negra	3 salários mín.	Solteira	Não se aplica	1
M5	17	Intanhagá	Fundamental Incompleto	Do Lar	Não se aplica	Parda	2 salários min.	Solteira	Não se aplica	1
M6	33	Tijuca	Fundamental completo	Operadora de Caixa	Sim	Branca	3 salários mín.	União estável	2 anos	1
P6	33	Tijuca	Fundamental incompleto	Vigilante	Sim	Branca	3 salários mín.	União Estável	2 anos	2

Continuação										
Participante	Idade (anos)	Procedência (Bairro/RJ)	Escolaridade	Profissão	Trabalho*	Etnia	Renda Familiar	Situação Conjugal	Tempo/ União estável	Nº filho
M7	32	Rio Comprido	Médio completo	Operadora de Caixa	Sim	Negra	2 salários mín.	União Estável	3 anos	4
M8	27	Tijuca	Fundamental incompleto	Do lar	Não se aplica	Branca	10 salários mín.	União Estável	2 anos	4
M9	29	Abrigo	Médio completo	Educadora de creche	Não	Branca	Não tem renda	Solteira	Não se aplica	3
M10	18	Andaraí	Fundamental incompleto	Babá	Não	Negra	1 e 1/2 salário mín.	Solteira	Não se aplica	1
M11	30	Vila Isabel	Fundamental incompleto	Do Lar	Não se aplica	Negra	2 e 1/2 salários mín.	União Estável	12 anos	5
M12	24	Pavuna	Médio incompleto	Do Lar	Não se aplica	Parda	2 salários mín.	União Estável	4 anos	2
M13	22	Tijuca	Médio completo	Operadora de Telemarketing	Sim	Branca	4 salários mín.	Solteira	Não se aplica	1
P13	29	Barra da Tijuca	Superior incompleto	Microempreendedor	Sim	Branca	10 salários mín.	Solteiro	Não se aplica	1

Fonte: Entrevista das mulheres e homens participantes do estudo.*Considerou-se para trabalho as seguintes opções: sim (trabalha no momento com carteira assinada ou autônoma); não (à época da entrevista não estava trabalhando); e não se aplica (a entrevistada nunca teve atividade remunerada, referiu ser estudante ou do lar).

Quadro 4: Caracterização das mulheres quanto aos dados obstétricos, do pré-natal e tratamento da sífilis no período gestacional.

Entrevistada	N ^a consultas	G ₃	A ₄	P ₅	História anterior de Sífilis	Nºfilhos com Sífilis congênita	Tratamento para a sífilis (Esquema)	Parceiro Tratado	VRDL ⁹ (Titulação) pós-tratamento	Tratamento reiniciado (Esquema)	VRDL (Titulação) Maternidade
M1	7	1	0	1	Não	1	Não realizou	Não	Não se aplica	Não se aplica	1:16
M2	10	2	0	2	Não	1	P.Benzatina ⁷ 3 doses	Não	1:8	Não realizou	1:2
M3	9	2	0	2	Sim	2 ⁶	P.Benzatina 3 doses	Não	1:8	Não realizou	1:4
M4	7	1	0	1	Não	1	P.Benzatina 3 doses	Não ⁸	1:2	P.Benzatina 3 doses	1:2
M5	2 ¹	2	1	1	Não	1	P.Benzatina 1 dose	Não ⁸	Não realizou	Não realizou	1:32
M6	7	1	0	1	Não	1	P.Benzatina 3 doses	Não	1:16	Não realizou	1:8
M7	8	4	0	4	Sim	1	P.Benzatina 3 doses	Não	1:4	P.Benzatina 3 doses	1:1
M8	6	5	1	4	Não	1	P.Benzatina 3 doses	Não	1:64	P.Benzatina 2 doses	1:16
M9	14 ²	5	2	3	Não	1	P.Benzatina 3doses	Não ⁸	1:4	Não realizou	1:4
M10	3	1	0	1	Não	1	Não realizou	Não	Não se aplica	Não realizou	1:32
M11	8	5	0	5	Não	1	P.Benzatina 3doses	Não	Não realizou	Não realizou	1:8
M12	5	2	0	2	Sim	2	P.Benzatina 1 dose	Não	Não realizou	Não realizou	1:1
M13	9	1	0	1	Não	1	P.Benzatina 3 doses	Sim	1:8	P.Benzatina 3 doses	1:16

Fonte: Entrevista e 13 prontuários das mulheres participantes do estudo.

Legenda: ¹ Iniciou o pré-natal com 34 semanas. ² Iniciou o pré-natal com 17 semanas.

³Número de Gestações. ⁴Número de Abortos. ⁵Número de Partos.

⁶M13 informou que teve sintomas da sífilis em gestação anterior, filho não fez o teste de VDRL. O prontuário confirma história de sífilis em gravidez anterior.

⁷PenicilinaBenzatina – cada dose corresponde a 2.400.000 UI (administrada 1.200.000 UI em cada glúteo).

⁸Rompeu o relacionamento antes de iniciar o tratamento e afirma não ter parceiro sexual.

⁹VDRL - Venereal Disease Research Laboratory.

Quadro 5: Caracterização dos homens quanto a participação em consultas de pré-natal e tratamento para a sífilis no período gestacional.

Entrevistado	História anterior de Sífilis	Nºfilhos com Sífilis congênita	Nº consultas que participou	Tratamento para a sífilis	Esquema	VDRL ³ (Titulação)
P2	Não	1	3	Sim	P. Benzatina ² 2 doses	Não realizou
P3	Não	1	Nenhuma	Não	Não se aplica	Não realizou
P6	Não	1	3	Sim	P. Benzatina ² 1 dose	Não realizou
P13	Sim ¹	1	6	Sim	P. Benzatina ² 6 doses	Negativo ⁴

Fonte: Entrevista dos 4 homens participantes do estudo.

Legenda:

¹ Fez tratamento para sífilis antes da gravidez da parceira atual.

² Penicilina Benzatina – cada dose corresponde a 2.400.000 UI (administrada 1.200.000 UI em cada glúteo).

³ VDRL - Venereal Disease Research Laboratory.

⁴ Resultado Negativo do VDRL e resultado do FTabs: IgM- não reagente e IgG- reagente (13/04/2015) após o tratamento com Penicilina Benzatina (09/03/2015).

Quadro 6: Caracterização dos recém-nascidos portadores de sífilis congênita nascidos em um Hospital Universitário do Rio de Janeiro.

Recém-nascido	Idade Gestacional	Peso (Kg)	Apgar 1º/5ºmin	Sexo	Tipo de parto	Unidade de internação
RN1	37	2.385	9/9	F	Cesáreo	Alojamento Conjunto
RN2	36s3d ¹	2.800	9/10	F	Vaginal	Alojamento Conjunto
RN3	42s1d	3.660	9/9	M	Vaginal	Alojamento Conjunto
RN4	39s2d	2.760	7/9	M	Cesáreo	Alojamento Conjunto
RN5	35s1d	1.825	4/7	F	Cesáreo	UTIN ²
RN6	41s1d	2.642	1/7	M	Cesáreo	UTIN
RN7	40s1d	4.170	9/10	F	Vaginal	Alojamento conjunto
RN8	38s6d	3.055	9/9	M	Cesáreo	Alojamento conjunto
RN9	41s1d	3.685	9/9	M	Vaginal	Alojamento conjunto
RN10	38s1d	2.585	9/9	M	Vaginal	Alojamento conjunto
RN11	42s	3.125	9/10	F	Vaginal	Alojamento conjunto
RN12	33s4d	2.280	9/9	M	Cesáreo	Alojamento conjunto
RN13	39s1d	2.645	9/9	M	Cesáreo	Alojamento conjunto

Fonte: Prontuários dos 13 filhos das mulheres e homens participantes do estudo.

Legenda:

¹ s- semanas e d – dias.

²UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Quadro 7: Diagnóstico e terapêuticas durante a hospitalização do Filho por sífilis congênita.

Recém-nascido	VDRL ¹ Titulação	Diagnósticos e Terapêuticas
RN1	1:4	Filho de mãe com HIV ² ; baixo peso; pele ressecada. <i>Terapêutica:</i> AZT ³ , Neverapina, Penicilina Cristalina.
RN2	1:1	Pré-termo; icterícia; hiperbilirrubinemia. <i>Terapêutica:</i> fototerapia dupla por 5 dias, Penicilina Cristalina.
RN3	1:2	Pós-termo; pele ressecada. <i>Terapêutica:</i> Penicilina Cristalina.
RN4	1:2	Cianose Central. <i>Terapêutica:</i> Cateter nasal à 5l/min O ₂ ; Penicilina Cristalina.
RN5	1:16	Pré-termo; baixo peso; hipotônia; cianose; bradicardia; hipotermia; lesão cutâneo-mucosa em pé direito. <i>Terapêutica:</i> 2 ciclos de VPP ⁴ e 1 massagem cardíaca; incubadora aquecida; flash de glicose 10%; CPAP ⁵ nasal, HV ⁶ , Gentamicina, ampicilina (1 dia), Penicilina Cristalina.
RN6	1:8	Síndrome da aspiração Meconial; Asfixia aguda; PIG ⁷ ; descamação da pele; hipotermia. <i>Terapêutica:</i> Aspiração de Vias aéreas superiores, ventilação por Entubação Orotraqueal por horas, massagem cardíaca, incubadora aquecida, oxihood FiO ₂ 30% por 5 horas; Penicilina Cristalina.
RN7	1:2	Discreto espessamento cortical de ossos longos; mínimas áreas de alterações ósseas nas extremidades proximais dos fêmures. <i>Terapêutica:</i> Penicilina Cristalina.
RN8	1:2	Filho de mãe e pai usuários de drogas. <i>Terapêutica:</i> Penicilina Cristalina.
RN9	1:1	Sem alterações. <i>Terapêutica:</i> Penicilina Cristalina.
RN10	1:64	PIG, Síndrome da Aspiração Meconial, taquipnéia, hepatoesplenomegalia, restrição do crescimento intrauterino, periostite em fêmur esquerdo, anemia acentuada, hipoatividade intermitente, testículo esquerdo retrátil. <i>Terapêutica:</i> Aspiração de vias aéreas superiores, Penicilina Cristalina, Gentamicina.
RN11	1:2	Pele ressecada e sulcos da pele profundos, icterícia. <i>Terapêutica:</i> Fototerapia com proteção ocular, Penicilina Cristalina.
RN12	1:2	Prematuro Moderado, Filho de mãe HIV positivo e Herpes Zoster, classificado com de risco pelo teste da orelhinha. <i>Terapêutica:</i> AZT, Neverapina, NAN 1, Imunoglobulina contra varicela-zoster, Penicilina Cristalina.
RN13	1:4	Crescimento Intrauterino Restrito, Bradicardia fetal. <i>Terapêutica:</i> Penicilina Cristalina, NAN1 por 3 dias.

Fonte: Prontuários dos 13 filhos das mulheres e homens participantes do estudo.

Legenda:

¹ VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

²HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

³AZT – Zidovudina

⁴VPP – Ventilação com Pressão Positiva

⁵CPAP - Continuous Positive Airway Pressure

⁶HV – Hidratação venosa

⁷PIG – Pequeno para Idade Gestacional

Vale ressaltar que todos os recém-nascidos receberam para tratamento da Sífilis Congênita a penicilina cristalina, por via endovenosa, duas doses por dia (12/12horas) durante a primeira semana e 3 doses por dia (8/8horas) na segunda semana em diante. A duração deste tratamento foi de dez dias, seguindo o protocolo de tratamento para a Sífilis Congênita do Ministério de Saúde (BRASIL, 2011).

Análise dos Depoimentos

A análise de uma Narrativa de Vida faz-se principalmente pela comparação entre as narrativas. Trata-se de um modo de análise que visa tornar claras as informações e significação de um discurso narrativo para posteriormente estabelecer relação com outros discursos pela análise comparativa (BERTAUX, 2010).

Ressalta-se que um discurso narrativo é aquele que se detém em contar uma história real, ao mesmo tempo em que é improvisado durante uma relação dialógica com o entrevistador, o qual conduziu a entrevista para que os depoentes descrevessem experiências pertinentes ao seu objeto de estudo (BERTAUX, 2010).

Antes de iniciar a análise propriamente dita das narrativas do presente estudo, seguiram-se algumas etapas. Primeiramente, foram gravadas as entrevistas com um gravador que forneceu os áudios em mp4. Em seguida, realizou-se a transcrição das gravações, possibilitando ajustes na trajetória do estudo e um crescimento pessoal para os pesquisadores (SANTOS; SANTOS, 2008).

Segundo Daniel Bertaux (2010), faz-se necessária também a retranscrição integral das primeiras três ou quatro entrevistas, pois permite ao pesquisador apreender mais sobre a sua pesquisa e objeto de estudo, como também expõe as lacunas no roteiro da entrevista e falhas do pesquisador. A retranscrição não se limita as palavras do depoente, mas atenta para a linguagem não-verbal (gestos, expressões faciais, entonação da voz e o não dito (um silêncio, um tempo para refletir e expor pensamentos íntimos).

Após essas etapas fez-se uma leitura flutuante para conhecer o texto e ressaltar os pontos mais importantes da entrevista. Lembrando que as informações e significados não aparecem somente com uma única leitura, sendo necessárias leituras sucessivas. Cada leitura revela novos conteúdos semânticos (BERTAUX, 2005).

Para analisar as narrativas, foi utilizada a análise temática. Entende-se tema como a unidade de significação que emerge naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. Desse modo, análise temática busca evidenciar os núcleos de sentido integrantes de uma comunicação, cuja presença ou frequência traga significado ao objeto analítico usado (BARDIN, 2009).

Inicialmente para organizar o material retranscrito foram numeradas as linhas de cada narrativa. Durante a leitura flutuante foram grifadas as linhas que tinham informações que chamavam atenção no depoimento e anotadas as minhas impressões do tema. Após a leitura subsequente foi dado um título para cada informação relevante, e observados os títulos semelhantes presentes nas outras narrativas. Para finalizar a codificação dos dados, foi elaborada uma tabela com as unidades temáticas que surgiram, correlacionando com as linhas numeradas em que elas apareceram nas falas dos depoentes. Portanto da etapa de **CODIFICAÇÃO** emergiram 58 UNIDADES TEMÁTICAS.

Unidades temáticas

- ✓ Gravidez esperada
- ✓ Não aceitação da gravidez
- ✓ Indiferença dos profissionais de saúde quanto ao tratamento da sífilis e prevenção da sífilis congênita
- ✓ Orientação/Conduta incorreta dos profissionais de saúde no tratamento da sífilis e prevenção da sífilis congênita
- ✓ Incredibilidade na assistência recebida no pré-natal
- ✓ Não adesão às consultas de pré-natal
- ✓ Diagnóstico de sífilis em gestação anterior
- ✓ Diagnóstico de sífilis antes da gestação atual
- ✓ Diagnóstico de sífilis durante o pré-natal
- ✓ Diagnóstico de sífilis na admissão na maternidade
- ✓ A notícia do diagnóstico de sífilis/ Surpresa do diagnóstico
- ✓ Intenções de prevenir a SC
- ✓ Medidas de prevenção

- ✓ Orientação recebida pelos profissionais de saúde para prevenção da reinfecção da sífilis.
- ✓ Adesão (parcial/total) ao tratamento da Sífilis
- ✓ Não adesão ao tratamento de sífilis
- ✓ Trabalho como justificativa para não adesão ao tratamento
- ✓ A quem se atribuiu a responsabilidade da transmissão da sífilis para a gestante
- ✓ Negação da sífilis e/ou sífilis congênita
- ✓ Conhecimento rudimentar da sífilis
- ✓ Conhecimento rudimentar da sífilis congênita
- ✓ Falta de informação recebida sobre a sífilis e sífilis congênita
- ✓ Histórico de sífilis na família
- ✓ Relacionamentos anteriores com outros parceiros
- ✓ Satisfação com o relacionamento conjugal atual
- ✓ Privação de relação sexual na gravidez
- ✓ Relacionamento rompido
- ✓ Violência contra a mulher
- ✓ Arrependimento de ter rompido o relacionamento
- ✓ Descuido com a própria saúde
- ✓ Associação da sífilis com o vírus do HIV/AIDS
- ✓ HIV/AIDS
- ✓ Associação da sífilis com a Infecção Urinária
- ✓ Uso de drogas ilícitas na gestação
- ✓ Relação do gênero com a sífilis
- ✓ Notícia que a sífilis podia ser transmitida ao bebê recebida no pré-natal
- ✓ Notícia que a sífilis podia ser transmitida ao bebê recebida na maternidade
- ✓ Preocupação de transmitir a sífilis para o bebê
- ✓ Importância da família
- ✓ Apoio recebido da família
- ✓ Cuidado com a família (parceiros/filhos)
- ✓ Cuidado com o filho hospitalizado por sífilis congênita
- ✓ Preocupação com os outros filhos
- ✓ Medo de não se curar da sífilis

- ✓ Medo que o bebê nascesse com problemas
- ✓ Medo do preconceito das pessoas em relação à sífilis
- ✓ Preocupação com a saúde do RN e prognóstico
- ✓ Complicações no nascimento do RN
- ✓ Enfrentamento da SC
- ✓ Experiência vivenciada da Paternidade/Maternidade
- ✓ Experiência vivenciada como pai/mãe durante a hospitalização do filho
- ✓ Envolvimento com a maternidade no cuidado com o RN
- ✓ Assistência recebida na maternidade
- ✓ Diagnóstico de SC
- ✓ Tratamento da SC
- ✓ Acompanhamento do RN com SC
- ✓ Culpa pela Transmissão da sífilis para o bebê
- ✓ Associação da sífilis com a amamentação

Após a codificação, realizaram-se sucessivas leituras buscando a possibilidade de descobrir novos temas e para construir agrupamento das unidades por afinidade temática. A partir deste movimento chegou-se a seis agrupamentos, denominando esta etapa como **RECODIFICAÇÃO**.

Agrupamentos

Primeiro Agrupamento: Assistência no Pré-natal/ Diagnóstico de Sífilis/ Tratamento da Sífilis e Prevenção da Sífilis Congênita/ Percepção do Indivíduo em relação à saúde e doença.

- ✓ Indiferença dos profissionais de saúde quanto ao tratamento da sífilis e prevenção da sífilis congênita
- ✓ Orientação/Conduta incorreta dos profissionais de saúde no tratamento da sífilis e prevenção da sífilis congênita
- ✓ Incredibilidade na assistência recebida no pré-natal
- ✓ Não adesão às consultas de pré-natal
- ✓ Diagnóstico de sífilis em gestação anterior
- ✓ Diagnóstico de sífilis antes da gestação atual
- ✓ Diagnóstico de sífilis durante o pré-natal

- ✓ Diagnóstico de sífilis na admissão na maternidade
- ✓ A notícia do diagnóstico de sífilis/ Surpresa do diagnóstico
- ✓ Intenções de prevenir a SC
- ✓ Medidas de prevenção
- ✓ Orientação recebida pelos profissionais de saúde para prevenção da reinfecção da sífilis.
- ✓ Adesão (parcial/total) ao tratamento da Sífilis
- ✓ Não adesão ao tratamento de sífilis
- ✓ Trabalho como desculpa para não adesão ao tratamento
- ✓ A quem se atribuiu a responsabilidade da transmissão da sífilis para a gestante
- ✓ Negação da sífilis e/ou sífilis congênita
- ✓ Conhecimento rudimentar da sífilis
- ✓ Falta de informação recebida sobre a sífilis e sífilis congênita
- ✓ Histórico de sífilis na família
- ✓ Descuido com a própria saúde
- ✓ Associação da sífilis com o vírus do HIV/AIDS
- ✓ Relação do gênero com a sífilis
- ✓ Notícia que a sífilis podia ser transmitida ao bebê recebida no pré-natal
- ✓ Notícia que a sífilis podia ser transmitida ao bebê recebida na maternidade
- ✓ Preocupação de transmitir a sífilis para o bebê
- ✓ Medo de não se curar da sífilis

Segundo Agrupamento: Sexualidade do indivíduo/ Relacionamento Conjugal

- ✓ Relacionamento anterior com outro(s) parceiro(s)
- ✓ Privação de relação sexual na gravidez
- ✓ Relacionamento rompido
- ✓ Arrependimento de ter rompido o relacionamento

Terceiro Agrupamento: Questões sociais e de saúde associadas à sífilis

- ✓ Violência contra a mulher
- ✓ HIV/AIDS
- ✓ Infecção Urinária
- ✓ Uso de drogas ilícitas na gestação

Quarto Agrupamento: Descobrir-se mãe/pai de um recém-nascido com Sífilis Congênita/ Tratamento da Sífilis Congênita

- ✓ Culpa pela Transmissão da sífilis para o bebê
- ✓ Medo que o bebê nascesse com problemas
- ✓ Medo do preconceito das pessoas em relação à sífilis congênita
- ✓ Conhecimento rudimentar da sífilis congênita
- ✓ Preocupação com a saúde do recém-nascido e prognóstico
- ✓ Complicações no nascimento do recém-nascido
- ✓ Diagnóstico de SC
- ✓ Tratamento da SC

Quinto Agrupamento: A experiência vivenciada da Parentalidade/ Ajustamento Parental ao evento da hospitalização do Recém-nascido por Sífilis Congênita /Família

- ✓ Gravidez esperada
- ✓ Não aceitação da gravidez
- ✓ Experiência vivenciada da Maternidade/Paternidade
- ✓ Experiência vivenciada como mãe/pai durante a hospitalização do filho
- ✓ Enfrentamento da Sífilis Congênita
- ✓ Acompanhamento do RN com SC
- ✓ Cuidado com o filho hospitalizado por sífilis congênita
- ✓ Associação da sífilis com a amamentação
- ✓ Importância da família
- ✓ Satisfação com o relacionamento conjugal atual
- ✓ Apoio recebido da família
- ✓ Cuidado com a família (parceiro e filhos)
- ✓ Preocupação com os outros filhos

Sexto Agrupamento: A enfermagem, os profissionais de saúde e a instituição hospitalar como facilitadores da parentalidade.

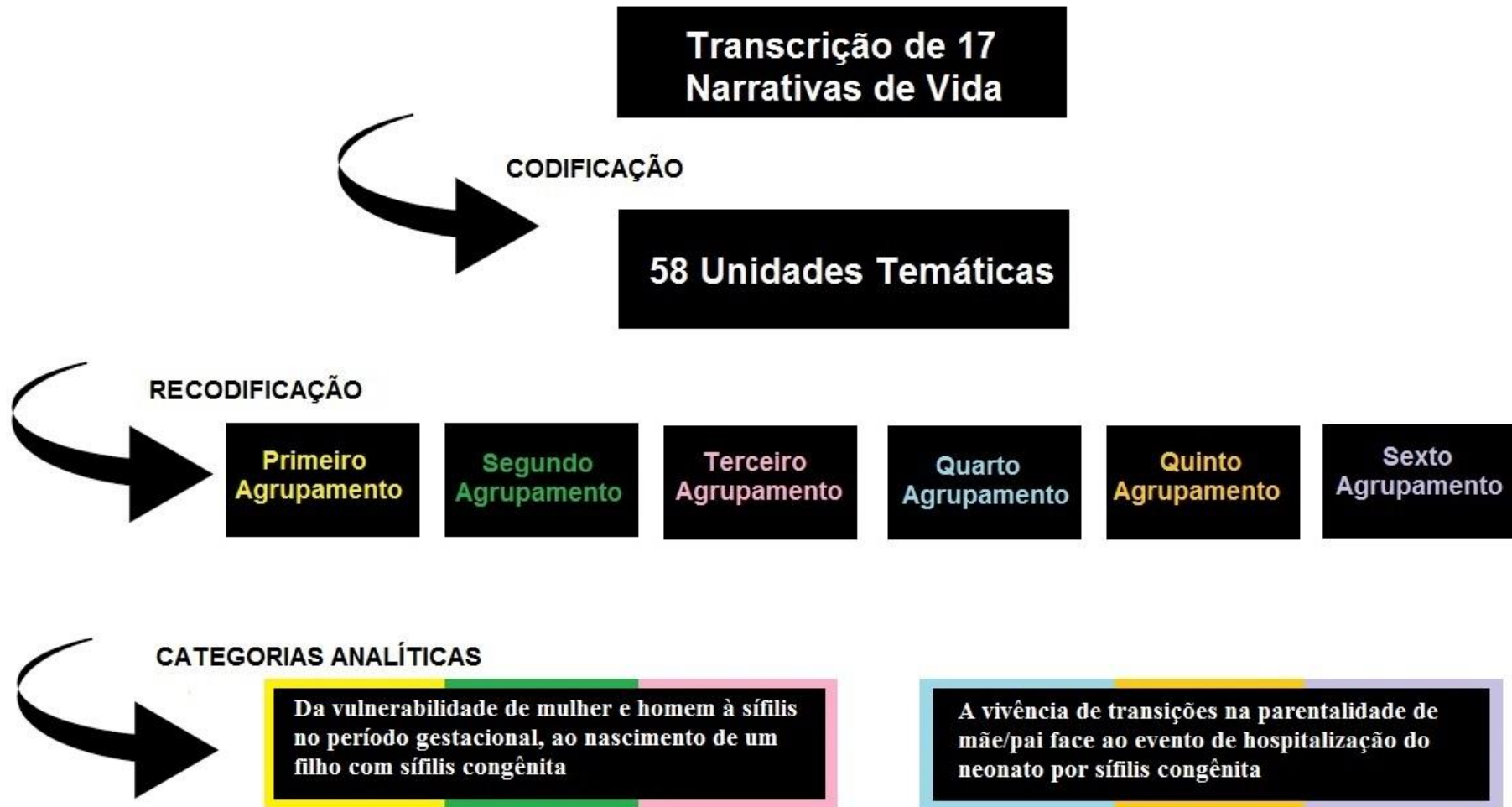
- ✓ Assistência recebida na maternidade
- ✓ Envolvimento com a maternidade no cuidado com o recém-nascido

Em seguida, mediante a realização de uma nova leitura e agrupamentos, emergiram duas categorias analíticas:

- Da vulnerabilidade de mulher e homem à sífilis no período gestacional, ao nascimento de um filho com sífilis congênita.
- A vivência de transições na parentalidade de mãe/pai face ao evento de hospitalização do neonato por sífilis congênita.

Vale salientar que estas categorias analíticas não foram determinadas antes do trabalho, mas foram construídas a partir dos dados coletados nas entrevistas.

Figura 3: Esquema de análise com base no Método Narrativas de Vida



Fonte: Próprio autor.

Capítulo 4

ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente a trajetória de aproximação com o objeto de estudo deu-se por meio da leitura das entrevistas dos participantes. O agrupamento de seus discursos em categorias contribuiu para uma melhor análise das Narrativas de Vida. Do processo analítico emergiram duas categorias: a primeira trata da vulnerabilidade dos participantes às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), especialmente à sífilis e a segunda refere-se à vivência de transições na parentalidade face ao evento de hospitalização do filho com sífilis congênita.

4.1 PRIMEIRA CATEGORIA ANALÍTICA – Da vulnerabilidade de mulher e homem à sífilis no período gestacional, ao nascimento de um filho com sífilis congênita.

Ao aplicar as dimensões da vulnerabilidade referidas por Ayres *et al.* (2006): Individual, Social e Programática, neste estudo pode-se afirmar que todos os indivíduos são vulneráveis ao *Treponema Pallidum*/Sífilis, mas não igualmente, pois as suas condições socioeconômicas e culturais diferentes colocam alguns indivíduos/grupos em situações de maior vulnerabilidade.

Nesta categoria, a partir da análise temática das Narrativas de Vida, foi indentificado e discutido em quais dimensões da vulnerabilidade as mães e os pais participantes deste estudo foram vulneráveis ao longo do período gestacional em contrair a sífilis e a transmiti-la verticalmente ao seu concepto. Concomitantemente foi abordada a trajetória vivenciada pelas gestantes e pelos seus parceiros do diagnóstico de sífilis até o nascimento do seu filho diagnosticado com sífilis congênita.

A fim de facilitar ao leitor a identificação das dimensões da vulnerabilidade dos participantes deste estudo, elaborou-se o **Quadro 8**.

Quadro 8: Elementos da vulnerabilidade de homens e mulheres à sífilis no período gestacional e ao nascimento de um filho com sífilis congênita.

Participante	Dimensão Social	Dimensão Individual	Dimensão Programática
M1	- Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro.	- Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Imunossuprimida pelo HIV.	- Diagnóstico de sífilis feito na admissão na maternidade;
M2	- Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro; - Adolescência; - Naturalização da poligamia masculina.	- Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Confiança na monogamia do parceiro; - Precocidade na vivência sexual; - Não adesão do parceiro ao tratamento de sífilis.	- Ações de promoção e prevenção de saúde deficientes sobre a sífilis e sífilis congênita.
P2	- Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro;	- Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Dificuldade em incorporar informações e práticas de prevenção da sífilis congênita; - Não adesão ao tratamento de sífilis.	- Ações de promoção e prevenção de saúde deficientes sobre a sífilis e sífilis congênita.
M3	- Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro;	- Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; - Submissão ao parceiro; - Dificuldade em negociar o uso de preservativo; - Não adesão do parceiro ao tratamento de sífilis.	- Ações de promoção e prevenção de saúde deficientes sobre a sífilis e sífilis congênita.
P3	- Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro;	- Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Sentimento de invulnerabilidade à sífilis; - Negação da sífilis e sífilis congênita; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Não adesão ao tratamento de sífilis.	- Falta de informação recebida no pré-natal sobre a transmissão da sífilis para o filho;
M4	- Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro; - Adolescência;	- Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; - Confiança na monogamia do parceiro; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais antes de contrair a sífilis;	- Informação incorreta sobre a transmissão da sífilis para o recém-nascido. - Ineficácia do tratamento para prevenção da sífilis congênita do filho.

		<ul style="list-style-type: none"> - Precocidade na vivência sexual; - Usuária de drogas. 	
M5	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro; - Adolescência; - Relações sexuais coercitivas; - Violência doméstica com cárcere privado; - Abandono dos genitores e criada por tios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto/insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; - Confiança na monogamia do parceiro; - Precocidade na vivência sexual; - Usuária de drogas; - Submissão ao parceiro; - Dificuldade em negociar o uso de preservativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de promoção e prevenção de saúde deficientes sobre a sífilis e sífilis congênita.
M6	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro; 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto/insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Não adesão do parceiro ao tratamento de sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ação de aconselhamento deficiente sobre a importância do tratamento do parceiro.
P6	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro; 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto/insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Não adesão ao tratamento de sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de promoção e prevenção de saúde deficientes sobre a sífilis e sífilis congênita.
M7	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo poder econômico e financeiro 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto/insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Etilista; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; - Não utilização de preservativo antes de adquirir à sífilis; - Sentimento de invulnerabilidade à sífilis; - Multiplicidade de parceiros; - Não adesão do parceiro ao tratamento de sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ação de aconselhamento deficiente sobre a importância do tratamento do parceiro.
M8	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro; 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Usuária de drogas; - Etilista. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conduta incorreta no tratamento do parceiro; - Ação de aconselhamento deficiente sobre a importância do uso de preservativo.
M9	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo poder econômico e financeiro; - Relações sexuais coercitivas; 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; 	<ul style="list-style-type: none"> - Déficit de informações sobre a sífilis e sífilis congênita.

	<ul style="list-style-type: none"> - Violência doméstica com cárcere privado. - Falta de acesso à informação e meios de comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Submissão ao parceiro; - Dificuldade em negociar o uso de preservativo antes de adquirir a sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ineficácia do tratamento para prevenção da sífilis congênita do filho.
M10	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro; - Adolescência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; - Usuária de drogas; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Precocidade na vivência sexual; - Descontinuidade nas consultas de pré-natal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de sífilis feito na admissão na maternidade; - Indisponibilidade do serviço de saúde em realizar o exame de diagnóstico de sífilis; - Dificuldade de acesso para realizar exames de rotina do pré-natal.
M11	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro; 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Etilista; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; - Submissão ao parceiro; - Dificuldade em negociar o uso de preservativo; - Impossibilidade da mulher tomar atitude diante da própria sexualidade; - Não adesão do parceiro ao tratamento de sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ações de promoção e prevenção de saúde deficientes sobre a sífilis e sífilis congênita.
M12	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Imunossuprimida pelo HIV. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade de acesso para realizar o exame de diagnóstico de sífilis;
M13	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo poder econômico e financeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Usuária de drogas; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais antes do tratamento de sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ineficácia do tratamento para prevenção da sífilis congênita do filho.
P13	<ul style="list-style-type: none"> - Baixo poder econômico e financeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Usuária de drogas; - Falta de percepção de sua vulnerabilidade; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais antes do tratamento de sífilis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desabastecimento de penicilina benzatina nos serviços de saúde; - Ineficácia do tratamento para prevenção da sífilis congênita do filho.

Fonte: Narrativas de Vida de Mães e Pais participantes do estudo.

Ao conhecer a Narrativa de Vida dos participantes deste estudo notou-se que a grande maioria pertence a uma camada da sociedade menos favorecida em termo de recursos financeiros e grau de escolaridade. Cerca de 82% dos entrevistados informaram renda familiar mensal menor ou igual a três salários mínimos², residiam em média com quatro pessoas, estando a renda per capita entre R\$157,60 e R\$ 472,00.

Quanto ao grau de escolaridade, 52,9%(9) cursaram apenas o ensino fundamental, dois conseguiram completá-lo; 41,2%(7) fizeram o ensino médio e três completaram. Apenas 5,8% (1) tinha o ensino superior incompleto. O baixo nível de instrução se reflete nas profissões exercidas pelos entrevistados, associadas também a más remunerações. Vale salientar que 53% das mulheres se declaram como do lar, logo não são remuneradas. Desse modo, a maior parte dos depoentes do estudo apresentam condições socioeconômicas desfavoráveis que acenderam situações de vulnerabilidade social.

Conforme Ayres *et al.* (2006) um dos elementos da dimensão individual da vulnerabilidade é o grau e qualidade de informação sobre a sífilis e sua forma de transmissão. As mães e os pais entrevistados demonstraram dúvida, desconhecimento e deficiência de informação em relação a esta temática.

A falta de percepção do indivíduo sobre sua vulnerabilidade à doença é apresentada em muitos estudos sobre o tema e por isso foi inclusa como um novo elemento e fundamenta-se na presença de conhecimento incorreto ou insuficiente, neste caso sobre a sífilis (TOLEDO, 2008).

Nas narrativas de M3, M5 e M10 percebe-se que não se tem uma informação clara sobre a doença, via de transmissão e diagnóstico:

No meio da gravidez também eu fiz o exame, no caso hemograma completo né que faz, aí tinha acusado, só que ninguém viu, ninguém enxergou lá que acusou a sífilis (M3, 20 anos).

Nem sabia o que era. Eu pensei que [gaguejou] (...) só dava em homens (M5, 17 anos).

Eu não sei o que é a sífilis. Eu só sei que é não sei o que lá do sexo (...) que ela é sobre a relação do sexo (M10, 18 anos).

² O valor do salário mínimo vigente à época da entrevista era de R\$788,00.

Nas falas acima, percebe-se que M5 restringe a sífilis ao sexo masculino. Outra depoente, M7, também relaciona a doença ao gênero masculino, quanto à transmissão da doença, a mesma acredita que na maioria dos casos são os homens que passam a sífilis para as mulheres. M10 não consegue explicar corretamente que a sífilis é uma doença sexualmente transmissível e desconhece outras formas de transmissão.

Já M3 atribui o diagnóstico da sífilis ao exame de sangue, contudo ela não soube especificar qual exame e afirmou que a sífilis poderia ser diagnosticada pela realização do hemograma ao invés do VDRL (teste não-treponêmico) ou FTA-Abs (teste treponêmico). Ressalta-se que o exame de escolha de rotina é o VDRL e o seu resultado dado em diluições. Quando a resposta terapêutica é positiva, o VDRL apresenta a redução progressiva dos títulos (BRASIL, 2010).

Associada a essa falta de informação prévia sobre a doença, M9 afirma não ter tido acesso às informações necessárias para ela compreender o significado de ter sífilis e de transmiti-la para o seu filho:

Eu não consegui concluir o que é sífilis, porque eu pedi para as pessoas me dar caderninho, pra ler livro sobre a doença, eu queria saber, mas ninguém me deu... eu pedi livro, eu pedi para pesquisar pela internet, ninguém tocou no assunto, então até hoje eu não sei da gravidade e o que pode causar no neném (M9, 29 anos).

A depoente M9 não tinha acesso a livros e mídia eletrônica porque era mantida em cárcere privado pelo parceiro em sua própria residência. Na ocasião conseguiu sair do confinamento e foi para um abrigo de mulheres em situação de violência, porém a instituição não conseguiu atender de forma holística a esta mulher, que no momento precisava ter acesso a informações sobre a sífilis e sífilis congênita.

O acesso a uma informação com conteúdo e qualidade sobre DST, a exemplo da sífilis, e a maneira como a gestante ou o seu parceiro assimilam essa informação a ponto de adotar novos comportamentos, não se refere unicamente ao indivíduo, mas envolve aspectos materiais, culturais, políticos e morais que dizem respeito à vida em sociedade (AYRES *et al.*, 2006).

A percepção do indivíduo em relação à saúde e doença influencia diretamente na modificação ou não do seu estilo de vida. Nessa perspectiva, algumas

dificuldades impedem o indivíduo de se prevenir das DST, tornando-se vulnerável a elas, como: o sentimento de invulnerabilidade³; a confiança estabelecida nos relacionamentos afetivos; e o fatalismo ou a negação da doença (SALDANHA et al, 2008). Como exemplo apresenta-se as narrativas P3 e M9:

Então está tudo tranquilo. Tudo bem. Eles estão medicando ele [filho recém-nascido] certinho, está tudo bem, **tem nada não** (...) Eu não fiz exame ainda não [fez uma pausa] (...) **a sífilis dela** [parceira] já estava tratando, estava tratando já (...) O quê que eu sei? **Não sei de nada [ri alto]**. Não, eu nem entendo esses negócios pra falar a verdade. **Nem entendo, nem sei como explicar**, nem sei (P3, 33 anos, grifos do autor).

Aí o médico passou os exames para mim, mas eu não cheguei a fazer o de sangue e passou o do dedo que deu tudo negativo. Aí eu fiquei até feliz, deu tudo negativo, aí ele [parceiro]: **_ lógico que vai dar eu não tenho nada**. Ele ainda falou assim, eu lembro como se fosse hoje: **_Eu não tenho nada!** (M9, 29 anos, grifos do autor).

Percebeu-se em vários momentos da fala do P3, especialmente nas partes grifadas, a negação da sífilis quando atribui a sífilis a parceira “*a sífilis dela*” e quando esquiva do assunto ao alegar que desconhece a doença, bem como nega a transmissão para o recém-nascido quando afirma que o seu filho “*tem nada não*”.

A participante M9 também refere que o seu parceiro apresentava um sentimento de invulnerabilidade diante das DST, ao reproduzir a fala do companheiro “*lógico que vai dar eu não tenho nada*” diante do resultado negativo do teste rápido para triagem de sífilis, HIV e Hepatites tipo B e C.

Também como forma de negação da sífilis, P2 e P6 se eximem da responsabilidade de ter transmitido a sífilis para as suas parceiras, afirmando que as mesmas adquiriram a sífilis com outro relacionamento anterior ou pela transmissão “hereditária”:

Ele [o médico] falou que era sífilis, que podia ter vindo de alguém. Capaz de ter vindo do pai da primeira filha dela (P2, 22 anos).

E é de família já né, passa de um e passa para o outro né. Aí só isso que ela [profissional de saúde] falou para mim que ela tinha (P6, 33 anos).

3 A convicção de que não é suscetível a contrair uma DST.

A maioria das mulheres afirma ter contraído a sífilis com os parceiros, através de um sentimento de confiança no relacionamento afetivo, que por sua vez levava ao sexo desprotegido. Seis mulheres (M4, M5, M8, M9, M11, M13) responsabilizam o parceiro atual pela transmissão, três mães (M2, M7, M12) afirmam ter contraído a sífilis de relacionamentos anteriores, outras três participantes (M1, M3, M10) não expuseram como foram contaminadas e M6 afirma poder ter contraído a sífilis através da relação sexual, mas não descarta a possibilidade de uma transmissão vertical, “hereditária”.

Além do desconhecimento da sífilis como um agravante de vulnerabilidade na vida dos participantes há também o desconhecimento da forma de transmissão da sífilis: M6 e P6 entendem a transmissão vertical da sífilis como hereditária, que a doença passa de geração em geração na família de M6.

Outra participante do estudo, M5, acredita na possibilidade do seu parceiro ter sífilis congênita, mesmo sem sinais e sintomas, porque os dois sobrinhos dele morreram ainda recém-nascidos pela sífilis congênita e M5 julga que o seu cunhado também tenha a doença.

Segundo Silva (2003), existem vários motivos, entre eles fatores subjetivos e culturais, para que a população continue a desconhecer a transmissão e prevenção de uma doença transmitida pelo ato sexual.

Vale ressaltar que as convicções das mulheres quanto ao amor e fidelidade dos parceiros dificultam a percepção de sua condição de vulnerabilidade às DST (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Após as mulheres receberem o diagnóstico de sífilis na gestação, percebeu-se uma quebra de confiança no relacionamento, por esse motivo, entre outros, três delas romperam o relacionamento e também emergiram sentimentos de raiva e tristeza como mostram as narrativas a seguir.

E o pai da minha filha, eu não falei nada pra ele pelo fato de ele passar para mim entendeu. Eu fiquei com raiva dele, fiquei [gaguejou] chateada com ele porque eu só tive relação com ele (...) Mas a pior coisa é você saber por um médico, por uma doença, você está com uma coisa que sabe que não foi passada por você, coisa que você sabe que pegou de uma pessoa, que você gosta, que você confia e é horrível saber pelos médicos né. Se pelo menos ele falasse: _ah fiquei, fiquei com uma garota tal, tal, tal. E o pior de tudo é saber que ele não usou proteção com essa pessoa, porque se ele tivesse usado não teria pegado (M5, 17 anos).

Mas o pai dele não quis cuidar, sei lá, peguei e terminei com ele [parceiro], acabei para não me machucar e não me prejudicar mais (...) Eu fiquei triste por ele ter me passado isso. Eu não estava querendo mais, terminamos então (M4, 17 anos).

Observa-se ainda na narrativa de M5 a não cumplicidade do casal, Figueiredo e Santos (2012) afirmam que os padrões relacionais entre os parceiros sexuais interferem na adesão do uso do preservativo masculino, principalmente quando há padrões rígidos de comportamento masculino e feminino e interdições ao diálogo, com relações de poder que impedem a mulher de sugerir ao parceiro o uso do preservativo masculino ou de negar-se a ter relações sexuais sem a sua utilização. Essas relações de gênero precisam ser identificadas e consideradas nas ações de prevenção das DST.

A questão de gênero se traduz na relação de poder dos homens sobre as mulheres, que os deixam em maior evidência e vantagem perante elas, gerando desigualdade política, social, econômica e cultural. Reflete também nas relações de poder entre homens e mulheres no contexto familiar, na sociedade e na vivência da sexualidade (SCOTT, 2005; LIMA, 2012).

Ainda sobre os depoimentos acima, estes elucidam que algumas das participantes se encontram no período da adolescência. O presente estudo teve a participação de quatro adolescentes (M2, M4, M5, M10). A adolescência conforme Barreto e Santos (2009) é um período de grande vulnerabilidade às DST para o indivíduo, devido ao desconhecimento e deficiência de informação em relação ao tema sexualidade, aos preconceitos e tabus da sociedade, à cultura, à precocidade de suas vivências sexuais, à multiplicidade de parceiro, e no caso de adolescente do sexo feminino à dificuldade de negociar o uso do preservativo com os seus parceiros.

Ah tipo assim eu era criança, não entendia as coisas direito. Tipo assim [pausa e gagueja] não tinha aquela responsabilidade de _ ah vamos usar camisinha! Entendeu. Então, sei lá, eu era bobinha. Ele [parceiro anterior]: _vamos namorar? _vamos! Entendeu. Eu me perdi cedo, minha mãe me deu o maior esporro, mas me perdi com onze anos. Então, sei lá, aí depois que eu fiz quatorze anos que eu tive a minha primeira filha já comecei a tomar responsabilidade entendeu. Aí me separei dele e fui morar com meu pai, comecei a cuidar da minha filha (M2, 16 anos).

Ao analisar a narrativa de M2, observa-se que esta iniciou sua vivência sexual com onze anos e tinha dificuldade em reconhecer sua vulnerabilidade diante das doenças transmitidas pelo sexo, por isso tinha relações sexuais desprotegidas. Em entrevista, informou que em relacionamento anterior com o pai de sua primeira filha, ela permanecia em casa enquanto o seu parceiro frequentava bailes e festas sozinho, mantinha outros relacionamentos e essa situação não a incomodava. A naturalização da poligamia masculina é um elemento da dimensão social da vulnerabilidade.

Barreto e Santos (2009) afirmam que a resistência ao uso do preservativo pode levar ao adoecimento por uma DST, bem como a uma gravidez não planejada. Apesar de M2 alegar que começou a tomar responsabilidade aos quatorze anos, quando engravidou pela primeira vez, ela continuou a ter relações desprotegidas com o parceiro atual. A gravidez das quatro adolescentes do presente estudo foi acidental, evidenciando a vulnerabilidade desse grupo populacional.

Apesar do preservativo se mostrar eficiente na prevenção das DST, são complexos os motivos para a não utilização da camisinha nas relações sexuais, que partem da dramaticidade da vida humana e das suas relações, por exemplo, da decisão sobre o tipo de prática sexual, das relações de gênero e dos recursos disponíveis. Logo, para de fato ocorrer a prevenção, o usuário precisa reconhecer a necessidade do uso do preservativo, nos seus termos, não nos termos do saber técnico acumulado pelos profissionais de saúde (PAIVA; CALAZANS; SEGURADO, 2012).

Outra condição que aumenta a vulnerabilidade de adolescentes é o uso de bebidas alcoólicas e/ou de outras drogas. Em dados coletados nos prontuários das adolescentes e pelas entrevistas averiguou-se que três (M4, M5, M10) faziam uso de drogas como a maconha. M5 também relata que o seu parceiro usava drogas. Outros participantes desta pesquisa que também faziam uso de drogas, maconha e/ou cocaína foram M8, M13 e P13, e bebidas alcoólicas M7, M8 e M11.

Apesar de ser considerado um elemento de vulnerabilidade individual, o uso de drogas está potencializado pelo contexto de vulnerabilidade social, condições socioeconômicas e padrões culturais na qual a população está inserida. A depoente M8 relata o uso de drogas contínuo durante toda a gravidez, associado ao consumo de álcool e cigarros:

A gravidez também para mim não foi fácil (...) ele nasceu bem, sei lá coisas de Deus mesmo porque na gravidez dele eu fiz uso de drogas, eu bebia, eu fumava (...) eu passava noites e noites acordada (...) eu usava cocaína na gravidez dele até cinco meses de idade, virava dois, três dias... E eu estava separada do pai dele. E quanto mais, quanto mais separada dele mais eu usava mesmo... desse início da gravidez até os sete meses mais ou menos era drogas em cima de drogas (...) ele também é usuário de droga, mas assim não tanto quanto eu usava, mas depois eu voltei para ele (...) no dia que eu ganhei o neném tinha usado droga (...) Eu tinha usado, mesmo com pouca quantidade, sorte que minha bolsa estourou bem antes, a química não tinha efeito ainda (...) quer dizer não chegou nem a reagir, não teve ação porque o filho não teve nem reação, porque a preocupação eu me voltei para o outro lado e não me deixei levar, e parei na mesma hora que eu vi que estava para nascer (M8, 27 anos).

O uso de drogas ilícitas psicoativas aumenta a vulnerabilidade das mulheres para DST, pois menor é o discernimento de risco das usuárias em estado de euforia, assim levando a práticas sexuais de risco. Não obstante, estudos apontam que a relação do uso de drogas com a sífilis é devido à utilização do sexo desprotegido como dinheiro para aquisição da droga (DUARTE, 2012).

Para Silva (2003) a forma com que os profissionais de saúde abordam a sexualidade e o uso de drogas influencia no acompanhamento das mulheres no ciclo gravídico-puerperal. Portanto, é necessário que o profissional de saúde conheça as crenças e valores das mulheres, além de identificar as condições de vulnerabilidade a que estão expostas para poder reaproximá-las dos serviços de saúde.

Geralmente, quando os usuários de drogas são acolhidos nos serviços, já apresentam um conjunto de infecções, doenças e diferentes problemas psicológicos e sociais. Segundo Bastos e Malta (2012) esse panorama de violação de direitos à saúde integral associado à falta de políticas que promovam a equidade no acolhimento, aumenta a vulnerabilidade programática desta população.

O profissional de saúde que faz acolhimento do paciente usuário de drogas precisa considerar que ele apresenta: medo de realizar exames; urgência em ser atendido; impaciência de aguardar o atendimento; dificuldade em relatar com clareza os fatos em ordem cronológica; necessidade de escuta e aceitação na sua condição de usuário. A possibilidade do paciente poder declarar de forma aberta a sua

condição de dependente sem ser julgado e desqualificado moralmente é fundamental para uma boa assistência e cuidados (BASTOS; MALTA, 2012).

Mattos (2006) propõe que a atenção e o cuidado em saúde aos usuários do SUS devem ser norteados pelo princípio da integralidade, em seus três sentidos, a saber: “como boa medicina”, “como modo de organizar as práticas” e “como respostas governamentais a problemas específicos de saúde”.

A integralidade, no seu primeiro sentido, consiste em dar resposta ao usuário que procura os serviços de saúde, através do diálogo profissional/cliente, como também viabilizar técnicas preventivas não padronizadas que atendam às necessidades do usuário. No seu segundo sentido, a integralidade visa a horizontalização da prática dos programas de saúde, de modo a combater a fragmentação das atividades desenvolvidas nas unidades de saúde. Ademais, articular a demanda programada com a demanda espontânea e desenvolver atividades coletivas junto à comunidade. Por fim, em seu terceiro sentido a integralidade é aplicada no sentido de dar respostas aos problemas que afligem determinado grupo populacional. Dessa forma, o princípio da integralidade almeja viabilizar respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde da população (MATTOS, 2006).

Para que o profissional de saúde, especificamente o enfermeiro, preste um cuidado integral e holístico, capaz de respeitar a cultura, crenças e valores dos usuários é de extrema importância o desenvolvimento do sentimento de empatia, o colocar-se no lugar do outro. Este é fundamental quando se propõe a ajudar alguém, uma habilidade que pode ser desenvolvida pelo profissional a partir de sua sensibilidade, respeito, apreciação dos sentimentos do outro (TAKAKI; SANT’ANA, 2004).

Por vezes, é mais fácil para o profissional de saúde/enfermeiro responsabilizar as gestantes e os seus parceiros pela não adesão às consultas de pré-natal, do que buscar os reais motivos que os impedem de aderir. No presente estudo, M10 refere não ter continuado as consultas de pré-natal por medo de realizar exames de sangue e tomar medicação; enquanto M5 e M9 foram impedidas por seus parceiros de irem às consultas, vítimas de violência doméstica foram mantidas em cárcere privado durante a maior parte da gestação.

Essas situações só conseguem ser identificadas se os enfermeiros orientarem as suas ações de modo a “ouvir para escutar, tocar para sentir e olhar no sentido de ver, tudo isso para transformar as consultas de pré-natal em um atendimento respeitoso, acolhedor e de apoio” (TEIXEIRA, 2013, p.161).

Eu sofri de violência doméstica, então ele [parceiro] não deixava eu fazer o pré-natal para não ter contato com nenhum médico, principalmente homem, com ninguém. Então no dia que eu fui fazer, eu insisti muito (...) eu estava passando muito mal (...) ele me levou, mas reclamando muito, mas me levou e ficou na porta me olhando, eu lembro como se fosse hoje (M9, 29 anos).

Ele [parceiro] tinha muito ciúme de mim entendeu. Tipo, eu não podia botar a cara para fora, se eu saísse e demorar (...) já era motivo de ele vim para cima de mim e bater (...) ninguém sabia que ele estava me batendo (...) Me trancava dentro de casa, comprava remédio, comprava tudo, me deixava dentro de casa (M5, 17 anos).

As narrativas acima confirmam o cárcere privado vivido pelas participantes do estudo durante a gestação do filho com sífilis congênita. M9 já era mãe de dois filhos, vivia com seu parceiro há seis anos, quando sofreu violência na última gravidez denunciou o ato e foi para uma casa abrigo, por ser um local seguro para acolher mulheres em situação de violência doméstica como M9. Ao ser acolhida com seus filhos, M9 finalmente conseguiu dar sequência às consultas de pré-natal, descobriu a sífilis, realizou o tratamento da doença, e manteve-se sem parceiros sexuais.

A participante M5 mantinha um relacionamento há quatro anos com o seu parceiro, sofria violência física principalmente quando o mesmo estava sob efeito de drogas; M9 relatou que fugiu no último trimestre da gestação pelo espaço na parede da caixa do ar condicionado e iniciou as consultas do pré-natal com 34 semanas, quando descobriu a sífilis. Contudo, não foi possível concluir seu tratamento porque o bebê nasceu prematuro.

A violência contra a mulher pode ser entendida como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (SECRETARIA DE SAÚDE, 2007, p. 21).

Existem vários tipos de violência contra a mulher, a saber: violência de gênero, intrafamiliar, física, sexual, psicológica, moral, institucional, patrimonial (expressa por meio de subtração e retenção de recursos econômicos da mulher) e doméstica (TEIXEIRA, 2013). Esta última trata-se de violência cometida por pessoa(s) que convive(m) em mesmo espaço doméstico que a mulher. As agressões domésticas abrangem o abuso físico, sexual e psicológico, a negligência e o abandono. M9 mostrou-se desconfortável a falar sobre a temática, mas M5 relata que durante a gravidez sofreu agressões físicas, psicológicas e sexuais, conforme a seguinte fala:

Bateu umas três vezes na minha gravidez, olha o que ele fez isso aqui em mim [mostra cicatrizes no corpo] (...) ele só me deixava marca feia, me batia mesmo (...) eu fiquei com medo dele me machucar e machucar a minha filha porque a última vez que ele me bateu queria dar uma madeirada na minha barriga (...) Eu não queria transar grávida, estava achando que estava machucando ela também né (...) Aí ele pensava que eu estava com outra pessoa (...) Ele foi dar uma madeirada no meu peito, aí apontou para a minha barriga e deu, nessa que ele deu eu botei os braços para frente, aí foi isso daqui assim [mostra cicatrizes], ficou a marca (...) quase que quebrou minha mão (...) aí ele foi dar outra de novo (...) eu virei as costas, no pulmão aí [mostra cicatriz e região] na hora eu comecei a tossir (...) tossir muito e senti umas dores na barriga (...) Aí eu separei dele, tipo eu pedi para ele comprar remédio para mim quando ele saiu, eu saí pelo negócio do ar condicionado, fugida dele (M5, 17 anos).

A violência de gênero perpetrada por parceiros íntimos não implica somente no comprometimento da saúde da gestante, mas, sobretudo na vida do futuro filho. Muitas vezes, as agressões não se detêm a um único episódio, mas são cíclicas e contínuas, dessa forma o rompimento deste ciclo violento, reflexo do poder e dominação masculina, torna-se um grande desafio para a gestante, que luta por proteger sua vida e de seu filho (TEIXEIRA, 2013).

A violência de gênero repercute diretamente na saúde física, mental, sexual e reprodutiva da gestante e o enfrentamento desta situação envolve toda a sociedade, incluindo família e profissionais de saúde, para apoiar as vítimas e empoderá-las a lutar contra as iniquidades de gênero (TEIXEIRA, 2013).

Na narrativa acima, M5 afirma que um dos motivos que provocou o aumento das agressões físicas, foi o ciúme ocasionado por ela não querer ter mais relações

sexuais com seu parceiro. Ainda, em seu depoimento falava que tinha raiva e nojo de ficar perto dele pela forma como ele a tratava. A única maneira que a adolescente encontrou para enfrentar essa coação [violência] sofrida no relacionamento foi fugir e procurar o apoio familiar.

A ocorrência conjunta de diversas formas de violência, entre elas a estrutural, familiar e sexual ampliam a vulnerabilidade das mulheres às DST e gravidez não esperadas devido a relações sexuais desprotegidas (TEIXEIRA; TAQUETTE, 2010).

Todas as mães participantes desta pesquisa foram diagnosticadas com sífilis, mas durante a entrevista e análise dos prontuários observou-se que outras DST também foram apresentadas: M1 e M12 têm HIV/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), M1 teve Herpes genital e M11 apresentou corrimento vaginal na gestação. Além disso, três mulheres tiveram infecção do trato urinário (M5, M7, M12).

Apesar de não terem contraído o HIV as depoentes M5, M7 e M8 associaram a sífilis ao HIV em vários momentos. M7 pensava ser tão invulnerável à sífilis como ao HIV; M5 entende que não poderia contrair o HIV com o seu parceiro e admite que seria pior vivenciar o preconceito das pessoas se tivesse a AIDS ao invés da sífilis; M8 diz que a sífilis não é igual ao HIV porque tem cura. Observa-se nas comparações mencionadas que estas mulheres entendem que a sífilis e a HIV são contraídas da mesma forma, mas temem mais o HIV/AIDS do que a sífilis. M12 possui as duas doenças e faz uma comparação do preconceito que a sociedade tem em relação a elas:

As pessoas tem preconceito com a sífilis também, não tanto igual ao HIV, porque o HIV é pior (...) a pessoa acha que [gaguejou] pelo fato de você ser soropositivo, você não é normal, que é uma pessoa que vai morrer a qualquer momento e hoje em dia o HIV não é assim, porque tem os medicamentos (...) que dá resistência para você sobreviver mais, só que quem não tem a doença e não conhece acha que a qualquer momento com um vento você vai ficar gripada e vai morrer e não é. Então eu acho que (...) tanto a sífilis como o HIV é uma doença preconceituosa (M12, 24 anos).

De acordo com Paiva e Zucchi (2012), os estereótipos desvalorizantes e estigmatizantes da sociedade no início da epidemia da AIDS continuam contribuindo

para que os indivíduos não reconheçam as situações que os expõem à infecção porque não querem se identificar com rótulos desvalorizados e vergonhosos.

Segundo Goffman (2008) o estigma condiz em uma informação social que transmite signos para despertar a atenção sobre uma degradante discrepância de identidade, com redução na valorização do indivíduo. O estigma origina-se da atribuição de uma identidade social estereotipada e deteriorada e trata-se de uma situação comum a todas as doenças menos desejáveis, entre elas: a infecção pelo HIV e as infecções sexualmente transmissíveis (PAIVA; ZUCCHI, 2012).

Por ser uma doença banalizada pela sociedade, alguns depoentes (M2, P2, M13, P13) mantêm em sigilo o diagnóstico da sífilis por medo do preconceito das outras pessoas, inclusive medo do julgamento dos seus próprios familiares. M5 relatou que chorou por medo da rejeição após a notícia do diagnóstico, mas reconheceu que não necessita ter vergonha e sim encarar e tratar a doença.

O processo de estigmatização nos indivíduos afetados permanece numa constante expectativa de não aceitação e segregação social, receio de sofrer a discriminação, gerando grande impacto nos desfechos de saúde e qualidade de vida deles (PAIVA; ZUCCHI, 2012).

Portanto, o estigma vivenciado pelos indivíduos pode interferir na busca de ajuda e de diagnóstico, ou prejudicar na adesão ao tratamento da doença. O estigma realizado como discriminação pode de fato impedir indivíduos e sociedade de abordar adequadamente as questões de saúde, resultando em violação dos direitos humanos e no aumento de sua vulnerabilidade individual, social e programática ao adoecimento (PAIVA; ZUCCHI, 2012).

A surpresa com a notícia do diagnóstico de sífilis foi vivenciada por aproximadamente 53% dos participantes. Fato que aponta a falta de percepção desses indivíduos quanto a sua vulnerabilidade, ou seja, não reconheceram que têm ou tinham práticas e comportamentos que os colocam em exposição à doença.

Sinceramente olhe eu achei que nunca ia pegar isso, já começando por aí. Porque a gente sempre acha que não vai pegar, eu nunca achei que ia pegar a sífilis, já até eu conhecia essa doença, mas nunca, nem imagino de quem eu tenha pego porque [gaguejou] eu me relacionei com a pessoa e passava o tempo me relacionando com outra pessoa, e muitas vezes sem camisinha mesmo (...) quando deu sífilis no meu exame na hora ali eu não acreditei, falei meu Deus, porque é na hora.

Você fica ali e em menos de meia hora você descobre, eu fiquei nervosa (M7, 32 anos).

A sífilis eu nem sabia que eu tinha, porque não sentia sintoma nenhum, não tive nada. Aí foi através do exame que eu descobri que tinha (M3, 20 anos).

Nos depoimentos acima percebe-se que M7 tem consciência de que tinha comportamentos de risco para a doença, como a multiplicidade de parceiros, relacionamentos curtos sem a utilização de camisinha nas relações sexuais. Sentia-se invulnerável à sífilis apesar de afirmar que tem conhecimento da doença. Em sua entrevista M7 também fala que apesar de ter acesso ao exame preventivo do câncer cérvico-uterino procrastinava as consultas porque preferia dar prioridade para outras coisas, entre elas citou o trabalho e diversão. Mas foi através da consulta durante o preventivo que descobriu a doença. As mulheres procuram os serviços de saúde para se submeterem ao exame de prevenção, mas o profissional médico ou enfermeiro ao ouvir as histórias de vida delas e fazer os exames físicos, pode solicitar exames complementares para fechar um diagnóstico de doença transmitida no ato sexual.

M3 referiu não ter apresentado sintomas da sífilis. Apesar de relatar que não teve nenhuma manifestação clínica da doença nesta gestação, M3 falou que há seis anos, em sua primeira gravidez, teve “feridas nas partes íntimas”, diagnosticadas como herpes vaginal e depois não apresentou mais nenhum sintoma. Seu parceiro (P3) nega a doença, não fez exames laboratoriais e tratamento.

É comum o indivíduo com sífilis não suspeitar do seu diagnóstico por se ver assintomático, no presente estudo foram 76,5% (13) participantes que não referiram sinais ou sintomas da doença. Isso se deve ao fato que a sífilis quando não tratada, alterna períodos sintomáticos e assintomáticos. Existem três fases da sífilis: primária, secundária e terciária, ainda há um período de latência (recente ou tardio) após a sífilis secundária não tratada (BRASIL, 2010).

Em cada fase da sífilis há manifestações clínicas específicas. Na primária, tem-se a lesão denominada cancro duro ou protossifiloma, o qual é indolor, com base endurecida, secreção serosa e muitos treponemas, e pelo fato de curar espontaneamente aproximadamente com duas semanas dificulta o diagnóstico; na fase secundária aparece o exantema (erupção) cutâneo; a sífilis latente não

apresenta qualquer manifestação clínica; e a sífilis terciária se manifesta na forma de inflamação e destruição de tecidos e ossos, formação de gomas sífilíticas, as formas mais graves da doença são a sífilis cardiovascular e a neurosífilis (BRASIL, 2010).

Somente quatro participantes (M2, P2, M9, P13) apresentaram sintomas da sífilis, os quais foram retratados nas falas abaixo:

Nós fizemos relação sem camisinha, aí passou uns tempos, aí eu fui no banheiro e vi uma ferida nas partes íntimas minha (...) chegando lá na UPA [Unidade de Pronto Atendimento], mostrei o que tinha que mostrar e o médico falou que era isso aí sífilis, aí mandou tirar exame de sangue e mandou tomar injeção eu e ela (...) ela [M2] estava com umas feridinhas também (P2, 24 anos).

Eu tive uma irritação e um machucado também no órgão e eu fui ao urologista (P13, 29 anos).

Na mão ele teve manchas, ele teve uma cicatriz no pênis que demorou muito para cicatrizar (...) eu reparei que tinha na vagina umas bolinhas, assim uma ou duas, mas não coçava, não dava nada (...) Aí pra mim aquilo foi normal, sei lá estava com a imunidade baixa, nem me liguei (M9, 29 anos).

Observou-se que apesar das mulheres serem a maior parte dos participantes desta pesquisa, apenas duas (M2 e M9) identificaram os sintomas da doença e 50% dos homens (P2, P13) apresentou a “ferida/machucado” no pênis, achado da sífilis primária. Isso acontece porque nas mulheres esta lesão pode passar despercebida, uma vez que é pequena, indolor, e costuma ficar escondida entre os pelos pubianos ou dentro da vagina, já nos homens é de mais fácil percepção. Somente M9 relatou que o seu parceiro teve a lesão no pênis, como também tinha manchas na mão que pode ser um indicativo de sífilis em fase secundária.

Exceto M1 e M10 que descobriram a sífilis com os exames de admissão na maternidade, todas as outras mães descobriram a doença ainda na gestação durante o pré-natal. M7 já tinha feito tratamento para sífilis antes de engravidar, mas não fez exames de controle de cura após a medicação. M3 e M12 já tiveram sífilis em gravidez anterior. P13 já tinha a sífilis antes da parceira engravidar acidentalmente.

Eu fiz com a doutora (...) tudinho direitinho (...) fiz todos os exames, as ultras, tudinho direitinho. Mas não tinha dado nada, só quando ela nasceu que fez exame que aí deu (M1, 23 anos).

É foi um dia depois que eu já estava aqui (...) eles falaram que eu estava e o neném tinha e a gente ia ficar dez dias aqui. Que por eu não ter feito o pré-natal todo, não ter ido nos exames, aí ele falou que eu vou ter que ficar, que ele vai ter que ficar tomando medicamento, coisa horrível (M10, 18 anos).

Ao analisar as falas acima tem-se que M1 e M10 receberam o diagnóstico de sífilis após o nascimento do filho, mas por motivos diferentes. Enquanto M10 só fez três consultas de pré-natal e não realizou os exames solicitados, M1 participou das consultas e realizou todos os exames, mas os resultados do VDRL do primeiro e terceiro trimestre da gravidez deram negativos. M1 também é soropositiva por transmissão vertical do HIV, realizou as consultas de pré-natal com acompanhamento médico no próprio Hospital Universitário.

Com o intuito de prevenir a sífilis congênita o Ministério da Saúde preconiza a realização de Teste Rápido (TR) de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR na primeira consulta de pré-natal. A ida da gestante ao pré-natal deve ocorrer preferencialmente no primeiro trimestre da gravidez. Recomenda-se quando o TR for positivo coletar amostra sanguínea para realização do VDRL, administrar penicilina benzatina e testar os parceiros sexuais. Outro exame de VDRL deve ser realizado no início do terceiro trimestre (a partir da 28ª semana) da gravidez, no momento do parto e em caso de abortamento. Se o resultado for positivo, recomenda-se tratamento imediato da gestante e parceiro, já que o tratamento durante a gestação é benéfico para a mãe e para o feto (BRASIL, 2012).

Nesta perspectiva, M1 e M10 apresentaram uma maior vulnerabilidade de ter um filho com sífilis congênita, pois a descoberta da sífilis no início do terceiro trimestre é indispensável para que o tratamento materno seja concluído até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero. Quando o teste é feito durante a internação para o parto, impossibilita o tratamento precoce da criança, podendo levar a sequelas irreversíveis (BRASIL, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2014) no Brasil foram 100.790 casos notificados de gestantes com sífilis entre 2005 a 2014, sendo 14.400 casos por ano

nos últimos cinco anos, com forte tendência de aumento na taxa de incidência de sífilis congênita. Estima-se em média 4,7 casos/1.000 nascidos vivos com sífilis congênita em 2013, ultrapassando copiosamente a meta do milênio da OPAS/OMS de 0,5casos/1.000 nascidos vivos.

Estes dados foram apurados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Desde 1986, a sífilis congênita é de notificação compulsória por meio da Portaria Nº 542 do MS, e a sífilis em gestante foi incluída no SINAN pela Portaria MS/SVS Nº 33 em julho de 2005. E mais adiante, a sífilis adquirida também se tornou uma doença de notificação compulsória com base na Portaria de Nº 2.472, de 31 de agosto de 2010.

A notificação compulsória é obrigatória para os profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente. A Sífilis Congênita, em gestante ou adquirida deve ser notificada até sete dias a partir do conhecimento da doença com base na Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. É necessária a notificação da sífilis para que possam ser identificados os casos e assim elaborar estratégias de ação para prevenir e controlar a doença. Contudo, ainda existem muitos casos que não são notificados no país.

Embora a sífilis congênita seja uma doença que pode ser prevenida, existe uma série de fatores que impossibilitam a sua erradicação e refletem no aumento anual na taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil. Fatores que não estão apenas relacionados ao estilo de vida da gestante com sífilis e seu parceiro, mas que incluem aspectos sociopolíticos e culturais, bem como a acessibilidade às ações organizadas e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde desses indivíduos.

Para o controle da Sífilis Congênita o Ministério de Saúde estabeleceu algumas ações que devem ser priorizadas, como: a promoção do atendimento precoce da gestante em serviços de assistência pré-natal; a realização da triagem sorológica por meio de teste reagínico (VDRL, RPR) no início da gestação, no início do terceiro trimestre e no parto; o tratamento dos parceiros sexuais da gestante infectada; a educação em saúde sobre a importância nas modificações de comportamento de risco e adesão ao uso de preservativos (BRASIL, 2011).

A disparidade dos participantes deste estudo em elaborar e incorporar as informações recebidas durante a assistência do pré-natal e transformá-las em

medidas de prevenção da sífilis congênita, associada aos aspectos socioculturais desta população, os colocou em condição de maior ou menor vulnerabilidade em transmitir à sífilis para o seu concepto. Ressalta-se que M1 e M10 foram incapazes de prevenir a transmissão vertical da doença, pois descobriram a sífilis juntamente com o diagnóstico de sífilis congênita do filho. Contudo, P3 e M4 negam ter recebido a informação de que a sífilis podia ser transmitida ao recém-nascido:

Eu também não sabia que ele ia nascer com isso... perguntei à doutora: _doutora deu um problema, ele vai nascer com isso? Ela falou que não. Aí fiquei despreocupada, eu e minha avó. Aí quando eu tive ele a médica pegou e falou que ele tinha sífilis congênita (M4, 17 anos).

Mas aí só foi descobrir depois que ele tinha nascido, entendeu (...). Aí depois que ele nasceu que eles vieram falar (P3, 33 anos).

A adolescente M4 foi vulnerável a ter um filho com sífilis congênita devido à falta de informação recebida no pré-natal sobre a transmissão vertical da doença. De acordo com M4 o profissional de saúde que lhe assistiu ao ser questionado sobre a transmissão da sífilis para o concepto omitiu que este podia nascer com sífilis congênita ou erroneamente respondeu que o bebê podia não ser infectado. Retratando a vulnerabilidade programática, já que M4 não recebeu a assistência de um profissional capacitado para informá-la corretamente sobre a possibilidade de transmissão da sífilis ao seu filho.

Em relato anterior, P3 já havia negado a sífilis e a sífilis congênita, na fala acima ele se exime de sua responsabilidade na transmissão da sífilis para o seu filho ao afirmar que descobriu a possibilidade do recém-nascido nascer com sífilis congênita só após o nascimento do bebê. No entanto, M3, sua parceira, relata que a profissional de saúde que lhe assistiu no pré-natal explicou que a doença podia passar para o bebê, inclusive M3 fez o tratamento com três doses de penicilina benzatina e na fala abaixo expõe que conversou com o parceiro sobre o tratamento da sífilis:

O tratamento a doutora tinha passado para ele, quando acusou ela tinha passado para ele. Eu conversei com ele para se cuidar e fazer o exame, mas ele não me deu ouvido. Quando a médica daqui falou, ele disse que ia se cuidar e fazer o tratamento. Quando a médica falou ele deu mais ouvido, foi melhor. Mas eu não tive relação sexual com ele depois de cinco meses porque ele não gostava da barriga grande (M3, 20 anos).

Apesar de M3 ter sido tratada corretamente e alegar que após cinco meses de gestação não manteve relação sexual com seu parceiro, período em que realizou o tratamento da sífilis, ela continuou vulnerável a reinfeção da sífilis e a transmiti-la para o seu filho devido a não adesão ao tratamento de seu parceiro.

A maioria dos participantes (76,5%) recebeu a notícia que a sífilis podia ser transmitida por via vertical ao recém-nascido. Seis mães (M2, M5, M6, M7, M8 e M9) apresentaram sentimento de preocupação em transmitir a sífilis para bebê, principalmente após descobrir os problemas que a sífilis congênita poderia vir a acarretar à saúde do seu filho.

Então assim que eu descobri sempre quando eu tinha relação com meu esposo, ficava naquela assim (...) como ela está lá dentro, se está passando para ela ou não, se ela vai nascer com algum problema (...) ficava assim com medo, mas sempre ficava orando, pedindo que não acontecesse nada com ela (M2, 17 anos).

Eu pelo menos eu não tinha noção do que era, depois que a médica falou que ela podia nascer com problema aí eu comecei a me preocupar, foi até então que eu voltei a fazer o pré-natal direitinho para ganhar injeção (M5, 18 anos).

Eu estava tratando para ele não pegar né, que a médica já disse que é muita coisa (...) Aí eu fiquei preocupada, por isso que eu me cuidei, todo mês ia tomar injeção, tudinho, para não passar né. E acabou passando (M6, 33anos).

Aí eu já fiquei preocupada, por isso eu tive o cuidado de usar camisinha, expliquei para o meu marido a gente vai ter que usar camisinha né, porque a gente costuma não usar (...). Eu que expliquei: _ oh a gente tem que usar porque se não a criança vai nascer com vários problemas, respeita aí (M7, 32 anos).

As falas acima mostram que o sentimento vivenciado da preocupação em transmitir à sífilis para o filho de algum modo motivou as mães a adotarem mudanças positivas em suas práticas sexuais: M2 incorporou que a sífilis era transmitida pelo ato sexual, utilizou camisinha nas relações sexual com P2 após orientação médica para prevenção da sífilis congênita, mas ficava com medo de transmitir a sífilis para sua filha pela relação sexual com seu companheiro; M5 desconhecia a sífilis congênita, mas ao descobrir que o seu filho podia nascer com problemas de saúde voltou a fazer o pré-natal para se tratar da sífilis; M6 passou a

fazer o tratamento da sífilis na gestação; e M7 começou a usar o preservativo em suas relações sexuais.

Apenas sete depoentes (P2, M2, M4, M7, M8, M13 e P13) relataram ter recebido informação no pré-natal sobre a importância do uso de preservativo para prevenir à sífilis congênita e referem que adotaram a medida preventiva após a orientação do profissional de saúde.

De forma geral, a prevenção da sífilis congênita consiste nas ações para prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, nas medidas de identificação e tratamento de gestantes infectadas por sífilis, na prevenção da reinfecção das mesmas através do tratamento de seus parceiros sexuais e adesão ao uso de preservativos (BRASIL, 2011). Logo, a maioria dos participantes da presente pesquisa foi vulnerável a ter um filho com sífilis congênita pela não utilização do preservativo durante as relações sexuais e pelo não tratamento dos parceiros ou tratamento incorreto das gestantes e/ou dos parceiros.

O manejo terapêutico da sífilis na gestação não difere do período não gestacional. Em caso de TR e/ou VRDL positivo, a gestante deve ser tratada com penicilina benzatina, com a dose ajustada para cada fase da doença: a) Sífilis primária - dose única de 2.400.000 UI; Sífilis secundária ou latente recente - duas doses de 2.400.000 UI, com intervalo de uma semana, totalizando 4.800.000 UI. Sífilis terciária, ou latente tardia, ou fase desconhecida - 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana, com total de 7.200.000 UI. O parceiro deve ser tratado independente do resultado do VDRL (BRASIL, 2012).

Neste estudo, 58,8% (10) dos participantes fizeram o tratamento com no mínimo três doses de 2.400.000 UI de Penicilina Benzatina, 17,7% (3) receberam apenas uma ou duas doses da medicação e 23,5% (4) não fizeram o tratamento. Com base nos dados dos prontuários e entrevistas das mães, apenas o parceiro de M13 (P13) foi tratado adequadamente.

Essa condição de parceiro não tratado caracteriza o tratamento materno como inadequado e, conseqüentemente, aumenta a vulnerabilidade da criança à sífilis congênita. Os parceiros de nove participantes do estudo não fizeram o tratamento, entretanto M4 e M9 não tiveram mais relação sexual com o companheiro porque

romperam o relacionamento. O parceiro de M8 e os pais P2 e P6 fizeram o tratamento inadequado.

Mas eu não fazia porque estava atarefado no trabalho e não tinha tempo entendeu. Mas agora vou marcar um dia para fazer o tratamento (P3, 33 anos).

Eu me tratei só que o meu parceiro não se tratou, aí nessa eu tive relação com ele sem preservativo e peguei de novo e não tomei o resto das bezetacis (...) Eu vou me cuidar de novo e o que adianta chegar lá na frente e ele não se cuidar. Não adianta nada. Um homem desse não pode ter filho. Ele não quer se tratar (...). Deus me livre e guarde, se eu tiver outro filho dele vai ser outra gravidez que eu vou ficar dez dias no hospital (M11, 30 anos).

No depoimento acima P3 apresenta o trabalho como motivo para justificar a sua falta de adesão ao tratamento da sífilis, porém a sua companheira (M3) realizou todo o tratamento prescrito durante o pré-natal para prevenir que seu filho nascesse com sífilis congênita. Ao analisar este caso e observar a fala de M11, ressalta a dificuldade das mulheres de se impor ao poder masculino no que tange ao uso de preservativo nas relações sexuais e ao tratamento da sífilis em período gestacional, conseqüentemente, à prevenção da sífilis congênita. Ressalta-se o RN11, fruto de gravidez não planejada, é o quinto filho de M11 com o seu companheiro.

A submissão ao seu parceiro sexual e a impossibilidade da mulher tomar atitude diante da própria sexualidade, representam questões de gênero e é um dos elementos da vulnerabilidade social. As mulheres do presente estudo tem baixo poder econômico (69,2% não trabalham) e a sua maioria com pouca instrução. Essa condição social se reflete na passividade das participantes diante do cuidado com a sua própria saúde e da prevenção da transmissão vertical da sífilis.

É importante que os profissionais de saúde não restrinjam as ações de prevenção de DST à mera prescrição de preservativos, sem considerar os contextos socioculturais da população assistida. De acordo com Paiva, Calazans e Segurado (2012) os obstáculos do cuidado em relação à prevenção envolve o machismo, o racismo ou a homofobia no acesso aos serviços; onde raramente incluem-se em atividade educativas informações sobre os motivos que interferem na adesão ao preservativo, como a dificuldade da mulher em negociar o uso de preservativo masculino (o parceiro quem usa) e preservativo feminino (maior custo e depende de

acordo com o parceiro). Portanto, as mulheres dependem de tecnologias que permitam produzir relações de gênero mais igualitárias.

Foram 92,3% dos genitores que não fizeram o tratamento adequado para prevenção da sífilis congênita do seu filho. A reinfecção da sífilis e transmissão da sífilis vertical também está relacionada à dificuldade que a mulher tem de enfrentar barreiras culturalmente impostas pela sociedade.

Segundo Silva et al (2010), a maioria das mães que tiveram filho com sífilis congênita culpa os parceiros pela sua contaminação e a de seu filho. Ao atribuir a culpa ao genitor da criança as mulheres demonstram certo alívio por não serem as responsáveis pela doença do filho. Quando as mulheres não responsabilizaram os seus parceiros pela transmissão vertical da sífilis, elas responsabilizaram o pré-natal pelo resultado de terem um filho com Sífilis Congênita.

Através da percepção que os participantes deste estudo tiveram sobre a qualidade de assistência recebida do pré-natal evidenciou alguns elementos da vulnerabilidade programática desta população. Duas participantes relataram dificuldade para realizar os exames para diagnosticar a sífilis durante o pré-natal:

No caso é um novo parceiro, então ele nunca fez exame disso, nem eu tinha feito. Eu fui fazer o pré-natal, aí no pré-natal deu 1:1 que não sabe dizer se é cicatriz ou se eu fui contaminada (...) se for cicatriz não tem nada haver com ele, mas se der [gaguejou] no caso positivo eu fui contaminada de novo (...) ela [médica do pré-natal] pediu o exame para ver se era cicatriz e eu não pude fazer (...) porque uma semana depois quando eu vim para fazer o exame eu já passei mal, com infecção urinária e fiquei internada, aí não deu para fazer (M12, 24 anos).

Eu tinha medo de tirar sangue e esses negócios (...) quando eu tinha coragem de ir no posto, não estava tirando [exame se sangue]. Aí por causa do natal (...) só ia voltar em março. Aí eu fui lá (...) sempre chegava era seis horas, tinha que sair de casa de cinco horas e eu não conseguia (...) aí acabei não indo, aí quando chegou aqui eu descobri [a sífilis] (M10, 18 anos).

A depoente M12 já teve história de sífilis tratada em gestação anterior. Na fala acima ela retrata a informação que recebeu do profissional de saúde durante o pré-natal do filho atual, que o resultado do VDRL com titulação de 1:1 pode indicar uma cicatriz sorológica decorrente da sífilis que teve em sua gestação anterior ou uma

nova contaminação da doença. Também afirma que seu parceiro atual não foi tratado.

O Ministério de Saúde afirma que com a instituição do tratamento correto o VRDL tende a se negativar entre 6 e 12 meses, porém pode permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida; é o que se denomina cicatriz sorológica da sífilis. Para confirmar o diagnóstico de sífilis seria necessário realizar o teste FTA-abs que é considerado de referência ou padrão ouro dentre os testes treponêmicos (BRASIL, 2010).

Na dimensão da vulnerabilidade programática, M12 foi vulnerável pela falta de acesso ao teste FTA-abs para confirmar o diagnóstico de sífilis durante a gravidez e, conseqüentemente, por não fazer o tratamento correto para prevenir à sífilis congênita do seu filho.

A adolescente M10 também relatou em seu depoimento a dificuldade de realizar o exame para diagnosticar a sífilis, uma vez que o posto de saúde não disponibilizou o exame por aproximadamente três meses: *“por causa do natal... só ia voltar em março”*; e também pela rigidez do horário para coletar o exame de sangue: *“sempre chegava era seis horas, tinha que sair de casa de cinco horas e eu não conseguia”*. Portanto, M10 foi vulnerável pela indisponibilidade do serviço de saúde em realizar o exame de diagnóstico de sífilis e quando este estava disponível foi pouco acessível à realidade da adolescente.

Outras duas participantes desconhecem sobre a importância do tratamento do parceiro para prevenir à sífilis congênita:

Eu acho que era para fazer mais exame de sangue que ela [médica do pré-natal] tinha que pedir mais no posto. Ou então aplicar mais bezetacil né. Quando elas [médica e enfermeira do pré-natal] viram que estava subindo (...) não passavam mais nada (M6, 33 anos).

Fiquei frustrada porque (...) na minha mente eu achava por eu ter tomado seis né (...) ela [filha] ia nascer com tudo bem. Então quando a médica veio falar comigo foi um baque, porque eu não esperava que ela ia ficar, não esperava porque eu fiz direitinho (...) Porque se eu não tivesse tomado a medicação eu tinha certeza disso de está no sangue, mas eu fiz (M7, 32 anos).

Observando as falas acima, percebe-se que M7 não conseguiu compreender porque a sífilis foi transmitida verticalmente para a sua filha, já que fez por duas vezes o tratamento da sífilis, com três doses de penicilina benzatina com intervalo semanal, e relatou ter utilizado preservativo durante as relações sexuais. Já M6 refere que a titulação do VDRL estava aumentando, mas nenhuma conduta para diminuir a titulação foi adotada pelos profissionais de saúde que prestaram a assistência no pré-natal. Os parceiros de ambas participantes não foram tratados.

A falta de conhecimento sobre o tratamento da sífilis caracteriza a vulnerabilidade individual de M6 e M7, porém as ações de aconselhamento deficientes sobre a importância do tratamento dos parceiros concomitante ao tratamento das gestantes para prevenir a transmissão vertical da doença caracteriza a vulnerabilidade programática.

Quanto ao manejo terapêutico utilizado pelo profissional de saúde no pré-natal para tratar a sífilis na participante M8 e no seu parceiro, observou-se divergência ao protocolo de tratamento da sífilis do Ministério da Saúde, o qual preconiza que o indivíduo deve ser tratado com 3 aplicações de 2.400.000 UI de penicilina benzatina, com intervalo semanal, em fase desconhecida da doença (BRASIL, 2012). As falas seguintes caracterizam a vulnerabilidade programática vivenciada por M8:

Eu fiz esse sacrifício de tomar seis bezetacis, no caso era duas a cada semana, três vezes, uma vez na semana tomava duas bezetacil, uma em cada polpa. Uma dor terrível e ele [parceiro] tomando comprimido para depois dizer que ele tinha que tomar injeção e eu estava reinfecteda de novo (...) a minha infecção era 1:32 e foi para 1:64, ela aumentou (...) aí só que no final da gravidez eu ainda voltei para fazer o resto do tratamento, para fazer de novo da forma correta. Mas sempre com o pé atrás, não confio (...) A forma correta seria (...) se os dois querem tratar (...) tem que ser explicado tudo direitinho. Não é como fizeram, um comprimido para um e amanhã você toma injeção, hoje dou em você e amanhã dou nele, não é assim. Tem que ser tudo certo e deve ser tudo explicado (...) a enfermeira me falou assim que teria que usar camisinha (...) quando o meu resultado veio de 1:64, ela não falou isso para mim antes em momento algum (M8, 27 anos).

Eu acho que (...) esse tratamento teria que ser levado mais a sério até no posto de saúde mesmo. Porque muitos não querem, mas quando as pessoas querem, eles não tratam direito (...) teve uma hora que eu achei que esse posto brincou com a vida do meu bebê, mais do que eu

brinco, porque eu pelo menos brinco inconsciente, fora de si, me drogo (...) Mas as pessoas não, são profissionais de saúde e tão brincando com a vida do meu bebê, é diferente, aí eu não queria mais me consultar, queria ficar por mim mesmo (M8, 27 anos).

Ao analisar as narrativas acima se entende que M8 foi vulnerável a ter um filho com sífilis congênita pela conduta incorreta no tratamento da sífilis da gestante e seu parceiro, bem como pela falta de orientação para o uso de preservativos nas relações sexuais, o que gerou incredibilidade na assistência pré-natal recebida e dificuldade em criar vínculo entre profissional e usuários, os quais são elementos da vulnerabilidade programática (TOLEDO, 2008).

A vulnerabilidade programática vivenciada por M8 não deve ser analisada isoladamente visto que atualmente evidencia-se um desabastecimento internacional nos insumos e fabricação da penicilina benzatina, e 41% dos estados brasileiros já reportam a falta da medicação. Nessa perspectiva, o Conselho Federal de Enfermagem em parceria com o Ministério de Saúde estipularam a orientação técnica para privilegiar o tratamento das gestantes com a penicilina benzatina e os pacientes não gestantes devem ser tratados com outros medicamentos para controle da sífilis (COFEN, 2015).

Segundo Bellenzani (2012) o acesso ao insumo para se prevenir integra o direito das pessoas à prevenção e à saúde de qualidade, além de promover a equidade e protegê-las da discriminação.

O participante P13 também vivenciou a vulnerabilidade programática pela indisponibilidade da penicilina benzatina nos serviços de saúde:

A gente fez o tratamento duas vezes (...) porque a gente não fez certinho teve que repetir (...) porque para ela estava mais fácil de arrumar [penicilina benzatina] por ela ser gestante, para mim eu não conseguia o medicamento em lugar nenhum (...) rodamos tudo que é posto e UPA [Unidade de Pronto Atendimento]. Eu tomei errado e a gente teve relações também sem preservativo, aí por isso a gente repetiu o tratamento (P13, 29 anos).

Conforme o relato acima, P13 presenciou, na primeira vez em que fez o tratamento, a falta de penicilina nos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), rede básica de saúde e Unidade de Pronto Atendimento, retratando o elemento da vulnerabilidade programática: falta de recursos dos serviços de saúde.

Vale ressaltar que o casal M13 e P13 repetiu pela segunda vez o tratamento da sífilis com três doses de penicilina benzatina, em intervalos semanais, dois meses antes do nascimento do filho, e afirmaram o uso do preservativo durante as relações sexuais, no entanto M13 apresentou VDRL de 1:16 na admissão da maternidade e o filho do casal nasceu com sífilis congênita. A participante M4 também fez o tratamento correto, afirma ter rompido o relacionamento antes de iniciar o tratamento e manteve-se sem parceiros sexuais, mas também não conseguiu prevenir a sífilis congênita do seu filho:

A gente tentou o máximo (...) não sei porque o dela [parceira] está vindo como positivo, ela [parceira] fez tudo certinho também (...) da segunda vez que repetiu (...) tinha o medicamento lá, então eu já comecei (...) e peguei o medicamento para toda a semana, toda segunda-feira certinho (P13, 29 anos).

Por mais que na primeira a gente tenha dado mole, mas depois a gente fez tudo certinho e foi sempre pensando no bem-estar dele mesmo, com medo de que acontecesse alguma coisa (...) Mas uma coisa que eu fico até pensando porque se da última vez eu tomei tudo certo, não tive relação com ele [parceiro] sem camisinha e porque passou para ele [filho] (...) Até alguns médicos estão pesquisando sobre isso para saber, porque não era para ele [filho] ter pego (M13, 22 anos)

Eu também não sabia que ele [filho] ia nascer com isso (...) Perguntei a doutora: deu um problema? ele vai nascer com isso? Ela falou que não... Porque eu fiz o tratamento, tomei a injeção, durante toda segunda-feira eu ia no posto tomar, aí depois peguei fiz o exame de sangue, aí a médica mostrou que estava tudo bem, que eu não estava mais, que era para mim tomar cuidado, que se eu tivesse relação com ele [parceiro] tinha que ser com camisinha (...) Eu falei para ela que não tenho nada com ele, não tenho mais relação com ele, porque agora ele só pai do meu filho (M4, 17 anos).

A participante M9 também rompeu o relacionamento antes de iniciar o tratamento, o qual fez corretamente e manteve-se sem parceiros sexuais. Ao observar os dados do estudo e narrativas acima, percebe-se que apesar do tratamento da sífilis no período gestacional e do uso de preservativos durante as relações sexuais, estes não foram suficientes para prevenir a transmissão vertical da sífilis.

Essa evidência encontrada neste estudo aponta para necessidade de um maior controle na farmacovigilância (produção, distribuição, dispensação, prescrição

e administração) da penicilina benzatina, visto que a medicação possui alta demanda para o tratamento de doenças, especialmente a febre reumática e a sífilis. A penicilina benzatina é considerada o único medicamento com eficácia documentada e com grande magnitude de efeito para o tratamento da sífilis em gestantes e na prevenção da sífilis congênita. Os estudos mostraram que a eficácia da penicilina é de 98% na prevenção da sífilis congênita (BRASIL, 2015).

De acordo com Paiva, Calazans e Segurado (2012), uma estratégia efetiva de prevenção requer das ações em saúde pública o envolvimento de pessoas, pertencentes a grupos, redes e coletividades que interagem e compartilham sentidos e valores. Uma tecnologia efetiva de prevenção tem o potencial de gerar novos sentidos e capacidades na comunidade, se forem mobilizadas a inquietação e necessidades da própria comunidade.

Por fim, todas as estratégias de prevenção necessitam de mudanças de conduta (de comportamentos e significados) e mudança nos contextos sociais que se inserem. A pobreza, o pouco nível de instrução e o conhecimento rudimentar da sífilis apontam para a necessidade de reformular a forma de abordagem das DST. É preciso que as mulheres e homens compreendam os aspectos que envolvem a transmissão de agravos à saúde e a importância do tratamento da sífilis, no período gestacional, para prevenção da sífilis congênita

4.2 SEGUNDA CATEGORIA ANALÍTICA – A vivência de transições na parentalidade de mãe/pai face ao evento de hospitalização do neonato por sífilis congênita.

Nesta categoria será abordado como os participantes vivenciaram a transição na parentalidade ao tornar-se mãe/pai de um filho hospitalizado por sífilis congênita, observando as funções adquiridas pelos pais na experiência e prática da parentalidade com o filho recém-nascido portador da sífilis congênita. E também serão discutidas as intervenções terapêuticas da enfermagem e dos profissionais de saúde durante o processo de parentalidade, a partir da Narrativa de Vida dos participantes.

Para uma melhor compreensão do leitor, esta categoria foi dividida em duas subcategorias, que serão minuciosamente discutidas:

- Descobrir-se mãe/pai de um filho recém-nascido com sífilis congênita e o impacto na parentalidade.
- Experiência vivenciada da parentalidade na hospitalização do filho com sífilis congênita.

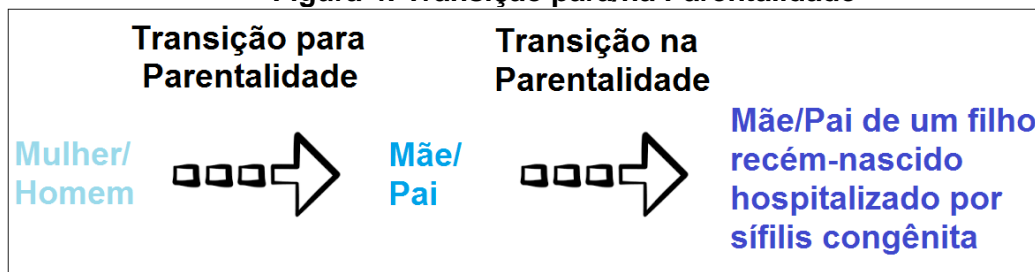
O tornar-se pai ou mãe constitui um processo interativo de construção, que inicia no nascimento do filho e prevalece a temporalidade, significando um marco definitivo na vida do homem e da mulher (MARTINS, 2013). A chegada de um novo membro da família pode se tornar um evento crítico porque exige dos genitores novos papéis e responsabilidades.

De acordo com Magalhães (2011), na maioria das vezes, a hospitalização da criança também é um evento crítico para os pais, pois sucede mudança do ambiente físico e psicológico, afastamento dos familiares, interrupção das atividades diárias, sentimento de perda de normalidade, insegurança no papel parental, alterações financeiras, dor pelo sofrimento do filho, ansiedade, culpa e medo. A autora acrescenta que a transição desencadeada por eventos críticos demanda que o indivíduo tenha mudanças na sua vida, capazes de modificar o seu comportamento e redefinir a sua identidade.

Ao apropriar-se dos conceitos da Teoria das Transições de Meleis: Uma Teoria de Médio Alcance (MELEIS *et al*, 2000), pode-se constatar que os participantes deste estudo, vivenciaram simultaneamente dois eventos críticos: o nascimento do filho e a hospitalização do recém-nascido por sífilis congênita. Estes

pontos críticos desencadearam duas transições simultâneas, a transição para a parentalidade e na parentalidade, que foram esquematizadas na figura 4.

Figura 4: Transição para/na Parentalidade



Fonte: Próprio autor.

Segundo Meleis *et al.* (2000), a preparação para a parentalidade tem início com o planejamento da gravidez e durante a gestação os pais começam a se conscientizar da nova condição e das mudanças que vão surgir. Neste estudo, a gravidez apenas foi planejada para o casal M6 e P6 e para a mãe M7.

Ele era um filho que eu esperava tanto, sonhava tanto em ter um filho e Deus me deu essa benção né (M6, 33 anos).

Ela é uma criança muito esperada... porque os meus três filhos não é dele [parceiro atual] (...) a primeira, segunda e terceira gravidez foi muito complicada porque eu criei meus filhos sozinha [chora intensamente] (...) um sacrifício. Aí eu conheci ele, foi o melhor homem que eu conheci, com ele a gente planejou ter, com os outros filhos não foi planejado (...) Mas essa gravidez foi diferente porque tinha uma pessoa do meu lado [chora] (M7, 32 anos).

A participante M6 foi mãe pela primeira vez, ao passo que M7 teve seu quarto filho, porém conforme retratam as falas acima, a gravidez de ambas foi desejada e planejada. M6 e M7 vivem com seus companheiros há 2 e 3 anos, respectivamente, e relatam receber apoio afetivo e financeiro de seus parceiros.

Já a participante M9 apresentou rejeição do filho na gravidez, porém diante do diagnóstico de sífilis desenvolveu a parentalidade, preocupando-se com o bem-estar do filho:

Eu não aceitava a criança dentro de mim, eu não conseguia aceitar a gravidez, eu não conseguia nem tocar no assunto, escolher nome, passar a mão na barriga. Eu ficava sem comer, porque comendo eu achava que estava sustentando, alimentando ele dentro da minha barriga (...) eu batia na minha barriga (...) Só que a barriga foi crescendo e eu fui sentindo, mas o que mais me deixou sensibilizada

foi quando eu descobri da sífilis, que ele corria risco e eu me senti assim um pouco culpada de botar a vida do meu filho em risco, porque eu conhecia o jeito que o pai dele era, sabia que ele era um inconsequente, não tinha responsabilidade com nada, então eu era pra ter mais juízo (...) Eu estava podendo botar uma criança no mundo que eu nem tinha estrutura e ainda poder ter sequelas da minha maluquice e do pai. Foi assim que eu comecei a aceitar, a ter carinho por ele, sabe aceitar a barriga, a me cuidar na gravidez (M9, 29 anos).

A mãe M9 apresentou rejeição da gravidez. Em sua história obstétrica a mesma apresentou três gestações de nascidos vivos, uma gravidez de mola hidatiforme e um aborto espontâneo. Também era vítima de violência doméstica, mantida em cárcere privado, descobriu a sífilis na gravidez, quando foi para uma casa de abrigo de violência contra mulher, e afirma que foi neste momento que começou a aceitar e maternar a criança em seu ventre.

Logo, a parentalidade de M9 emergiu concomitante ao diagnóstico de sífilis na gravidez, quando ela começou a desenvolver o cuidado materno com seu filho e a prevenção primária da parentalidade, neste caso para impedir o surgimento da sífilis congênita.

Para Saweyer (1999) existem duas condições que afetam o processo de transição para a parentalidade: o planejamento da gravidez e história prévia de aborto ou problemas com a saúde da mãe. Em seu estudo sobre o tornar-se mãe de afro-americanas verificou que as participantes que tiveram uma gravidez intencional procederam mais facilmente à transição para a parentalidade e, em contrapartida, foi adiada a identidade materna das mães que tinham história de aborto ou qualquer outra enfermidade, pois essas condições interferiam no bem-estar emocional e físico dessas mulheres.

Quanto aos outros dez participantes, que tiveram o bebê sem o devido desejo e planejamento da gravidez, não se pode fazer um julgamento prévio ao pensar que estes pais e mães não tiveram amor pelo seu filho e por isso não exerceram a prevenção da parentalidade primária para evitar a sífilis congênita.

Com exceção de P3, todos os participantes do presente estudo expressaram o desejo de prevenir a sífilis congênita, apesar de alguns não terem realizado corretamente o tratamento da sífilis ainda na gestação.

Vale salientar que o desejo de ter filho pode ser consciente ou inconsciente e o vínculo afetivo dos bebês com seus pais e vice-versa podem ser construídos sem o planejamento ou desejo inicial da gravidez (BRASIL, 2011).

Contudo, Meleis *et al* (2000) afirmam que a preparação antecipada para a parentalidade facilita o processo de transição, enquanto que a falta de preparo e planejamento dificultam a transição para a parentalidade.

4.2.1 Descobrir-se mãe/pai de um filho recém-nascido com sífilis congênita e o impacto na parentalidade

A maior parte dos entrevistados tinha a consciencialização que o filho poderia ser hospitalizado por sífilis congênita; apenas três mães (M1, M4, M10) não tinham esse discernimento e o pai P3 que negava a sífilis.

A consciencialização é uma das propriedades de transição para a parentalidade segundo Meleis *et al.* (2000). A percepção de uma nova condição, decorrente de alteração na vida do indivíduo, faz com que ele ative mecanismos para capacitá-lo a vivenciar a transição (SOARES, 2008).

A consciencialização foi vivenciada por seis mães (M2, M5, M7, M8, M9 e M13), as quais apresentaram sentimento de tristeza, ansiedade, pavor, preocupação e medo do filho nascer com problemas de saúde decorrentes da SC:

Eu ficava com medo dela vim com alguma coisa, tipo assim boca torta, alguma deficiência na perna (...) meu medo era que se ela nascesse com algum problema, aí quando ela ficasse mais grandinha, entendendo as coisas, aí falasse: _ ah mãe porque eu fiquei assim? _ ah você que passou isso para mim? Eu ia ficar magoada, com certeza, ia para o canto e ia chorar, mas graças à Deus não vai acontecer isso né (M2, 16 anos).

Eu estava com medo né dela nascer com problema, nascer com sífilis (...) a médica falou que ela poderia nascer sem um olho, sem o céu da boca, sem o pezinho, disformada né (...) a criança às vezes não consegue sobreviver por causa da sífilis, então eu já fiquei preocupada com minha filha (M5, 17 anos).

Com ela na minha barriga já fiz tudo com medo, quando voltava e ia para os pré-natais ficava apavorada (...) o meu medo era dela nascer com esse problema, essa doença entendeu (...) eu fiquei esses meses todinho, nove meses, pensando aí meu Deus do céu será que vai nascer? Será que tomei essa injeção, mas será que está fazendo efeito? Eu tinha essa preocupação (M7, 32 anos).

A informação é que a sífilis pega na criança, ela destrói ossos, ela destrói a cabecinha, ela pinta e borda né. Então a gente [refere-se ao parceiro] estava muito preocupado com isso né (...) além de outras coisas (...) porque na gravidez dele eu fiz uso de drogas, eu bebia, eu fumava. A sífilis era só mais uma coisa (...) para mim ele não ia sobreviver (M8, 27 anos).

A médica falou que ele podia vim com algum retardo, retardo mental (...) dentinho torto (...) deformação (...) só lembro que ela falou isso para mim e eu chorava muito (M9, 29 anos).

A gente [refere-se ao parceiro] lia na internet e acompanhava todas as coisas que a doença faz entendeu, eu sempre fiquei com muito medo que acontecesse alguma coisa com ele (...) eu estava desesperada, só coisa muito grave (M13, 22 anos).

De acordo com Silva *et al* (2015) durante o momento do diagnóstico de sífilis na gestação as mulheres apresentam sentimentos de medo, decepção, constrangimento e tristeza. Também podem ser acrescidos a estes, os sentimentos de frustração, desespero, culpa e ansiedade diante da chegada de uma criança com riscos de desenvolvimento (ALVES, 2015).

Observa-se nas narrativas das mães, que estes sentimentos estão relacionados aos problemas de saúde que a sífilis congênita pode acarretar no recém-nascido, principalmente, as malformações, deficiência física e mental.

Soares (2008) ressalta que o processo de preparação para a parentalidade é acompanhado de uma pluralidade de sentimentos e emoções, que variam de pessoa para pessoa por diversos fatores. Estes podem ser “emoções/sentimentos positivos ou negativos”.

O medo, a ansiedade, o choque, o desespero, a tristeza, expressados nas falas acima, são “emoções/sentimentos negativos”; os quais, segundo Soares (2008), podem ser gerados durante a preparação para parentalidade decorrentes de algumas situações na gravidez, como: gravidez não planejada, gravidez na adolescência, diagnóstico de crescimento intra-uterino restrito, risco de parto prematuro, a experiência negativa do parto vivida por um familiar, as dificuldades econômicas da família, risco de vida do bebê. Essas condições geram grande stress para mãe/pai que interfere no processo de parentalidade.

Quando a gravidez do filho é planejada, o momento do nascimento é uma alegria para a mãe, pai e família. Porém, no instante em que os genitores deparam-

se com uma criança contaminada verticalmente com a sífilis, o nascimento, que é um momento mágico, de luz, bom presságio, pode transforma-se em revolta, incerteza, apreensão, dúvida e culpa (SILVA; SANTOS, 2004).

Então, apesar da consciencialização dos genitores sobre a possibilidade de contaminação do filho, a confirmação de sífilis congênita foi expressa de diferentes maneiras nas Narrativas de Vida dos participantes:

a) Surpresa face ao desconhecimento da sífilis congênita:

É eu nunca fiquei sabendo dessa doença, aqui que fiquei sabendo, eu não sabia que minha filha podia ter, nem sabia que tinha remédio para isso (M1, 23 anos).

Eu não sabia que ele ia nascer com isso (M4, 17 anos).

Toda hora pegava a criança para furar ele, para ver alguma coisa nele e depois que eles falaram que era isso [sífilis congênita] (M10, 18 anos).

b) Medo e Preocupação com a saúde e prognóstico do recém-nascido:

Quando eu fiz o parto tudinho, disseram que ele estava [com sífilis congênita], aí eu fiquei preocupada, ainda estou né (M6, 33 anos).

Chegando aqui (...) falou que podia passar para os ossos, subir para o cérebro, aí eu fiquei desesperada, fiquei com muito medo (M3, 20 anos).

Da minha filha eu queria saber assim se tem risco de acontecer alguma coisa com ela e só (P2, 24 anos).

Só sífilis já ter feito minha filha nascer antes dos nove meses foi o bastante para mim (...) Nenhuma mãe quer se sua filha nasça prematura, eu não tinha ideia que era por causa da sífilis (...) eu fiquei sentida né porque eu não queria que a minha filha nascesse assim (...) eu já chorei muito (...) ver ela daquele jeito lá embaixo [na UTIN] dar uma agonia (M5, 17 anos).

c) Sentimento de frustração face ao insucesso do tratamento de sífilis na gestação:

Eu fiquei frustrada quando a médica veio e conversou comigo (...) pra mim ela ia nascer com tudo bem (...) eu não esperava que ela ia ficar, não esperava porque eu fiz tudo direitinho (M7, 32 anos).

A ansiedade foi muito grande, quando a gente soube o resultado (...) que ele estava positivo, a esperança era de ter ficado negativo (...) a gente até achou que estava tudo bem (P13, 29 anos).

Eu achava que tinha ficado boa, como estava no início da gravidez eu não imaginava que podia atacar ele (M13, 22 anos).

- d) Conformação com diagnóstico de sífilis congênita diante da possibilidade de cura com o tratamento do RN, considerando o resultado negativo de neurosífilis congênita:

Ele nasceu e fez os exames deu 1:2 [VDRL], no caso dele bem baixinho (...) quando eu descobri que teria que fazer a punção nele, que poderia ter subido para a cabecinha dele, trazendo retardo mental (...) nossa eu chorava aqui vinte e quatro horas, aí quando deu negativo o da cabecinha que eu fiquei mais tranquila (...) que eu sei que agora do sangue é mais fácil de tratar (M8, 27 anos).

Fiz o tratamento, mas fiquei a gravidez inteira (...) pensando se ele foi curado ou não (...) aí eles fizeram exame de sangue (...) o dele deu positivo... está tudo bem (...) estou aliviada porque eu sei que ele está sendo tratado com antibiótico por causa da sífilis (M9, 29 anos).

O exame dela deu negativo [Sorologia do LCR], mas vai tomar medicamento para proteger mesmo, estou bem feliz que ela não tem nada (M2, 16 anos).

- e) Negação da sífilis congênita como o motivo de hospitalização do filho:

Então está tudo tranquilo. Tudo bem. Eles estão medicando ele certinho, está tudo bem, tem nada não (P3, 33 anos).

O que eu vim saber aqui que ele passou dos nove meses, que nasceu com nove meses e oito dias né... penso eu que deve ter sido esse problema por isso que ele ficou assim, nasceu meio doentinho (P6, 33 anos).

- f) Indignação com o diagnóstico de sífilis congênita e hospitalização do recém-nascido:

Eu me tratei, só que o meu parceiro não se tratou (...). Não adianta eu tomar e ele não tomar, aí pegou na neném, acho que isso tudo quem sofreu foi ela mesmo (...) Ela sendo sacrificada, sendo furada pelo uma coisa que ela nem sabe o que é (M11, 30 anos).

Deu 1:2 no exame de sangue dele de sífilis e falou que ele tinha que ficar internado, eu não gostei, se eu falar pra você: —Ah não, está tudo bem, aceitei numa boa, mentira. Eu fiquei chateada, mas é para o bem dele e estou relevando entendeu (M12, 24 anos).

A partir das respostas obtidas pelos participantes, percebe-se que a hospitalização do recém-nascido foi uma situação negativa para a grande maioria dos genitores e inesperada para três mães (M1, M4 e M10), já que M1 e M10 descobriram a sífilis na admissão na maternidade e M4 foi informada nas consultas de pré-natal que estava curada da sífilis e que seu bebê não poderia ser acometido.

De acordo Kruehl e Lopes (2012) o momento da comunicação do diagnóstico de doença congênita, no contexto de cardiopatia congênita, interfere no processo de transição para a parentalidade. Se este for realizado durante a gestação, a vivência do luto do bebê imaginário poderia conferir uma maior disponibilidade para adaptar-se a nova situação e de contato entre o pai, mãe e o bebê nos primeiros momentos de vida. Todavia o diagnóstico precoce pode dificultar a superação do impacto ocasionado na vida dos pais pelo fato de não presenciarem a parentalidade na presença do bebê.

Segundo Brito (2008) tanto as mães que receberam o diagnóstico de sífilis materna no pré-natal, com possibilidade de transmissão vertical para o recém-nascido, quanto as que souberam nos primeiros dias de puerpério ficaram surpreendidas com a doença do filho.

Neste sentido, não podemos afirmar que a falta de um diagnóstico precoce de sífilis congênita para as mães (M1, M4 e M10) interferiu negativamente no processo da parentalidade.

O fato de o recém-nascido precisar ser internado para o tratamento da sífilis congênita foi associado por três mães (M3, M5 e M6) e um pai (P2) a uma preocupação com o estado de saúde e prognóstico do filho, principalmente pela falta de conhecimento da doença e seu tratamento. No entanto, os recém-nascidos de M5 e M6 necessitaram de cuidados intensivos devido a complicações da sífilis congênita e relacionadas ao parto e nascimento (ver quadro 7). Essas circunstâncias potencializam o medo de morte iminente.

O sentimento de frustração no momento do diagnóstico de sífilis congênita emergiu porque M7, M13 e P13 fizeram o tratamento correto para prevenir a transmissão vertical da sífilis, mas não foi suficiente para impedir a hospitalização do

filho. Contudo, M7 não sabia da necessidade do tratamento de seu parceiro para prevenir à sífilis congênita.

O conhecimento prévio que as mães M2, M8 e M9 tinham sobre os problemas que a doença podia acarretar ao recém-nascido levou à conformação com o diagnóstico de sífilis congênita diante da possibilidade de cura com o tratamento da criança e a sensação de alívio ao saber que o bebê não nasceu com complicações ou neurosífilis congênita.

Os pais P3 e P6 apresentaram negação da hospitalização da criança por sífilis congênita. P3 já negava a sífilis durante a gestação e não fez o tratamento, enquanto que P6 apresenta um conhecimento rudimentar da sífilis e sífilis congênita e por isso acredita que a hospitalização aconteceu devido ao nascimento tardio do filho, em estado de morte aparente, precisando de cuidados intensivos por cinco dias.

A Indignação das mães M11 e M12 com o diagnóstico de sífilis congênita e hospitalização do recém-nascido foi desencadeada, respectivamente, pela insatisfação com o parceiro porque não aderiu o tratamento de sífilis (M11) e pela impossibilidade de ter confirmado o diagnóstico de sífilis ainda gestação (M12).

As diversas emoções/sentimentos vivenciadas pelos participantes evidenciam o impacto que a transição na parentalidade de mães e pais com filho hospitalizado por sífilis congênita tem na vida deles, suscitando em modificações na parentalidade.

Segundo Magalhães (2011) a primeira internação de um filho pode ser marcante para os pais, ocasionando uma desorganização individual ou familiar e que podem influenciar nas experiências de hospitalização subsequentes.

A hospitalização da criança pode gerar disfunção no cuidado parental habitual dos pais devido à falta de conhecimento da doença e tratamento do filho, e ao desconhecimento do ambiente hospitalar, os quais desencadeiam sentimentos de insegurança, impotência e desamparo. Também consiste numa situação estressante para os pais. Contudo, para alguns genitores, a hospitalização podem ter sentido de alívio pelo entendimento de que se trata de uma situação necessária para melhorar o estado de saúde da criança (MAGALHÃES, 2011).

Nesta perspectiva, é necessário que no momento do diagnóstico o profissional de saúde, além de prestar informações sobre a doença, tratamento e

rotinas da internação, ofereça um suporte para que os pais continuem a desenvolver a parentalidade com seu filho hospitalizado, reformulando as suas identidades e papéis (MOREIRA, 2007).

Diante do impacto do diagnóstico de uma doença, é comum os pais apresentarem mecanismos de defesa, negação da doença e de sua gravidade, e sentimento de culpa. A hospitalização da criança, por ser um evento crítico para os genitores, desperta invariavelmente emoções intensas e leva os pais a atribuírem para si a culpa da doença do filho (MOREIRA, 2007; MAGALHÃES, 2011).

As falas seguintes refletem a culpa pela transmissão vertical da sífilis sentida pelas mães do presente estudo:

O bichinho não tem culpa né [chora]. Me senti muito culpada [chora intensamente]. A gente pagar por um erro da gente é fácil, mas quero ver agora, sofrer pelo o que ele nem fez, sem culpa [fala em meio ao choro] (...) uma criança é uma coisa tão frágil (...) você vê que a criança nasceu agora e já está [com sífilis congênita] (...) Para encarar a realidade é difícil (M8, 27 anos).

Mas só sífilis já ter feito minha filha nascer antes dos nove meses foi o bastante para mim aprender (...) E eu não tinha ideia que era por causa da sífilis (...) agora ela tem que fazer o tratamento, ela vai sofrer por causa de mim, porque eu não me cuidei (...) também ela não tem culpa de vim ao mundo, eu que engravidei, então eu que tenho que cuidar né porque ela não pediu pra vim, ela não pediu para nascer. Aí eu já chorei muito, sei lá, eu não consigo mais chorar porque eu me arrependo tanto cara, ver ela daquele jeito lá embaixo [UTIN] dar uma agonia, ela não merecia está assim (...) tomara que dê tudo certo para nós duas ficar bem, eu sei que ela vai ficar bem (...) mas se eu soubesse antes não teria deixado acontecer isso, teimosia (...) e agora não adianta eu me arrepender se eu já estou errada (M5, 17 anos).

Eu me sinto culpada por eu não ter feito o pré-natal, eu podia ter evitado se tivesse feito, tirado os exames. Aí agora ele não ia está passando por isso. Não ia precisar ficar tirando esses exames (...) toda hora ficar sendo furado (M10, 18 anos).

De acordo com Soares (2008) apesar das preocupações manifestadas sobre o tornar-se mãe e o tornar-se pai nem sempre coincidirem, para ambos é uma situação opressiva. Porém, para as mães, que se sentem como a principal responsável pela criança, a parentalidade pode gerar sentimento de culpa, exaustão,

insuficiência, entre outros. A incorporação de um novo membro na família, especialmente, o primeiro filho, está relacionada à culpabilidade frequente.

Nas narrativas acima percebe-se que as mães colocam sobre si o papel de cuidar do filho e a culpa da hospitalização dele. Dessa forma, isentam a responsabilidade dos pais na prevenção da sífilis congênita e no cuidado com o filho, especialmente, nesta fala de M5 “*eu que engravidei, então eu que tenho que cuidar*”. Porém estas mulheres não engravidaram sozinhas, assim como não são as únicas responsáveis pelo cuidado parental e transmissão vertical da sífilis.

A culpa está tão intrínseca à maternidade, na sociedade ocidental, que trata-se de um sentimento natural, por isso a maioria das mães se responsabilizam pela transmissão vertical da sífilis, como também pela falta de esperança de propiciar um futuro melhor para os filhos. E também recebem críticas dos profissionais de saúde quanto à contaminação do filho. No entanto, ninguém questiona a responsabilidade do pai na reinfecção da mãe e transmissão vertical da sífilis (SILVA, 2003; SILVA; SANTOS, 2004).

É necessário ser incorporado às práticas de prevenção da sífilis congênita o entendimento de que existe uma responsabilidade múltipla na transmissão vertical da sífilis, que inclui os saberes e comportamentos individuais do casal, os aspectos socioculturais e estruturais de saúde.

Neste sentido, o profissional de saúde que presta a assistência à mãe e pai de um recém-nascido hospitalizado por sífilis congênita deve evitar responsabilizá-los pela contaminação da criança e sim acolhê-los no ambiente hospitalar, promover o cuidado para diminuir as suas ansiedades e culpas, de modo que facilite o processo da parentalidade.

Por ser uma doença estigmatizada na sociedade, algumas mães, de comum acordo com seus parceiros, desejaram omitir da família e pessoas de seu convívio o verdadeiro diagnóstico do filho:

Eu prefiro não comentar com ninguém, nem com a minha e nem com a família dele entendeu (...) porque família é assim uma hora está bem, uma hora está mal, então vai julgar (...) Mas assim a gente não quer mesmo que ninguém saiba porque sei lá medo de julgarem a gente entendeu. Então a gente só fica com a gente mesmo (M2, 16 anos).

Para eu dizer que eu estou com sífilis é uma coisa, pra eu dizer que meu bebê está infectado é outra, é mais questão de [gaguejou] prevenir ele, não a mim (...) a gente mentiu, omitiu uma coisa assim por não querer expor uma situação, sendo que também é uma coisa particular né e algumas pessoas não tem noção do que perguntam, querem ir além da situação (M8, 27 anos).

Não é fácil porque todo mundo te pergunta porque teu filho está lá tomando antibiótico, eu não gosto de falar sobre isso, eu invento outro motivo, falo que é infecção urinária, mas não falo. Fica uma coisa chata porque o pessoal hoje em dia até com a sífilis é preconceituoso (...) as pessoas acham que a sífilis é uma doença que você passa não só na relação sexual, no caso se botar o filho dela do teu lado ela vai pegar também entendeu (M12, 24 anos).

Até explicar que a gente tratou (...) usou camisinha, porque realmente é verdade (...) eles não vão acreditar, eles vão achar que a gente foi irresponsável o tempo todo. E eu mais ainda que sou mulher (...) a gente está tentando enrolar o máximo possível porque eu tenho muita vergonha sabe. Porque o que aconteceu a culpa foi minha, foi dos dois, mas vai cair ainda mais para mim que sou mulher e sou mãe. Aí eu me sinto culpada, fico tentando me esconder deles, morrendo de vergonha, aí todo dia é dor de cabeça (M13, 22 anos).

Observou-se, nas falas acima, que as depoentes temem sofrer preconceito, ouvir comentários e julgamento a respeito da sífilis e da contaminação do filho, inclusive por parte de seus próprios familiares.

Algumas mulheres escondem a hospitalização por sífilis congênita para evitar possíveis comentários que denigram a suas imagens e dos seus parceiros, também porque se sentem constrangidas e envergonhadas pela forma de contrair a sífilis ser por via sexual (BRITO, 2008).

A participante M13 expõe a situação de estresse vivenciada durante a hospitalização do filho ao tentar esconder o diagnóstico dos familiares, ainda relata que a cobrança da sociedade sobre a mulher mãe é maior do que sobre o homem pai.

Essa comparação entre os gêneros masculino e feminino quanto à sífilis advém de uma sociedade machista, onde a mulher com sífilis sofre discriminação por um enraizamento cultural que as colocam como “mulheres da vida”, “pecadoras”, “infiéis”, enquanto que o homem recebe a sífilis com um atributo positivo de virilidade. Em consequência desses valores culturais, as mães se sentem

envergonhadas por contrair a sífilis e transmiti-la para o seu filho (SILVA, 2003; SILVA *et al*, 2006).

Para Brito (2008), a ação materna de omitir o diagnóstico de sífilis congênita do filho é desenvolvida como uma estratégia para se esquivar do julgamento moral da sociedade e de suas próprias avaliações sobre a doença.

A sífilis congênita também pode trazer alterações físicas e deficiências para a criança, que passa a ser estigmatizada e percebida com um “fruto podre”, gerado de uma relação impura, promíscua, irresponsável e negligente. Por isso alguns genitores preferem esconder e, ao mesmo tempo, proteger o filho da perversidade e visão estereotipada da sociedade (ROMUALDO; NEVES 2009).

Segundo Meleis *et al* (2000), a sociedade é um dos condicionantes da Teoria da Transição que atua como inibidora ou facilitadora do processo de transição de um indivíduo. No presente estudo, os estereótipos da sociedade relacionados à sífilis dificultam a transição da parentalidade durante a hospitalização do filho por sífilis congênita.

A sociedade exige dos pais a prestação de cuidados (físicos, alimentares, educacionais, afetivos e psicológicos) com o filho e, além disso, espera que eles assegurem a sobrevivência e desenvolvimento cognitivo favorável da criança gerada (SOARES, 2008). Essa visão social potencializa o medo das mães e dos pais de vivenciar o preconceito e a culpabilização de ter um filho com sífilis congênita.

4.2.2 Experiência vivenciada da parentalidade na hospitalização do filho com sífilis congênita

Apesar dos participantes do presente estudo terem vivenciado dois eventos críticos simultâneos, o nascimento e a hospitalização do filho, eles descreveram as suas experiências vivenciadas nos dois momentos. O tornar-se mãe e o tornar-se pai foi uma experiência tida como boa, feliz, e de superação, como mostram as falas abaixo:

Foi uma experiência boa, gostei muito, amo muito minha filha. É uma responsabilidade pelo resto da vida (...) foi tudo uma novidade [gaguejou] eu não tenho palavras para explicar né, foi um momento muito bom (...) você olha assim, ver que é seu, cresceu dentro de você, você cuidou durante nove meses, agora vai cuidar para o resto da vida, ver crescer (M1, 23 anos).

Nesse momento que estou com minha filha é só felicidade e atenção, um monte de coisas, nem sei como dizer (...) uma vida a mais no mundo (...) estou gostando de passar por esse período, mais uma vez de ser pai (P2, 24 anos).

Para mim tem sido muito bom, ser mãe é muito bom (M4, 17 anos).

Da experiência de ter tido ele? Foi bom (M6, 33 anos).

A experiência de ter sido mãe está sendo ótima, estou achando até que estou me saindo bem, eu tinha medo achava que eu não ia conseguir fazer nada (M13, 22 anos).

Todas as transições são responsáveis por alterações nas vidas dos indivíduos, mas o ser pai ou mãe é uma transição crítica porque além de ter caráter permanente, tem implicações na saúde dos pais e dos filhos (MARTINS, 2013).

A chegada de um bebê acarreta em uma modificação na organização psíquica da mulher e do homem, individualmente, e do casal, resultando em uma nova organização: o acréscimo do terceiro (quando primeiro filho); a mudança do status dos genitores, que passam da posição de filho para pais; as projeções de seus aspectos infantis sobre a criança e as exigências que o bebê faz à mãe (JUNQUEIRA, 2014). O tempo de gestação do filho possibilita aos pais irem se acostumando com a nova posição que os aguarda.

Segundo Santos (2009), a experiência de ter um filho concretiza um momento de grande importância na vida da mulher e do homem. As participantes M1, M4, M6 e M13 foram mães pela primeira vez, enquanto P2 foi pai pela terceira vez. Ambos não planejaram a gravidez e apresentaram a parentalidade como uma experiência boa, apesar do filho, bebê real, ter sido diferente do bebê imaginário ou imaginado, projetados durante o período gestacional.

Winnicott (2006) explica que a aceitação dos pais quanto ao bebê real é construída a partir do pensamento de que a criança poderia ter nascido morta, ou monstruosa, mas nasceu reconhecida por todos como um indivíduo. Um bebê real que proporciona aos genitores segurança pelo simples fato de existir, pois as mães e os pais duvidam que possam gerar uma criança normal e saudável.

Apesar da dúvida de conceber uma criança boa e perfeita, existe uma preparação prévia da mulher e homem para ser mãe e ser pai de um filho saudável. Logo, neste estudo, os participantes tiveram uma reorganização brusca e intensa da

identidade parental com a hospitalização do filho por sífilis congênita, atribuindo significados diferentes a este evento.

De acordo com Meleis et al (2000), os significados atribuídos aos eventos que desencadeiam o processo de transição pode facilitar ou dificultar as transições. Na presente pesquisa, algumas mães e pais atribuíram um significado positivo, enquanto outros um significado negativo, à hospitalização do recém-nascido com sífilis congênita.

A internação foi percebida como algo positivo, necessária para o bem-estar e tratamento da criança, para os depoentes P2, M6 e M7:

É só cuidado pelo bem da minha filha (...) É para o nosso bem e não para o nosso mal (...) ficar 20 dias aqui no hospital para ficar melhor, nós fica aqui 20 dias, não tem problema (...) O importante é sair melhor daqui mesmo e ficar boa (P2, 24 anos).

Foi bom, que ele saia daqui bem né (...) Pra vista do que ele estava, ele está bem (...) vai dar tudo certo (M6, 33 anos).

Eu tenho que ficar para tratar da minha filha e vou ficar (...) porque quero que ela fique boa, totalmente né, eu não quero sair daqui e depois mais pra frente fazer uma consulta de rotina e descobrir que ela está com um problema (...). É chato, mas tem que ter paciência (M7, 32 anos).

O pai P2 e a mãe M7 perceberam a hospitalização com um cuidado necessário para o tratamento e cura da sífilis congênita. M6 refere que a hospitalização contribuiu para a melhora do estado de saúde do seu filho, o qual nasceu em morte aparente, devido a complicações no parto, como a síndrome de aspiração meconial e a asfixia aguda.

Todavia, para a maioria dos entrevistados a hospitalização do filho teve significado de sofrimento, tristeza, impotência, estresse, preocupação, ansiedade e nervosismo, como mostram algumas falas abaixo:

A experiência que eu tenho é não estou gostando porque estou vendo ele sofrer né (...) levando picada de agulha, levando ele toda hora para tomar medicação (M3, 20 anos).

Foi triste, eu vi o meu filho morto na UTI. Mas Deus é bom, ele tá ai (...) meu filho foi um guerreiro, ele saltou muita cerca para voltar ao mundo de novo (...) Essa experiência é a primeira vez, eu nunca vi não, a primeira vez que vi meu filho na UTI, e eu sem poder fazer nada, fiquei lá só olhando. Foi uma experiência que não quero passar nunca mais [fala emocionado], quer dizer nenhum pai quer né, nenhum pai deseja passar por isso não. Mas graças à Deus foi rápido demais (P6, 33 anos).

Ah essa experiência é horrível. Você ver seu filho sendo furado toda hora, por uma coisa que você poderia evitar né (...) eu fico estressada conforme eu vejo minha filha sendo furada (...) fico muito estressada mesmo (M11, 30 anos).

Estou me sentindo apavorada porque eu fiquei com medo de dar alguma coisa no exame, acusar algo e você já tem a notícia de uma coisa, tipo você já tem a notícia do sífilis mais do HIV, que ele também toma coquetel para poder ele não desenvolver. Então você já fica como? Fica assustada porque você já tem duas doenças que pode afetar teu filho e ainda vim outras má formações, essas coisas me deixam nervosa (M12, 24 anos).

Em relação a isso que aconteceu, foi horrível, horrível, um pesadelo (...) é muito sofrimento mesmo tudo isso que está acontecendo com ele e eu não posso fazer nada (M13, 22 anos).

Foi horrível, difícil a preocupação com ele. Sofrimento até agora mesmo, é ruim de ver na injeção e tal... ela [parceira] toda hora chora infelizmente (P13, 29 anos).

Os genitores M3, M11, M13 e P13 afirmam que a internação causou sofrimento para si e para o filho, principalmente, devido às múltiplas punções venosas, necessárias para receber a penicilina cristalina e coleta de amostra para os exames laboratoriais. P6 atribui o significado negativo pelo risco de morte iminente do filho. E M12, portadora do HIV, tem consciência que o filho pode ter consequências de duas doenças graves, a AIDS e a sífilis congênita. Então, para esta mãe, à espera dos resultados dos exames laboratoriais e de imagem ocasiona medo e estresse.

Silva *et al* (2009) afirma que os sentimentos são vivenciados mais intensamente no início da hospitalização do filho, quando os pais não aceitam a situação. Neste sentido, a fase inicial do internamento é um momento de ajuste na parentalidade.

Segundo Magalhães (2011), alguns pais atribuem o significado de prisão, por estar fora de casa, e de castigo, por alguma coisa que fez de errado. Dessa forma, a hospitalização de um filho, na maioria das vezes, é uma situação difícil, complicada e que pode levar a uma crise, especialmente, quando os pais consideram que falharam no seu papel parental e, por se sentirem incapazes, não conseguem exercer as funções da parentalidade e apoio ao sofrimento do filho.

Após a fase inicial da hospitalização, começam a surgir os significados positivos, concomitante à possibilidade de sobrevivência do recém-nascido e a recuperação e estabilização do seu quadro clínico (Silva et al, 2009). No presente estudo, houve uma melhor aceitação dos pais quando confirmado que o filho não apresentou sequelas da sífilis congênita e que tem grande possibilidade de cura.

O significado atribuído pelos genitores à hospitalização do filho como algo necessário para a melhoria do estado de saúde da criança, também foi encontrado no estudo de Magalhães (2011).

O tornar-se pai e tornar-se mãe é assumir um compromisso irreversível, essa característica particular que diferencia a parentalidade de outras transições. Os participantes do estudo tinham a expectativa de serem mãe e pai de uma criança saudável. Mas com o nascimento de um filho com sífilis congênita, eles vivenciaram mudanças no foco da parentalidade.

A mudança é uma das propriedades do processo de transição. Uma pesquisa sobre a experiência da parentalidade de pais com filho portador de cardiopatia congênita revelou que a transição foi um processo de longo prazo. Os pais tiveram que se adaptar a novos papéis e situações, bem como adquiriram novos sentidos e uma sensação de domínio quando eles compreenderam a doença do filho (MELEIS et al, 2000).

As principais mudanças relatadas pelos depoentes foram a alteração na rotina e atividades diárias, a interrupção familiar e do cuidado com os outros filhos:

Toda mãe quer ver seu filho nascer bonzinho né, saudável (...) pensei que ia ter meu bebezinho e depois eu ia ter alta, mas faz quase duas semanas que eu estou aqui (M6, 33 anos).

É porque você fica dez dias, para mim que tenho outros filhos, para mim dez dias fora de casa é como se fossem dez meses. Eu estou sem ver meus outros filhos, minha vida está parada (M11, 30 anos).

Ai meu Deus dez dias, eu pensando em ir embora depois de amanhã (...) eu nunca fiquei internada assim com criança não, eu sempre no terceiro dia, sou parto normal, vou embora (...) a gente fica sim ansioso para sair porque quer ver teus outros filhos né, quer ir para casa, mas tem que ficar né (M7, 32 anos).

Bom, eu acho chato porque você quer ter teu filho e no dia seguinte você quer ir embora, levar ele para família ver e ficar tudo bem. Eu estou empurrando com a barriga, doida para ir embora, mas tem que esperar os dez dias para ele poder ficar bom e ir para casa (M12, 24 anos).

Todas as mães do estudo relataram desconforto em permanecer dez dias acompanhando a internação do filho, no entanto perceberam que a hospitalização é necessária para o filho e, por isso, condicionam a alta hospitalar de ambos à cura e bem-estar da criança.

Segundo Magalhães (2011), a pior mudança para a família é a separação dos outros filhos e familiares, pois há uma grande preocupação com filhos que permaneceram em casa. As mães M7, M11 e M12 deixaram seus outros filhos sobre os cuidados do pai da criança, padrasto e avó, respectivamente. Apesar de confiar nos familiares que vão cuidar das crianças em casa, há sempre um sentimento de preocupação materna, levando ao estresse durante a internação.

A hospitalização também provoca impacto emocional na vida dos pais, que se sentem impotentes, restritos ao ritmo e às rotinas hospitalares, e com dificuldades de prestar o cuidado parental à criança hospitalizada (MAGALHÃES, 2011; SILVA *et al*, 2009).

Estudo desenvolvido sobre a experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados revelou que as mães são as principais afetadas na sua vida diária com a hospitalização do filho. As genitoras abdicam de cuidar de si para dedicar-se aos seus filhos e estão inseridas em um ambiente desconhecido e afastadas do lar. Esses fatores culminam em uma situação de desgaste físico e psicológico (SILVA *et al*, 2009).

Mas durante a hospitalização os pais também sofrem impacto físico e emocional. Alguns pais do presente estudo, P2, P6 e P13, também se empenharam em acompanhar o filho e sua companheira durante a internação:

Acompanho minha filha aonde for (...) até onde eu tiver vivo, onde estiver ao meu alcance, para minha filha e minha mulher vou ajudar sempre (P2, 24 anos).

Eu quero sim participar de todos os exames dele (...) ver como tá indo, como é que tá se agindo. Do jeito que estou aqui com ele no hospital, eu quero estar com ele quando tiver em casa também. Quero acompanhar ele de tudo (P6, 33 anos).

Estou desde quarta aqui, eu só saí daqui domingo e segunda, que fui de tarde um pouco em casa para pegar roupa e algumas coisas, e voltei para ficar todos dias e vou ficar até ele ter alta com certeza (P13, 29 anos).

As falas acima mostram o desejo e o compromisso que os pais assumiram quanto ao cuidado com o filho. Para Meleis *et al* (2000), o compromisso, o empenhamento e a proatividade do indivíduo atuam como facilitadores de seu processo de transição. Porém, o fato dos pais acompanharem a internação dos filhos e interromperem as suas atividades diárias e laborais pode levar a perdas aquisitivas para a família e influenciar na parentalidade.

A ausência do trabalho, durante a internação, pode afetar profissionalmente e economicamente os pais. Vale ressaltar que os gastos com o deslocamento casa/hospital também são considerados como aspectos negativos da hospitalização (MAGALHÃES, 2011).

Dessa forma, a hospitalização como um evento que desencadeia o processo de transição na parentalidade exige um reajuste e reorganização por parte dos indivíduos, ou seja, dos pais e da família (SOARES, 2008).

Quanto ao apoio recebido dos familiares, os participantes expuseram, principalmente, a cumplicidade e o cuidado mútuo entre o casal:

Ele trabalha, eu não faço nada e ele me dá de tudo, dá de tudo para minha primeira filha (...) dá atenção para os filhos dele (...) agora para ela [filha atual] também (M2, 16 anos).

Eu estou dando apoio para ela e ela está me dando apoio (...) é minha filha também (...) Vou ficar acompanhando ela [parceira], nunca deixar ela sozinha, nunca deixei (...) quando ela precisava sempre contava comigo, e quando eu precisava sempre contava com ela (...) Desde quando eu a conheci sempre fiquei do lado dela [parceira], ela tinha os pais dela, tinha os irmãos dela, mas eles não ajudavam nada,

aí eu peguei pra mim (...) sempre vou ajudar ela, se precisar vou largar trabalho para ajudar ela (P2, 24 anos).

Ele é meu amigo, ele cuida dos meus filhos, ele cuida de mim, da casa (...) ele é assim uma pessoa que eu pedi muito a Deus (...) eu estou muito feliz assim com ele, com a nossa filha, ele gosta dos meus filhos (...) ele me ajuda, ele faz as coisas, ele trabalha, bota as coisas dentro de casa, me ajuda com os filhos, como se fosse pai para os meus filhos, meus filhos gostam muito dele (...) Todo dia ele está aqui, até eu mesmo falei para ele que não precisa, eu não sou marinheiro de primeira viagem, eu consigo me virar muito bem (...) porque eu preferia que ele fique em casa por causa das crianças (M7, 32 anos).

As narrativas de M2 e P2 mostram a cumplicidade do casal e a satisfação com o relacionamento conjugal. Ambos participaram ativamente dos cuidados com a filha hospitalizada. A participante M7, embora verbalizasse o apoio do companheiro na hospitalização da filha, preferia que o mesmo ficasse em casa para cuidar dos seus outros filhos.

Somente duas depoentes informaram ter recebido apoio de outros entes da família:

Minha mãe, meu pai, minha irmã, o pai da minha filha, todo mundo me apoiou (M1, 23 anos).

Eu voltei para casa da minha tia, minha tia está me ajudando até hoje (...) o bom da minha família que foi sempre assim (...) sempre que eu brigava com ele [parceiro], eu voltava para minha família (M5, 17 anos).

A mãe M1 morava com seus pais antes da gravidez e passou a residir com o seu companheiro. Afirma ter recebido o apoio de seus familiares durante toda a gestação e na hospitalização do filho. A avó da criança acompanhou a filha e a neta durante toda a internação e se mostrou prestativa para auxiliar nos cuidados com a criança hospitalizada.

Já M5 não teve acompanhante durante a hospitalização da filha, porque a mesma nasceu com complicações da sífilis congênita e da prematuridade, necessitando de cuidados intensivos. Com 1 (um) ano de vida, M5 foi abandonada pela mãe, desconhece o pai biológico e foi deixada aos cuidados de sua avó, posteriormente dos seus tios. Ainda, M5 era vítima de violência doméstica, por isso

rompeu o relacionamento no final da gestação e voltou a morar na casa dos seus tios. M5 recebia visita apenas de sua tia.

A família para Meleis *et al* (2000) está inserida nos condicionantes da transição, como facilitadora ou inibidora, e também nos indicadores de processo, como integrante da rede de apoio do indivíduo que vivencia a transição. A família trata-se de um recurso importante para que as mães e os pais desenvolvam plenamente a sua parentalidade (SOARES, 2008)

De acordo com Silva *et al* (2009) a família se constitui como a principal fonte de apoio para mães e pais que enfrentam a hospitalização de um filho recém-nascido. O apoio familiar é exercido em diferentes níveis, designadamente a nível: material, psicológico, nas lidas da casa, nos cuidados ao bebé, no esclarecimento de dúvidas e partilha de experiência (SOARES, 2008).

A principal demanda dos pais de apoio familiar é a nível material e psicológico. A ausência de dificuldades económicas facilita a experiência vivenciada na hospitalização do filho e impulsiona a autoconfiança na transição para a parentalidade (SOARES, 2008; MARTINS, 2013).

O marido/companheiro, em primeiro lugar, e a avó, principalmente a avó materna são os membros da família que mais estão envolvidos no apoio à mãe e à criança hospitalizada e também são os que mais as visitam (BRITO, 2008; SILVA *et al*, 2009).

Segundo Santos (2009), geralmente, o pai é a única ou principal referência emocional e social da gestante quando a família é composta exclusivamente pelo casal. Se o pai apresenta conhecimento e preparo pode oferecer segurança emocional à mãe, despreocupação com as demandas externas e trazer benefício a sua saúde e do filho (BRANCO *et al*, 2009).

Quanto aos avós, eles participam tanto das atividades extra-hospitalares, dos cuidados com o restante da família e filhos que ficaram em casa, quanto dos cuidados com o recém-nascido. O apoio dos avós é de fundamental importância durante o processo de hospitalização de um filho (SANTOS, 2009; SILVA *et al.*, 2009).

Para Brito (2008), a experiência do tornar-se mãe/pai é melhor enfrentada quando existe o apoio familiar. Porém, algumas mães podem se sentir

desamparadas, solitárias quando não se tem a companhia de um familiar ou pessoa de confiança, como mostra a fala de M6:

Hoje de manhã, de madrugada, tive um pesadelo horrível com ele (...) Eu sonhei que estava com ele no bercinho, aí eu sonhava que ele caía, aí acordei tremendo, nervosinha, e ele estava bem dormindo do meu lado. Porque eu estou sozinha aqui no hospital, muito ruim, desde que eu cheguei aqui internada (...) sozinha não! Eu e Deus! É por isso que quero que me dê logo minha alta para ir embora (...) porque eu estou sozinha aqui (M6, 33 anos).

A mãe M6 só recebia o apoio de seu companheiro durante a internação do filho, mas ele precisava trabalhar e por isso, se ausentava dos cuidados com sua parceira e filho. A inserção da família é importante para o processo de aceitação da hospitalização e a falta do apoio familiar é uma necessidade que precisa ser suprida (SILVA *et al*, 2009).

Contudo, Santos (2009) afirma que a família também pode dificultar a vivência da maternidade, quando rotula ou ofende o bebê real, prejudicando a aceitação do filho.

O apoio também pode ser exercido pelos amigos e pelas próprias mães e pais que se encontram vivenciando situações parecidas. Portanto, a equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde tem o papel de estimular a integração entre os clientes para viabilizar o apoio/suporte mútuos, compartilhar a dor e tornar a hospitalização o menos dolorosa possível (BRITO, 2008; SILVA *et al*, 2009).

Porém, como a sífilis congênita é uma doença estigmatizada, a maioria dos participantes deste estudo preferiram vivenciar a experiência da internação no isolamento e sem envolver a sua rede de apoio, por temer sofrer preconceito e rejeição do filho.

Os profissionais de saúde, no ambiente hospitalar, fazem parte da rede de apoio dos indivíduos. Por sua vez, também são capazes de facilitar a transição da parentalidade, quando as mães e pais de crianças hospitalizadas conseguem sentir-se ligados e interagir com a equipe de assistência.

O “sentir-se ligado” e o “interagir” estão inseridos nos padrões de resposta do indivíduo, como indicadores de processo de Transição. Muitas das narrativas de pessoas que vivenciaram a transição evidenciaram a necessidade do sentir-se ligado à sua rede de apoio (MELEIS *et al*, 2000).

O sentir-se ligado aos profissionais de saúde promove uma experiência positiva de transição, pois a equipe de assistência pode trazer conforto ao tirar dúvidas e ao atender os questionamentos dos que vivenciam a transição. Assim como, a interação entre os profissionais e clientes faz com que o cuidado ou o autocuidado ocorra de forma eficaz e harmoniosa (MELEIS *et al*, 2000).

As Narrativas de Vida das mães e pais apresentaram de diferentes formas o sentir-se ligado e o interagir em relação à equipe do alojamento conjunto e unidade neonatal (*Quadro 9*).

Quadro 9: Experiência vivenciada por pais e mães ao “Sentir-se ligado” e “Interagir” com os profissionais de saúde do alojamento conjunto e unidade neonatal de um Hospital Universitário, do município do Rio de Janeiro.

PERCEPÇÃO DAS AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	NARRATIVAS DE VIDA DE MÃES E PAIS
<p>Informa, esclarece dúvida e estimula as dúvidas</p>	<p>Mostra tudo que está fazendo... a gente acompanha junto (...) a gente faz exames e quer saber o resultado, se está evoluindo o tratamento, ou se não está, aí eles [profissionais de saúde] falam pra gente. Deixa ir junto para ver como é (...) sempre dispostos a tirar nossas dúvidas (...) dar toda a informação que a gente precisa (M1, 23 anos)</p> <p>Os médicos (...) tem muita assistência (...) eles parece que é da família assim, eles deixa você super à vontade, explica tudinho (...) Antigamente, a gente não sabia de nada, não tinha explicação (...) eles explicam quanto tempo a criança vai tomar a medicação, não mente (...) tudo explicadinho (...) Eles sempre falam que se tiver alguma dúvida pergunte pra gente (M7, 32 anos).</p>
<p>Dar apoio e ajuda</p>	<p>A senhora [como enfermeira] está dando o maior apoio para a minha filha e para minha mulher, a maior atenção (P2, 24 anos).</p> <p>Estou feliz, que você [como enfermeira] está me ajudando também (M4, 17 anos).</p>
<p>Presta assistência, cuidado e promove segurança</p>	<p>Estão cuidando bem (...) dando assistência para criança e para mim (...) um bom tratamento, remédio na hora certa. Pode ser de madrugada, eles estão acordados para dar o remédio. Sempre estão passando no quarto, verificando se tem alguma coisa (M1, 23 anos).</p>

	<p>As enfermeiras são muito boas, trata a gente muito bem. De noite, mede a nossa pressão, vê se a gente está com febre, se a gente está com dor, passa um remédio, toda hora pergunta como a gente está, se o pé está inchado, se a gente evacuou, é o tempo todo assim (...) não tem como você passar mal aqui (...) Excelente! Aqui é excelente mesmo (...) A gente tem assistência à noite toda e o dia todo, ninguém fica abandonada aqui. Se disser que fica abandonada é mentira (...) a gente se sente segura (...) Graças à Deus, não precisa de acompanhante na cesárea e canto nenhum (M7, 32 anos).</p> <p>Aqui é um hospital que eu vejo que cuida bem dele [filho] (M12, 24 anos).</p> <p>O pediatra daqui é bom (...) eu acho que aqui o tratamento dela vai ser direitinho (M11, 30 anos).</p>
Oferece suporte emocional	<p>Com certeza você [como enfermeira e pesquisadora] foi uma psicóloga, por um momento, você tem um jeito assim de falar que a gente acaba se derretendo e acaba desabafando. Eu precisava chorar (M7, 32 anos).</p>
Demonstra amor nos cuidados com os recém-nascidos	<p>As pessoas que acompanham o berçário parece que, assim, é aquela equipe mesmo para aquilo ali. Eles tem um amor com a criança, trata as crianças bem, a gente vê. Não é nem na nossa frente, é por trás mesmo, a gente vê. Às vezes, eu chego assim vejo as enfermeiras conversando com os meninos, parece que os filhos são delas, é impressionante! É muito amor (M7, 32 anos).</p>

Fonte: Narrativas de Vida de Mães e Pais participantes do estudo.

Ao observar o quadro acima, percebe-se que os participantes do estudo pontuaram algumas ações dos profissionais de saúde que contribuíram para a ligação e interação deles com a equipe multiprofissional.

Meleis *et al* (2000) afirmam que o fornecimento de cuidados culturalmente competentes, em hospitais, exige continuidade nas relações entre os profissionais e clientes.

Verifica-se também que os depoentes mantiveram uma relação de proximidade e confiança com os profissionais de saúde, e que estes estavam disponíveis para responder às suas necessidades de informação.

Segundo Magalhães (2011), a comunicação é um fator importante para interação dos pais com os enfermeiros. A forma como a comunicação é estabelecida pelos enfermeiros pode facilitar ou dificultar a participação materna e paterna nos cuidados com a criança hospitalizada.

Para viabilizar a participação dos pais nos cuidados com o filho é preciso que os enfermeiros e demais profissionais de saúde considerem a comunicação e a transmissão de informação como ações de grande importância. A informação reduz a ansiedade, a incerteza e o medo do desconhecido, como também aumenta a aceitação da doença e da hospitalização da criança (CARDOSO, 2010; MAGALHÃES, 2011).

Soares (2008) ao estudar o acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade, identificou que a relevância da intervenção do enfermeiro, quanto à prática de educação/ensino sobre a interação de mãe/pai-filho, reside no fato de que o conhecimento das capacidades interativas do filho favorece uma maior responsividade materna/paterna (SOARES, 2008).

De acordo com Silva *et al* (2009), os pais de recém-nascidos hospitalizados sentem-se apoiados pelos profissionais de saúde, quando estes proferem palavras positivas, mesmo que não sejam com intuito de trazer informações. Saber o que e como falar frente a situações tão adversas é de fundamental importância, pois pode contribuir para o estabelecimento de uma relação de confiança entre cliente e profissional.

Dessa forma, torna-se relevante que o profissional de saúde estimule os pais a verbalizar as suas preocupações, dúvidas e receios e, sobretudo, ouvi-los, para estabelecer uma relação de confiança e compreensão, essencial para o tratamento da criança (SILVA *et al*, 2009).

Na narrativa de M7 quanto ao suporte emocional, percebe-se que ela tinha uma grande necessidade de ser ouvida, de desabafar e de chorar. Durante a entrevista, M7 expôs suas angústias, medos, e receios entre outros sentimentos que a dificultavam na experiência e prática da parentalidade.

O apoio emocional, prestado pelo profissional aos pais, é realizado através do ouvir, preocupando-se em ajudar os pais a lidar com a hospitalização do filho e com outros aspectos das suas vidas que possam afetar a parentalidade (MAGALHÃES, 2011).

Cardoso (2010) afirma que na enfermagem pediátrica cuidar da criança é também cuidar dos seus pais, portanto é preciso ter conhecimento das reais necessidades maternas e paternas, sejam elas de: acolhimentos no serviço de saúde, preocupação com o bem-estar, apoio emocional, entre outras. Cabe aos enfermeiros facilitar o processo de participação parental nos cuidados.

O apoio e estímulo à função parental e promoção do bem estar da família são essenciais ao cuidado da enfermagem. O enfermeiro tem a função de formar e preparar os pais para torná-los competentes e independentes no desempenho dos cuidados básicos com filho, designadamente, higiene e conforto, sono, segurança, e alimentação, bem como proteção, estímulo e afeto, elementos indispensáveis para um desenvolvimento harmonioso. Ao terem suas necessidades facilitadas, os pais apresentam sentimentos de confiança face à prestação de cuidados e satisfação com o desempenho do papel parental (SOARES, 2008).

A mãe M7 mostrou grande satisfação e admiração ao mencionar que as enfermeiras exerciam com amor o cuidado com recém-nascidos e que os tratavam como filhos. Magalhães (2011) refere que a demonstração de interesse do enfermeiro sobre a condição da criança e da criança como indivíduo é muito relevante para os pais. A relação de empatia entre a equipe de enfermagem e os pais pode gerar mais segurança e fortalecimento para lidar com a hospitalização do filho.

Quanto à assistência recebida, as mães mostraram confiança no tratamento instituído e sentiram segurança nos cuidados da equipe multiprofissional. Esse resultado também foi encontrado no estudo de Brito (2008), pois as mães desenvolveram um vínculo de credibilidade com a equipe e confiança na terapêutica implantada aos filhos internados em unidade neonatal por sífilis congênita.

Os participantes do presente estudo mostraram estar situados quanto ao tratamento e acompanhamento do recém-nascido com sífilis congênita, como mostra algumas narrativas:

Eu fico mais despreocupada agora sabendo que está tudo bem (...) vai acabar o medicamento dela, provavelmente eu vou embora e vai marcar consulta de retorno mesmo para ver se está tudo bem (M2, 16 anos).

Ele toma uma dose seis da manhã e seis da noite (...) E quando chegar no oitavo dia ele vai tomar três vezes ao dia, que vai ser no caso porque ele está aumentando o peso. Daí acaba (...) aí com um mês ele vai vim, aí por exemplo deu negativo, com três meses ele volta, se der negativo de novo, dois resultados negativos é confirmação de cura (M8, 27 anos).

Então o tratamento que ele está fazendo é só (...) a penicilina mesmo (...) dez dias de medicação. A gente está esperando ele ficar bom (P13, 29 anos).

O localizar-se e estar situado para Meleis *et al* (2000) é importante para a maioria das experiências de transição. O entendimento de uma nova situação de vida e o se "situar" em termos de tempo, espaço e relações, permitem aos indivíduos compreenderem o seu processo de transição.

Ao se sentirem parte integrante da equipe, os pais ficam mais confiantes para desempenhar o cuidado parental durante a hospitalização do filho (MAGALHÃES, 2011).

O sentimento de confiança pode ser percebido nas falas de P2 e M13:

Eu estou gostando daqui, de fazer parte do hospital, cuidar da minha filha (...) aprender mais cuidar da minha criança (P2, 24 anos).

A gente [refere-se ao parceiro] está sempre conversando com os médicos, a gente está sempre em cima, e a gente está cuidando dele muito bem. Ainda mais para quem nunca teve filho, a gente está cuidando dele muito bem, e ele está bem (M13, 22anos).

As narrativas de P2 e M13 evidenciam que através da integração com a equipe de saúde, eles mesmos adquiriram confiança para desempenhar os seus papéis parentais.

O desenvolvimento de confiança e *coping* se manifestam no nível de compreensão dos diferentes processos inerente ao diagnóstico, tratamento, recuperação e/ou viver com limitações; no nível de utilização de recursos; e no desenvolvimento de estratégias para adaptação à nova condição de vida (MELEIS *et al.*, 2000).

Duas mães tiveram a experiência e prática da parentalidade prejudicadas devido à separação imposta pela necessidade de intervenção no filho com sífilis congênita:

Lá no CTI (...) estão cuidando dela para ela ficar melhor, para ela poder subir pra cá pra o berçário, para eu amamentar ela com o meu próprio leite, pra ficar o dia todo comigo, a noite toda, dormir sem se preocupar se ela vai passar mal, sem se preocupar se ela vai ter uma parada respiratória (M5, 17 anos).

Está na incubadora, porque ele não está respirando, está respirando muito rápido. Por eu botar ele no peito, ele fica nervoso por não ter bico, ele ficou muito nervoso, perdeu peso, por não estar mamando o peito, só aquele copinho que elas dão, aí ele tem que ficar ali [UI] (M10, 18 anos).

A participante M5 vivenciou a separação do filho devido ao nascimento prematuro, quando o bebê foi encaminhado para a Unidade Neonatal. Enquanto que M10 foi privada do contato prolongado com o filho, por dificuldade de adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Ambas estavam de alta hospitalar, mas aguardavam, no alojamento conjunto, a melhora clínica do seu filho e desta forma os acompanhavam o tempo que julgassem necessário, em conformidade com ECA⁴.

Neste momento de separação e por um período segundo Santos (2009, p.123) “o útero materno será substituído pela incubadora, as mãos da mãe pelas da enfermagem, o acalanto pelos alarmes dos monitores”. Essas substituições interferem no vínculo mãe-bebê e, conseqüentemente, na parentalidade, prejudicando o desenvolvimento de confiança e *coping* das mães em relação aos cuidados com seus filhos.

A experiência vivenciada da parentalidade na hospitalização do filho com sífilis congênita levou a uma reformulação de identidade das mães e dos pais do presente estudo. As suas narrativas elucidam que passar por esta experiência fez com que eles refletissem sobre as suas práticas sexuais, relacionadas à prevenção da sífilis/sífilis congênita e de uma gravidez não planejada, e sobre a parentalidade:

Mas agora assim (...) parece que a pessoa amadurece mais (...) a pessoa vai ficando responsável sabe (...) Uma experiência para mim de se cuidar também né (M2, 16 anos).

⁴ Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990, dispõe: **Art. 12.** Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

Como essa experiência está sendo para mim? para mim acordar mais pra vida, ter mais responsabilidade, tomar mais cuidado (P2, 24 anos).

Essa doença fez também eu me prevenir mais (...) E se for um caso de um dia eu terminar com ele [parceiro] (...) vou me prevenir com certeza. Isso serviu de uma lição também. Me prevenir usando preservativo e também quero me prevenir para não engravidar de novo (M3, 20 anos).

Eu não tinha nem noção o que poderia causar, não sabia que podia ser tão sério (...) De repente até queria ter forçado mais, para ela ter feito o tratamento antes (...) Antes de engravidar no caso, porque eu fiz o meu tratamento... Se eu soubesse o risco tanto assim, eu fiquei sabendo mais por ela estar grávida, esperando um filho, aí com certeza eu fui tomar juízo afinal (P13, 29 anos).

Eu pensei assim, é preciso passar por isso pra gente aprender entendeu, porque uma hora a gente não pensa, não liga e o caso é sério. Eu mesmo ficava assim gente como é que pode uma coisa tão séria e a gente não leva a sério, a gente não sabe (...) Eu estou feliz, apesar dos pesares, com uma criança não tem como ficar triste né, fala sério. Eu tô aqui, eu fico só olhando para ela pronto ganho o dia (M7, 32 anos).

Depois que eu fiquei grávida eu mudei a cabeça, minha cabeça ficou diferente, cada coisa que ele [parceiro] me fazia me dava mais raiva dele (...) nojo dele, de ficar perto dele (...) eu fiquei com medo da criança (...) de perder a criança (...) foi igual eu com minha mãe, minha mãe usava muita droga (...) engravidou de mim e pediu para minha avó me trazer para o Rio (...) tipo ela desfez de mim. E eu não quero que aconteça a mesma coisa com minha filha, tipo desfazer da minha filha por causa de um homem, desfazer da minha filha por causa de droga, jamais eu ia fazer isso entendeu (...) A atenção que eu não tive, quero dar para a minha filha [chorou]. Eu tenho certeza que ela vai adorar, que eu vou ser a mãe melhor do mundo para ela, tudo que eu não tive, eu vou dar para minha filha (M5, 17 anos).

Os participantes apontaram nas falas acima, que a hospitalização do filho gerou uma reformulação de suas identidades, no sentido de: crescimento pessoal (M2); tornar-se mais responsável e cuidadoso consigo e com o filho (P2); adotar postura preventiva quanto às DST e gravidez não planejada (M3); conscientização da importância do tratamento da sífilis (P13); aprendizado (M7); encarar com seriedade a sífilis e sífilis congênita (M7); não repetir a sua história de abandono quando bebê (M5); abdicar da drogadição em prol da filha (M5); querer vivenciar as funções da parentalidade com a filha (M5).

Apesar da hospitalização de um filho com sífilis congênita ser um evento transitório e passageiro, ocasionou mudanças na percepção de vida e parentalidade dos pais. Bem como, a aquisição de novos conhecimentos sobre a doença e o desenvolvimento da criança.

Segundo Meleis *et al* (2000), o reconhecimento dos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição pode se dar a partir dos indicadores de processo e dos indicadores de resultados. Estes últimos são a Maestria e a Integração Fluida da Identidade, ou seja, o domínio de novas competências e a reformulação de identidade.

Porém, deve ser flexível e variável determinar quando uma transição está completa, pois esta depende do tipo e da natureza do evento que iniciou a transição, bem como do tempo de transição. Se estivermos em momento muito próximo ao processo de transição do indivíduo, os resultados podem ser considerados indicadores de processo e não de resultado. Mas também se observado os padrões de resposta dos indivíduos muito tempo após sua experiência de transição, estes podem estar relacionados com outros eventos na vida do cliente (MELEIS *et al*, 2000).

No presente estudo, observamos a experiência vivenciada na transição da parentalidade de mães e pais durante o processo de transição, por isso os indicadores de resultados ainda não estão plenamente constituídos na vida dos participantes. O ideal para uma análise minuciosa destes padrões de resposta é que fossem observados após a alta hospitalar do recém-nascido.

Em todas as transições, há um elemento subjetivo para alcançar um senso de equilíbrio na vida de alguém. O domínio de novas habilidades e comportamentos necessários para gerenciar sua nova situação de vida, bem como a uma nova identidade reflete em um resultado de transição saudável (MELEIS *et al*, 2000).

Magalhães (2011) ressalta que os pais que vivenciaram a hospitalização de seus filhos procuraram adquirir conhecimentos e competências específicos à doença da criança, mesmo nos casos de doença aguda, com o intuito de se capacitar para avaliar e intervir diante de sinais e sintomas da doença.

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde que prestam cuidados aos recém-nascidos hospitalizados e aos seus familiares, precisam criar estratégias para otimizar o tempo de internamento e recursos para capacitar os pais no cuidado com

o seu filho. Também devem ser eficazes na atenção prestada a essas famílias (SILVA *et al*, 2009).

Meleis *et al* (2000) afirmam que os enfermeiros, muitas vezes, são os principais cuidadores de clientes e famílias que estão em fase de transição. Eles assistem às mudanças e exigências que as transições trazem para o cotidiano dos clientes e suas famílias, e, além disso, preparam os clientes para iminentes transições. Dessa forma, são estes profissionais que podem facilitar o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas às experiências, à saúde e doença dos clientes.

Constatou-se através das Narrativas de Vida das mães e dos pais, que a hospitalização do recém-nascido por sífilis congênita proporcionou um momento de aprendizagem, novos conhecimentos e competências em relação à doença e à parentalidade com o filho. Ainda, há de se destacar que este evento crítico propiciou, para alguns participantes, uma reformulação de identidade, tornando-os mais responsáveis no desempenho do autocuidado e do cuidado parental.

Capítulo 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Narrativas de Vida das 13 mães e dos 4 pais que tiveram filho recém-nascido hospitalizado por sífilis congênita revelaram diversos aspectos importantes, que podem ser utilizados para o planejamento da assistência de enfermagem e multiprofissional, e como subsídios para formulação e reformulação de políticas públicas que atendam as reais necessidades destes indivíduos.

Embora as entrevistas tenham partido de uma questão norteadora, que abordava sobre a experiência de mãe/pai durante a hospitalização de seu filho por sífilis congênita, os participantes não se restringiram à experiência vivenciada na unidade neonatal e alojamento conjunto, mas levantaram assuntos que enriqueceram o estudo, como os aspectos da vulnerabilidade de mulher e homem no período gestacional à sífilis e ao nascimento de um filho com sífilis congênita.

A pesquisa mostrou que a maior parte dos depoentes apresenta condições socioeconômicas desfavoráveis, pouco nível de instrução e baixo poder econômico e financeiro, que refletiram em situações de vulnerabilidade social.

Ainda na dimensão social da vulnerabilidade destacaram-se a falta de acesso à informação e aos meios de comunicação, a adolescência, o aspecto cultural relacionado à naturalização da poligamia masculina, às relações sexuais coercitivas e à violência de gênero perpetrada pelo parceiro íntimo.

A violência vivenciada por mulheres do estudo, no período gestacional, pode ser considerada como uma violação dos direitos humanos, posto que o ato fere a sua integridade corporal, estrutural, pessoal e social, bem como contraria os princípios de autonomia e o direito de ser respeitada.

Outras questões de gênero apresentadas como elementos de vulnerabilidade individual, também contribuíram para ferir a autonomia das mulheres quanto à sua sexualidade, como: a submissão ao parceiro; a dificuldade em negociar o uso de preservativo; a impossibilidade de a mulher tomar atitude diante da própria sexualidade; e a confiança na monogamia do parceiro. Essas questões culminaram em práticas sexuais desprotegidas.

Na dimensão individual da vulnerabilidade à sífilis, os participantes ainda apresentaram: o conhecimento incorreto ou insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita, a dificuldade em incorporar informações e práticas de prevenção da sífilis

congênita; a falta de percepção de sua situação de vulnerabilidade; o sentimento de invulnerabilidade; a multiplicidade de parceiros; a precocidade na vivência sexual; a descontinuidade nas consultas de pré-natal; o uso de drogas e álcool; e a imunossupressão pelo HIV.

À falta de equidade no acolhimento aos usuários de drogas nos serviços de saúde e o estigma da sociedade quanto aos indivíduos soropositivos ao HIV, resultam em violação de direitos humanos e à saúde, aumentando a vulnerabilidade individual, social e programática ao adoecimento.

A dimensão programática da vulnerabilidade foi observada, principalmente, na vulnerabilidade da mãe/pai de ter um filho com sífilis congênita, devido à conduta incorreta dos profissionais de saúde quanto ao tratamento da sífilis da gestante e do seu parceiro, às ações de aconselhamento deficiente sobre a importância do tratamento do parceiro e do uso de preservativo; à dificuldade de acesso para realizar exames de rotina do pré-natal e exame de diagnóstico de sífilis; ao diagnóstico tardio de sífilis feito na admissão na maternidade; ao desabastecimento de penicilina benzatina nos serviços de saúde; à dificuldade em criar vínculo entre profissional e usuários e à incredibilidade na assistência pré-natal recebida.

Como elemento da vulnerabilidade programática destacou-se a ineficácia do tratamento para prevenção da sífilis congênita do filho, diante de participantes do estudo que fizeram o tratamento correto da sífilis em período gestacional, em tempo hábil, com a utilização de preservativo nas relações sexuais ou que se mantiveram sem parceiros sexuais.

A ausência de práticas educativas sobre sexualidade, reprodução e prevenção de DST, a falta de ações e terapêuticas adequadas à prevenção da sífilis congênita e a falta de organização dos serviços de saúde também foi uma violação aos direitos sexuais e reprodutivos dos participantes do estudo.

A disparidade das mães e pais em elaborar e incorporar as informações recebidas durante a assistência do pré-natal e transformá-las em medidas de prevenção da sífilis congênita, associada aos aspectos socioculturais desta população, os colocou em condição de maior ou menor vulnerabilidade em transmitir à sífilis para o seu concepto.

A maioria dos participantes da presente pesquisa foi vulnerável a ter um filho com sífilis congênita pelo tratamento incorreto das gestantes e/ou dos parceiros. Apenas um pai teve o tratamento adequado para prevenção da sífilis congênita.

É importante ressaltar que através da utilização do método Narrativa de Vida pôde-se ouvir e conhecer outras dimensões jamais imaginadas da vida dos genitores, o que possibilitou refletir sobre a variedade de fatores que influenciam no exercício, experiência e prática da parentalidade.

Primeiramente, a parentalidade foi percebida como um processo em transição, iniciado ainda no período gestacional. Apesar da maioria dos participantes não terem planejado à gravidez, o tornar-se mãe e o tornar-se pai foi uma experiência tida como boa, feliz e de superação.

Já o evento crítico de hospitalização do filho por sífilis congênita teve significado de sofrimento, tristeza, impotência, estresse, preocupação, ansiedade e nervosismo. Porém, alguns participantes, entenderam como algo positivo e necessário para o bem-estar e tratamento do recém-nascido.

As mães expressaram sentimento de culpa pela transmissão vertical da sífilis e desejo de omitir o diagnóstico de sífilis congênita do filho, por medo dos estigmas da sociedade, de sofrer preconceito, ouvir comentários e julgamento de seus familiares e pessoas do convívio. Por isso, também, tiveram os companheiros como principal rede de apoio durante a hospitalização da criança.

As mães e os pais destacaram algumas ações dos enfermeiros, equipe de enfermagem e profissionais de saúde que contribuíram para a ligação e interação deles com a equipe multiprofissional, como: informar sobre a sífilis congênita e tratamento; esclarecer as dúvidas; apoiar e ajudar no desempenho das funções da parentalidade; assitir com qualidade às mães e aos recém-nascidos; dar suporte emocional; desempenhar com amor o cuidado de enfermagem aos recém-nascidos. E ressaltaram que a integração com a equipe de saúde promoveu confiança para desempenhar os seus papéis parentais.

As principais mudanças desencadeadas pela hospitalização do filho com sífilis congênita foram: a alteração na rotina e atividades diárias das mães; a interrupção familiar e do cuidado com os outros filhos; e a interrupção de atividades laborais dos pais.

Pode-se afirmar que ao vivenciar a sífilis no período gestacional, transmiti-la verticalmente e, conseqüentemente, ocorrer a hospitalização do filho com sífilis congênita, gerou uma reformulação na identidade das mães e dos pais. Os genitores que passaram pela experiência da sífilis no período gestacional, podem ser empoderados a serem multiplicadores de informação sobre a sífilis e sífilis congênita na comunidade em que vivem, sensibilizando outras mães e pais a se prevenirem da sífilis e DST.

A dificuldade de entrevistar todos os pais dos recém-nascidos hospitalizados por sífilis congênita foi uma limitação do estudo, que impossibilitou também discutir as diferenças relacionadas ao gênero na vulnerabilidade à sífilis e na experiência e prática da parentalidade com filho hospitalizado.

Perante o que foi apresentado no presente estudo, entende-se que os enfermeiros tem um papel essencial no cuidar de mães e pais que vivenciam duas transições, simultâneas, como a transição para a parentalidade e na parentalidade, desencadeadas pelos eventos críticos, nascimento e hospitalização do filho com sífilis congênita.

A equipe de enfermagem pode facilitar o processo de transição, capacitando as mães e os pais a desempenharem as funções da parentalidade, promovendo aprendizagem de novas habilidades e auxiliando na reformulação de suas identidades, que são indicadores de resultado de uma transição saudável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Gilda Maria Albaricci Nex. Indicadores de estresse, ansiedade e depressão de mães de bebês com risco ao desenvolvimento. 2015. 177 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências, 2015.

AMARAL, Eliana. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Campinas (SP): **Rev Bras Ginecol Obstet.**, 34 (2), p. 52-55, 2012.

ARAÚJO, C.L. et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, v.46, n.3, p. 479-86, 2012.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.117-39.

AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs Of Young People Living With HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, v.96, n.6, 2006. p.1001-06.

AYRES, José Ricardo; PAIVA, Vera; BUCHALLA, Cassia Maria. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: _____. Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. Cap.1, p. 9-22.

BARRETO, A.C.M.; SANTOS, R.S. A vulnerabilidade da adolescente às DST. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.13, n.4, out-dez, 2009, p.809-16.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BASTOS, Francisco Inácio; MALTA, Monica. Usuários de drogas vivendo com HIV/AIDS: o desafio do cuidado, prevenção e integralidade. In: PAIVA, Vera; CALAZANS, Gabriela; SEGURADO, Aluisio (Org.) Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidade. Curitiba: Juruá, 2012, p. 189-217.

BELLENZANI, Renata. Prevenção às DST/HIV e promoção da saúde sexual: como os direitos sexuais e reprodutivos podem orientar a Estratégia Saúde da Família? In: PAIVA, Vera; CALAZANS, Gabriela; SEGURADO, Aluisio (Org.) Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidade. Curitiba: Juruá, 2012, p. 239-273.

BERTAUX, Daniel. Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos. Tradução Zuleide Alves Cardoso Cavalcante, Denise Maria Gurgel Lavallée; revisão científica Maria da Conceição Passeggi, Márcio Venício Barbosa – Natal, RN: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2010. 167p.

_____. **Los relatos de vida**. Barcelona: Bellaterra, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. – 8.ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100 p. (Série TELELAB).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 2v.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. 204 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 33/ GM/MS, de 14 de julho de 2005. Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.472 GM/MS, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271 GM/MS, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/ Departamento de atenção básica. Secretaria de vigilância em saúde/ Secretaria de

atenção à saúde. Aplicação de Penicilina Benzatina na Atenção Básica e Situação Atual da Sífilis no Brasil, 2014. 32p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relatório de recomendação: Penicilina benzatina para prevenção da Sífilis Congênita durante a gravidez. nº150, janeiro, 2015. 26p.

BRANCO, V. M. C. *et al.* Unidade de saúde de saúde parceira do pai. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), 2009. 24p.

BRITO, Ana Paula Almeida. A experiência de ter um filho internado em unidade neonatal para tratamento de sífilis congênita. São Paulo: Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008, 120p.

CARDOSO, Ana Cristina de Almeida. Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar Universidade do Porto. 2010. 140p.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). COFEN inicia parceria com Ministério de Saúde para combater à Sífilis. Teleconferência debate o papel da Enfermagem no combate à doença e amplia a divulgação sobre revogação de parecer que restringia aplicação da penicilina benzatina. 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-inicia-parceria-com-ms-para-enfrentamento-a-sifilis_33401.html

DUARTE, G. Sífilis e gravidez... e a história continua!. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.34., n.2, 2012. p.49-51.

FIGUEIREDO, R; SANTOS, N.J.S. Redução de exposição a infecções por DST/HIV/AIDS em práticas sexuais. In: PAIVA, Vera; PUPO, Lígia; SEFFNER, Fernando (Coord.) Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: Pluralidade de Vozes e Inovação de Práticas. Curitiba: Juruá, 2012, 328p.

FONTANELLA, B.J.B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(2): 389-394, fev, 2011.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LCT, 4 ed., 2008, p.53.

HOUZEL, D. As implicações da parentalidade. In L. Solis-Ponton (Ed.), *Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o novo milênio* (pp. 47-52). São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

JUNQUEIRA, M. F. A. Parentalidade contemporânea: encontros e desencontros. Rio de Janeiro: **Primórdios**, v. 3, n. 3, p. 33-44, 2014.

KRUEL, C.S.; LOPES, R.C.S. Transição para a Parentalidade no Contexto de Cardiopatia Congênita do Bebê. Brasília: **Psic.: Teor. e Pesq.**, Vol. 28 n. 1, Jan-Mar, 2012, p. 35-43.

LIMA, M.J. A perspectiva de gênero na educação das mulheres. In: FIGUEIREDO, N.M.A.; MACHADO, W.C.A. Tratado de Cuidados Enfermagem Médico-Cirúrgico, Rio de Janeiro: editora Roca, 2ºvol. 2012.

MAGALHÃES, Sandra Cristina Ribeiro da Silva. A vivência de transições na parentalidade face ao evento hospitalização da criança. Portugal: Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola Superior de Enfermagem no Porto, 2011, 113p.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Editora Atlas S.A., 7ª ed., 2010.

MARTINS, Cristina Araújo. A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: Uma Teoria Explicativa De Enfermagem. Portugal: Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de Lisboa, 2013, 313p.

MATTHES, A.C.S. et al. Sífilis congênita: mais de 500 anos de existência e ainda uma doença em vigência. **Pediatr.mod**, v. 28, n.4, abril, 2012.

MATTOS, Ruben Araujo. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006, p. 43-68.

MELEIS, A.I. Theoretical nursing: development e progress. 4. Ed. Philadelphia: Lippincott, 2007, 832 p.

MELEIS, A. I.; SAWYER, L.M.; IM, E.O. et al. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Science**. Vol 23, nº 1, p. 12-28, Sept., 2000.

MONTEIRO, Paulo Henrique Nico; DONATO, Ausonia Favorido. Contribuições teórico-práticas do campo da educação para as ações de prevenção em DST/AIDS. In: PAIVA, Vera; PUPO, Ligia Rivero; SEFFNER, Fernando (Org.) Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: pluralidade de vozes e inovação de práticas. Curitiba: Juruá, 2012, p. 77-111.

MOREIRA, Patrícia Luciana. Torna-se mãe de uma criança com câncer: construindo a parentalidade. São Paulo: Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007, 168p.

MOREIRA, P. L.; ANGELO, M. Tornar-se mãe de criança com câncer: construindo a parentalidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, Junho, 2008.

OLIVEIRA, D.R., FIGUEIREDO, M.S.N. Abordagem conceitual sobre a sífilis na gestação e o tratamento de parceiros sexuais. **Enfermagem em Foco**; v.2, n.2, p.108-111, 2011.

PAIVA, Vera; CALAZANS, Gabriela; SEGURADO, Aluisio. Introdução: entre indivíduos e comunidades. In: _____. (Coord.) Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidade. Curitiba: Juruá, 2012, Cap.1, 362p.

PAIVA, Vera; ZUCCHI, Eliana. Estigma, discriminação e saúde: aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/AIDS. In: PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo; BUCHALLA, Cassia Maria (Coord.). Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. Cap.6, p. 111-143.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. São Paulo: Artemed, 5ª ed., 2004.

ROMUALDO, A.S.; NEVES, S.S.M. Do mito da monstruosidade ao olhar para a diversidade: a infância da criança com deficiência em contexto. Instrumento: **R. Est. Pesq. Educ. Juiz de Fora**, v. 11, n. 2, jul./dez, 2009.

SALDANHA, A.A.W. et al. Comportamento sexual e vulnerabilidade à Aids: Um estudo descrito com perspectiva de práticas de prevenção. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, v.20, n. 1, p.36-44, 2008.

SANTOS, I.M.M; SANTOS, R.S. A etapa de análise no método História de Vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.17, n. 3, out-dez, 2008.

SANTOS, Maria Meneses dos. A MATERNAGEM DE MULHERES COM FILHO PRÉ-TERMO — Bases para Assistência de Enfermagem Neonatal. Rio de Janeiro: Tese (doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) / Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), 2009, 257p.

SARACENI, V.; MIRANDA, A.E. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, Março, 2012.

SAWYER, L.M. Engaged mothering: the transition to motherhood for a group of African American women. **J Transcultural Nurs**. 1999;1:14-21.

SCOTT, J. O enigma da igualdade. Florianópolis: Estudos feministas, 13(1), jan-abr, 2005, 216p.

SECRETARIA DA SAÚDE. São Paulo (Cidade). Mulheres em situação de violência doméstica e sexual: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007, 108 p.

SILVA, Leila Rangel da. Cuidado de Enfermagem na Dimensão Cultural e Social – História de Vida de Mães com Sífilis. Rio de Janeiro: Tese (doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) / Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN), 2003, 171p.

SILVA, L.R.; SANTOS, R.S. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para prática de enfermagem. Rio de Janeiro: **Esc Anna Nery R Enferm**, v.8, n.3, p. 393-401, dez, 2004.

SILVA, L. R.; GOMES CARDIN, M.; MACEDO, E. C., *et al.* Os aspectos culturais na história de vida de mães com sífilis: a enfermagem desvendando as influências para o cuidado. **Enfermería Global**, nº8, maio, 2006.

SILVA, M.A.M, et al. Feelings of pregnant woman diagnosed with syphilis. Aracajú: **Rev Enferm UFPI**, v.4, n.2, p.84-91, apr-jun, 2015.

SILVA, M.R.F. et al. Percepção de mulheres com relação à ocorrência de sífilis congênita em seus conceitos. Juiz de Fora: **Rev. APS**, v. 13, n. 3, p. 301-309, jul-set, 2010.

SILVA, M.C.P., SOLIS-PONTON, L. **Ser pai, ser mãe - parentalidade: um desafio para o terceiro milênio**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

SILVA, M.A.M. *et al.* Experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados. Revista **Referência**, II série, n.º11, p. 37-46, 2009.

SOARES, Hélia Maria. O acompanhante da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: Intervenção de Enfermagem. Portugal: Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2008, 221p.

TAKAKI, M. H.; SANT'ANA, D. M.G. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. Curitiba: **CogitareEnferm.**, v. 9 n. 1, p. 79-83, jan./jun. 2004.

TEIXEIRA, Selma Vilas Boas. Violência de gênero contra a mulher grávida perpetrada pelo parceiro íntimo: análise à luz da Teoria de Levine. Rio de Janeiro: Tese (Doutorado em Enfermagem) UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery, 2013, 195p.

TEIXEIRA, S.A.M.; TAQUETTE, S.R. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. **RevAssocMedBras**, v.56, n.4, p.440-46, 2010.

TOLEDO, Melina Mafra. Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: Revisão Integrativa. São Paulo: Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008, 153p.

VÍCTOR, J.F. et al. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. **Rev. Eletr. Enf.**, v.12, n.1, p. 113-119, 2010.

WINNICOTT, D. W. Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes. 2006. 98p.

APÊNDICES

APÊNDICE 1



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: “Vivenciando a parentalidade no nascer e no cuidar de um filho portador de sífilis congênita: contribuições da Enfermagem”.

OBJETIVO DO ESTUDO: Analisar a partir da Narrativa de Vida de mulher-mãe/homem-pai a sua condição de vulnerabilidade de ter um filho com sífilis congênita, bem como compreender a experiência vivenciada da parentalidade de mãe/pai que teve filho recém-nascido hospitalizado por sífilis congênita.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para oferecer subsídios para o planejamento de estratégias de ação que atendam as necessidades dos usuários do serviço público de saúde e, conseqüentemente, reduzam os índices de casos novos e de mortalidade por sífilis congênita por meio da adesão às medidas preventivas e ao tratamento da sífilis. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional/estudantil.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora e responderá um questionário para traçar o perfil do pesquisado, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará a aprimorar a assistência de enfermagem aos pais e recém-nascidos hospitalizados em unidades de cuidados neonatais por sífilis

congenita, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para a própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado – PPGENF, sendo a aluna **Marcelle Sampaio de Freitas Guimarães** a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^a**Inês Maria Meneses dos Santos**. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte a pesquisadora principal no telefone 97900-2988 ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br. Você terá uma cópia deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura: _____

Data: _____



Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador): _____

Nome: _____

Data: _____

APÊNDICE 2



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

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MENORES DE 12 a 18 ANOS - Resolução 466/12)

Convidamos você, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) da pesquisa: **“Vivenciando a parentalidade no nascer e no cuidar de um filho portador de sífilis congênita: contribuições da Enfermagem”**. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Marcelle Sampaio de Freitas Guimarães, residente na Rua Mário Agostinelli, 150, barra da tijuca, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 22775-046, Telefone: (21) 979002988, Email: marcelle_sfg@hotmail.com e está sob a orientação de: Inês Maria Meneses dos Santos Telefone: (21) 984740384 , e-mail: inesmeneses@gmail.com.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que você não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer pagamento para participar. Você será esclarecido(a) sobre qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Após ler as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é para ser entregue aos seus pais para guardar e a outra é do pesquisador responsável. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema se desistir, é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa objetiva analisar a partir da Narrativa de Vida de mulher-mãe/homem-pai a sua condição de vulnerabilidade de ter um filho com sífilis congênita, bem como compreender a experiência vivenciada da parentalidade de mãe/pai que teve filho recém-nascido hospitalizado por sífilis congênita.
- Sua participação na pesquisa acontecerá em único momento, através de um questionário para traçar o seu perfil sócio demográfico e uma entrevista semiestruturada.
- RISCOS a pesquisa não implicará em nenhum custo ou prejuízo de caráter econômico, social, psicológico ou moral. Contudo, a pesquisa está sujeita a riscos mínimos como o de reviver uma situação que pode ser incômoda.
- BENEFÍCIOS a participação na pesquisa é voluntária, permitindo a sua desistência a qualquer momento, sem que isso traga nenhum prejuízo ou penalidade. A entrevista ajudará a aprimorar a assistência de enfermagem aos pais e recém-nascidos hospitalizados em unidades de cuidados neonatais por sífilis congênita, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais

informações sobre o lugar e relevância desses escritos para a própria instituição em questão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa mediante entrevistas gravadas, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de no mínimo 5 anos. Nem você e nem seus pais [ou responsáveis legais] pagarão nada para você participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UNIRIO que está no endereço: Av. Pasteur, 296, Urca, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 22290-150, Tel: (21) 2542-7796.

Assinatura do pesquisador (a)

ASSENTIMENTO DO MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“Vivenciando a parentalidade no nascer e no cuidar de um filho portador de sífilis congênita: contribuições da Enfermagem”**, como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Local e data _____

Assinatura do (da) menor: _____



Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE 3



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEIS DOS PARTICIPANTES MENORES DE 18 ANOS)

ESCLARECIMENTOS: O objetivo deste é solicitar o consentimento do pai, mãe ou responsável para autorizar a participação de seu filho (ou do menor sob sua guarda), como voluntário (a) na presente pesquisa intitulada: “**Vivenciando a parentalidade no nascer e no cuidar de um filho portador de sífilis congênita: contribuições da Enfermagem**”. Ressalta-se que a participação do menor tem como finalidade oferecer subsídios para o planejamento de estratégias de ação que atendam às necessidades dos usuários do serviço público de saúde e, conseqüentemente, reduzam os índices de casos novos e de mortalidade por sífilis congênita por meio da adesão as medidas preventivas e ao tratamento da sífilis.

OBJETIVO DO ESTUDO: Analisar a partir da Narrativa de Vida de mulher-mãe/homem-pai a sua condição de vulnerabilidade de ter um filho com sífilis congênita, bem como compreender a experiência vivenciada da parentalidade de mãe/pai que teve filho recém-nascido hospitalizado por sífilis congênita.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: O menor participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora e responderá um questionário para traçar o perfil do pesquisado, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados.

BENEFÍCIOS: A entrevista do menor ajudará a aprimorar a assistência de enfermagem aos pais e recém-nascidos hospitalizados em unidades de cuidados neonatais por sífilis congênita, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para a própria instituição em questão.

RISCOS: A pesquisa não implicará em nenhum custo ou prejuízo de caráter econômico, social, psicológico ou moral. Contudo, a pesquisa está sujeita a riscos mínimos como o de reviver uma situação que pode ser incômoda.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Sua participação é voluntária, o que significa dizer que você poderá desistir ou interromper a colaboração de menor a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo à saúde ou bem estar físico ou penalidade. Informamos também que a sua participação no estudo e a do menor são isentas de despesas e também não serão remuneradas.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo e anonimato. O nome do menor não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle – HUGG. Possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado – PPGENF, sendo a aluna **Marcelle Sampaio de Freitas Guimarães** a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof^a**Inês Maria Meneses dos Santos**. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contate a pesquisadora principal no telefone 97900-2988 ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7771 ou e-mail cep-unirio@unirio.br.

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA E DO RESPONSÁVEL:

Nome do menor ou incapaz:	Data de Nascimento: / /
Nome do responsável:	Data de Nascimento: / /
Profissão:	Nacionalidade:
RG:	CPF:
Endereço:	Telefone:

Eu, responsável pelo menor acima identificado, autorizo sua participação, como voluntário(a) no presente estudo. Discuti com o pesquisador responsável sobre a minha decisão em autorizar a sua participação e estou ciente dos esclarecimentos acima apresentados. Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma em minha posse.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura do responsável: _____
Local/Data: _____



Discuti a proposta da pesquisa com este (a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador): _____
Local e data _____

Comitê de Ética em Pesquisa CEP-UNIRIO
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO
Avenida Pasteur, 296 – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240.
Telefones: 21- 25427796 E-mail: cep.unirio09@gmail.com

APÊNDICE 4



Projeto de Pesquisa VIVENCIANDO A PARENTALIDADE NO NASCER E NO CUIDAR DE UM FILHO PORTADOR DE SÍFILIS CONGÊNITA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

➤ QUESTIONÁRIO PARA TRAÇAR O PERFIL DO PESQUISADO

Mãe	Pai
<p>1. Dados sócio demográficos</p> <p>1.1 Nome (iniciais): _____.</p> <p>1.2 Data de nascimento: _____.</p> <p>1.3 Etnia (autodenominação): _____.</p> <p>1.4 Estado Civil: _____.</p> <p>1.5 Escolaridade: _____.</p> <p>1.6 Ocupação Profissional: _____.</p> <p>1.7 Procedência: _____.</p> <p>1.8 Renda Familiar: _____.</p> <p>1.9 Nº filhos: _____.</p> <p>2. Dados obstétrico e do pré-natal</p> <p>2.1 Realizou quantas consultas de pré-natal: () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () >6</p> <p>2.2 Nº de gestações: _____</p> <p>2.3 Nº de abortos: _____</p> <p>2.4 Realizou tratamento para Sífilis antes ou durante a gestação: () Sim () Não Se sim qual medicação: _____ Se sim, Realizou exames para controle da infecção: () Sim/Não Obs: _____</p>	<p>1. Dados sócio demográficos</p> <p>1.1 Nome (iniciais): _____.</p> <p>1.2 Data de nascimento: _____.</p> <p>1.3 Etnia (autodenominação): _____.</p> <p>1.4 Estado Civil: _____.</p> <p>1.5 Escolaridade: _____.</p> <p>1.6 Ocupação Profissional: _____.</p> <p>1.7 Procedência: _____.</p> <p>1.8 Renda Familiar: _____.</p> <p>1.9 Nº filhos: _____.</p> <p>2. Dados da participação em consultas de pré-natal</p> <p>2.1 Participou das consultas de pré-natal do seu filho: () Sim () Não Se sim, quantas: _____</p> <p>2.2 Realizou tratamento para Sífilis: () Sim () Não Se sim qual medicação: _____ Se sim, Realizou exames para controle da infecção: () Sim () Não Obs: _____</p>

QUESTÃO NORTEADORA DA ENTREVISTA:

—Fale o que você considera importante a respeito da sua vida que tenha relação com a sua experiência como mãe (pai) durante a hospitalização de seu filho por sífilis congênita. (como você percebe a sífilis/ Como descobriu o diagnóstico de sífilis/ Se foi realizado o tratamento indicado e o se seu parceiro se tratou/ se houve preocupação em não transmitir para o filho durante a gravidez, se hoje há preocupação com saúde do filho, se há a intenção de fazer o acompanhamento do seu filho).

APÊNDICE 5



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

Projeto de Pesquisa VIVENCIANDO A PARENTALIDADE NO NASCER E NO CUIDAR DE UM FILHO PORTADOR DE SÍFILIS CONGÊNITA: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM

Formulário para Coleta de Dados no Prontuário do RN

1. Identificação e Contextualização do Nascimento

Data do Preenchimento: __/__/__
Data de nascimento: __/__/__ e hora: _____
Data de Internação: __/__/__
Iniciais da Mãe do Rn: _____
Nome da Mãe: _____
Nome do Pai: _____
Nº do Prontuário: _____
Idade Gestacional: _____
Sexo: _____

2. Situação do recém-nascido em sala de parto

Tipo de parto: () natural () cesáreo.
Peso ao nascer: _____ g.
Estatura: _____ cm
PC: _____ cm PT: _____ cm PA: _____ cm
Apgar 1º min.: _____ 5º min.: _____
Idade gestacional: _____
Apresentou alguma intercorrência em sala de parto logo ao nascer? ()
Sim () Não Qual? _____

Qual terapêutica foi implementada? _____

Houve a presença de acompanhante em sala de parto?
() Sim () Não Quem? _____

3. Características da internação do recém-nascido na unidade de cuidado

Data de Internação: __/__/__
Ingressou em que unidade de cuidado: () UTIN () Cuidados Intermediários
() Alojamento conjunto
Necessitou de que terapêutica? () incubadora () berço aquecido () berço comum
() tenda de oxigênio. Qual concentração? _____
() ventilação mecânica invasiva
() ventilação mecânica não invasiva
() vaporjet / concentração de oxigênio? _____

() cateter de O2 / concentração de O2? _____
Oxímetro de pulso () Sim () Não
Monitor Cardíaco () Para ECG () Para verificação de PA ()
SNG nº _____ / () alimentação () drenagem de secreções
SNE nº _____
() cateter umbilical () venoso () arterial
() punção periférica () Picc
() Sonda vesical de demora () bolsa coletora de diurese
Outras terapêuticas importantes recebidas pelo recém-nascido:

4. Características Clínicas Específicas da Sífilis Congênita

4.1 Manifestações Clínicas

- () Hepatoesplenomegalia.
- () Prematuridade.
- () Restrição do crescimento intrauterino.
- () Lesões cutâneo-mucosas: (pênfigo palmoplantar, exantema maculopapular, rinite serossanguinolenta).
- () Lesões ósseas (periostite, osteíte ou osteocondrite, que podem causar dor e pseudoparalisia dos membros).
- () Adenomegalia generalizada.
- () Lesões pulmonares (pneumonia alba).
- () Lesões renais (síndrome nefrótica).
- () Edema, hidropsia.
- () Meningoencefalite assintomática.
- () Anemia.
- () Outras: _____

4.2 Exames laboratoriais e de imagem:

VDRL () sim () não, titulação: _____
Hemograma com plaquetas: _____
Leucograma: _____
Radiografia: () Sim () Não Local: _____ Alteração: _____
Sorologia do líquido cefalorraquídeo (LCR): _____
Citologia do LCR: _____
Bioquímica do LCR: _____
Dosagem de enzimas hepáticas: _____
Dosagem de Bilirrubina: _____
Avaliação da função renal: _____

4.3 Tratamento Específico:

Antibioticoterapia: () Penicilina Cristalina () Penicilina Procaína () Benzatina
() Outra
dose/dia: _____
duração prescrita: _____
via de administração: _____

ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIANDO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



PARECER CONSUBSTANCIANDO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vivenciando a parentalidade no nascer e no cuidar de um filho portador de sífilis congênita: contribuições da Enfermagem

Pesquisador: MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34385514.0.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 804.997

Data da Relatoria: 24/09/2014

Apresentação do Projeto:

Mediante observação empírica da infrequente participação dos pais, representado pela figura materna e paterna, no exercício da parentalidade durante a internação do filho, o presente estudo objetiva compreender a experiência vivenciada da parentalidade de mãe/pai que teve filho hospitalizado por sífilis congênita, bem como discutir a experiência vivenciada da parentalidade em relação à assistência de enfermagem recebida na Unidade Neonatal/Alojamento Conjunto. Trata-se de um estudo delineado como descritivo-transversal e prospectivo, com abordagem qualitativa. A população do estudo será composta por mães e pais que vivenciaram a experiência de ter um filho internado por sífilis congênita.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a experiência vivenciada da parentalidade de mãe/pai que teve filho hospitalizado por sífilis congênita

Objetivo Secundário:

Discutir a experiência vivenciada da parentalidade em relação à assistência de enfermagem recebida na Unidade Neonatal/Alojamento Conjunto.

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

Município: RIO DE JANEIRO

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Continuação do Parecer: 804.997

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Por se tratar de um estudo qualitativo e coleta de informações em livro de registro próprio, não estão previstos riscos à saúde dos participantes, pois nenhuma medicação e nenhum exame serão realizados. Sendo a participação neste estudo limitada ao fornecimento de informações. A pesquisa também não implicará em nenhum custo ou prejuízo de caráter econômico, social, psicológico ou moral. Contudo, a pesquisa está sujeita a riscos mínimos como o de reviver uma situação que pode ser incômoda ao participante.

Benefícios:

A participação na pesquisa é voluntária, permitindo a desistência a qualquer momento, sem que isso traga nenhum prejuízo ou penalidade ao participante. A participação no estudo ajudará a aprimorar a assistência de enfermagem aos pais e recém-nascidos hospitalizados em unidades de cuidados neonatais por sífilis congênita, mas não será, necessariamente, para o benefício direto do participante. Entretanto, fazendo parte do estudo o participante fornecerá informações que podem subsidiar o planejamento de estratégias de ação que atendam as necessidades dos usuários do serviço público de saúde e, conseqüentemente, reduzam os índices de casos novos e de mortalidade por sífilis congênita por meio da adesão as medidas preventivas e ao tratamento da sífilis.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

nenhuma

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

exigências atendidas

Recomendações:

nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

exigências atendidas

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, o CEP-UNIRIO aprovou o referido projeto. Caso

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO



Continuação do Parecer: 804.997

o/a pesquisador/a realize alguma alteração no projeto de pesquisa, será necessário que o mesmo retorne ao Sistema Plataforma Brasil para nova avaliação e emissão de novo parecer. É necessário que após 1 (um) ano de realização da pesquisa, a ao término dessa, relatórios sejam enviados ao CEP-UNIRIO, como compromisso junto ao Sistema CEP/CONEP

RIO DE JANEIRO, 24 de Setembro de 2014

Assinado por:
Sônia Regina de Souza
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

CEP: 22.290-240

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com

Página 03 de 03