



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

MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES RIBEIRO

MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA FAMÍLIAS EM
EXPERIÊNCIAS TRANSICIONAIS DIANTE DA SÍFILIS CONGÊNITA

RIO DE JANEIRO
2019

MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES RIBEIRO

MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA FAMÍLIAS EM
EXPERIÊNCIAS TRANSICIONAIS DIANTE DA SÍFILIS CONGÊNITA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem e Biociências, da Universidade Federal
do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para a
obtenção do título de Doutor em Enfermagem e
Biociências.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Leila Rangel da Silva

RIO DE JANEIRO
2019

R484 Ribeiro, Marcelle Sampaio de Freitas Guimarães
Modelo de cuidado de enfermagem para famílias em
experiências transicionais diante da sífilis
congênita. / Marcelle Sampaio de Freitas Guimarães
Ribeiro. -- Rio de Janeiro, 2019.
247

Orientador: Leila Rangel da Silva .
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem e Biociências, 2019.

1. Sífilis. 2. Sífilis Congênita. 3. Família. 4.
Aconselhamento. 5. Teoria de Enfermagem. I. Silva ,
Leila Rangel da , orient. II. Título.

MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES RIBEIRO

MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA FAMÍLIAS EM EXPERIÊNCIAS
TRANSICIONAIS DIANTE DA SÍFILIS CONGÊNITA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem e Biociências.

Aprovada em 28.03.2019

Banca Examinadora:

Profª Drª Leila Rangel da Silva
(Presidente)

Profª Drª Fernanda Garcia Bezerra Góes
(1ª Examinadora Externa)
Universidade Federal Fluminense-Campus de Rio das Ostras-UFF

Profª Drª Ana Cláudia Mateus Barreto
(2ª Examinadora Externa)
Universidade Federal Fluminense-Campus de Rio das Ostras-UFF

Profª Drª Laura Johanson da Silva
(3ª Examinadora Interna)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Profª Drª Inês Maria Meneses dos Santos
(4ª Examinadora Interna)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Profª Drª Marialda Moreira Christoffel
(Suplente Externo)
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Profª Drª Selma Villas Boas Teixeira
(Suplente Interno)
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Dedico este trabalho ao meu esposo Wigo Ribeiro, que me deu todo apoio e não mediu esforços para que eu chegasse até aqui. Ao meu filho, Samuel Guimarães Ribeiro, presente de Deus na minha vida e que chegou em meio a essa jornada acadêmica, trazendo consigo uma paz e um amor inexplicável. A minha mãe, incansável incentivadora e colaboradora nesse processo de crescimento profissional. Obrigado por estarem sempre ao meu lado me dando forças; seria impossível para eu concluir o doutorado sem a ajuda de vocês. A dedicatória aqui concebida é uma forma singela de reconhecimento por tudo quanto fizeram. Eu amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus, autor e consumidor da minha fé, aquele que me deu a vida, me sustenta, ajuda, e que guiou meus passos, permitindo que eu fosse vitoriosa sobre todas as adversidades enfrentadas ao longo deste estudo.

Ao meu amado esposo **Wigo**, que esteve sempre ao meu lado; um marido exemplar e um pai amoroso, que dividiu comigo as tarefas diárias e os cuidados com o nosso bem mais precioso, o **Samuel**, me possibilitando tempo para a construção e desfecho desta tese.

Ao meu presente de Deus, meu filho querido, **Samuel**, que só veio pra somar e acrescentar a essa família linda que Deus me deu para amar e cuidar.

Aos meus pais, **Ricardo e Kátia**, que sempre acreditaram e investiram em mim, sem medir esforços, e chegar aqui é fruto de todo esse empenho.

À minha irmã **Camilla**, que torceu e vibrou comigo a cada conquista, e ao meu sobrinho **Bernardo**, que nasceu durante essa jornada e trouxe muita felicidade e amor para minha vida.

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

À minha orientadora, Professora Dra. **Leila**, que me aceitou como membro nessa luta incansável de enfrentamento à Sífilis; que me orientou com entusiasmo e esmero em todas as fases da pesquisa. Uma amiga, enfermeira, militante da saúde e mestre do ensino com quem aprendi muito ao longo desses anos. **Leila** você é uma bênção de Deus na minha vida.

Aos Membros da Banca Examinadora, as Professoras Doutoras **Fernanda Garcia, Ana Cláudia Barreto, Laura Johanson, Inês dos Santos, Marialda Christoffel e Selma Teixeira**, pelas valiosas observações e contribuições para a materialização deste estudo.

Aos membros do Núcleo de Pesquisa, Estudos e Experimentação em Enfermagem na Área da Saúde da Mulher e da Criança (NUPPEMC) e aos professores e colegas do doutorado, em especial, **Maria Beatriz Veiga**, pelos saberes compartilhados e ajuda mútua.

Às famílias participantes que compartilharam com detalhes as suas experiências vivenciadas, contribuindo de forma incomensurável com o presente estudo.

Ao programa de bolsa **CAPES** pelo apoio financeiro que me possibilitou dedicação integral à pesquisa.

Como são grandes as riquezas de Deus! Como são profundos o seu conhecimento e a sua sabedoria! Quem pode explicar as suas decisões? Quem pode entender os seus planos? Pois todas as coisas foram criadas por ele, e tudo existe por meio dele e para ele. Glória a Deus para sempre! Amém!

A Bíblia (ROMANOS 11, 33 e 36.)

RIBEIRO, M. S. F. G. Modelo de cuidado de enfermagem para famílias em experiências transicionais diante da sífilis congênita. Rio de Janeiro. 2109. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. 247f

RESUMO

Os objetivos do estudo foram: compreender a experiência transicional de famílias que vivenciaram a hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita, analisar a contribuição do aconselhamento de sífilis no período pós-natal para o processo de transição saúde-doença e a adesão de famílias ao tratamento e seguimento da sífilis e da sífilis congênita e aplicar o modelo da teoria das transições de Meleis às famílias em experiências transicionais diante da sífilis congênita, utilizando o aconselhamento em sífilis no período pós-natal. Pesquisa qualitativa do tipo convergente-assistencial realizada no período de junho de 2017 até fevereiro de 2018. Os cenários foram: alojamento conjunto e ambulatório de uma maternidade municipal, e em oito unidades de atenção primária, todos localizados na zona oeste da cidade do Rio de Janeiro. Os participantes foram 14 famílias, sendo 14 mães, 5 pais e 14 crianças. Utilizou-se como instrumentos de coleta de dados: questionário para traçar o perfil dos pesquisados, Genograma e Ecomapa para avaliação estrutural das famílias, roteiro de entrevista semifechada, observação participante, registro em diário de campo e formulário para a coleta documental no prontuário da criança. Da análise emergiram duas categorias: 1) A experiência transicional de famílias diante da sífilis no ciclo gravídico-puerperal e da hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita: contribuições do aconselhamento; 2) Compreendendo a trajetória de famílias no período pós-natal em busca do tratamento, acompanhamento e cura da sífilis/sífilis congênita na perspectiva do aconselhamento: da vulnerabilidade à resiliência. Os resultados demonstram que os participantes vivenciaram transições múltiplas, simultâneas e relacionadas, dentre elas, do tipo saúde doença, desencadeada pela sífilis no ciclo gravídico-puerperal. Da descoberta do diagnóstico de sífilis e hospitalização da criança por sífilis congênita emergiram sentimentos negativos, que constituíram como inibidores do processo de transição, junto ao baixo nível de conhecimento das famílias sobre a sífilis/sífilis congênita, estereótipos estigmatizantes, violência institucional, falta de apoio profissional, maus tratos e discriminação, entre outros aspectos. Os aspectos facilitadores foram a crença em Deus, o apoio familiar e de profissionais de saúde. Os indicadores de processo e de resultados apontam que os participantes vivenciaram transições saudáveis e que foram facilitadas pelo aconselhamento em sífilis no período pós-natal. A maior parte das famílias aderiu ao seguimento e tratamento de sífilis/sífilis congênita, no entanto, não cumpriram o que é preconizado em virtude de vulnerabilidades programáticas, como a falta de organização e infraestrutura dos serviços de saúde, conhecimentos teórico-práticos e capacitação dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros.

Palavras-chave: Sífilis; Sífilis Congênita; Família; Aconselhamento; Teoria de Enfermagem.

RIBEIRO, M. S. F. G. A model of nursing care for families in transitional experiences before congenital syphilis. Rio de Janeiro. 2018. Thesis (PhD in Nursing). *Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO*. 247f

ABSTRACT

The objectives of the study were: to understand the transitional experience of families who experienced the hospitalization of the newborn child by congenital syphilis, to analyze the contribution of syphilis counseling in the postnatal period to the process of health-disease transition and the adherence of families to treatment and follow-up of syphilis and congenital syphilis and apply the model of the theory of Meleis transitions to families in transitional experiences before congenital syphilis, using the counseling on syphilis in the postnatal period. A qualitative research of the convergent care type conducted in the period from June 2017 to February 2018. The scenario was rooming-in and ambulatory of a municipal maternity hospital, and eight primary health care units, all located in the western part of the city of Rio de Janeiro. The participants were 14 families, 14 mothers, 5 fathers and 14 children. It was used as instruments of data collection: Questionnaire to trace the profile of the surveyed, Genogram and Ecomap for structural evaluation of families, semi-closed interview script, participant observation, record in field diary and Document collection form in the child's medical records. Two categories emerged from the analysis: 1) The transitional experience of families before syphilis in the pregnancy and childbirth cycle and the hospitalization of the newborn child by congenital syphilis: contributions of counseling; 2) Understanding the trajectory of families in the postnatal period in search of treatment, follow-up and cure of syphilis/congenital syphilis from the perspective of counseling: from vulnerability to resilience. The results demonstrate that participants experienced multiple, simultaneous and related transitions, amongst them, of the health-disease type, triggered by syphilis in the pregnancy and childbirth cycle. From the discovery of the diagnosis of syphilis and hospitalization of the child by congenital syphilis emerged negative feelings, which constituted as inhibitors of the transition process, associated with the low level of knowledge of families on syphilis/congenital syphilis, stigmatizing stereotypes, institutional violence, lack of professional support, maltreatment and discrimination, among other aspects. The facilitating aspects were belief in God, family support and health professionals. The process and outcome indicators denote that the participants experienced healthy transitions and were facilitated by counseling on syphilis in the postnatal period. Most families adhered to follow-up and treatment of syphilis/congenital syphilis; however, they did not complied with what is advocated due to program vulnerabilities, such as lack of organization and infrastructure of health services, theoretical and practical knowledge and training of health professionals, including nurses.

Keywords: Syphilis; Syphilis, Congenital; Family; Counseling; Nursing Theory.

RIBEIRO, M. S. F. G. Un modelo de cuidados de enfermería para familias en experiencias transitorias frente a la sífilis congénita. Rio de Janeiro. 2018. Tesis doctoral (doctorado en enfermería). *Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro/UNIRIO*. 247f

RESUMEN

Los objetivos del estudio fueron: comprender la experiencia transitoria de las familias que experimentaron la hospitalización del recién nacido por sífilis congénita, para analizar la contribución del consejo de sífilis en el período posnatal al proceso de salud y enfermedad transición y la adherencia de las familias al tratamiento y seguimiento de la sífilis y la sífilis congénita y aplicar el modelo de la teoría de Meleis transiciones a las familias en experiencias transitorias en el rostro de la sífilis congénita, utilizando el asesoramiento en la sífilis en el período posnatal. Una investigación cualitativa del tipo convergente y asistencial llevada a cabo en el período comprendido entre el 2017 de junio y el 2018 de febrero. Los escenarios fueron: alojamiento conjunto y ambulatoria de una maternidad municipal y en ocho unidades de atención primaria, todas ubicadas en la zona oeste de la ciudad de Río de Janeiro. Los participantes fueron 14 familias, 14 madres, 5 padres y 14 niños. Se utilizaron como instrumentos de recolección de datos: cuestionario para rastrear el perfil de los encuestados, Genograma y Ecomapa para la evaluación estructural de familias, guión de entrevistas semi cerradas, observación de participantes, registro en el diario de campo y formulario para recolección de documentos en los expedientes médicos del niño. Del análisis surgieron dos categorías: 1) la experiencia transitoria de las familias frente a la sífilis en el ciclo del embarazo y el parto y la hospitalización del recién nacido por la sífilis congénita: contribuciones de consejería; 2) entender la trayectoria de las familias en el período posnatal en busca de tratamiento, seguimiento y curación de la sífilis/sífilis congénita desde la perspectiva del asesoramiento: desde la vulnerabilidad hasta la resiliencia. Los resultados muestran que los participantes experimentaron múltiples, simultáneas y relacionadas transiciones, entre ellas, del tipo salud enfermedad, desencadenada por la sífilis en el ciclo del embarazo y el parto. El descubrimiento del diagnóstico de sífilis y hospitalización del niño por sífilis congénita surgieron sentimientos negativos, que constituyeron como inhibidores del proceso de transición, junto al bajo nivel de conocimiento de las familias sobre la sífilis/ sífilis congénita, estereotipos estigmatizantes, violencia institucional, falta de apoyo profesional, maltrato y discriminación, entre otros aspectos. Los aspectos facilitadores fueron la creencia en Dios, el apoyo familiar y de los profesionales de la salud. Los indicadores de proceso y de resultados apuntan que los participantes vivenciaron transiciones saludables y que fueron facilitadas por el asesoramiento en sífilis en el período posnatal. La mayoría de las familias se adherieron al seguimiento y tratamiento de sífilis/sífilis congénita, sin embargo, no cumplieron lo que se preconiza en virtud de vulnerabilidades programáticas, como la falta de organización e infraestructura de los servicios de salud, conocimientos teórico-prácticos y capacitación de los profesionales de la salud, incluidos los enfermeros.

Palabras clave: Sífilis; Sífilis Congénita; Familia; Consejo; Teoría de Enfermería.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição das produções científicas por ano de publicação, contexto geográfico, perfil profissional/acadêmico do primeiro autor, nacionalidade da instituição de filiação e níveis de evidências	24
Quadro 2: Pesquisas de enfermagem que utilizaram a Teoria das Transições de Meleis publicadas no Banco de Teses e Dissertações da CAPES – 2013/2018.....	33
Quadro 3: Classificação da sífilis adquirida e na gestação	35
Quadro 4: Tratamento da sífilis adquirida e na gestação	39
Quadro 5: Manifestações clínicas relacionada a evolução e estágios da sífilis congênita.....	41
Quadro 6: Valores de exame liquorico em recém-nascido com suspeita de neurosífilis	42
Quadro 7: Esquema terapêutico da sífilis congênita	43
Quadro 8: Unidades Temáticas e Recorrência.....	63
Quadro 9: Caracterização de mães e pais de filhos hospitalizados por sífilis congênita quanto aos dados socioeconômicos e culturais	98
Quadro 10: Caracterização das mães quanto aos dados do pré-natal e tratamento da sífilis no período gestacional.....	100
Quadro 11: Características clínicas das crianças hospitalizadas por sífilis congênita ao nascer	102
Quadro 12: Dúvidas dos participantes em sessões de aconselhamento de sífilis no período pós-natal	109
Quadro 13: (Des)conhecimento dos participantes sobre a sífilis.....	126
Quadro 14: Contribuições do aconselhamento no período pós-natal para famílias que vivenciaram experiências transicionais diante da sífilis	147
Quadro 15: Avaliação de mães e pais participantes da fase 1 do estudo quanto aos riscos e elementos de vulnerabilidade à sífilis	154
Quadro 16: Resumo das consultas de seguimento das crianças hospitalizadas ao nascer por sífilis congênita até o sexto mês de vida.....	169

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma das fases da Revisão Integrativa sobre Aconselhamento e Sífilis	23
Figura 2: Modelo explicativo da teoria das transições de Meleis: uma teoria de médio alcance	29
Figura 3: Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório	37
Figura 4: Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste não treponêmico inicial com teste rápido confirmatório	38
Figura 5: Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando apenas teste rápido	38
Figura 6: Fluxograma com as fases de coleta de dados da pesquisa	60
Figura 7: Modelo de organizar a transcrição dos discursos dos participantes.	62
Figura 8: Modelo de organizar as unidades temáticas dos discursos dos participantes.	62
Figura 9: Genograma e Ecomapa da Família 1	70
Figura 10: Genograma e Ecomapa da Família 2	72
Figura 11: Genograma e Ecomapa da Família 3	74
Figura 12: Genograma e Ecomapa da Família 4	76
Figura 13: Genograma e Ecomapa da Família 5	78
Figura 14: Genograma e Ecomapa da Família 6	80
Figura 15: Genograma e Ecomapa da Família 7	82
Figura 16: Genograma e Ecomapa da Família 8	84
Figura 17: Genograma e Ecomapa da Família 9	86
Figura 18: Genograma e Ecomapa da Família 10	88
Figura 19: Genograma e Ecomapa da Família 11	90
Figura 20: Genograma e Ecomapa da Família 12	92
Figura 21: Genograma e Ecomapa da Família 13	94
Figura 22: Genograma e Ecomapa da Família 14	96
Figura 23: Aplicação do modelo teórico de Meleis às experiências transicionais vivenciadas por famílias diante da sífilis congênita	187

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: CONCEPÇÃO DO ESTUDO	15
Introdução ao tema e trajetória do pesquisador	15
Objeto do estudo	15
Problematização do estudo	17
Pressuposto	21
Questões norteadoras	22
Objetivos do estudo	22
Justificativa e relevância do estudo	22
CAPÍTULO 2: REFERENCIAL TEÓRICO E CONCEITUAL	29
Teoria das Transições de Meleis: uma teoria de médio alcance.....	29
Aspectos conceituais da sífilis adquirida e na gestação	35
As repercussões da sífilis para a saúde da criança: sífilis congênita	40
O aconselhamento enquanto ferramenta para o enfrentamento da epidemia de sífilis/sífilis congênita no brasil.....	45
CAPÍTULO 3: ABORDAGEM METODOLÓGICA	50
CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO E REFERENCIAL METODOLÓGICO: PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL (PCA).....	50
CAMINHO METODOLÓGICO: INSTRUMENTAÇÃO E PERSCRUTAÇÃO DO ESTUDO	52
Cenário do estudo	52
Aspectos éticos	54
Participantes de estudo	55
Produção de dados	56
ANÁLISE DOS DADOS	61
Unidades temáticas	63
Agrupamentos.....	67
Categorias analíticas	68
CAPÍTULO 4: RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	69
Caracterização das famílias participantes.....	69
CATEGORIA ANALÍTICA 1: A experiência transicional de famílias diante da sífilis no ciclo gravídico-puerperal e da hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita.	103
CATEGORIA ANALÍTICA 2: Compreendendo a trajetória de famílias no período pós-natal em busca do tratamento, acompanhamento e cura da sífilis/sífilis congênita na perspectiva do aconselhamento	152
Aplicação do modelo teórico de Meleis às experiências transicionais vivenciadas por famílias diante da sífilis congênita	186
CAPÍTULO 5: CONSIDERAÇÕES FINAIS	190
REFERÊNCIAS	195

APÊNDICES	204
Apêndice 1: Características dos artigos sobre Aconselhamento e Sífilis, contidos na Biblioteca Virtual de Saúde, no período de 2012 a 2016	204
Apêndice 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	206
Apêndice 3: Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	209
Apêndice 3: TCLE para responsáveis dos participantes menores de 18 anos.....	212
Apêndice 4: Questionário para traçar o perfil do pesquisado	215
Apêndice 5: Genograma e Ecomapa para avaliação estrutural das famílias	217
Apêndice 6: Formulário para coleta de dados no prontuário do recém-nascido	218
Apêndice 7: Roteiro da sessão de aconselhamento de sífilis no período pós-natal	220
Apêndice 8: Diário de campo - guia de observação participante	221
Apêndice 9: Roteiro de entrevista semifechada	222
ANEXOS	223
Anexo 1: Listagem das Unidades Básicas da Área Programática 4.0	223
Anexo 2: Parecer Consubstanciado do CEP-UNIRIO	225
Anexo 3: Parecer Consubstanciado do CEP-SMSDC-RJ	230
Anexo 4: Parecer Consubstanciado do CEP-UNIRIO pós emenda	235
Anexo 5: Parecer Consubstanciado do CEP- SMSDC-RJ pós emenda	241
Anexo 6: Legenda para leitura do genograma e ecomapa.....	247

Capítulo 1

CONCEPÇÃO DO ESTUDO

Introdução ao tema e trajetória do pesquisador

O **objeto de estudo** é “a experiência transicional de famílias diante da hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita”.

A aproximação com os temas de sífilis e sífilis congênita surgiu durante a vivência prática como Residente Multiprofissional em Saúde da Criança na área de Enfermagem, na cidade de Natal-RN, Brasil, 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 admitidos na Unidade Neonatal de um Hospital Universitário Materno-Infantil, os cuidados de enfermagem prestados ao binômio mãe-filho, a temática de sífilis/sífilis congênita presente nas reuniões clínicas dos residentes multiprofissionais e dos servidores da instituição, e surgiram as primeiras inquietações: De que forma as mães e pais trataram a sífilis no período gestacional? As mães e os pais preveniram à transmissão vertical da sífilis? Que fatores influenciaram para a não adesão de mães e pais ao tratamento da sífilis no período gestacional? Como a hospitalização do filho por sífilis congênita interferiu na parentalidade de mães e pais? A partir dessas questões ingressei, em 2014, no Mestrado Acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Foram muitos os questionamentos envolvendo a sífilis e sífilis congênita para serem respondidos durante a construção da dissertação de mestrado. À época optou-se por estudar, mediante as narrativas de vida, os aspectos da vulnerabilidade de homens e mulheres à sífilis e a experiência vivenciada da parentalidade de mãe e pai com o filho hospitalizado por sífilis congênita (GUIMARÃES, 2015).

O estudo foi realizado em um Hospital Universitário da zona norte do município do Rio de Janeiro- RJ, no período de 2014 a 2015, e os seus resultados mostraram que os participantes foram vulneráveis à sífilis e à transmiti-la verticalmente (transmissão da sífilis de mãe para filho intra-útero por via placentária), em todas as dimensões da vulnerabilidade: a) na dimensão individual: conhecimento rudimentar sobre a sífilis; falta de percepção de sua vulnerabilidade; precocidade na vivência sexual; multiplicidade de parceiros; não utilização de preservativo nas relações sexuais; confiança na monogamia do parceiro; submissão ao parceiro; dificuldade em negociar o uso de preservativo; uso de drogas e álcool;

imunossupressão pelo HIV; b) na dimensão social: baixo nível de instrução; baixo poder econômico e financeiro; falta de acesso à informação e meios de comunicação; adolescência; naturalização da poligamia masculina; relações sexuais coercitivas; violência doméstica; c) na dimensão programática: Falta de organização na elaboração, planejamento e execução de ações de promoção e prevenção de saúde, relacionadas à sífilis; falta de acolhimento integral às mulheres; violência institucional; ações de aconselhamento excludentes à participação do(s) parceiro(s) sexual(is); falta ou ineficácia de ações que instruem sobre a importância do uso de preservativo nas relações sexuais; indisponibilidade do serviço de saúde em realizar o exame de diagnóstico de sífilis e Teste Rápido; desabastecimento de penicilina benzatina nos serviços de saúde para o tratamento dos casos positivos para a sífilis (GUIMARÃES, 2015).

Através das narrativas de vida também evidenciou-se que os participantes vivenciaram simultaneamente dois eventos críticos: o nascimento do filho e a hospitalização do recém-nascido por sífilis congênita, os quais desencadearam duas transições simultâneas, a transição para a parentalidade (o torna-se mãe/pai) e na parentalidade (o torna-se mãe/pai de um filho hospitalizado por sífilis congênita) (GUIMARÃES, 2015).

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 seu comportamento e mudança na definição do *self*. O domínio de novas habilidades e comportamentos necessários para gerenciar sua nova situação de vida, bem como uma nova identidade, refletem em um resultado de transição saudável (MELEIS *et al*, 2000).

A vivência da sífilis no período gestacional e da hospitalização do filho por sífilis congênita, gerou uma reformulação na identidade das mães e dos pais, no sentido de: tornar-se mais responsável e cuidadoso consigo e com o filho; adotar postura preventiva quanto às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e à gravidez não planejada; conscientizar-se da importância do tratamento da sífilis; encarar com seriedade a sífilis e sífilis congênita; abdicar da drogadição (GUIMARÃES, 2015).

Contudo, a pesquisa observou a experiência vivenciada na transição da parentalidade de mães e pais durante o processo de transição, por isso os indicadores de resultados (domínio de novas competências e reformulação da identidade) não foram plenamente constituídos na vida dos participantes. Para uma análise minuciosa dos padrões de resposta dessas transições o ideal é que fossem observados após a alta hospitalar do recém-nascido (GUIMARÃES, 2015).

Silva *et al.* (2009) afirmam que os profissionais de saúde devem ser eficazes na atenção aos recém-nascidos hospitalizados e aos seus familiares, criando estratégias para otimizar o tempo de internamento e capacitando os pais a desempenharem novos papéis, em relação ao cuidar do filho e de si mesmos.

Segundo Meleis *et al.* (2000) os enfermeiros, muitas vezes, são os principais cuidadores de clientes e famílias que estão em processo de transição. Suas ações devem proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar.

Dessa forma, teve-se o interesse em pesquisar nesta tese, à luz da Teoria das Transições de Meleis, o processo de transição saúde-doença vivenciados por famílias que saíram de uma situação de saúde/bem-estar para o estado de doença: sífilis no ciclo gravídico-puerperal, com hospitalização do recém-nascido por sífilis congênita.

Neste estudo, assistiremos dois arranjos familiares a partir das crianças hospitalizadas por sífilis congênita ao nascer: família nuclear (formada pelo trinômio mãe-pai-filho) e família monoparental (formada pelo binômio mãe-filho).

As transições do tipo saúde-doença são caracterizadas por mudanças súbitas de papel, nas relações, nas expectativas, decorrentes da alteração de uma condição de saúde ou bem-estar para um estado de doença aguda ou crônica. Para recuperar a estabilidade perdida durante a transição saúde-doença, o enfermeiro precisa facilitar o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas às experiências à saúde e doença dos clientes (MELEIS *et al.*, 2000).

Este bem-estar pode ser visto como não se sentir mal, ou sentir-se bem, ou ter suas necessidades atendidas. Meleis (2007) identificou, a partir de literaturas de enfermagem, a saúde como: homeostasia interna; adaptação; conjunto de funções e papéis; espaço/tempo/energia; e saúde considerando aspectos culturais, sociais e políticos.

Problematização do Estudo

Atualmente, evidencia-se uma epidemia da sífilis no Brasil. O Ministério de Saúde (MS) informou as principais mídias impressas e eletrônicas do país, em outubro de 2016, que os casos da doença subiram em número significativo e o problema está sendo tratado como epidemia até para que resultados da redução sejam os mais expressivos possíveis (BRASIL, 2017).

No Brasil, entre 2010 e 2016, houve elevação da taxa de incidência de sífilis congênita e das taxas de detecção de sífilis em gestante, que aumentaram cerca de três vezes nesse

período, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. A taxa de detecção da sífilis adquirida aumentou de 2,0 casos para 42,5 casos por 100 mil habitantes (a sífilis adquirida passou a ser de notificação compulsória em 2010). A região Sudeste apresenta todas as taxas, maiores que a nacional. (BRASIL, 2017).

O Rio de Janeiro é a capital do Brasil que apresentou maior taxa de detecção de sífilis em gestantes em 2016, com valores de 34,2 casos por mil nascidos vivos. A taxa de incidência de sífilis congênita na Unidade de Federação (UF) Rio de Janeiro foi 11,8/ 1.000 nascidos vivos, ultrapassando copiosamente a meta do milênio da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde de 0,5casos/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2017).

A negligência das instituições e dos sistemas de saúde quanto aos efeitos da sífilis em gestantes, é um dos fatores que contribui para o aumento da incidência de sífilis congênita e de suas complicações, como a morte fetal e neonatal, natimortalidade, prematuridade, baixo peso e restrição no crescimento uterino (AMARAL, 2012; WIJESOORIYA, *et al.*, 2016).

O número de óbito por sífilis congênita, em menores de 1 ano de idade, de 1998 a 2016, foi de 2.102, sendo 43,3% na região sudeste (dos quais 617 foram registrados no estado do Rio de Janeiro, correspondendo a 29,4% dos óbitos do país) (BRASIL, 2017).

Um outro dado relevante é que, frequentemente, gestações sucessivas de uma mesma mulher com histórico de sífilis resultam em novos casos de sífilis congênita. Estudo retrospectivo levantou desfechos obstétricos subsequentes de 450 gestantes com testes sorológicos positivos para sífilis, atendidas de 1997 a 2004. Destas 166 tiveram no mínimo um atendimento obstétrico até 2011, ao todo foram incluídos 266 novos desfechos obstétricos (aborto, parto ou cesariana). A sífilis congênita foi confirmada em 81,9% das gestações iniciais e em 68,4% das subsequentes (HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015).

Hebmuller, Fiori e Lago (2015) evidenciaram que as principais causas da ausência ou inadequação do tratamento das gestações subsequentes com sífilis congênita foram: positividade do VDRL no parto; tratamento prescrito com dose errada da penicilina ou com outro antibiótico; testes sorológicos interpretados de forma incorreta ocasionando a ausência de tratamento da gestante; gestante não fez o pré-natal, ou o exame solicitado, ou tratamento prescrito; tratamento incompleto ou realizado com menos de 4 semanas antes do parto; parceiro não fez o tratamento. Ressalta-se que as puérperas com gestações iniciais com sífilis congênita receberam pelo menos uma dose de penicilina benzatina de 2.400.000 UI antes da

alta hospitalar, a receita para completar o tratamento em nível ambulatorial, de acordo com as diretrizes do MS, e os seus parceiros orientados quanto ao tratamento.

Percebe-se que há vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas que interferem na cura da sífilis durante a gravidez e no período pós-natal. O MS adverte que para romper com a cadeia de transmissão da sífilis é fundamental que os contatos sexuais sejam tratados, bem como sejam discutidas estratégias de negociação do uso do preservativo, considerando as particularidades pessoais e da conjugalidade, na impossibilidade de evitar o contato sexual até o fim do tratamento (BRASIL, 2012).

Amaral (2012) afirma que o cuidado oferecido a partir do diagnóstico da sífilis materna deve incluir o tratamento da gestante, parcerias sexuais e do recém-nascido, o rastreamento de outras IST e o seguimento para estabelecer cura.

A sífilis adquirida e em gestantes pode levar a úlceras ou cancro no local da infecção (sífilis primária), a erupções cutâneas, a lesões mucocutâneas, linfadenopatia (sífilis secundária), a lesões cardíacas, ósseas e gomosas (sífilis terciária) e ao acometimento do sistema nervoso central e resultar em neurosífilis, que pode acarretar na disfunção do nervo craniano, meningite, acidente vascular cerebral, estado mental alterado e anormalidades auditivas ou oftálmicas (WORKOWSKI; BOLAN, 2015).

O MS preconiza o seguimento clínico para o monitoramento da resposta ao tratamento da sífilis adquirida e na gestação, onde devem ser realizados testes não treponêmicos (Exemplo, o VDRL - *Venereal Disease Research Laboratory*) mensalmente (em gestantes) ou a cada três meses (população geral) no primeiro ano e a cada seis meses no segundo ano do diagnóstico de sífilis (BRASIL, 2015).

Na prática assistencial (maternidades e hospitais) do município do Rio de Janeiro, após a hospitalização do recém-nascido por sífilis congênita, o seguimento da criança é realizado nas consultas ambulatoriais de *follow-up* dentro da instituição, realizadas por médico pediatras e residentes de medicina; ou é feito nas consultas de puericultura em unidades primárias de atenção à saúde, por enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF), para onde as mães e suas parcerias sexuais também são encaminhadas para continuar o tratamento e seguimento para sífilis.

É válido ressaltar que a maior parte das mães e dos pais que têm filhos hospitalizados por sífilis congênita descobre a sífilis durante o pré-natal, com a realização da testagem para a sífilis, VDRL e Teste Rápido, no 1º e 3º trimestre da gravidez, preconizada pelo MS. Todavia por fatores relacionados aos estilos de vida, aos aspectos sociopolíticos e culturais, ao acesso

a ações e serviços de saúde organizados e estruturados, não conseguem tratar adequadamente a sífilis e evitar a sua transmissão vertical (BRASIL, 2015; GUIMARÃES, 2015).

Ao considerar o contexto de vulnerabilidade que vivenciam esses usuários de saúde, reencaminhar às mulheres-mães e suas parcerias sexuais para a unidade de origem, não é o caminho mais adequado para tratar a sífilis e realizar o seguimento da infecção, considerando que já apresentaram inadequação do tratamento na gestação, com transmissão vertical sífilis para o concepto. Faz-se necessário um cuidado culturalmente competente com as reais necessidades desta população e que compreenda suas subjetividades.

Após a alta hospitalar de uma criança com sífilis congênita, as famílias precisam ser acolhidas por profissionais comprometidos com o cuidado integral, em um serviço de saúde estruturado e organizado e quiçá específico para IST, que seja capaz de identificar e reduzir as condições de vulnerabilidade dos seus usuários, as quais influenciam na adesão ao tratamento e seguimento da sífilis e no seguimento da sífilis congênita. E que a família tenha a oportunidade de ser cuidada na mesma instituição designada para o cuidado da criança com o diagnóstico de sífilis congênita.

Nesta perspectiva, o acolhimento, a escuta ativa, o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, a integralidade e a multidisciplinaridade do cuidado são ações importantes para que o indivíduo com diagnóstico de sífilis aumente sua capacidade de cuidar-se e transformar sua realidade, e que fazem parte das diretrizes e princípios do Aconselhamento (BRASIL, 1998).

O Aconselhamento é uma abordagem que permite ao usuário expressar o que sabe, pensa e sente acerca das IST e o profissional de saúde, ao escutá-lo, avalia suas vulnerabilidades e identifica as medidas preventivas viáveis, segundo as possibilidades e limites de cada indivíduo. Tem como componentes a troca de informações, o apoio emocional, a avaliação dos riscos e vulnerabilidades, e as possibilidades e limites de enfrentamento das vulnerabilidades (BRASIL, 2012).

O MS preconiza o aconselhamento em sífilis no pós-parto e puerpério nas maternidades; Acredita-se que realizá-lo concomitantemente com as consultas de seguimento da sífilis congênita, favorece a aderência das famílias e de suas parcerias sexuais ao tratamento e seguimento da sífilis, e conscientização das medidas de prevenção da doença.

Quanto ao seguimento da sífilis congênita, as crianças desde o nascimento devem realizar consultas ambulatoriais e realizar teste não treponêmico, uma vez que a infecção se não tratada corretamente pode acometer o sistema respiratório, urinário, trazer problemas osteoarticulares, oftalmológicos, surdez e dificuldades no aprendizado (BRASIL, 2015).

O sistema de informações do Sistema Único de Saúde (SUS), o TABNET, do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) não dispõe de dados sobre o seguimento, prognóstico e cura das crianças que tiveram sífilis congênita, somente informações relacionadas a incidência de sífilis congênita.

Pesquisas evidenciaram que há falta de registro nos prontuários (maternos e infantis), ou há informações incompletas sobre o seguimento, clínico ou laboratorial, das crianças com sífilis congênita após a alta da maternidade. Além disso, que o manejo clínico de alguns recém-nascidos com sífilis congênita não atenderam as recomendações do MS, com ausência de realização de exames laboratoriais e sorológicos e tratamento realizado com antibiótico diferente da penicilina (MAGALHÃES, 2013; KAWAGUCHI *et al*, 2014).

Outro estudo identificou o abandono do seguimento das crianças expostas à sífilis na gestação em 63,8% dos casos em acompanhamento. Houve uma maior interrupção do seguimento em filho de mães com mais de 30 anos, ou que possuem mais de três filhos, e as que não apresentam coinfeção pelo HIV e hepatites virais. Os autores afirmam que para garantir o seguimento da criança com sífilis congênita é necessário identificar as famílias, atender suas necessidades multidisciplinares, envolver a sua rede de apoio familiar e estabelecer estratégias que incentivem a formação de vínculos entre a família e os profissionais de saúde (FELIZ *et al*, 2016).

Neste contexto, é de fundamental importância identificar as famílias que vivenciaram transições diante da sífilis congênita, analisando sua estrutura, os vínculos entre os membros e as conexões deles com o mundo exterior, detectando problemas e viabilizando soluções conjuntas através da abordagem do aconselhamento, para que elas tenham uma maior aderência ao tratamento e seguimento tanto da sífilis como da sífilis congênita.

Considerando-se a inexistência de um modelo de cuidado para essas famílias, é oportuna à aplicação do modelo teórico das transições de Meleis para nortear a assistência de enfermagem, tendo em vista que essa teoria conduz ao desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem que são congruentes com as experiências únicas de clientes e famílias, promovendo respostas saudáveis para a transição. Dentre as intervenções facilitadoras do processo de transição, no presente estudo, destaca-se o aconselhamento em sífilis no período pós-natal.

Com a intenção de obter orientação a esta investigação, tem-se o seguinte **pressuposto**:

O aconselhamento em sífilis no período pós-natal¹, como uma intervenção terapêutica de enfermagem, implementado para famílias que tiveram sífilis no ciclo gravídico-puerperal, com hospitalização do recém-nascido por sífilis congênita, facilita o processo de transição saúde-doença, conseqüentemente, leva a uma maior adesão ao tratamento e às consultas de seguimento de sífilis e de sífilis congênita.

Para direcionamento da investigação as seguintes **questões norteadoras** foram elaboradas:

- Qual é a experiência transicional de famílias que vivenciaram a hospitalização do filho recém-nascido com sífilis congênita?
- Como o aconselhamento em sífilis no período pós-natal pode contribuir para o processo de transição saúde-doença e adesão da família ao tratamento e seguimento da sífilis e da sífilis congênita?

Dessa forma, o **estudo objetiva**:

1. Compreender a experiência transicional de famílias que vivenciaram a hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita.
2. Analisar a contribuição do aconselhamento em sífilis no período pós-natal para o processo de transição saúde-doença e a adesão de famílias ao tratamento e seguimento da sífilis e da sífilis congênita.
3. Aplicar o modelo da teoria das transições de meais às famílias em experiências transicionais diante da sífilis congênita.

Justificativa e Relevância do estudo

Afim de analisar as produções científicas sobre aconselhamento e sífilis e discutir como ocorre o aconselhamento pré e pós teste de sífilis e qual a sua influência na adesão de homens e mulheres às medidas de prevenção e ao tratamento da sífilis realizou-se uma Revisão Integrativa.

A estratégia de busca foi realizada nas bases informatizadas da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com base nos descritores de assunto contidos nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), selecionados a partir do operador booleano (AND): “Aconselhamento” AND

¹ Nesta pesquisa, considera-se que o aconselhamento de sífilis no período pós-natal inicia desde o pós-parto imediato, percorrendo a internação do filho no alojamento conjunto e estendendo-se nas consultas de seguimento da criança com sífilis congênita.

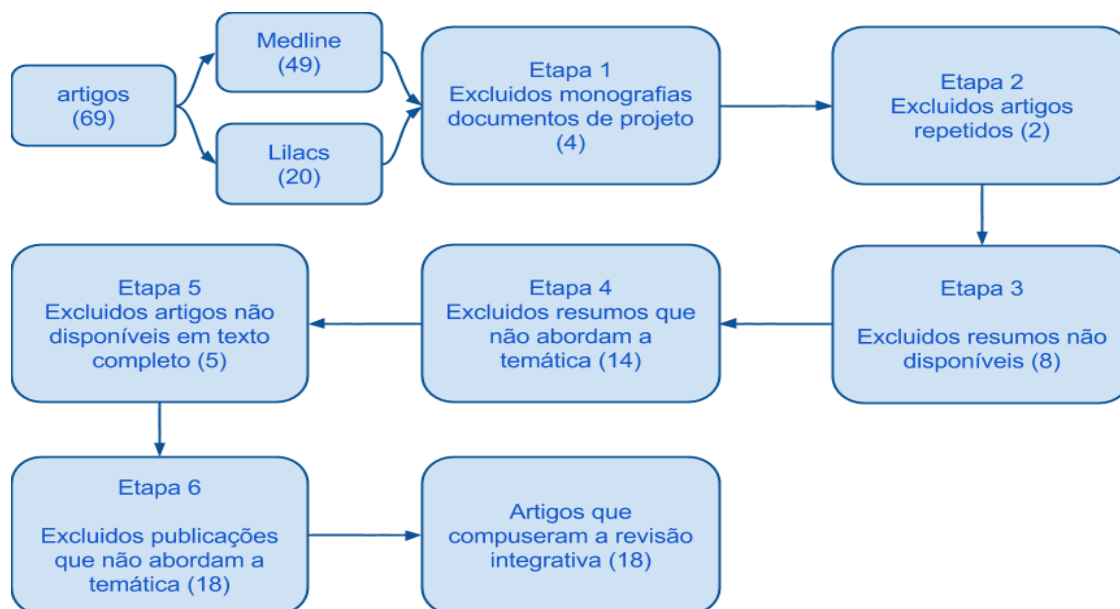
“Sífilis”. Optou-se por não estabelecer recortes temporais e o levantamento dos trabalhos estendeu-se até 16 de novembro de 2016.

Foram incluídos estudos publicados em periódicos indexados, disponíveis em quaisquer dos idiomas: inglês, espanhol, português e francês; sem recortes temporais. E os critérios de exclusão foram monografias; documentos de projetos; amostras duplicadas; artigos não disponíveis na íntegra; e artigos com o assunto principal não relacionado ao tema estudado.

A partir da estratégia de busca encontrou-se 69 publicações (49 no Medline e 20 no Lilacs), destes foram excluídos: 3 monografias e 1 documento de projeto (*etapa 1*); 2 artigos repetidos (*etapa 2*); 8 artigos com resumos indisponíveis para leitura (*etapa 3*). Sendo assim, foram lidos e analisados 55 resumos, destes 14 foram excluídos por tratarem a temática marginalmente (*etapa 4*).

Restando 41 artigos para serem lidos na íntegra, destes 5 artigos não estavam disponíveis em texto completo ou apenas disponíveis no idioma chinês (*etapa 5*). Dos artigos analisados, 18 publicações foram excluídas por não abordarem a temática estudada (*etapa 6*) e 18 artigos compuseram o corpo desta revisão integrativa. A figura 1 apresenta o fluxograma com as fases da revisão integrativa.

Figura 1 - Fluxograma das fases da Revisão Integrativa sobre Aconselhamento e Sífilis.



Fonte: dados da pesquisa.

Os resultados da revisão integrativa foram distribuídos em quadros (quadro 1 e apêndice 1)

Quadro 1 - Distribuição das produções científicas por ano de publicação, contexto geográfico, perfil profissional/acadêmico do primeiro autor, nacionalidade da instituição de filiação e níveis de evidências (n=18).

Propriedades dos Artigos e dos Autores	N	%
Ano de Publicação		
2012 – 2016	09	50,0
2007 – 2011	08	44,4
2002	01	5,6
País onde foi realizado o estudo (contexto geográfico)		
Brasil (América do Sul)	10	55,6
Estados Unidos (América do Norte)	02	11,1
Índia (Ásia)	02	11,1
Guatemala (América Central)	01	5,6
Dinamarca (Europa)	01	5,6
Uganda (África)	01	5,6
China (Ásia)	01	5,6
Perfis profissionais/acadêmicos dos primeiros autores		
Medicina	10	55,6
Saúde Pública	04	22,2
Enfermagem	02	11,1
Biologia	01	5,6
Psicologia	01	5,6
Nacionalidade das instituições vinculadas a pesquisa		
Brasileira	09	50,0
Americana	02	11,1
Indiana	02	11,1
Dinamarquesa	01	5,6
Chinesa	01	5,6
Multicêntrica (dois ou mais países)	04	22,2
Níveis de evidência		
Nível I - Revisão Sistemática ou Metanálise	0	0
Nível II - Estudo randomizado controlado	02	11,1
Nível III - Estudo controlado sem randomização	0	0
Nível IV - Estudo caso controle ou estudo de coorte	06	33,3
Nível V- Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos	0	0
Nível VI - Estudo qualitativo ou descritivo	09	50,0
Nível VII - Opinião ou consenso	01	5,6

Fonte: Autor da pesquisa.

Os dados do quadro 1 apontam que a maioria dos estudos foram publicados entre os anos de 2012 a 2016, 50% foram realizados no Brasil, 95% pertencem à área da saúde e 50% apresentaram níveis de evidência VI. No quadro contido no Apêndice 1 são apresentadas a classificação das publicações, referentes aos períodos de 2012-2016, segundo os autores, o periódico e o ano de publicação, o título (em inglês), o método e o(s) objetivos. O enfoque clínico e epidemiológico foi o que mais prevaleceu.

Da análise de conteúdo temática dos dezoito artigos que compuseram a presente revisão integrativa emergiram 58 unidades temáticas que foram agrupadas em três categorias, a saber: a) Caracterização dos Centros e Serviços de Testagem e Aconselhamento em Sífilis; b) Indivíduos e Grupos Participantes do Aconselhamento; c) Aconselhamento e Teste Rápido como boas práticas para o enfrentamento da Sífilis.

Entende-se CTA como serviços de saúde que atuam na prevenção e diagnóstico das infecções sexualmente transmissíveis (IST). Este tem a função de fornecer dados relativos ao perfil epidemiológico e sociodemográfico, às questões da vulnerabilidade e aos *status* sorológicos dos usuários para elaboração de estratégias de prevenção e intervenção que sejam adequadas para cada grupo populacional (VILELA *et al*, 2010).

Nos CTA realiza-se o aconselhamento, onde são discutidos os temas referentes aos direitos sociais e reprodutivos, à sexualidade e à transmissão e à prevenção de IST. Desse modo, tem como atribuições: realização de testes sorológicos, cujos resultados devem ser entregue em no máximo quinze dias; fornecimento de preservativos de livre e fácil acesso; o aconselhamento, que pode ser individual, coletivo ou com casais; distribuição de material educativo; divulgação dos CTA e grupos de aconselhamento; a capacitação continuada dos profissionais que atuam nos CTA (GERMANO *et al*, 2008; BRITO *et al*, 2007; Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2009).

Em relação a caracterização dos participantes dos estudos analisados verificou-se que pertencem a grupos diversificados: homossexuais masculinos, usuários de drogas lícitas e ilícitas, gestantes, população indígena e população carcerária; com idade média de 33,7 anos (mínimo 18 e máximo 72 anos); sendo 50 % brancos e 58,6% solteiros (BARBOSA *et al*, 2016; VILELA *et al*, 2010; BRITO *et al*, 2007).

A prevalência de sífilis na população estudada variou de acordo com os participantes dos estudos analisados, sendo o VDRL positivo em 5,7% dos casos relacionados a população de rua (BRITO *et al*, 2007), 0,44% em gestantes (BARBOSA *et al*, 2016), 1-6% em usuários de drogas (SEMAAN *et al*, 2010).

Quanto a vulnerabilidade à sífilis e outras IST os estudos destacam: falta do uso do preservativo, múltiplos parceiros, baixa escolaridade, uso de drogas lícitas e ilícitas, alcoolismo, população em situação de rua ou encarcerada. (SILVA *et al*, 2015; VILELA *et al*, 2010; BRITO *et al*, 2007; BARBOSA *et al*, 2016a; LAHUERTA *et al*, 2011).

O aconselhamento foi apresentado como uma ferramenta importante para ações de prevenção e promoção de saúde, levando a redução de sífilis e outras IST, com a diminuição

de comportamentos de riscos e adesão as medidas preventivas. Este deve contemplar a singularidade, incluindo o grau de entendimento, e a integralidade dos sujeitos que o acessam (ROCHA et al, 2016; KAUR et al, 2013).

A maior parte dos estudos apontaram que o aconselhamento ocorre em dois momentos, um pré-teste e outro pós-teste. Esses atendimentos devem ser sigilosos, com o uso de uma linguagem adequada ao público assistido; os clientes devem ser encorajados a falar sobre o seu estilo de vida, permitindo que estratégias para reduzir a transmissão de infecções sejam adotadas (BRITO et al, 2007; KAUR et al, 2013).

Durante a gestação, o aconselhamento feito de maneira adequada pode prevenir a ocorrência da sífilis congênita, pois a conscientização das gestantes sobre a importância da realização dos exames de rotina do pré-natal pode favorecer o diagnóstico precoce de sífilis ou de outras infecções e, conseqüentemente, levar ao tratamento em tempo hábil, assim diminuindo as chances de transmissão vertical (BARBOSA *et al*, 2016).

Pesquisa realizada na China, que comparou a eficácia do aconselhamento considerado padrão em relação ao grupal, mostrou que o aconselhamento grupal foi superior, mostrando uma maior aderência do uso de preservativos tanto com parceiros regulares como com parceiros casuais. Destacaram-se entre as vantagens e mecanismos do atendimento grupal: a rapidez, já que o aconselhamento ocorreu mediante um vídeo informativo e que pode ser expostos em locais onde se encontram grupos de maior vulnerabilidade à sífilis; a mobilidade do aconselhamento, que pode acontecer fora de unidades de saúde; e uma abordagem multidisciplinar (HAO *et al*, 2012).

A maior parte dos estudos que compuseram esta revisão limitaram-se na descrição do perfil dos participantes quanto às questões socioeconômicas, culturais e de comportamento sexuais.

Todavia estudos ressaltaram a importância dos CTA para o enfrentamento da sífilis e destacaram os CTA móveis para alcançar populações de maior vulnerabilidade ou de difícil acesso geográfico. (GERMANO *et al*, 2008; BRITO *et al*, 2007; Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2009; LAHUERTA et al, 2011).

Averiguou-se que existem diversos fatores que dificultam a prática do aconselhamento e diante disso é de suma importância a capacitação continuada dos profissionais de saúde, o envolvimento de uma equipe multiprofissional e também a formulação de novas abordagens como o aconselhamento coletivo (ROCHA et al, 2016; HAO *et al*, 2012).

Um outro achado relevante consiste que a maioria dos aconselhadores são enfermeiros e houve uma maior publicação de estudos na área da medicina, apontando que a enfermagem necessita realizar mais pesquisas que abordem o aconselhamento e a sífilis, já que são esses profissionais que estão à frente tanto da execução do teste rápido, do aconselhamento, do manejo clínico dos casos positivos e das ações de prevenção e promoção de saúde para indivíduos e grupos vulneráveis à sífilis.

O presente estudo é de grande relevância para a comunidade científica por oferecer subsídios para o campo teórico e prático, referente ao cuidado com o indivíduo com sífilis, pois contempla a temática de sífilis/sífilis congênita associada ao trinômio mãe-pai-filho, tendo em vista que a maioria das produções científica sobre a sífilis e sífilis congênita no ciclo gravídico-puerperal estão limitadas à saúde da mulher e/ou o binômio mãe-filho. Todavia os homens têm importância fundamental no processo de reinfecção da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

Os estudos evidenciam a predominância e o aumento de tratamentos inadequados das gestantes, em virtude também do não tratamento do parceiro. Campos *et al.* (2012) constataram que apenas 10,7% dos parceiros sexuais de parturientes com sífilis foram considerados adequadamente tratados, sendo que 92,9% eram pais dos recém-nascidos com sífilis congênita. Os dados apurados da pesquisa de Costa *et al.* (2013) mostraram aumento progressivo anual do número parceiros não tratados no período de 2000 a 2009, que também superou o número de parceiros tratados em todos os anos investigados.

É importante a postura de não culpabilizar os homens pela ocorrência da sífilis congênita, e sim de envolvê-los nos serviços de saúde, conscientizá-los de sua responsabilidade para romper com a cadeia de transmissão da sífilis/sífilis congênita. Ao deparar-se com diferenças de proporção entre mulheres e homens que fazem o tratamento da sífilis no período gestacional é notória a necessidade de se incluir e discutir as questões de gênero nas pesquisas científicas.

O desenvolvimento da presente pesquisa torna-se relevante, visto que suscita inovação para a prática assistencial, ao incluir o aconselhamento em sífilis para as mães e pais no período pós-natal, visando facilitar o processo de transição saúde-doença e uma maior adesão ao tratamento e seguimento da sífilis/sífilis congênita.

Dessa forma, este estudo oferece subsídios para a pesquisa, extensão e ensino, contribuirá para o planejamento de estratégias de ação que atendam às necessidades dos

usuários do serviço público de saúde e, conseqüentemente, reduzir os índices de casos novos e de mortalidade por sífilis congênita.

A presente pesquisa integra a Pesquisa Institucional: Sífilis no Ciclo da Vida: Interfaces entre a saúde e educação e está cadastrada no Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança - NUPEEMC, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil, da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - EEAP, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

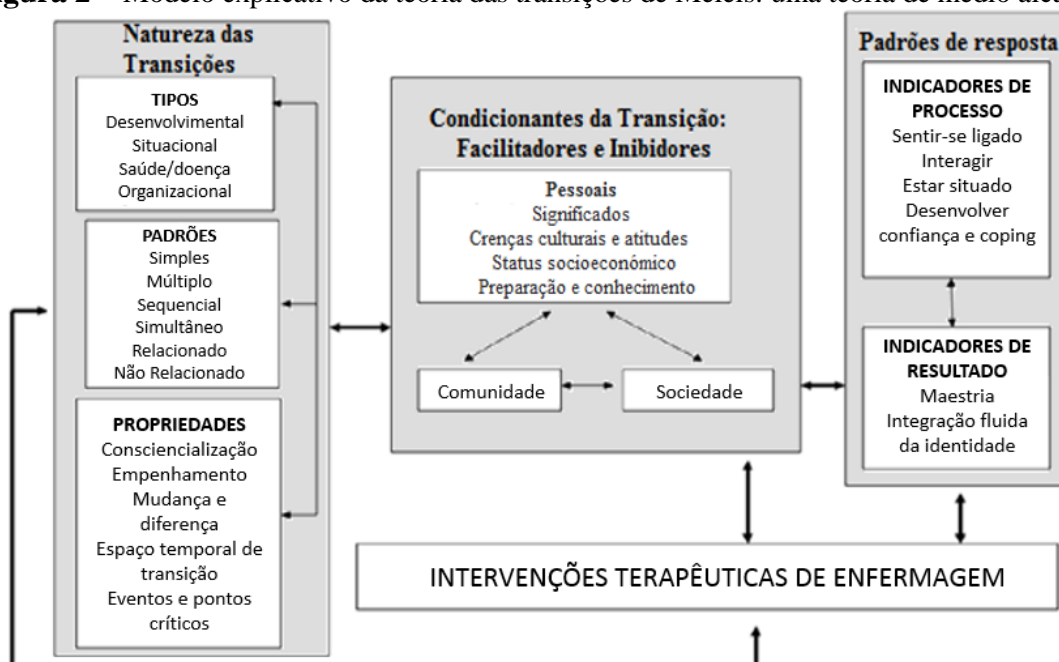
TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS: UMA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

O desenvolvimento da Teoria das Transições iniciou em meados da década de 1960, quando a enfermeira egípcio-americana e cientista Afaf Ibrahim Meleis cursava o doutorado na Universidade da Califórnia em Los Angeles (UCLA). Para a sua construção, investigou o planejamento familiar e os processos envolvidos como o tornar-se mãe/pai e o domínio dos papéis parentais. Sucessivamente, seu interesse de investigação foram as intervenções que podem facilitar o processo de transição e as pessoas que não conseguem realizar transições saudáveis (ALLIGOOD, 2013).

Em 1985, junto com a enfermeira Norma Chick, da Universidade de Massey – Nova Zelândia, descreveu a transição como um conceito para a enfermagem. Para Meleis, 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 seu comportamento e mudança na definição do *self* (MELEIS *et al.*, 2000).

Posteriormente, foram realizadas pesquisas acerca das experiências de transição em diferentes situações, como: o tornar-se mãe, a experiência da menopausa, o diagnóstico de doença congênita no filho, a migração transnacional e o tornar-se cuidador da família. Os seus resultados foram compilados em um artigo internacional e contribuíram para a construção de um modelo explicativo para a Teoria das Transições de Meleis (MELEIS *et al.*, 2000).

Figura 2 – Modelo explicativo da teoria das transições de Meleis: uma teoria de médio alcance



Fonte: Meleis *et al.*, 2000, p. 28.

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. Esta teoria de médio alcance aborda fenômenos e conceitos específicos que refletem a prática (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) (MELEIS *et al.*, 2000).

Apresentam diferentes padrões: simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. São percebidas como padrões de multiplicidade e complexidade por não serem autônomas, nem mutuamente exclusivas. São complexas, multidimensionais e possuem propriedades que são essenciais às experiências de transição, como a: consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal da transição, eventos e pontos críticos (MELEIS *et al.*, 2000).

A consciencialização está relacionada à percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. É uma característica definidora de transição, cuja ausência significa que o indivíduo pode não ter iniciado a experiência de transição. O seu nível influencia no nível de empenhamento, que 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).

Todas as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental identificar os efeitos e seus significados. 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 ideais, percepções, identidades, relações e rotinas (MELEIS *et al.*, 2000).

A diferença é uma outra propriedade da transição que consiste nas expectativas não atendidas ou divergentes; como por exemplo, 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 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 autocuidado e o cuidar (MELEIS *et al.*, 2000).

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, ou seja, a reformulação de sua identidade, o domínio de novas habilidades e alteração dos próprios comportamentos (MELEIS *et al.*, 2000).

Quanto aos condicionantes pessoais tem-se: 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* socioeconômico 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).

Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, que pode se dar a partir dos indicadores de processos e de resultados. Os indicadores de processo são importantes porque permitem identificar se o indivíduo, que

vivência a transição, encontra-se na direção de saúde e bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e riscos (MELEIS *et al.*, 2000).

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 familiares) a fim de clarificar e ajustar os comportamentos de resposta às transições; o estar situado (no tempo, espaço e relações) possibilita que a pessoa se desprenda de seu passado e enfrente novos desafios; 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).

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 (MELEIS *et al.*, 2000).

Na área de Pós-Graduação *Stricto sensu* consultou-se o Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) - Plataforma Sucupira (2013-2018), buscando pesquisas, no Brasil, que utilizaram a Teoria das Transições de Meleis. Foram capturadas dez (10) dissertações e duas (2) teses, que continham as palavras-chave: “Meleis” ou “Teoria das Transições”, no título, resumo ou nos descritores de assunto, apresentadas no quadro 2.

Quadro 2 - Pesquisas de enfermagem que utilizaram a Teoria das Transições de Meleis publicadas no Banco de Teses e Dissertações da CAPES – 2013/2018.

Autor	Ano/ Instituição de Publicação	Tipo de trabalho	Título	Método/ Técnica de pesquisa
Mota MS	2014/FURG	Dissertação	Processo de transição da pessoa estomizada da dependência de cuidado para o autocuidado: subsídios à enfermagem	Pesquisa Qualitativa/ Entrevistas semiestruturadas
Felippe TDG	2015/UFF	Dissertação	O uso abusivo de álcool em servidores militares: contribuição para ciências do cuidado	Pesquisa Qualitativa/ Narrativa de Vida
Nunes SFL	2015/UFSC	Dissertação	A transição do familiar de idosos com doença de parkinson para o papel de cuidador	Pesquisa Qualitativa/ Entrevista semiestruturada
Costa LGF	2015/UFMA	Dissertação	O cuidado ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso ao nascer: a transição da terapia intensiva neonatal ao domicílio	Pesquisa Qualitativa/ Genograma e Ecomapa Entrevista aberta
Arantes EO	2015/ UERJ	Dissertação	O acesso ao teste anti-HIV na ótica das mulheres: contribuições para a enfermagem	Pesquisa Qualitativa/ Narrativa de Vida
Guimarães MSF	2015/UNIRIO	Dissertação	Vulnerabilidade e parentalidade na hospitalização de um filho com sífilis congênita à luz da Teoria das Transições	Pesquisa Qualitativa/ Narrativa de Vida
Feitosa LOF	2016/UERJ	Dissertação	Puerpério e suas vivências como um processo de transição à luz da teoria de Afaf Meleis	Pesquisa Qualitativa/ Narrativa de Vida
Mello VS	2016/UERJ	Dissertação	A saúde da mulher e o tratamento da sífilis: narrativas de vida e contribuições para a prática profissional	Pesquisa Qualitativa/ Narrativa de Vida
Adegas ECV	2016/UNIRIO	Dissertação	Maternagem no método canguru: narrativa de vida das mulheres com filho pré-termo na transição para o domicílio	Pesquisa Qualitativa/ Narrativa de Vida
Lima CFM	2016/UERJ	Tese	Significando a transicionalidade da sexualidade do cônjuge-cuidador da pessoa idosa em processo demencial para um cuidado terapêutico de enfermagem	Pesquisa Qualitativa/ Teoria Fundamentada dos Dados Entrevista
Caires TLG	2017/UERJ	Tese	O consumo de bebida alcoólica durante a gestação na perspectiva de Afaf Meleis: contribuição para a enfermagem	Pesquisa Qualitativa/ Narrativa de Vida
Blessier D	2018/UERJ	Dissertação	Práticas de cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal com histórico de consumo de álcool e outras drogas: perspectiva da enfermagem	Pesquisa Qualitativa/ Narrativa de Vida

Fonte: Autor da Pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Os estudos identificaram o enfermeiro enquanto agente facilitador nos diferentes tipos de transições vivenciadas pelos participantes das pesquisas e o cuidado transicional como um foco de atenção para as práticas da Enfermagem.

Para Nunes (2015) cabe ao enfermeiro avaliar as diferentes etapas do processo de transição para contribuir com o bem estar do indivíduo. Nesta perspectiva, Feitosa (2016) destaca a importância da atuação desse profissional antes e durante o processo de transição, no sentido de promover os aspectos facilitadores, de prevenir que os fatores inibidores dificultem a transição, de avaliar se a transição está ocorrendo de forma saudável e de auxiliar na implementação dos cuidados.

A atuação da enfermeira deve proporcionar conhecimento, fornecendo informações e orientações ao longo do processo de transição, e capacitação a quem vivencia o problema, promovendo transições saudáveis (FEITOSA, 2016; CAIRES, 2017). Em algumas situações, faz-se necessário que o Enfermeiro perceba que a transição não deve ser delimitada pela alta hospitalar, podendo percorrer até o pós alta (ADEGAS, 2016).

Mota (2014) aponta que o enfermeiro necessita estabelecer ações terapêuticas de enfermagem que contribuam para a promoção e reabilitação da saúde do indivíduo que vivencia uma transição, auxiliando-o na aquisição de autonomia e independência, subsidiando seu autocuidado e bem-estar.

O cuidado de enfermagem e em saúde deve partir de um projeto terapêutico aberto, flexível e dinâmico pautado na liberdade, na parceria, na construção de responsabilidades e competências para o cuidado, para atender necessidades gerais e específicas dos indivíduos/população assistida (COSTA, 2015)

Dos estudos capturado, dois (2) correlacionaram as temáticas de sífilis e sífilis congênita com a Teoria das Transições de Meleis. Mello (2016) que teve como objeto de estudo a experiência vivenciada da mulher em relação ao tratamento da sífilis, destacou que o enfermeiro desenvolve planejamento holístico, individualizado e contínuo e tem a competência de ajudar a mulher na realização de uma transição saudável, a qual consistirá na passagem da mulher pelo processo de mudança causado pela gravidez, pela doença dela (sífilis) e de seu filho (sífilis congênita) com respostas positivas atingindo a estabilidade; e Guimarães (2015) constatou que o enfermeiro e profissionais da saúde foram facilitadores para o exercício, experiência e prática da parentalidade com o filho recém-nascido hospitalizado por sífilis congênita, através da ligação e interação profissional/mães/pais, e contribuíram para reformulação na identidade das mães e dos pais.

As transições quando não acompanhadas por profissionais afetam significativamente toda a estrutura de vida de uma pessoa (FELIPPE, 2015). A Teoria das Transições de Meleis propõe um cuidado culturalmente congruente com as reais necessidades do cliente para se alcançar o seu estado de bem-estar; bem como facilitar a reformulação de identidade e a mudança de comportamentos, que podem evitar recaídas de enfermidades. Estudos que contemplem esta teoria contribuirão para a assistência ao oferecer subsídios para o enfrentamento de doenças preveníveis, como a sífilis e sífilis congênita.

Lima (2016) em sua tese de doutorado em enfermagem faz recomendações ao ensino de graduação, pós-graduação e a pesquisa científica na área de enfermagem para ampliar a aplicação do modelo teórico das transições em diferentes espaços de cuidado.

ASPECTOS CONCEITUAIS DA SÍFILIS ADQUIRIDA E NA GESTAÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável, de evolução crônica, causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas. É transmitida, principalmente, por via sexual, também por contato com lesões mucocutâneas ricas em treponemas, por transfusão de sangue contaminado. A sífilis adquirida e em gestantes é classificada segundo o tempo de infecção e segundo as manifestações clínicas (Quadro 3) (BRASIL, 2015).

Quadro 3 - Classificação da sífilis adquirida e na gestação

Evolução	Estágios da sífilis adquirida	Manifestações clínicas
Sífilis recente (Menos de um ano de duração)	Primária • 10 a 90 dias após contato, em média três semanas • A lesão desaparece sem cicatriz em duas a seis semanas com ou sem tratamento	• Úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única, com fundo limpo, infiltrada • Linfonodos regionais indolores, de consistência elástica, que não fistulizam
	Secundária • Seis semanas a seis meses após o contato • As lesões desaparecem sem cicatrizes em quatro a 12 semanas • Pode haver novos surtos	• Lesões cutaneomucosas sintomáticas • Sintomas gerais, micropoliadenopatia • Pode haver envolvimento Ocular, hepático e neurológico
	Latente recente	Assintomática, com testes imunológicos reagentes
Sífilis tardia (Mais de um ano de duração)	Latente tardia	Assintomática, com testes imunológicos reagentes
	Terciária • Dois a 40 anos após contato	• Quadro cutâneo destrutivo e formação de gomas sífilíticas que podem ocorrer em qualquer órgão • Acometimento cardiovascular, neurológico e ósseo

Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2015.

Gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente podem transmitir a sífilis para o feto por via transplacentária (com taxa de transmissão de até 80%), ou na passagem do feto pelo canal do parto, acarretando em consequências severas, como o abortamento, a prematuridade, sífilis congênita e/ou morte (BRASIL, 2015).

Os métodos para diagnóstico da infecção pelo *T. pallidum* dependem da fase da doença (BRASIL, 2015):

- **Pesquisa direta do *Treponema pallidum*:** a pesquisa direta de *T. pallidum* na sífilis recente primária e secundária pode ser feita pela microscopia de campo escuro (sensibilidade de 74% a 86%), ou por imunofluorescência direta, exame de material corado e biópsias.

- **Sorologia não treponêmica:** detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do *T. pallidum*, e podem ser qualitativos (presença ou ausência de anticorpo na amostra) ou quantitativos (titulação de anticorpos). Permite o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento, pois a queda do título é indicação de sucesso terapêutico. O teste mais conhecido é o **VDRL** (*Venereal Disease Research Laboratory*), ainda outros sejam disponíveis (RPR – *Rapid Plasma Reagin*). Se faz necessário a realização de um teste treponêmico devido aos resultados falso-negativos (amostra com títulos elevados tiradas sem uma diluição adicional podem apresentar “fenômeno prozona” - relação desproporcional entre as quantidades de antígenos e anticorpos presentes na reação não treponêmica) e aos resultados falso-positivos (as reaginas também costumam surgir em outras patologias, como doenças reumáticas, gestação, drogadição).

- **Sorologia treponêmica:** detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. pallidum*, são exemplos: *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption* (FTA-Abs); *T. pallidum Haemagglutination Test* (TPHA); *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay* (ELISA). Não são indicados para o seguimento pós-terapêutico (controle da cura), permanecendo reagentes por toda a vida independente do tratamento.

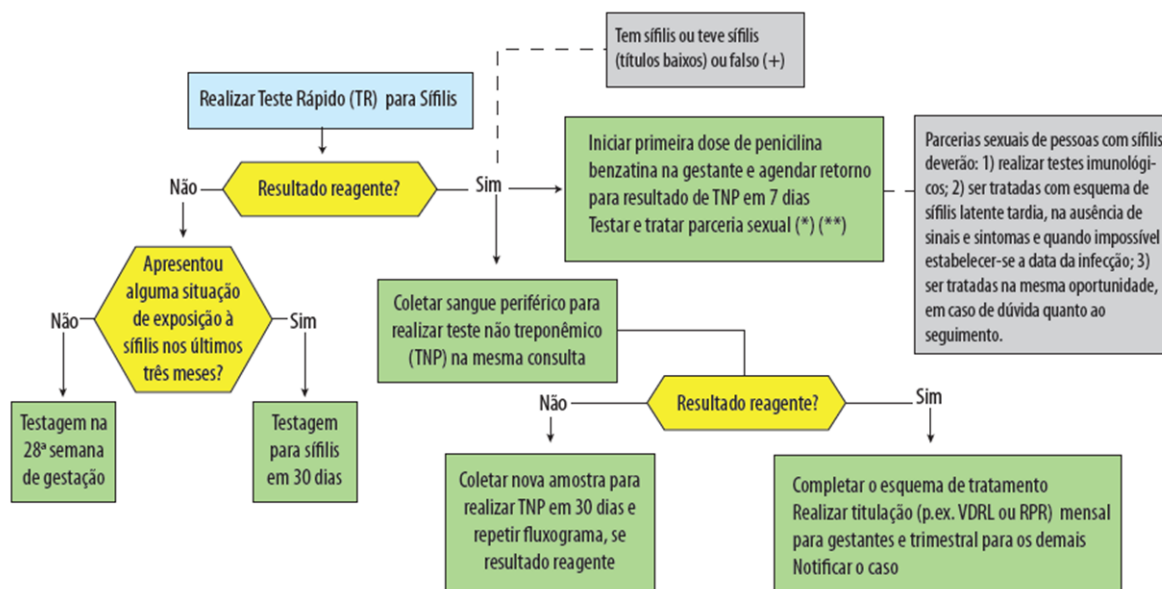
- **Testes rápidos para sífilis:** são testes treponêmicos de rápida execução. O sangue é coletado por punção digital ou venosa, estando o resultado disponível entre 10 e 15 minutos. O seu uso é recomendado nos locais onde não se dispõe de sorologias não treponêmicas para as testagens usuais durante a gravidez ou por ocasião do parto. São indicados em qualquer momento do acompanhamento pré-natal ou por ocasião do parto, e em gestantes com sinais e sintomas de quaisquer infecções sexualmente transmissíveis (IST),

desde que a gestante não possua exames treponêmicos com resultado reagente na gestação atual ou anterior.

Com a finalidade de certificar, apoiar e preparar os profissionais de saúde que participam do diagnóstico e do controle das IST, o Ministério de Saúde oferece cursos no TELELAB, que pode favorecer a reflexão crítica em relação às técnicas laboratoriais, incluindo a do Teste Rápido, e à postura e contextos dos profissionais de saúde que atuam nos laboratórios e hemocentros do Brasil.

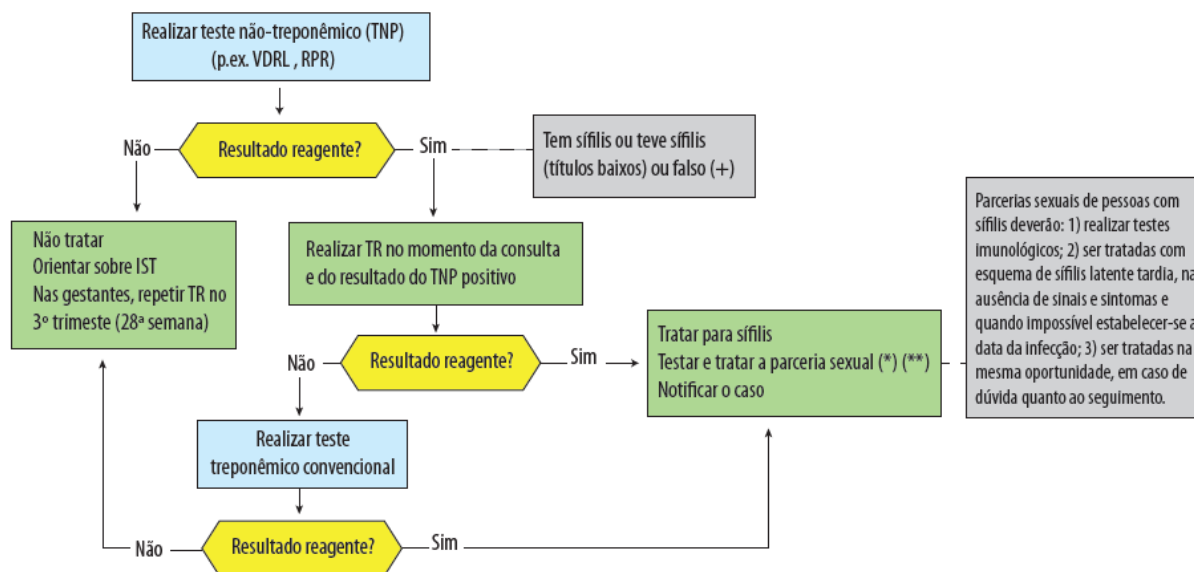
As Figuras 3, 4 e 5 apresentam os fluxogramas para diagnóstico e tratamento de sífilis, com as diversas possibilidades.

Figura 3 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório



Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2015.

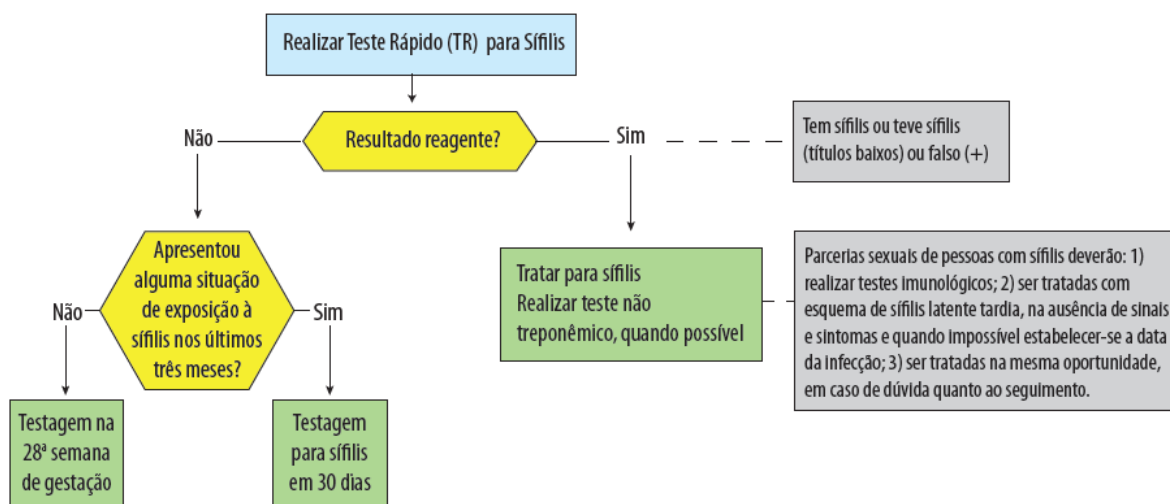
Figura 4 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste não treponêmico inicial com teste rápido confirmatório



(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2015.

Figura 5 – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando apenas teste rápido



Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2015.

Destaca-se que o fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando apenas teste rápido (Figura 5), deve ser utilizado para: a) gestantes e parcerias sexuais em unidades básicas de saúde, principalmente, no âmbito da Rede Cegonha; b) gestantes no momento da internação para o parto nas maternidades; c) abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional; entre outras situações e locais em que o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais recomenda (BRASIL, 2015).

Esta conduta está relacionada a alta prevalência de sífilis congênita no Brasil, a descredibilidade da mulher e parceiros sexuais na possibilidade da transmissão vertical, além de problemas estruturais, como a demora nos resultados do exames, falta de kit para a realização dos mesmos, entre outros.

Na prática assistencial no cuidado às gestantes, no município do Rio de Janeiro, o protocolo de tratamento deve ser iniciado com apenas um teste positivo (reagente), sem a necessidade de VDRL, com esquema de sífilis terciária, ou seja, três doses de 2.400.000 UI de penicilina benzatina, intramuscular (IM), no intervalo de sete (7) dias.

O MS preconiza que o tratamento da sífilis adquirida e na gestação deve ser realizado de acordo com o estadiamento da doença, para uma melhor compreensão foi resumido no quadro 4. Os parceiros sexuais deverão realizar testes imunológicos e ser tratados com esquema de sífilis terciária, na ausência de sinais e sintomas e quando impossível estabelecer-se a data da infecção (BRASIL, 2015).

Quadro 4 - Tratamento da sífilis adquirida e na gestação

Estadiamento	Esquema terapêutico	Alternativa
Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de um ano de evolução)	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 30 dias (exceto gestantes) OU Ceftriaxona 1 g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes
Neurossífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2 g, IV ou IM, 1xdia, por 10 a 14 dias

Fonte: Adaptado de DDAHV/SVS/MS, 2015.

Ressalta-se que o tratamento da gestante deve ser realizado com penicilina benzatina, única droga com eficácia para tratar a gestante e o feto intraútero. Para gestantes com alergia

confirmada à penicilina impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina benzatina. Na impossibilidade de realizar a dessensibilização durante a gestação, a gestante deverá ser tratada com ceftriaxona, porém considera-se tratamento inadequado da mulher, não protege o feto da transmissão vertical, devendo ser avaliada clínica e laboratorialmente (BRASIL, 2015).

Considera-se tratamento inadequado da gestante com sífilis: Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina benzatina; OU Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina benzatina; OU Tratamento inadequado para a fase clínica da doença; OU Instituição de tratamento dentro do prazo de até 30 dias antes do parto; OU Parceiro(s) sexual(is) com sífilis não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente (BRASIL, 2017).

Quanto ao seguimento, os testes não treponêmicos devem ser realizados mensalmente, para a sífilis na gestação, e a cada três meses no primeiro ano e a cada seis meses no segundo ano; para a sífilis adquirida. A redução de dois ou mais títulos do teste não treponêmico ou a negatificação após seis meses a nove meses do tratamento demonstra a cura da infecção. O mais comum é que pessoas. Contudo os títulos podem permanecer baixos e estáveis, pelo resto da vida (cicatriz sorológica) (BRASIL, 2015).

Na sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de duas diluições em três meses e três diluições em seis meses. Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após dois anos, pode-se dar alta. A elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições em relação ao último exame realizado, indica reinfecção e um novo tratamento deve ser iniciado (BRASIL, 2015).

AS REPERCUSSÕES DA SÍFILIS PARA A SAÚDE DA CRIANÇA: SÍFILIS CONGÊNITA

Apesar da sífilis ser considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), também pode ser transmitida por meio da disseminação hematogênica do *T. pallidum* da mãe para o feto, predominantemente, por via transplacentária, em qualquer momento da gestação ou estágio clínico da sífilis gestacional não tratada ou inadequadamente tratada, caracterizando a transmissão vertical denominada de sífilis congênita (SC) (BRASIL, 2011).

Desde 1986, a SC é uma doença de notificação compulsória por meio da Portaria Nº 542 do MS, deve ser notificada pelos profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços

públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, até sete dias a partir do conhecimento da doença com base na Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014.

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 (Vírus da Imunodeficiência Humana) 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, 2015). O quadro 5 resume as manifestações clínicas de acordo com a evolução e estágios da sífilis congênita.

Quadro 5 – Manifestações clínicas relacionada a evolução e estágios da sífilis congênita

Evolução	Estágios da sífilis congênita	Manifestações clínicas
Sífilis congênita (antes de dois anos de idade)	Precoce	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatomegalia com ou sem esplenomegalia e icterícia • Lesões cutâneas (pênfigo palmo-plantar, condiloma plano), petéquias, púrpura • Periostite ou osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia dos membros • Sofrimento respiratório com ou sem pneumonia • Rinite sero-sanguinolenta, anemia e linfadenopatia generalizada (epitrocLEAR) • Fissura peribucal, síndrome nefrótica, hidropsia, edema, convulsão e meningite
Sífilis congênita (após dois anos de idade)	Tardia	<ul style="list-style-type: none"> • Tíbia em “lâmina de sabre” • Articulações de Clutton • Fronte “olímpica” e nariz “em sela” • Dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de <i>Hutchinson</i>), molares em “amora” • Rágades periorais, mandíbula curta, arco palatino elevado • Ceratite intersticial • Surdez neurológica e dificuldade no aprendizado

Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2015.

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).

Para definição do diagnóstico da sífilis congênita, o VDRL é o teste de escolha para o RN, e recomenda-se que sejam realizados os seguintes exames complementares: amostra de sangue (hemograma, perfil hepático e eletrólitos); avaliação neurológica com punção líquórica (células, proteínas, testes treponêmicos e não treponêmicos); raio-X de ossos longos; avaliação oftalmológica e audiológica. (BRASIL, 2015).

Para confirmar o diagnóstico de neurosífilis consideram-se o valores de exame líquórico do recém-nascido contidos no Quadro 6.

Quadro 6 – Valores de exame líquórico em recém-nascido com suspeita de neurosífilis

Parâmetro	RN	> 28 dias
Leucócitos	> 25 células/mm ³	> 5 células/mm ³
Proteínas	> 150 mg/dL	> 40 mg/dL
VDRL	Reagente	Reagente

Fonte: DDAHV/SVS/MS, 2015.

Tratamento da SC

O MS ressalta que todo recém-nascido com sífilis congênita confirmada ou provável deve ser tratado e acompanhado até a confirmação da cura. O esquema terapêutico adequado para cada idade do portador da SC encontra-se no quadro 7, este considera o antibiótico de escolha, dosagem, via de administração, duração do tratamento e situação clínico-laboratorial da mãe (BRASIL, 2015).

Quadro 7 – Esquema terapêutico da sífilis congênita

PERÍODO NEONATAL (ATÉ 28 DIAS DE VIDA)	
A – Para todos os RN de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, independentemente do resultado do teste não treponêmico (ex.: VDRL) do RN.	
Situação	Esquema proposto
A1 – Presença de alterações clínicas e/ou imunológicas e/ou radiológicas e/ou hematológicas	Penicilina cristalina, na dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias OU Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, dose única diária, IM, durante 10 dias
A2 – Presença de alteração líquórica	Penicilina cristalina, na dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias
A3 – Ausência de alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ou líquóricas, e teste não treponêmico não reagente no sangue periférico	Penicilina G benzatina(b), na dose única de 50.000 UI/kg, IM O acompanhamento é obrigatório, incluindo o seguimento com teste não treponêmico sérico após conclusão do tratamento. Sendo impossível garantir o acompanhamento, o RN deverá ser tratado com o esquema A1
B – Para todos os RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico (ex.: VDRL) em amostra de sangue periférico do RN. Se reagente e com titulação maior do que a materna, e/ou na presença de alterações clínicas.	
Situação	Esquema proposto
B1 – Presença de alterações clínicas e/ou radiológicas e/ ou hematológicas, sem alterações líquóricas	Esquema A1
B2 – Presença de alteração líquórica	Esquema A2
C – Para RN de mães adequadamente tratadas, realizar o teste não treponêmico em amostra de sangue periférico do RN	
Situação	Esquema proposto
C1 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for não reagente, proceder apenas ao seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento(c), deve-se proceder ao tratamento do RN	Penicilina G benzatina, IM, na dose única de 50.000 UI/kg
C2 – Se o RN for assintomático e o teste não treponêmico for reagente, com título igual ou menor que o materno, acompanhar clinicamente. Na impossibilidade do seguimento clínico, investigar e tratar de acordo com alterações líquóricas.	Esquema A1 (sem alterações de LCR) Esquema A2 (com alterações no LCR) Esquema A3 (penicilina G benzatina + seguimento obrigatório, se exames normais e LCR normal)
PERÍODO PÓS-NEONATAL (APÓS 28 DIAS DE VIDA)	
Situação	Esquema proposto
Se confirmado quadro clínico e imunológico de sífilis congênita na criança.	Penicilina cristalina, na dose de 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 4 horas, durante 10 dias OU Penicilina G procaína 50.000 UI/kg, de 12 em 12 horas, IM, durante 10 dias

Fonte: Adaptado de DDAHV/SVS/MS, 2015.

Seguimento do recém-nascido

É de suma importância que toda criança tratada para a sífilis congênita confirmada ou suspeita seja acompanhada para confirmação da cura. Durante o seguimento clínico e laboratorial da sífilis congênita devem ser consideradas as seguintes recomendações (BRASIL, 2015):

- Notificar o caso após a confirmação diagnóstica;
- Realizar consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês de vida e consultas ambulatoriais bimensais do 6º ao 12º mês;
- Realizar teste não treponêmico com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade, interrompendo o seguimento após dois exames não treponêmicos consecutivos e negativos;
- Diante da elevação do título do teste não treponêmico (VDRL), ou da não negatificação até os 18 meses de idade, reinvestigar a criança exposta e proceder ao tratamento;
- Realizar teste treponêmico para sífilis após os 18 meses de idade para a confirmação do caso;
- Se observados sinais clínicos compatíveis com a infecção treponêmica congênita, deve-se proceder à repetição dos exames imunológicos, ainda que fora do período acima previsto;
- Recomenda-se o acompanhamento oftalmológico (fundoscopia), neurológico e audiológico das crianças com diagnóstico de sífilis congênita semestralmente, por dois anos. Em crianças cujo resultado de LCR tenha se mostrado alterado, deve-se fazer uma reavaliação líquórica a cada seis meses, até a normalização;
- O teste da orelha normal não afasta a necessidade da solicitação de exames específicos para avaliar a surdez do oitavo par craniano;
- Nos casos de criança tratada de forma inadequada, quanto à dose e/ou tempo do tratamento preconizado, deve-se convocá-la para reavaliação clínico-laboratorial e reiniciar o tratamento, obedecendo aos esquemas anteriormente descritos.

Vale ressaltar que a SC 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.

O ACONSELHAMENTO ENQUANTO FERRAMENTA PARA O ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DE SÍFILIS/SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL

O aconselhamento é um diálogo baseado em uma relação de confiança entre os interlocutores que visa proporcionar ao indivíduo a avaliação de seus próprios riscos e vulnerabilidades e a decisão por medidas viáveis para enfrentar os seus problemas relacionados às IST (BRASIL, 2003).

Consiste em uma tecnologia de cuidado relacionada principalmente ao gerenciamento de risco no contexto das IST, baseado em intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais, e sua oferta deve ser flexível e sem obrigatoriedade, permitindo que cada indivíduo saiba dessa possibilidade e possa decidir se deseja ou não se submeter à intervenção (BRASIL, 2017).

Necessita de uma escuta ativa do profissional, que ao considerar o saber, o sentir e a integralidade do cliente, através de uma troca mútua de conhecimentos e sentimentos, visa o resgate dos recursos internos do cliente para que se reconheça como sujeito de sua própria saúde e transformação. Quando as pessoas vivenciam situações de ameaça a sua integridade física ou emocional, costumam ficar fragilizadas e, às vezes, não se sentem capazes de resolver solitariamente seus conflitos (BRASIL, 1998).

É uma prática priorizada pelo MS e considerada uma ferramenta essencial para o enfrentamento da epidemia de IST, incluindo a sífilis, no Brasil. Compreendido como um componente importante na promoção da saúde, o aconselhamento contribui para a quebra da cadeia de transmissão das IST através do diagnóstico precoce e adoção de práticas seguras, reduzindo futuras infecções (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005).

Além de reduzir o impacto da epidemia na população também contribui para melhoria da qualidade do serviço prestado nas unidades de saúde, ao permitir o conhecimento e aprofundamento do perfil social e epidemiológico da comunidade de abrangência, de modo a dimensionar e mapear a população de maior vulnerabilidade e, com isso, reformular estratégias de prevenção e monitoramento (BRASIL, 2003).

Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) o aconselhamento favorece uma atenção integral e contribui para que o indivíduo participe ativamente do processo de promoção da saúde, prevenção e tratamento das IST, ressalta-se que o acesso ao diagnóstico e ao tratamento é um direito do cidadão (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005).

No contexto das IST, o aconselhamento tem por objetivos: ampliar o acesso ao diagnóstico da IST; promover a adoção de práticas seguras e qualidade de vida através da

reflexão dos indivíduos sobre seus próprios riscos; auxiliar no processo de adesão ao tratamento; estimular o diagnóstico e tratamento de parcerias sexuais; reduzir o impacto do diagnóstico positivo e o stress do indivíduo (BARSIL, 1998; BRASIL, 2005)

Especialmente no âmbito das IST, o processo de aconselhamento contém três componentes (BRASIL, 1998; BRASIL, 2003; BRASIL, 2005):

a) **Apoio emocional:** acolhimento, estabelecer uma relação de confiança profissional/usuário, Auxilia o usuário a lidar com os problemas emocionais relacionados as IST/aids.

b) **Apoio educativo:** Permite a troca de informações sobre a doença, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento; esclarecimento de dúvidas

c) **Avaliação de riscos:** propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas, busca desenvolver a capacidade pessoal do usuário para a compreensão de suas vulnerabilidades e riscos para as IST/aids e o planejamento de estratégias para a redução de riscos, adoção de práticas mais seguras, promoção da saúde e qualidade de vida.

Outra estratégia adotada dentro da abordagem do aconselhamento é a Gestão de risco, que tem por finalidade aumentar o grau de autonomia dos indivíduos para lidarem com a prevenção das IST, dando-lhe o acesso às informações e aos diferentes métodos de prevenção. O princípio fundamental que a orienta é o respeito à liberdade de escolha para optar pelo método de prevenção mais adequado à sua realidade e às suas necessidades. A gestão de risco ajuda a hierarquizar o risco, promover o autocuidado; e construir a autonomia (BRASIL, 2005).

A abordagem poder ser individual ou coletiva. Fazendo uma breve comparação entre esses dois tipos, temos que o coletivo é mais informativo, com maior público, não particulariza, desperta a auto percepção de riscos individuais; e o individual particulariza, complementa o coletivo, oferece suporte emocional, avalia riscos individuais e o plano de redução de risco (BRASIL, 2005).

O aconselhamento em si possui caráter: ágil, sem constituir entrave ou impedimento à realização da testagem ou outra ação de prevenção, caso o(a) usuário(a) não disponha de muito tempo; dinâmico, sendo ativo e resolutivo quanto ao caráter educativo e informativo; focado, não segue a um roteiro pré-estabelecido, tendo como foco a demanda trazida pela pessoa em atendimento (BRASIL, 2017).

Pode ser ofertado em diferentes momentos, devendo-se reafirmar o caráter confidencial e o sigilo das informações:

a) **No momento da ação educativa:** oferecer apoio informativo com ênfase para as situações de risco; identificar barreiras para a adoção de práticas mais seguras; explicar o uso correto do preservativo e demonstrá-lo; explorar hábitos sobre uso de drogas e etilismo; explicar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis; informar sobre a disponibilização dos insumos de prevenção no serviço; estimular a realização do teste e do aconselhamento pré-teste e pós-teste para os usuários que se perceberem em situação de risco; trocar informações sobre o teste e orientar sobre a necessidade de repetir o teste no caso do usuário estar no período de janela imunológica (BRASIL, 2003).

b) **No momento do pré-teste:** trocar informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste e o impacto na vida de cada usuário; amenizar a ansiedade durante o período de espera do resultado do teste e reforçar medidas de prevenção; reforçar a necessidade de tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is); enfatizar a relação entre IST e HIV/aids; explorar qual o apoio emocional e social disponível (família, parceiros, amigos, trabalho e outros); avaliação de riscos- situações de risco de cada usuário e medidas de prevenção específicas (BRASIL, 2003).

c) **No momento do pós-teste:** Independentemente do resultado, o aconselhamento deve ser oferecido se esse for o desejo do usuário. Diante de Resultado Negativo: orientar para as ações de prevenção para que a pessoa permaneça não reagente; lembrar que um resultado negativo não significa imunidade; mas que significa que a pessoa não está infectada ou que não produziu anticorpos para a detecção pelo teste; avaliar a possibilidade de o usuário estar em janela imunológica e a necessidade de retestagem; rever a exposição a situações de risco; definir um plano viável de redução de riscos de acordo com as vulnerabilidades do indivíduo. Diante de Resultado Positivo: permitir ao usuário o tempo necessário para assimilar o impacto do diagnóstico e expressar seus sentimentos, prestando o apoio emocional; ressaltar que a infecção é tratável; reforçar a necessidade do uso do preservativo e não compartilhamento de agulhas e seringas no caso de usuários de drogas injetáveis; enfatizar a comunicação dos parceiros sexuais e orienta-los quanto a testagem; contribuir para um plano viável de redução de riscos considerando as particularidades e vulnerabilidades; orientar sobre a realização de exames complementares; encaminhar para o serviço de referência ao tratamento e agendar retorno. Diante de Resultado Indeterminado: explicar e solicitar uma nova amostra após 30 dias da emissão do resultado da primeira

amostra; reforçar a adoção de práticas seguras para a redução de riscos de IST; diminuir a ansiedade durante este período de espera do resultado de teste (BRASIL, 2003).

No que tange especificamente a sífilis, a campanha Fique Sabendo, promovida pela Secretaria do estado de São Paulo, traz conteúdos e procedimentos que são fundamentais no aconselhamento: identificação das necessidades de cada usuário e avaliação dos riscos de infecção: histórico de outras IST, uso de álcool e outras drogas e uso do preservativo associando situações de risco e vulnerabilidade; Troca de informações específicas sobre a sífilis, diferença entre cicatriz sorológica e doença recente, e o método de testagem utilizado; Informações sobre as complicações decorrentes de não tratar, interromper o tratamento ou da automedicação; Necessidade do tratamento dos parceiros sexuais com contato de 30 a 90 dias, dependendo dos sintomas e quadro clínico, para que se interrompa a cadeia de transmissão; necessidade de retorno ao serviço se persistir sintomas ou caso estes reapareçam; identificação de barreiras para a mudança das situações de risco; Orientações para adoção de práticas mais seguras e redução de riscos; Fortalecimento das capacidades para a redução de riscos; Encaminhamento dos casos positivos para exames confirmatórios nos serviços de referência.

A efetividade do aconselhamento depende de uma participação ativa entre profissional e usuário. Faz-se necessário utilizar uma linguagem acessível e o diálogo ser contextualizado ao cotidiano, estilo de vida, cultura e às vivências sexuais da pessoa em atendimento, possibilitando acolher, revelar, esclarecer, interrogar, mobilizar, negociar e integrar e, assim, propiciar um espaço de reflexão para tomada de decisão (BRASIL, 2017).

Alguns requisitos são importantes ao profissional que faz o aconselhamento, dentre eles destacam-se: habilidades de comunicação; conhecimento técnico; não fazer juízo de valor; ter postura ética e atitude empática; ter sensibilidade às questões socioculturais e emocionais e às demandas singulares de cada usuário (BRASIL, 2005).

No aconselhamento em sífilis, os profissionais devem estar preparados para: reduzir o impacto do resultado reagente; orientar sobre transmissão vertical do HIV e sífilis; promover a adesão ao tratamento e às práticas de prevenção no caso de resultados não reagentes (BRASIL, 2013).

Durante a oferta do aconselhamento, é preciso respeitar a autonomia do usuário para dialogar sobre suas práticas de risco, escolhas dos métodos de prevenção, dúvidas sobre o tratamento, enfrentamento de estigma e discriminação (BRASIL, 2017).

É importante que o aconselhador tenha conhecimento atualizado sobre as IST. Ressalta-se que todos os profissionais da equipe de saúde deveriam estar aptos a desenvolver o aconselhamento (BRASIL, 1998).

Apesar de ser uma ferramenta importante no cuidado e vinculação do usuário, a inserção do aconselhamento na rotina dos serviços é um grande desafio. Evidencia-se a necessidade de uma adequação dos espaços e das rotinas das equipes, bem como da ampliação do número de profissionais. Essa abordagem que exige dos profissionais habilidades específicas e uma boa administração do tempo do atendimento (BRASIL, 2005; BRASIL 2003; ROCHA *et al*, 2018).

Até o momento o aconselhamento é oferecido majoritariamente em serviços de referência para as IST, os quais estão mais habituados a abordar as questões sobre sexualidade, drogas e direitos humanos (BRASIL, 2003; BRASIL, 2013).

Quando comparado a realização da testagem com o aconselhamento, os profissionais referem maior facilidade e domínio na execução do teste (tecnologia dura) e na abordagem informativa (tecnologia leve-dura). Ainda relatam insegurança para a gestão de riscos e ao suporte emocional (tecnologias leves). Talvez por não terem sido habilitados durante a sua formação profissional. Faz-se necessário o aprimoramento e o investimento no aconselhamento para a maior efetividade desta tecnologia de cuidado na promoção de saúde e agenciamento da cidadania (ROCHA *et al.*, 2016; ROCHA *et al*, 2018).

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO E REFERENCIAL METODOLÓGICO: PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL (PCA)

De forma a alcançar os objetivos propostos foi utilizado o método descritivo de natureza qualitativa, o qual estuda o fenômeno na sua totalidade e valoriza a subjetividade. 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 (TRENTINI; PAIM, 2004; MARCONI; LAKATOS, 2010).

Dentro do método qualitativo, optou-se pela Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), por considerar-se a melhor forma para a compreensão da problemática e alcance dos objetivos. A PCA foi inspirada na pesquisa-ação de Kurt Lewin e no processo de cuidar de acordo com o que as teorias de enfermagem preconizam, e pode ser descrita como:

Aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial, com a intencionalidade de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudança e introduzir inovações na prática; portanto este tipo de pesquisa está comprometida com a melhoria direta do contexto social pesquisado (TRENTINI; PAIM, 2004, p.28).

Esta modalidade de pesquisa ocorre no mesmo espaço físico e temporal da assistência, e requer a participação ativa dos pesquisadores e participantes do estudo. A sua principal característica é a articulação intencional com a prática assistencial, onde as ações assistenciais vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa. Esta interação ocorre, especialmente, durante a coleta de dados, quando os pesquisadores se envolvem na assistência e na pesquisa, e os entrevistados participam ativamente do processo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Na PCA o profissional encontra um modo de “aprender a pensar o fazer” no seu cotidiano, pesquisando as implicações teóricas e práticas do seu fazer. Dessa maneira, constrói sua trajetória a partir “do que fazer”, seguindo para o “como fazer” e chegando ao “saber fazer”. O “saber fazer” implica em “saber pensar”, e significa reelaborar o processo do conhecimento para vincular a teoria com a prática (TRENTINI; PAIM, 2004).

É de fundamental importância para a PCA uma descrição detalhada do processo de investigação e com base perspectiva, Trentini e Paim (2004) propõem etapas ou fases consecutivas e inter-relacionadas, não necessariamente de modo linear, a saber:

a) **Concepção.** Trata-se da escolha do tema da pesquisa, de definir o que vai pesquisar. Nessa fase aborda-se: a questão de pesquisa; a aproximação do pesquisador relacionada ao conhecimento e prática profissional com a temática estudada; a problematização, a justificativa e relevância do estudo; ao apoio teórico que compreende o referencial teórico e conceitual; a revisão de literatura.

Ressalta-se que para uma PCA é fundamental que haja troca de saberes com pessoas-chaves envolvidas na assistência, ensino e pesquisa a fim de discutir sobre a importância do tema para a prática em saúde-enfermagem. Visando atender esse ponto, o projeto de pesquisa foi apresentado no dia 8 de dezembro de 2016, no Núcleo de Pesquisa, Experimentação e Estudos em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança – NUPEEMC, a uma banca de doutores em enfermagem com experiência teórico-prática na área da saúde da mulher e da criança. Após acatar as contribuições da banca examinadora, o projeto foi ajustado e dado continuidade aos trâmites da pesquisa.

b) **Instrumentação.** Diz respeito ao desenho do estudo, aos procedimentos metodológicos, ao cenário de pesquisa, à escolha dos participantes, às técnicas para obtenção de dados, aos instrumentos de coleta de dados, e como será realizado o registro e análise das informações.

c) **Perscrutação.** Compreende a estratégia para obtenção de informações. São privilegiados os métodos de entrevista e observação participante. O pesquisador assiste o paciente enquanto busca os dados do cliente nos limites individuais. É necessária uma escuta sensível, a qual habilita o pesquisador para perceber a profundidade dos encontros. “É a relação face a face com os grupos ou face a face individual que garante o caráter de convivência e intimidade com os dados e os registros” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 85). Inclui o registro e a produção de dados.

d) **Análise.** Os processos de assistência, coleta e análise devem ocorrer simultaneamente. São múltiplos os métodos de análise para a PCA. Nessa etapa deve ocorrer o processo de apreensão dos dados, organização das informações providas de entrevistas, de observações ou ação, seguida das etapas de codificação e categorização.

e) **Interpretação.** Compreende três processos: síntese, parte da análise que examina subjetivamente as associações e variações das informações; teorização,

desenvolvimento de um esquema teórico à luz da fundamentação teórico-filosófica; e transferência, que consiste em dar significado aos achados e contextualizá-los em situações semelhantes, trata-se da socialização dos resultados.

Os resultados da PCA devem atender a questão-problema de pesquisa dentro de um cenário assistencial e poderem ter ampliação em processo, de modo a explicitar seus reflexos na qualidade da assistência como um todo (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA enquadrou-se perfeitamente para o desenvolvimento do presente estudo, já que este propôs introduzir inovação na prática assistencial no que se refere à proposta de incluir o aconselhamento em sífilis às famílias no período pós-natal, concomitante as consultas seguimento da criança com sífilis congênita.

3.2 CAMINHO METODOLÓGICO: INSTRUMENTAÇÃO E PESCRUTAÇÃO

Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na Maternidade Leila Diniz (MLD, nos seguintes setores: Alojamento Conjunto e Ambulatório) e em oito Unidades de Atenção Primária da Área Programática 4.0 (ANEXO 1): Centros Municipais de Saúde (CMS) Harvey Ribeiro de Souza Filho, Hamilton Land, Raphael de Paula Souza, Álvaro Ramos, Novo Palmares e Clínicas da Família (CF) Otto Alves de Carvalho, Pe. José Azevedo Tiúba, Maicon Siqueira.

A MLD é vinculada ao Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ), pertence a rede municipal de saúde do Rio de Janeiro. Está inserida no programa Cegonha Carioca e faz cobertura da Área Programática 4.0, definida pela SMSDC-RJ, que inclui os bairros da Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena.

A escolha deste cenário deve-se pelo fato de ser referência do município para assistência materno-infantil, com grande demanda de clientela com diagnóstico de sífilis e sífilis congênita e funciona como um campo de ensino e prática para os profissionais da área da saúde da mulher e da criança.

De 2009 a 2016, foram 43.902 nascido vivos, em média de 5.488 nascidos vivos por ano na MDL (WEBER; LIMA JUNIOR, 2016). Possui 10 leitos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 4 leitos em Unidade de Cuidado Intermediário Canguru, 2 andares de Alojamento Conjunto (AC), compostos por 4 leitos em cada enfermaria. O AC 1 prioriza o alojamento de gestantes de risco e sepse puerperal, por ser mais próximo do centro obstétrico, possui 42 leitos, desses 2 leitos para isolamento e uma enfermaria de perdas (pós-curetagem,

laparotomias, gravidez ectópicas, abortos, etc.). O AC 2 são para puérperas e bebês, entre eles os que precisam de terapêuticas (medicações, fototerapia, etc.), possui 10 enfermarias, em torno de 40 leitos.

A primeira fase da pesquisa foi desenvolvida no alojamento conjunto 2, ponto de partida para acompanhar as famílias. Os recém-nascidos foram internados para realizar o tratamento da sífilis congênita e acompanhados pelos seus genitores, especialmente, pelas mães, durante todo o tratamento que durou em média 14 dias.

Ressalta-se que o serviço ambulatorial de *follow up* das crianças com sífilis congênita da MLD foi desativado no início da coleta de dados. Após a alta hospitalar as crianças diagnosticadas com neurosífilis foram encaminhadas para seguimento no Ambulatório Núcleo de Atendimento Integral ao Recém-nascido de Risco (NAIRR) da MLD, o qual possui serviços multiprofissionais e médicos especializados, como pediatra e neuropediatra. As crianças que tiveram sífilis congênita, sem comprometimento ósseo, neurológico ou alterações mais severas, foram encaminhadas para uma das Unidades de Atenção Primária da AP 4.0, segundo o endereço de domicílio, para realizarem o seguimento da sífilis congênita. Este encaminhamento ocorreu pelo Sistema de Alta Referenciada da SMSDC-RJ.

De modo geral, os seguimentos das crianças para a sífilis congênita nas(os) CF (CMS) ocorreram durante as consultas de puericultura, realizadas alternadamente por enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF). A primeira consulta da criança é denominada de acolhimento mãe-bebê e as marcações das consultas seguintes variavam de uma unidade para outra. A exceção foi o CMS Hamilton Land, da Cidade de Deus, que possui um ambulatório, denominado Vigilância do Recém-Nascido de Risco (VR), onde é realizado o acompanhamento de crianças que foram hospitalizadas por sífilis congênita. Nesse serviço todas as consultas são realizadas por um médico pediatra.

Durante a coleta de dados, no período 31 de agosto a 16 de fevereiro de 2018, alguns trabalhadores e profissionais de saúde das unidades estavam em estado de greve, o que acarretou em menos agendamentos de consultas e atendimentos.

No primeiro dia da pesquisadora em cada uma das oito Unidades de Saúde (US), foi apresentado a proposta do estudo para os gerentes técnicos e administrativos, médicos e enfermeiros e, entregue a via da autorização da Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área Programática 4.0 e o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da SMSRJ, oficializando a presença na US.

Segundo Trentini e Paim (2004), o espaço físico de uma PCA é determinado como o lugar em que acontecem as relações sociais inerentes ao interesse da pesquisa. É considerado um espaço social porque há presença de profissionais de saúde, clientes e famílias. Deve ser um local em que identifica-se o problema do estudo e onde acontecerão as mudanças e inovações da prática.

Aspectos éticos

O projeto de doutorado primeiramente foi encaminhado e autorizado pelo Diretor Geral do Hospital Municipal Lourenço Jorge, o qual é vinculada a MLD, e pela Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área Programática 4.0. Em seguida, foi submetido através da Plataforma Brasil ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio De Janeiro – CEP/SMSDC-RJ, e ao CEP/UNIRIO, atendendo as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O projeto foi aprovado sem ressalvas na data de 27 de maio de 2017, Parecer nº 2.034.423, do CEP-UNIRIO (ANEXO 2) e Parecer nº 2.078.344, do CEP/SMSDC-RJ (ANEXO 3). Contudo houve a necessidade de acrescentar ao cenário de pesquisa as Unidades de Atenção Primária da Área Programática 4.0. Foi solicitada uma emenda completar, aprovada sem ressalvas, em 31 de agosto de 2017, Parecer nº 2.197.849, CAAE nº 66627417.4.0000.5285, do CEP-UNIRIO (ANEXO 4) e Parecer nº 2.251.724, CAAE nº 66627417.4.3001.5279, do CEP/SMSDC-RJ (ANEXO 5).

Após a aprovação nos CEP, foram identificados os participantes que atendessem aos critérios de inclusão do estudo, durante a internação da criança com sífilis congênita no Alojamento Conjunto da MLD. Em seguida, a enfermeira/pesquisadora realizou o Acolhimento das famílias com intuito de estabelecer vínculos e o convite para participar da pesquisa.

Após o aceite, foi apresentado e lido em conjunto com às mulheres e homens entrevistados o Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido (TCLE) para os participantes maiores de 18 anos (APÊNDICE 2) ou o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido dos participantes menores de 18 anos (APÊNDICE 3) e o TCLE dos pais ou representantes legais do menor (APÊNDICE 4), nestes constava a autorização para utilização dos prontuários das crianças.

Foi garantido o sigilo e anonimato, e só após a assinatura foram iniciadas as entrevistas e sessões de aconselhamento que foram gravadas em áudio, através de um gravador de áudio voz digital, afim de que os depoimentos fossem transcritos na íntegra e

examinados com leituras exaustivas. Na PCA, é impossível para um pesquisador-assistencial registrar todas as informações que envolvem a pesquisa e assistência em uma unidade de tempo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Participantes do estudo

A população do estudo foi composta por famílias nucleares e monoparentais que vivenciaram a experiência de ter sífilis em algum momento do ciclo gravídico-puerperal, com a hospitalização do filho, ao nascer, por sífilis congênita.

Foram utilizados os critérios de inclusão: **criança** hospitalizada por sífilis congênita ao nascer; **mãe** da criança com sífilis congênita, que teve sífilis no ciclo gravídico-puerperal; **pai** da criança com sífilis congênita; desde que estivessem acompanhando o filho durante a internação.

Foram excluídos da amostra os participantes que fossem portadores de perturbação ou doença mental; apresentassem situação de substancial diminuição em suas capacidades de consentimento e raciocínio; recém-nascidos neomortos.

Na **fase 1** do estudo foram incluídas 14 famílias; dessas, foram entrevistados 14 mães e 5 pais. Os participantes da pesquisa foram incluídos sob livre demanda, preocupando-se em captar a diversidade do universo estudado. O número de família não foi pré-estabelecido, mas visando respeitar o cronograma do estudo não foram incluídas novas famílias.

A PCA valoriza a representatividade referente à profundidade e diversidade de informações, onde os participantes não prestam apenas informações, mas são integrantes do estudo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Vale salientar que os motivos para que nove pais não participassem do estudo foram os seguintes: quatro mães romperam o relacionamento com o parceiro, sendo três após o diagnóstico de sífilis gestacional e uma referiu que o parceiro estava envolvendo-se com atividades criminosas; três pais não estavam presentes nos locais de coleta de dados, acompanhando o filho durante a internação, devido ao trabalho; e dois pais negaram-se a participar do estudo no momento em que foram convidados, pois alegaram a necessidade de se ausentar da maternidade devido ao trabalho. Foram agendados encontros com esses pais ausentes, respeitando as suas jornadas de trabalho, porém não compareceram para a coleta de dados.

Na **fase 2 e as subsequentes**, apenas 11 mães e 1 pai acompanharam seus filhos nas consultas de seguimento da sífilis congênita, que ocorreram no Ambulatório NAIRR da MLD

e nas Unidades de Atenção Primária. O motivo pelo qual os pais não estiveram presentes foram: trabalho no dia e horário das consultas e rompimento do relacionamento, deixando a responsabilidade do cuidado da criança com a mãe.

Não foi possível a continuidade da coleta de dados de três famílias (F4, F9 e F13), uma vez que não compareceram às US após a alta da maternidade. Ressalta-se que foram realizadas várias tentativas de contato telefônico, sem êxito, com as mães entrevistadas na primeira fase do estudo. Uma delas se mudou de residência, com perda de contato, e as outras duas são moradoras da Cidade de Deus, onde foi informado pessoalmente a gerente da CMS Hamilton Land – Cidade de Deus sobre a ausência das crianças nas consultas de seguimento de sífilis congênita/puericultura, a mesma informou que não é realizado busca ativa de famílias devido à alta periculosidade da região.

Em relação a periculosidade, quando a pesquisadora estava na fase de coleta de dados na CMS Hamilton Land houve troca de tiros em região próxima à US. A secretária administrativa registrou a ocorrência e comunicou a segurança pública municipal, a mesma mostrou-se apreensiva, todavia não foi suspensa à prestação de serviços de saúde à comunidade e os usuários permaneceram, aguardando o atendimento. Esse fato retrata uma realidade local vivenciada, rotineiramente, pelos profissionais e usuários de saúde dessa unidade.

Produção dos dados

Primeiramente, no período de 01 a 18 de junho de 2017 foi realizado o reconhecimento do campo de coleta de dados – alojamento conjunto da MLD, e a ambientação com a rotina do serviço de saúde, os impressos, os prontuários e com os profissionais de saúde.

Em seguida, iniciou-se a **Fase 1** de coleta de dados do estudo, que ocorreu no alojamento conjunto da MLD, no período de 19 de junho a 31 de julho de 2017, de segunda a domingo, em horários entre 8 e 22 horas, visando respeitar sobretudo a rotina hospitalar e a preferência dos participantes para o momento de coleta de dados. Nessa etapa, a pesquisadora permaneceu cerca de 80 horas em campo.

Após os termos assinados pelos participantes, teve-se a aplicação do questionário para traçar o perfil dos pesquisados (APÊNDICE 5), do Genograma e Ecomapa para avaliação das famílias (APÊNDICE 6), do Formulário para a coleta documental no prontuário da criança (APÊNDICE 7) e a primeira sessão de aconselhamento em sífilis (Avaliação dos riscos e vulnerabilidades/ Apoio Educativo/ Apoio Emocional/ Identificação das possibilidades e

limites para enfrentamento das vulnerabilidades) (APÊNDICE 8), onde também foi realizada a observação participante. Os dados foram registrados em um diário de campo (APÊNDICE 9) e, posteriormente, analisados e utilizados para o planejamento das ações da próxima sessão.

O Questionário foi utilizado para traçar o perfil dos pais pesquisados quanto aos dados socioeconômicos e culturais; à história de sífilis e itinerário terapêutico da sífilis atual; aos riscos e vulnerabilidades à sífilis² (APÊNDICE 5). Os dados foram usados como subsídios para as sessões de aconselhamento.

O Genograma e Ecomapa, propostos por Wright e Leahey (2003), foi utilizado com o intuito de fazer uma avaliação estrutural das famílias participantes, examinando suas estruturas internas e externas, e contextos em que vivem. São instrumentos avaliativos, de planejamento e de intervenção familiares, que podem ser usados para reestruturar comportamentos, relacionamentos e vínculos no tempo com as famílias. O genograma é um diagrama do grupo familiar e o ecomapa é um diagrama do relacionamento da família com os sistemas mais amplos, isto é os vínculos com instituições sociais e pessoas externas à família. Esses instrumentos foram utilizados para atender os objetivos da pesquisa, especificamente, de compreender como a família, a comunidade, os profissionais e os serviços de saúde interferiram no processo de transição das famílias.

A partir do Formulário foram coletados os dados: do nascimento e situação do recém-nascido em sala de parto; das características da internação do recém-nascido na unidade de cuidado; das características clínicas e laboratoriais; do tratamento e seguimento da sífilis congênita (APÊNDICE 7).

Quanto à técnica de observação, foi realizada a observação participante ativa, permitindo ao pesquisador envolver-se nas atividades e interagir com os participantes envolvidos, através do aconselhamento em sífilis. As observações tiveram a finalidade de compreender: o conhecimento da mulher/do homem sobre a sífilis e sífilis congênita; a prática do cuidado da mulher/do homem para tratar a sífilis e prevenir-se de uma nova infecção ou de outras IST, e para acompanhar o filho que teve a sífilis congênita; e a experiência transicional dessas famílias.

Segundo Minayo (2010) a observação participante, em pesquisa qualitativa, é um método que permite compreender a realidade dos indivíduos e captar uma variedade de

² As perguntas do questionário referente a avaliação de risco e vulnerabilidade foram construídas a partir de um roteiro elaborado pelo Departamento de IST, Aids e hepatites Virais do MS (2012), disponível em: www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/.../protocolo_acs_TR2010.doc.

fenômenos de uma situação social que não podem ser obtidos unicamente por meio de entrevistas.

Os instrumentos de coleta de dados foram aplicados para 19 participantes, separadamente com a mãe e após com o pai, em sala fechada, em condições ideais para registro do som e sem interferir no atendimento da criança e puérpera. Nesta fase, totalizaram aproximadamente 782 minutos de gravação. A duração das gravações variou de 26 a 59 minutos.

A **Fase 2** ocorreu após a alta das crianças, duas delas tiveram diagnóstico de neurosífilis e por isso foram acompanhadas no Ambulatório NAIRR, pertencente a MLD, o restante das crianças foram encaminhadas para o seguimento da sífilis congênita nas Unidades Primárias de Saúde próximas as suas residências. As famílias foram contatadas pela pesquisadora para informar o dia e o horário dos agendamentos das consultas das crianças.

Logo após a consulta da criança, foram realizadas: a entrevista semifechada (APÊNDICE 10), objetivando compreender a experiência transicional da família que vivenciou a hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita; com a aplicação do genograma e do ecomapa buscando-se as alterações nas estruturas familiares ou nas conexões com os sistemas amplos; a coleta de dados nos prontuários das crianças referentes ao seguimento da sífilis congênita; a segunda sessão de aconselhamento em sífilis, procurando implementar as intervenções planejadas na fase 1; Em seguida, foram novamente analisados os dados registrados juntamente com a entrevista, e utilizados para o planejamento de ações para a sessão seguinte.

Optou-se por utilizar uma entrevista semifechada, informal, com tópicos relacionados ao tema desta pesquisa, pois essa modalidade se caracteriza por não condicionar o entrevistador a fazer as mesmas perguntas para os participantes.

O modo de perguntar depende das peculiaridades dos entrevistados. O entrevistador terá em mente o referencial teórico e o conhecimento adquirido, à medida em que interagir com os participantes, terá a oportunidade para aprofundar e focalizar o assunto de interesse da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

A **Fase 3 e as subsequentes** ocorreram concomitante as consultas de seguimento da sífilis congênita nas crianças participantes do estudo. Nestas fases, continuaram: a aplicação do genograma e do ecomapa com o objetivo de buscar alterações nas estruturas familiares ou nas conexões com os sistemas amplos; a coleta das informações contidas nos prontuários das crianças quanto ao seguimento de sífilis congênita; e as sessões de aconselhamento em sífilis.

Seguindo os passos: observação participante, implementação das intervenções planejadas na sessão anterior, análise dos dados registrados e planejamento de atividades para a próxima etapa.

A **Fase Final** correspondeu a última sessão de aconselhamento em sífilis no período pós-natal, que ocorreu na consulta de seguimento da sífilis congênita referente ao sexto mês de vida da criança. Logo após a consulta, teve-se a aplicação do genograma e ecomapa buscando-se alterações nas estruturas familiares ou nas conexões com os sistemas amplos; a coleta das informações contidas nos prontuários das crianças quanto ao seguimento de sífilis congênita; e foram implementadas as ações planejadas na fase anterior e as famílias foram esclarecidas que se tratava da última sessão de aconselhamento e foi feita a seguinte pergunta: “no que contribuiu para você participar das sessões de aconselhamento desde a hospitalização do seu filho até o presente momento?”.

Nessa etapa, a partir da entrevista semifechada realizada na fase 2, das observações participantes e diário de campo ao longo das sessões de aconselhamento foi analisada a contribuição do aconselhamento em sífilis no período pós-natal para o processo de transição saúde-doença e a adesão de famílias ao tratamento e seguimento da sífilis e da sífilis congênita.

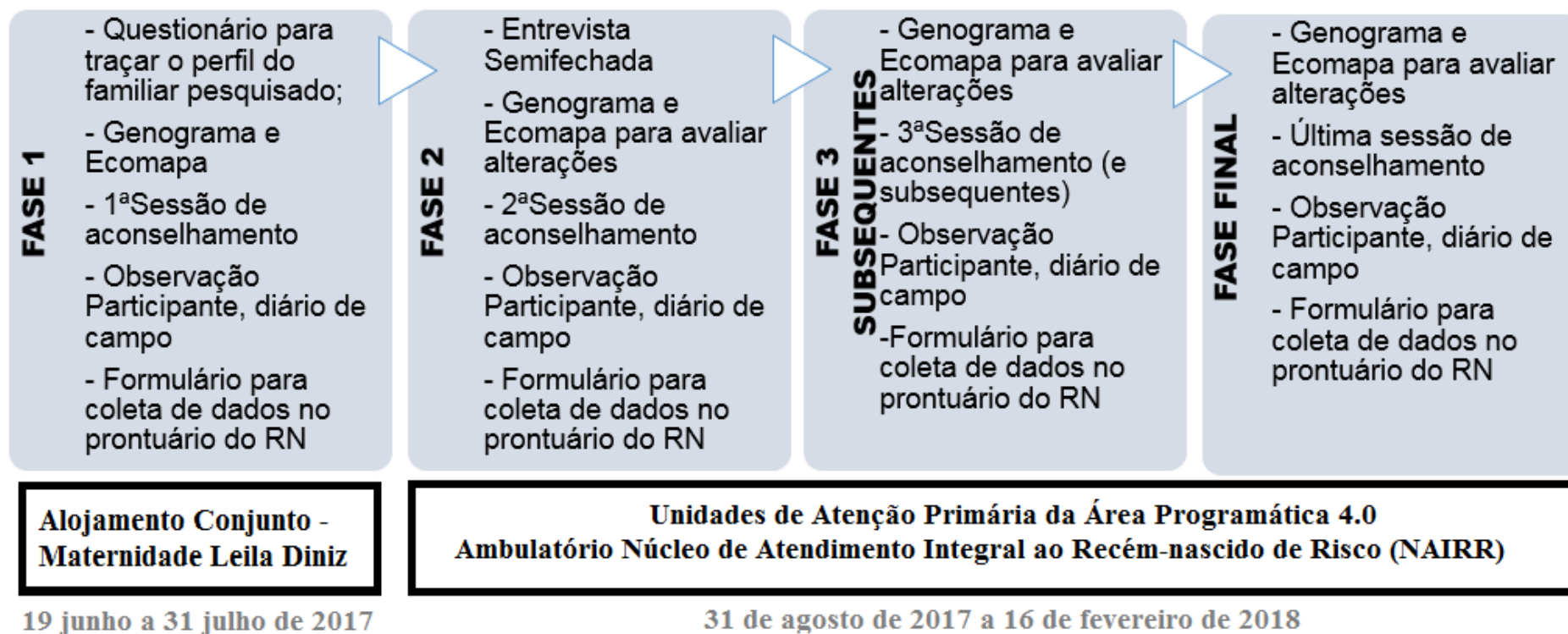
As fases 2, 3 e subsequentes, e a fase final ocorreram no período de 31 de agosto a 16 de fevereiro de 2018.

Ressalta-se que as crianças tiveram de 3 a 6 consultas de seguimento da sífilis congênita/puericultura agendadas e atendidas até o sexto mês de vida no Ambulatório NAAIR e/ou nas Unidades Primárias de Saúde. Dessas, a pesquisadora esteve presente em média de 80% (variou de 50 a 100%), realizando, logo após a consultas, as entrevistas e sessões de aconselhamento. Justifica-se a ausência da pesquisadora nas demais consultas pelos motivos seguintes: agendamentos das consultas das crianças do estudo nos mesmos horários e dias, e em locais diferentes; re-agendamento de consulta não comunicado pelo(a) genitor(a); a criança foi levada à unidade por um responsável, que não a sua mãe ou pai.

Foram realizadas 11 entrevistas (fase 2) e 36 sessões de aconselhamento (fase 2 à final), que totalizaram 633 minutos de gravação e 90 folhas de transcrição, digitadas em espaçamento 1.5 para facilitar posteriormente as marcações no texto. A duração das gravações variou de 10 a 34 minutos.

A figura 6 apresenta o fluxograma com as fases de coleta de dados, apresentando os instrumentos utilizados em cada fase, o local e período de coleta de dados.

Figura 6 - Fluxograma com as fases de coleta de dados da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.



Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise das informações na PCA aconteceu concomitante ao processo de assistência e coleta de dados, uma vez que houve a imersão gradativa da pesquisadora nos relatos das informações, permitindo interpretações e descobertas de vazios que foram preenchidos ao longo do processo. Esta dinâmica está respaldada uma vez que a natureza versátil deste tipo de pesquisa, permite usar métodos combinados na coleta e na análise das informações (TRENTINI; PAIM, 2004).

Neste estudo, o tratamento das informações qualitativas foi realizado mediante a abordagem metodológica da análise de conteúdo, especificamente a análise temática de Bardin (2009). Segundo a autora tema compreende a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura.

A análise temática busca evidenciar os núcleos de sentido integrantes de uma comunicação, cuja presença ou frequência traga significado ao objeto analítico usado e se constitui de três etapas: Pré-análise – fase inicial que consiste na seleção dos documentos a serem analisados e formulação de hipóteses para a elaboração de indicadores para a interpretação final; Exploração do material – trata-se da operação de codificação, que ocorre mediante leituras exaustivas para selecionar unidades temáticas, posteriormente agrupadas por afinidade de ideias e que emergiram em categorias iniciais; e o Tratamento dos resultados – através da interpretação e análise das informações obtidas (BARDIN, 2009).

Com isso, foram possíveis descrições sistemáticas, contribuindo para uma melhor compreensão dos significados e interpretação das mensagens.

Inicialmente realizou-se a transcrição das gravações, posteriormente para organizar o material transcrito foram numeradas as linhas de cada narrativa, como exemplo um trecho da fala de um dos participantes, onde L significa linha, e em negrito é a fala do pesquisador conforme Figura 7:

Figura 7 - Modelo de organizar a transcrição dos discursos dos participantes.

Em sua vizinhança ou família você conhece alguém que teve sífilis?	
L1	A minha irmã teve. Ela teve a minha sobrinha, ficou grávida da minha sobrinha e
L2	descobriu que estava com sífilis.
A bebê também precisou ser hospitalizada?	
L3	Tomou antibiótico por 10 dias

Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Após a leitura e releitura foram grifadas as linhas que tinham informações pertinentes e anotadas as impressões do tema. Após leituras exaustivas foi definido um tema para cada informação relevante. Em seguida, foi elaborada um quadro com as unidades temáticas que surgiram, para cada participante do estudo, correlacionando com as linhas numeradas em que elas apareceram nas falas dos depoentes, conforme a figura 8:

Figura 8 - Modelo de organizar as unidades temáticas dos discursos dos participantes

Unidades Temáticas	Linhas
História de sífilis/sífilis congênita na comunidade	L1-3, L49-52
Apoio familiar para enfrentamento da sífilis/sífilis congênita	L49, L53-54
Alterações no genograma/ecomapa inicial	L24-25, L83-105, L97-107
Desconhecimento da sífilis	L11-15, L34-15
Busca de conhecimento pela internet	L4-5, L29-31, L58-59
Significado de ter tido sífilis	L28
Mudança de comportamentos	L41-47, L68-69
Um pensar diferente	L31-32, L63-64,
Sentimento atribuído a hospitalização do filho	L36-39
Dificuldades vivenciadas na hospitalização do filho	L65-67
Mudança no relacionamento conjugal	L97-102
Apoio dos profissionais para enfrentamento da sífilis/sífilis congênita	L10, L93-94, L117
Facilitadores na hospitalização do filho	L36-38, L39-40, L60, L61-62
Mudança para cuidar da criança após a sífilis congênita	L70
Relacionamento paciente/profissionais de saúde	L71-73, L76-80, L84-87, L118-121

Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Da etapa de **CODIFICAÇÃO** dos dados emergiram 66 UNIDADES TEMÁTICAS (Quadro 8), a saber:

Quadro 8 - Unidades temáticas e recorrência

Unidades Temáticas	Recorrência
História de sífilis e/ou sífilis congênita na família/comunidade	M1, M2, M5, M8, M9, M12, M13
História de sífilis prévia a gestação atual	P2, M11
(Des)conhecimento sobre a sífilis/sífilis congênita	M1, P1, M2, P2, M3, M4, M5, M6, M7, P7, M8, P8, M9, M10, M11, P11, M12, M13, M14.
Cuidados com a saúde negligenciados durante a infância e adolescência	M6
Receio de transmitir a sífilis pelo leite materno	M1, M14
Descoberta do diagnóstico de sífilis como uma consciencialização inicial da transição	M1, P1, M2, P2, M3, M4, M5, M6, M7, P7, M8, P8, M9, M10, M11, M12, M13, M14
Busca de conhecimento pela internet	P2, M4, M5, M12, M13, M14
Julgamento do profissional de saúde sobre a forma que adquiriu a sífilis	M5
Estigma em relação a sífilis	M1, M2, P2, M10
Como o meu parceiro não tem sífilis?	M8
Significado de ter tido sífilis	M1, M2, P2, M3, M5, M6, M7, M8, M10, M11, M12, M14
Medo de transmitir a sífilis para o filho	M3, M5
Não aceitação do diagnóstico de sífilis congênita e de suas complicações	M4
Tratamento de sífilis no período gestacional ineficaz para prevenir a sífilis congênita	M1, P1, M3, M4, M5, M6, M7, P7, M8, P8, M9, M10, M11, P11, M12, M13, M14
Não adesão do parceiro ao tratamento de sífilis no período gestacional	M3, M4, M13
Descrença quanto ao tratamento de sífilis realizado	M6, M8, M11
Indignação quanto ao tratamento de sífilis realizado	M8, M11, M14

Unidades Temáticas	Recorrência
Culpabilização materna pela sífilis e sua transmissão	M5
Culpa pela transmissão vertical da sífilis	M1, M2, M3, M6, M8
Sentimentos da mãe (pai) atribuído a hospitalização do filho	M1, M3, M5, M6, M7, M8, M10, M11, M12, M14
Preocupação com a saúde do filho pós-alta hospitalar	M5
Esconder o motivo da internação do filho	M6, M11
Direito a confidencialidade do diagnóstico infringido	M9
Dificuldades vivenciadas na hospitalização do filho	M1, M2, M3, M6, M7, M8, M10, M11, M12, M13, M14
Conhecimento compartilhando na comunidade sobre a sífilis	M11
Aspectos facilitadores na hospitalização do filho	M1, P2, M3, M7, M10, M11, M12, M14
Apoio da família e/ou de amigos para o enfrentamento da sífilis/sífilis congênita	M1, M2, P2, M3, M5, M6, M7, M8, M10, M12, M13, M14
Mudança para cuidar da criança após a sífilis congênita	M1, M2, P2, M5, M10, M12, M14
Características do seguimento da criança hospitalizada por sífilis congênita ao nascer	M1, M2, P2, M3, M5, M6, M7, M8, M10, M11, M12, M14
Dificuldades no seguimento da sífilis congênita	M1, M2, M5, M8, M11, M14
Violência institucional durante a hospitalização	M10
Participação paterna nas consultas de seguimento de SC	M2, P2, M14
Cuidado do filho/família centrado na mãe	M1, M5, M6, M7, M10, M11
Sentir-se ou perceber o outro de modo diferente	M1, M12
Mudança no relacionamento conjugal	M1, P2, M3, M5, M6, M10, M12, M14
Mudança nas relações familiares	M10
Mudança nas relações sociais	M10, M12
A crença interferindo no enfrentamento da sífilis	M2, M6, M11
Ter acesso ao diagnóstico e ao tratamento de como aspectos facilitadores	M2, P2,
Apego a cura para enfrentar a sífilis e a SC	M6
Dificultadores no enfrentamento da sífilis	M2, P2, M3, M6, M8, M14

Unidades Temáticas	Recorrência
Preocupação em ter outro filho (com sífilis congênita)	M2, P2, M5, M6
Trajetória da mãe quanto ao seguimento da sífilis no período pós-natal	M1, M2, M3, M5, M6, M7, M8, M10, M11, M12, M14
Trajetória do pai quanto ao seguimento da sífilis no período pós-natal	P2, M10, M11, M12, M14
Não adesão de mãe (ou pai) ao tratamento no período pós-natal	M8, M11, M13
Adesão ao tratamento no período pós-natal	M1, M2, P2, M3, M6
Não adesão do parceiro ao seguimento de sífilis	P2, M5, M11
Dificuldades da mãe e/ou pai no seguimento da sífilis	M5, M10, M12
Indignação diante dos resultados dos exames de seguimento	M14
Trabalho como um entrave no seguimento da sífilis	P2, M5, M7, M11
Custo financeiro para fazer o seguimento da sífilis	P2
Ausência de um acompanhamento profissional	P2, M6
Ausência de sintomas com significado de saúde	M2, P2, M6, M7, M8, M11, M14
Priorizar a saúde do filho à sua	M2, M5, M8
Padrões de comportamentos sexuais no período pós-natal	M1, P1, M2, P2, M5, M6, M7, M11, M12
Dificuldade em negociar o uso de preservativo	M11
Angústia na espera da cura da sífilis	M1, M6
Busca de conhecimento científico quanto a sífilis e/ou sífilis congênita	M1, P1, M2, P2, M3, M5, M6, M7, M8, M10, M13, M14
Apoio dos profissionais para enfrentamento da sífilis e/ou da sífilis congênita	M1, M2, P2, M3, M5, M6, M7, M10, M11, M12, M14
Orientações recebidas pelos profissionais de saúde quanto a sífilis/SC	M1, P1, M2, M3, M5, M6, M11, M12, M14
Relacionamento entre paciente e profissionais de saúde	M1, M2, P2, M3, M5, M6, M7, M8, M10, M11, M12, M14
Mudança em relação a assistência recebida pela presença da pesquisadora na unidade de saúde	M1, M3, M7, M12, M14
Alterações no genograma e ecomapa inicial	M1, M2, M3, M5, M6, M7, M8, M10, M11, M12, M14
Contribuições do aconselhamento no período pós-natal	M1, M2, P2, M3, M5, M7, P7, M10, M11, M12, M14

Unidades Temáticas	Recorrência
Mudança de percepção relacionada ao autocuidado	M1, M2, P2, M3, M5, M6, M7, M8, M10, M11, M12, M14
Um pensar diferente sobre a transição vivenciada diante da sífilis na gravidez e sífilis congênita do (a) filho (a)	M1, M2, P2, M3, M5, M6, M8, M10, M11, M12, M14

Fonte: Dados da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Após a codificação, realizaram-se sucessivas leituras buscando a possibilidade de descobrir novos temas, para posterior dos agrupamentos das unidades temáticas por afinidade de ideias. A partir deste exercício chegou-se a cinco agrupamentos, denominando esta etapa como **RECODIFICAÇÃO**.

PRIMEIRO AGRUPAMENTO: Descoberta do diagnóstico de sífilis como uma consciencialização inicial da transição/ Busca de conhecimento pela internet/ Julgamento do profissional de saúde sobre a forma que adquiriu a sífilis/ Violência institucional/ Estigma em relação a sífilis / Busca de conhecimento científico quanto a sífilis e/ou sífilis congênita / Medo de transmitir a sífilis para o filho/ Receio de transmitir a sífilis pelo leite materno/ Mudança para cuidar da criança após a sífilis congênita/ Sentir-se ou perceber o outro de modo diferente/ Mudança no relacionamento conjugal/ Mudança nas relações familiares/ Mudança nas relações sociais/ Alterações no genograma e ecomapa inicial.

SEGUNDO AGRUPAMENTO: Tratamento de sífilis no período gestacional ineficaz para prevenir a sífilis congênita/ Não adesão do parceiro ao tratamento de sífilis no período gestacional/ Não aceitação do diagnóstico de sífilis congênita e de suas complicações/ Descrença quanto ao tratamento de sífilis realizado / Indignação quanto ao tratamento de sífilis realizado/ Culpabilização materna pela sífilis e sua transmissão/ Culpa pela transmissão vertical da sífilis/ Sentimentos da mãe (pai) atribuído a hospitalização do filho/ Preocupação com a saúde do filho pós-alta hospitalar/Esconder o motivo da internação do filho/ Direito a confidencialidade do diagnóstico infringido/ Dificuldades vivenciadas na hospitalização do filho/ Aspectos facilitadores na hospitalização do filho.

TERCEIRO AGRUPAMENTO: Significado de ter tido sífilis/ (Des)conhecimento sobre a sífilis/sífilis congênita/ História de sífilis e/ou sífilis congênita na família/comunidade/ Cuidados com a saúde negligenciados durante a infância e adolescência/ Conhecimento compartilhando na comunidade sobre a sífilis/ Apoio da família e/ou de amigos para o enfrentamento da sífilis/sífilis congênita do filho/ A crença interferindo no enfrentamento da sífilis/ Ter acesso ao diagnóstico e ao tratamento como aspectos facilitadores no enfrentamento da sífilis/ Apego a cura para enfrentar a sífilis e a SC/ Dificultadores no enfrentamento da sífilis Apoio dos profissionais para enfrentamento da sífilis e/ou da sífilis

congênita do filho/ Orientações recebidas pelos profissionais de saúde quanto a sífilis e/ou sífilis congênita/ Relacionamento entre paciente e profissionais de saúde.

QUARTO GRUPAMENTO: Mudança de percepção relacionada ao autocuidado/ Um pensar diferente sobre a transição vivenciada diante da sífilis na gravidez e sífilis congênita do (a) filho (a) /Preocupação em ter outro filho (com sífilis congênita) / Padrões de comportamentos sexuais no período pós-natal/ Dificuldade em negociar o uso de preservativo/ Contribuições do aconselhamento no período pós-natal.

QUINTO GRUPAMENTO: História de sífilis prévia a gestação atual/ Como o meu parceiro não tem sífilis?/ Características do seguimento da criança hospitalizada por sífilis congênita ao nascer/ Dificuldades no seguimento da sífilis congênita/ Participação paterna nas consultas de seguimento de SC/ Cuidado do filho/família centrado na mãe/ Trajetória da mãe quanto ao seguimento da sífilis no período pós-natal/Trajatória do pai quanto ao seguimento da sífilis no período pós-natal/Não adesão de mãe (ou pai) ao tratamento no período pós-natal/ Adesão ao tratamento no período pós-natal/Não adesão do parceiro ao seguimento de sífilis/ Dificuldades da mãe e/ou pai no seguimento da sífilis/Indignação diante dos resultados dos exames de seguimento/ Trabalho como um entrave no seguimento da sífilis/ Custo financeiro para fazer o seguimento da sífilis/ Ausência de um acompanhamento profissional/ Ausência de sintomas com significado de saúde/ Angústia na espera da cura da sífilis/ Priorizar a saúde do filho à sua/ Mudança em relação a assistência recebida pela presença da pesquisadora na unidade de saúde.

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

- **1ª Categoria analítica:** A experiência transicional de famílias diante da sífilis no ciclo gravídico-puerperal e da hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita: contribuições do aconselhamento
- **2ª Categoria analítica:** Compreendendo a trajetória de famílias no período pós-natal em busca do tratamento, acompanhamento e cura da sífilis/sífilis congênita na perspectiva do aconselhamento: da vulnerabilidade à resiliência.

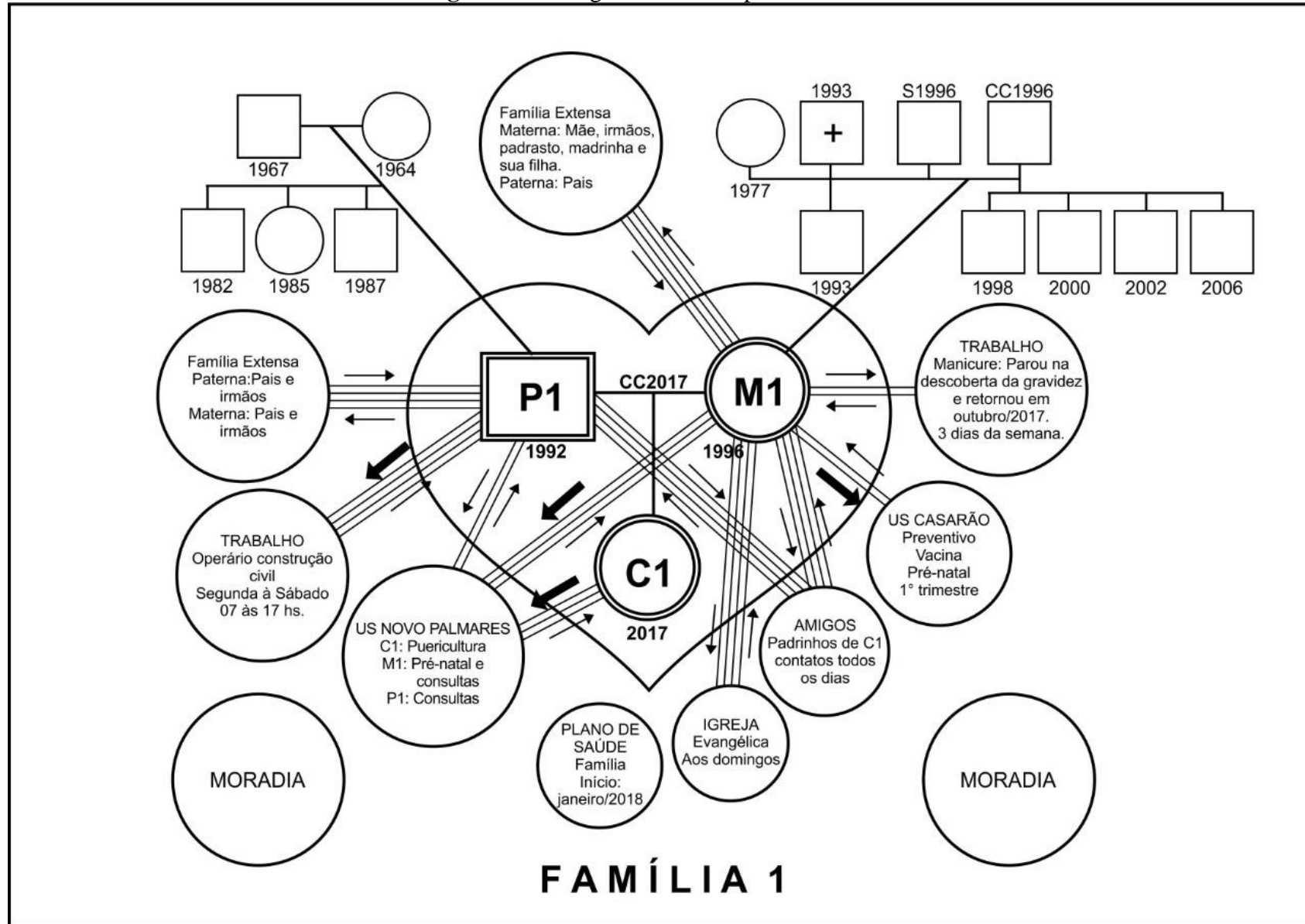
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS PARTICIPANTES

Foi realizada a identificação dos participantes do estudo da seguinte forma: A letra “C” representa as Crianças hospitalizadas por sífilis congênita ao nascer, a letra “M” as Mães, a letra “P” os Pais, e a letra “F” a Família. Foram classificados de acordo com a numeração da criança e correlacionado em função da ordem de admissão no estudo. Assim, para exemplificar, M1 e P1 são a mãe e o pai do C1, primeira criança a entrar no estudo, e F1 é a família formada por C1, M1 e P1.

O perfil das famílias foi ilustrado nos genogramas e ecomapas. O modelo de legenda foi adaptado da obra *Enfermeiras e Famílias*, de Wright e Leahey (2002) (ANEXO 6).

As descrições das características dos participantes foram distribuídas em quadros elaborados com base nas informações coletadas na fase 1 do estudo: dados socioeconômicos e culturais; avaliação dos riscos e elementos de vulnerabilidade à sífilis; dados do pré-natal e tratamento da sífilis no período gestacional; características clínicas das crianças hospitalizadas por sífilis congênita ao nascer.

Figura 9 - Genograma e Ecomapa da Família 1

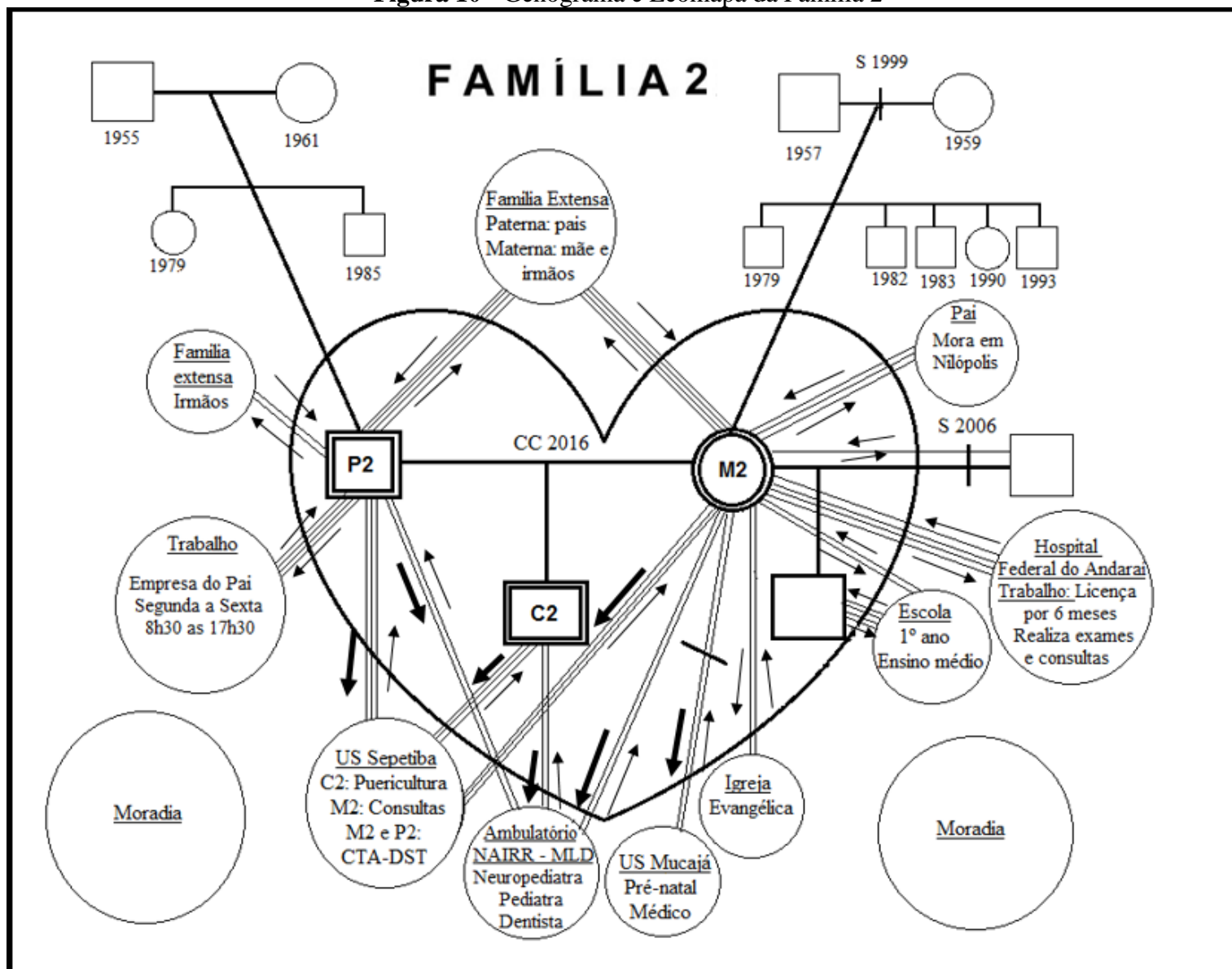


Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Descrição da Família 1

A F1 foi caracterizada como Nuclear, composta pelo pai (P1), mãe (M1) e filha (C1). Durante a hospitalização de C1 por sífilis congênita, P1 tinha 25 anos, trabalhava como operário de construção civil e acompanhava a filha. M1 tinha 21 anos, era do lar, trabalhou como manicure até a descoberta da gravidez. Os avôs paternos tiveram quatro filhos, P1 estabelece forte relação com sua família extensa: pais e irmãos e da sua parceira (M1). A avó materna foi casada três vezes; o primeiro parceiro faleceu em 1993 e deste relacionamento teve um filho (1993), do segundo casamento teve M1, que conheceu há 1 ano seu pai biológico, do terceiro relacionamento e atual, teve quatro filhos (homens). M1 foi criada pela mãe e padrasto e relata ter fortes vínculos com sua família extensa: mãe, padrasto e irmãos e com a do seu parceiro (P1), e também com uma tia materna e sua filha. M1 é evangélica e frequenta a igreja rotineiramente, aos domingos, e P1 a acompanha, mas se diz católico. O casal afirma ter uma forte relação com um casal de vizinhos, os quais os apoiaram durante a gravidez, hospitalização e nos cuidados domiciliares com C1. Quanto a unidade de saúde, os vínculos são moderados para M1 e superficiais para P1. M1 realizou o pré-natal na unidade e teve atendimento durante as consultas de puericultura de C1. M1 tem uma maior vínculo na unidade com a enfermeira, do tipo profissional/cliente. P1 realizou uma consulta na unidade e só comparece quando é solicitado pelo profissional de saúde, ele não acompanhou C1 nas consultas de seguimento da sífilis congênita. P1 afirma ter forte relação com o trabalho. M1, em outubro de 2017, retomou o trabalho de manicure no salão da cunhada, tia paterna de C1. M1 faz atendimento por agendamento e C1 fica aos cuidados da avó paterna. M1, P1 e C1 estabelecem uma relação harmoniosa e de forte vínculo mútuo (Figura 9).

Figura 10 - Genograma e Ecomapa da Família 2

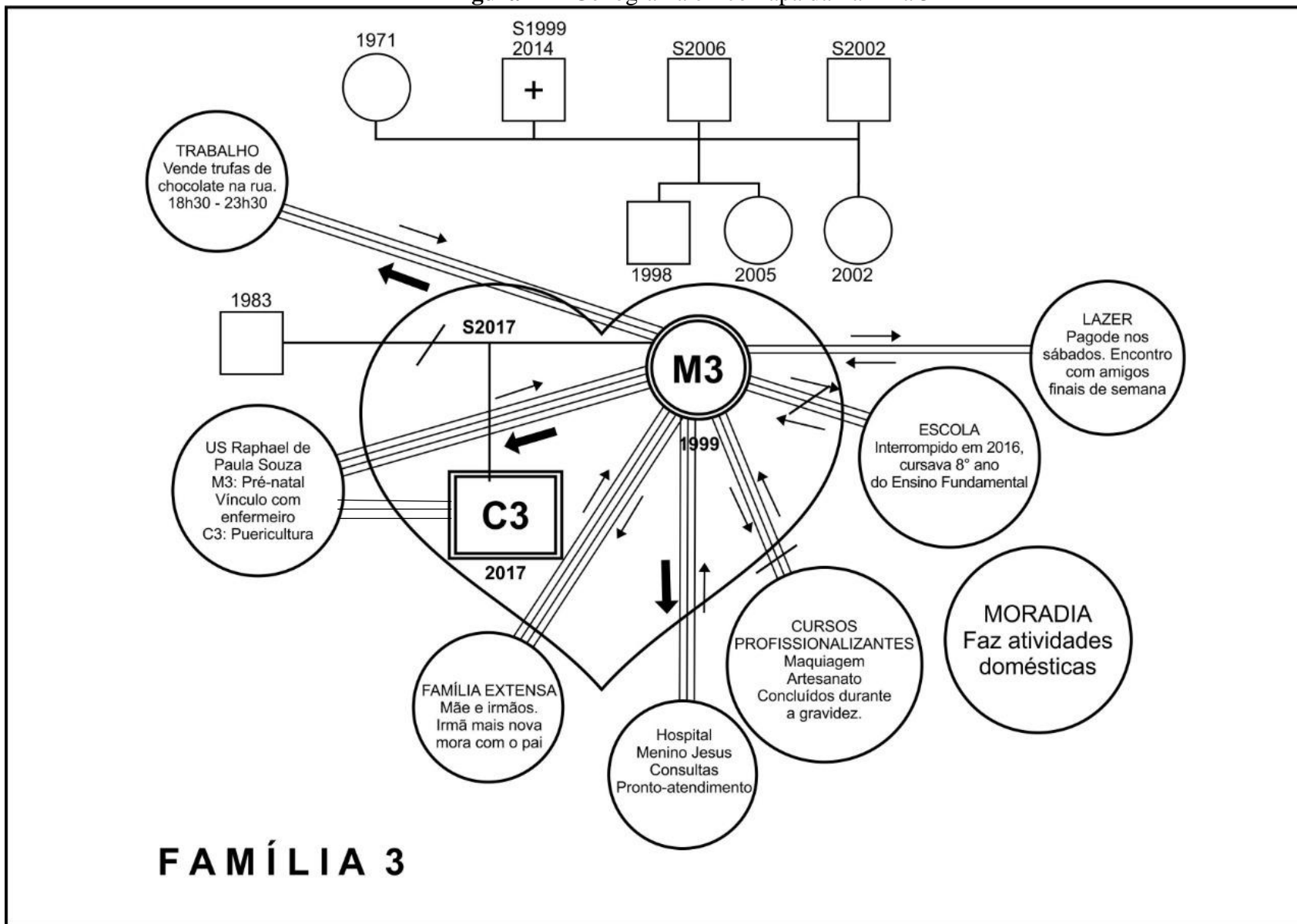


Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Descrição da Família 2

A F2 foi caracterizada como Nuclear, composta pelo pai (P2), mãe (M2), filho de M2 e filho (C2). Durante a hospitalização de C2 por sífilis congênita, P2 tinha 35 anos, trabalhava como operador de empilhadeira na empresa de seu pai e acompanhava o filho junto com sua esposa. M2 tinha 36 anos, estava de licença maternidade do seu trabalho de secretária de agente administrativa no Hospital Federal do Andaraí. Os avôs paternos tiveram três filhos, P2 estabelece forte relação com seus pais e família extensa de M2, mas um relacionamento superficial com os irmãos. Os avós maternos tiveram seis filhos, e separaram-se em 1999. M2 relata forte vínculo com sua mãe, irmãos e com os pais de P2; seu pai mora em outra cidade, Nilópolis, e por isso o vínculo é moderado. Aos 18 anos, M2 iniciou um relacionamento o pai de seu filho mais velho, que durou 7 anos, término em 2006, atualmente estabelecem um vínculo muito superficial. M2 é evangélica e frequenta a igreja esporadicamente. M2 iniciou e concluiu o pré-natal em uma unidade de saúde em Mucajá, tendo um maior vínculo com o médico da unidade. Após a alta da hospitalização, mudaram-se de residência, e a família foi acompanhada pela US de Sepetiba. M2 fez consultas e C2 é atendido na puericultura. M2 e P2 por conta própria, sem o encaminhamento de um profissional, buscaram o CTA-IST da unidade para fazerem o acompanhamento da sífilis, a família estabelece vínculo moderado com a unidade de saúde. C2 faz o seguimento da neurosífilis com neuropediatra, pediatra e odontólogo do ambulatório NAIRR da MLD, tanto M2 como P2 acompanham C2 em suas consultas, o vínculo da família é superficial nessa unidade. P2 relata relação com o trabalho. O núcleo familiar da F2 estabelece uma relação harmoniosa e de forte vínculo mútuo (Figura 10).

Figura 11 - Genograma e Ecomapa da Família 3

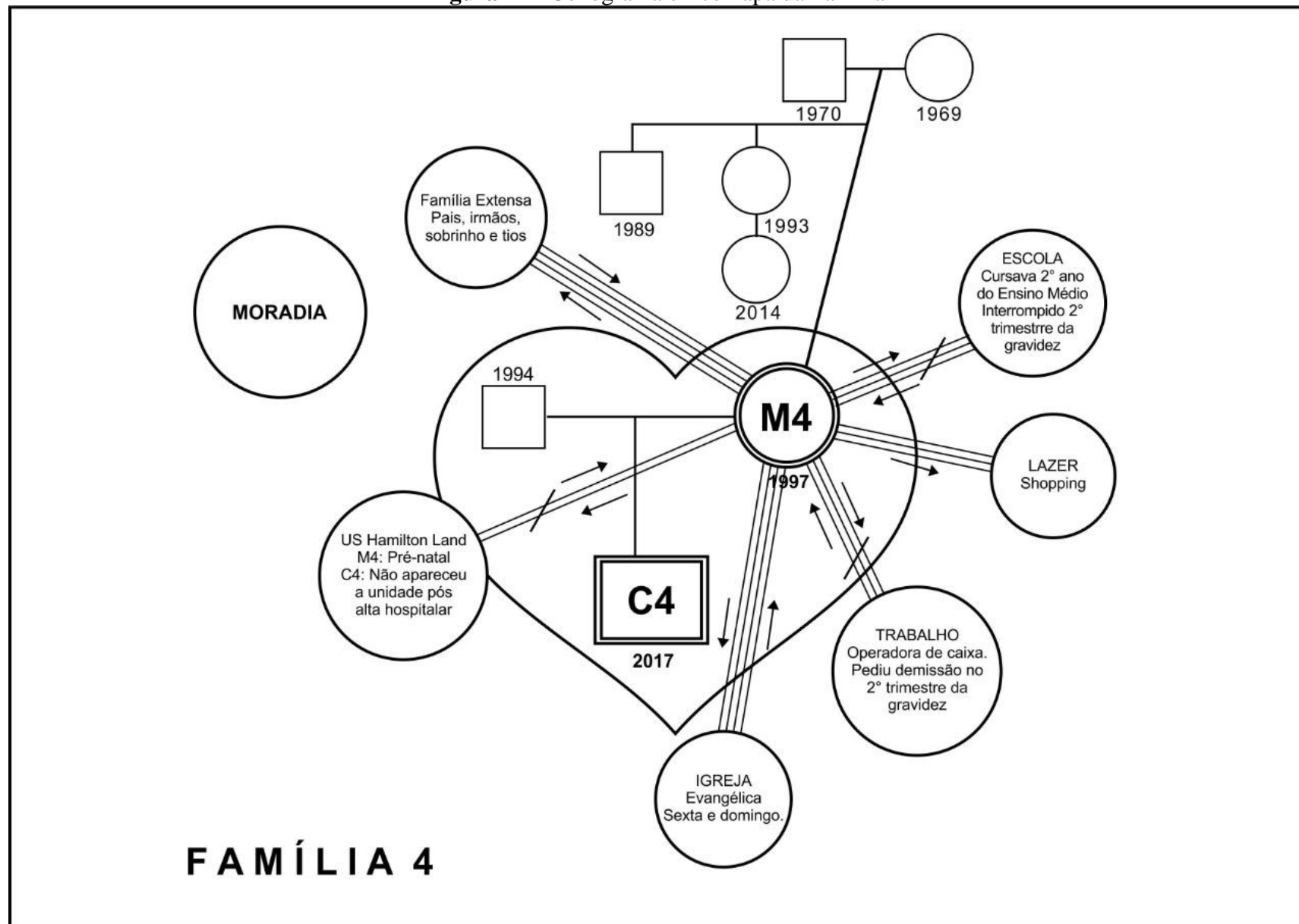


Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Descrição da Família 3

A Família 3 foi caracterizada como monoparental, composta pela mãe (M3) e filho (C3). Durante a hospitalização de C3 por sífilis congênita, M3 tinha 17 anos, tinha rompido o relacionamento com o pai de M3 no primeiro trimestre da gravidez, pois descobriu que o mesmo era casado, possuía outra família e não queria fazer o tratamento de sífilis na gravidez. Não manteve contato com o ex parceiro. A avó materna foi casada (consensual) três vezes; no primeiro relacionamento, teve uma filha (M3) e logo separou-se, ele faleceu com 33 anos, em 2014; no segundo casamento, teve dois filhos, e M3 conviveu por sete anos com o padrasto; e no terceiro relacionamento, teve uma filha, a qual mora com o pai na Cidade de Deus. M3 tem forte relação com a mãe e os irmãos (1998 e 2005), os quais residem com M3 e C3 e uma relação moderada com a irmã (2002). Na sua infância M3 teve Paralisia cerebral, foi acompanhada até os 12 anos na rede SARAH - Rio de Janeiro e Dona Meca e mantém acompanhamento no Hospital Menino Jesus, com este último tem vínculo moderado. M3 interrompeu os estudos em 2016, 8ºano do ensino fundamental. Durante a gravidez M3 fez cursos profissionalizantes de maquiagem e artesanato. M3 habitualmente frequentava pagodes aos sábados e encontrava os amigos nos fins de semanas, após a gestação diminuíram os encontros. Na US Raphael de Paula Souza, M3 realizou o pré-natal e acompanhou o filho C3 nas consultas de Puericultura, estabelece um maior vínculo (moderado) com a enfermeira da unidade. Em dezembro de 2018, M3 começou a trabalhar vendendo trufas de chocolates em um posto de gasolina, próximo de sua residência e C3 fica com irmãos e mãe. (Figura 11).

Figura 12 - Genograma e Ecomapa da Família 4

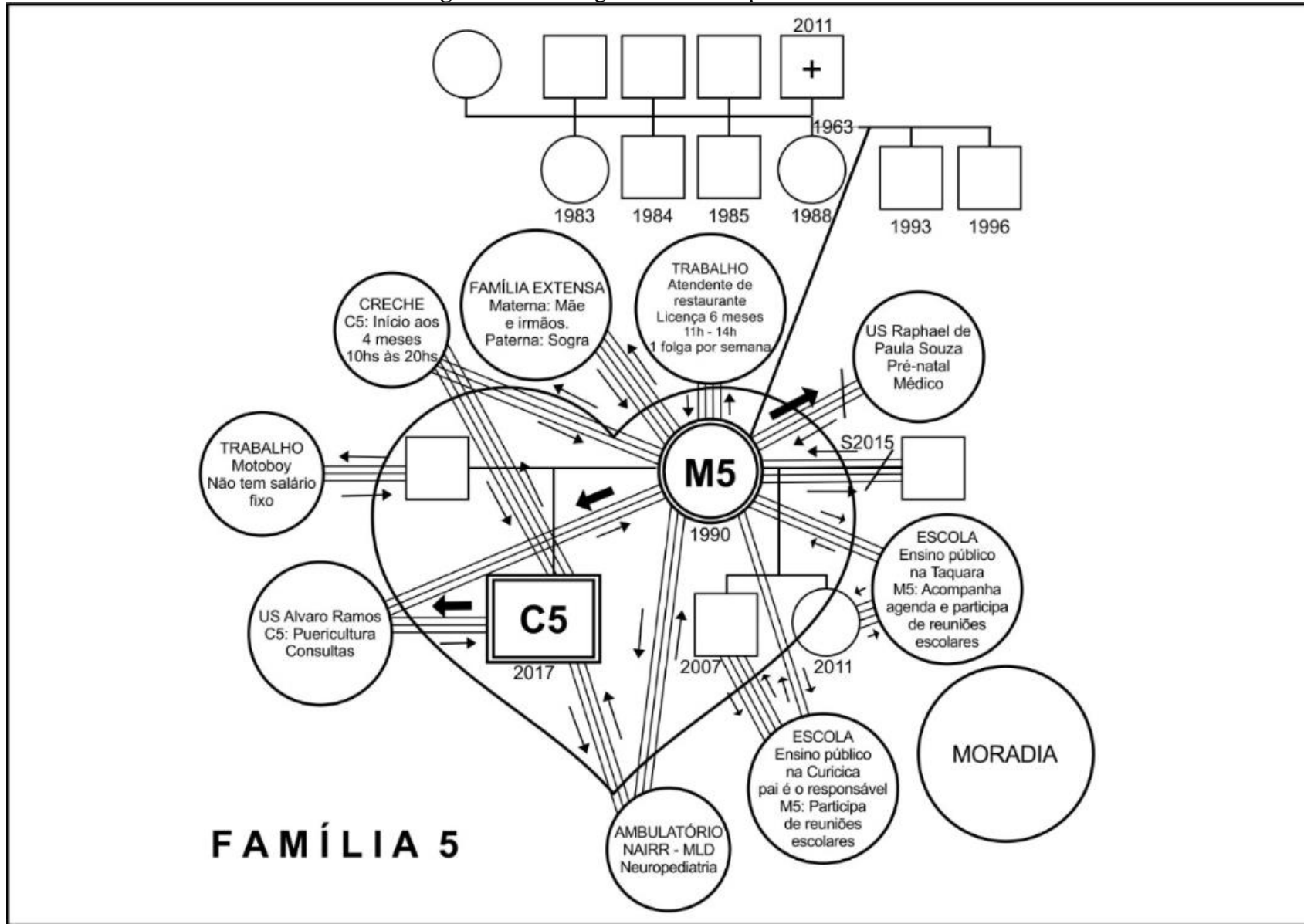


Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Descrição da Família 4

A F4 foi caracterizada como nuclear, composta pela mãe (M4), pai e filho (C4). Durante a hospitalização de C4 por sífilis congênita, o pai não o acompanhou e fez visitas esporádicas, e não quis participar da pesquisa mesmo com agendamento prévio. M4 tinha 20 anos, no segundo trimestre da gravidez, interrompeu os estudos, cursava o 2º ano do ensino médio, e pediu demissão do trabalho, operadora de caixa. Os avós maternos tiveram três filhos, incluindo M4, e sua irmã teve uma filha. M4 tem relação forte com sua família extensa: pais, irmãos, sobrinha e tios. M4 é evangélica e tem forte vínculo com a igreja, que frequenta rotineiramente às sextas e aos domingos. M4 refere um vínculo superficial com a US Hamilton Land, na Cidade de Deus, onde fez o pré-natal. M4 afirma que o parceiro não confia nos profissionais e serviços da rede pública de saúde e que pretendem fazer um plano de saúde para todos da família. M4 e seu parceiro tem uma forte relação, mas alega conflitos durante a gestação. O pai provém todo sustento da família. M4 e C4 não compareceram à unidade de saúde de referência após a alta hospitalar para realizarem o seguimento da sífilis/sífilis congênita (Figura 12).

Figura 13 - Genograma e Ecomapa da Família 5

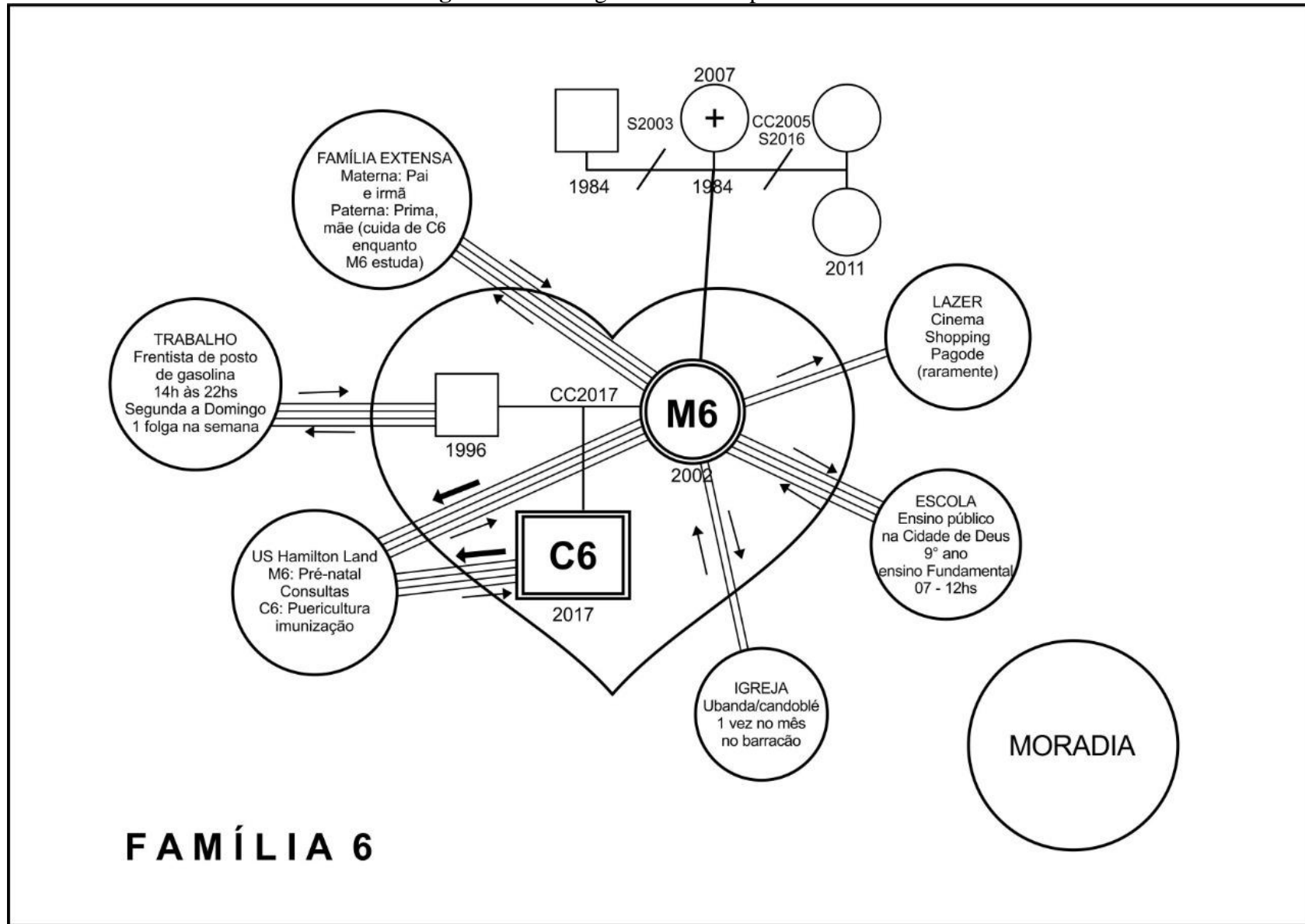


Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Descrição da Família 5

A F5 foi caracterizada como nuclear, composta pelo pai, mãe (M5), filho (C5) e dois filhos de outro casamento de M5. Durante a hospitalização de C5 por sífilis congênita, o pai não o acompanhou e fez visitas esporádicas, e não quis participar da pesquisa, mesmo com agendamento prévio. M5 tinha 27 anos, estava de licença maternidade do seu trabalho de atendente de restaurante. A avó materna teve quatro relacionamentos, do primeiro teve uma filha, do segundo teve um filho, do terceiro outro filho e do último, teve quatro filhos, incluindo M5. O avô materno faleceu em 2011. M5 tem forte relação com sua família extensa: mãe e irmãos, e com a mãe de seu parceiro tem vínculo moderado. M5 foi casada (consensual) por duas vezes, com o primeiro conviveu por nove anos, teve dois filhos e separou-se em 2015. Os filhos frequentam escolas municipais, o mais velho na Taquara, e a filha em Curicica, ambos na Zona Oeste do RJ. M5 tem vínculo superficial e moderado, respectivamente, com as escolas dos filhos. M5 mantém forte relação com o primeiro esposo, ele é o responsável pelos cuidados e sustento do filho mais velho (2007). M5 com o parceiro atual teve C5, descobriu a sífilis nos exames do terceiro trimestre da gravidez, o que provocou um conflito entre o casal, pois o parceiro teve exames negativos para sífilis. M5 relatou que o diagnóstico de sífilis e posteriormente o de neurosífilis de C5 levou a uma mudança no relacionamento entre pai e filho, ficando o pai mais ausentes dos cuidados com o filho recém-nascido. Após a alta da maternidade, a família mudou de endereço e M5 assumiu toda responsabilidade pelos cuidados com a saúde de C5. Na US Álvaro Ramos, C5 teve consultas de puericultura e no ambulatório NAIRR da MLD, fez o acompanhamento da neurosífilis e sífilis congênita com neuropediatra. Os vínculos de M5 com as unidades foi moderado. Em novembro de 2017, aos 4 meses de C5, M5 retomou o trabalho e C5 começou a frequentar a creche em tempo integral, com os quais M5 possui um forte vínculo (Figura 13).

Figura 14 - Genograma e Ecomapa da Família 6

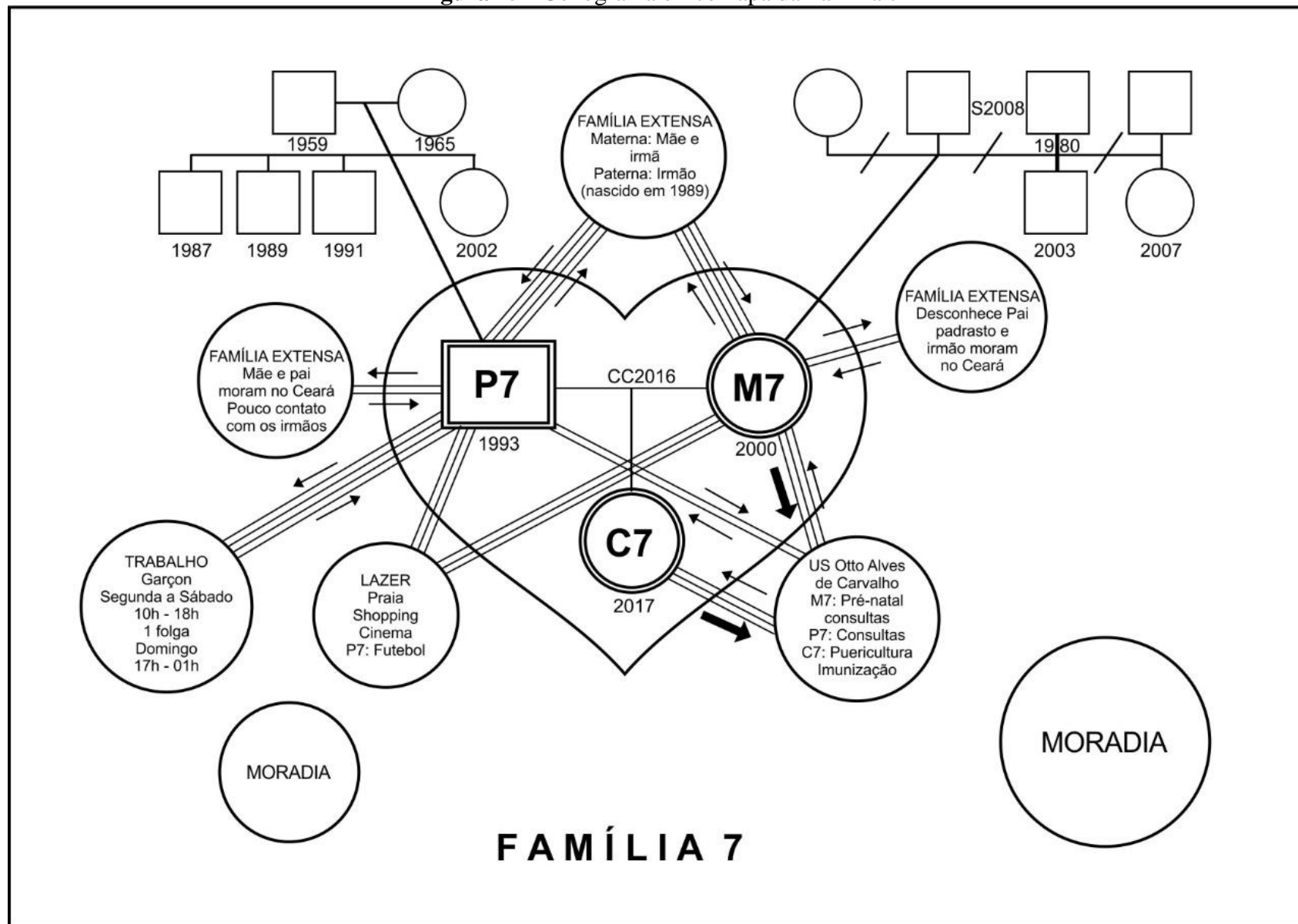


Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Descrição da Família 6

A F6 foi caracterizada como nuclear, composta pelo pai, mãe (M6) e filho (C6). Durante a hospitalização de C6 por sífilis congênita, o pai não o acompanhou e fez visitas breves, devido ao trabalho de frentista de posto de gasolina. M6 tinha 14 anos, estudante, foi acompanhada por uma irmã de uma amiga e pelo avô materno, no turno noturno. O avô materno teve dois casamentos, do primeiro gerou M6, separou-se em 2003 e a avó materna faleceu em 2007; do segundo relacionamento, teve outra filha, separou-se em 2016, após 11 anos de união. M6 tem vínculo forte com sua família extensa: o pai e irmã, e com a mãe e prima do parceiro, com a mãe de sua irmã (madrasta) tem um relacionamento conflituoso, relata negligência da mesma com a educação e saúde de M6 durante toda infância. M6 frequenta reuniões de umbanda e candomblé uma vez ao mês no barracão, refere vínculo superficial. M6 estava cursando o 9º ano em escola municipal da Cidade de Deus, tem um vínculo forte com a escola. Após a alta hospitalar, C6 teve o seguimento da sífilis congênita e consultas de puericultura na Vigilância do Recém-Nascido de Risco (VR) da US Hamilton Land. Nessa unidade M6 fez o pré-natal e manteve vínculos fortes com médicas e enfermeiras do pré-natal e com médico pediatra. Em novembro de 2017, aos 4 meses de C6, M6 retorna aos estudos e deixa o filho sob os cuidados da avó paterna. A família tem um relacionamento harmonioso e com fortes vínculos (Figura 14).

Figura 15 - Genograma e Ecomapa da Família 7

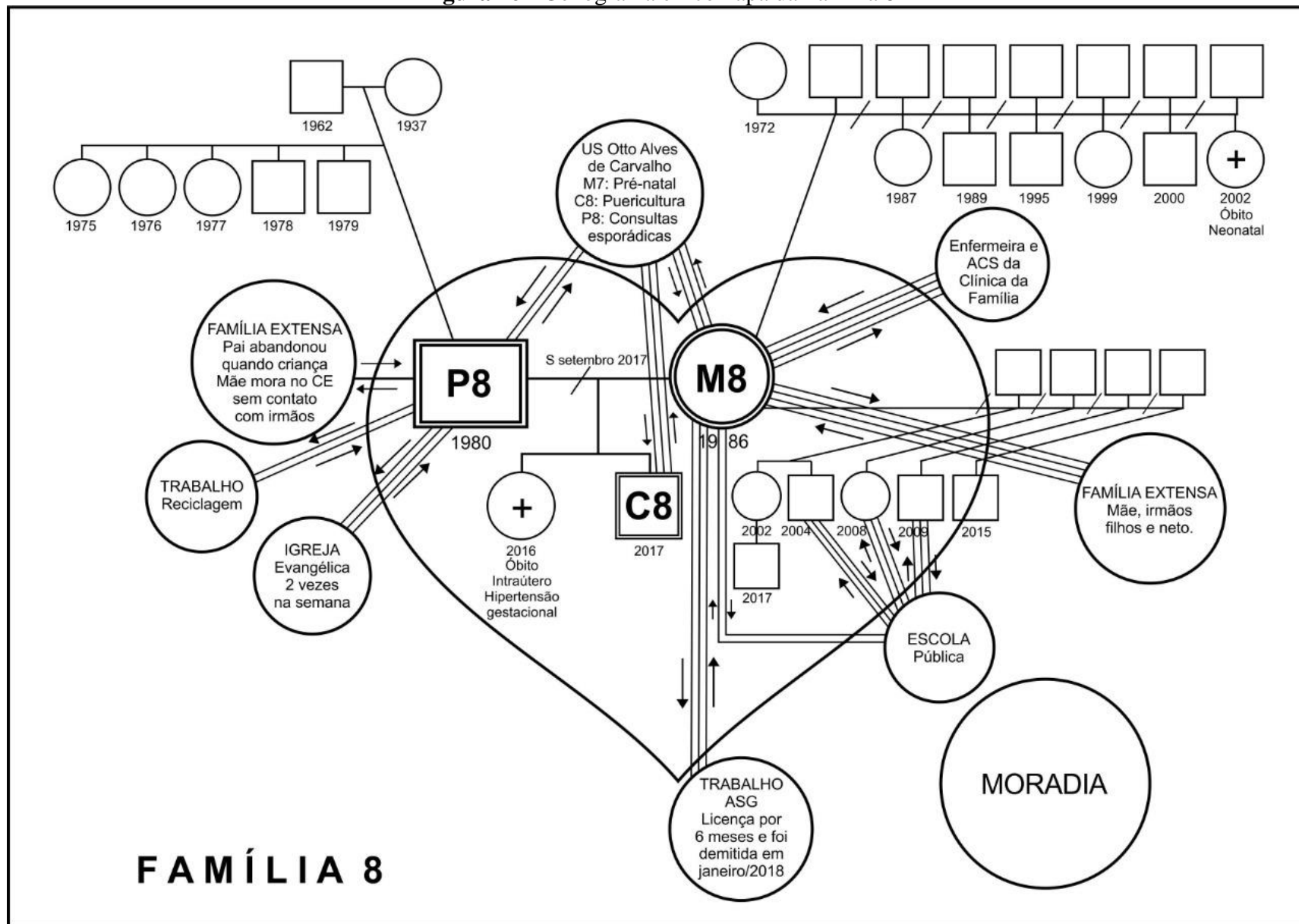


Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Descrição da Família 7

A F7 foi caracterizada como nuclear, composta pelo pai (P7), mãe (M7) e filha (C7). Durante a hospitalização de C7 por sífilis congênita, P7 tinha 23 anos, trabalhava como garçom e acompanhava a filho junto com sua esposa. M7 tinha 17 anos, era do Lar. Os avós paternos tiveram cinco filhos, incluindo P7, moram no Ceará, junto com o filho (1991) e a filha (2002). Os irmãos mais velhos de P7 moram no Rio de Janeiro. P7 tem forte vínculo com irmão (1989) e refere relacionamento superficial com a sua família extensa. A avó materna foi casada (consensual), do primeiro relacionamento teve M7, do segundo teve um filho e do terceiro teve uma filha. M7 desconhece o pai biológico, chama de padrasto o pai de seu irmão (2003), mas refere um vínculo superficial, porque eles moram no Ceará. M7 possui forte relação com sua família extensa: mãe e irmã. Após a alta hospitalar, M7 foi a responsável por C7 para realizar as consultas de seguimento de sífilis congênita e de puericultura. P7 não acompanhava as consultas da criança devido ao trabalho, com o qual tem forte vínculo. Na US Otto Alves de Carvalho, M7 realizou o pré-natal e fez consultas, P7 fez consultas e C7 consultas de puericultura. M7 tem vínculo moderado com a unidade e maior proximidade com a enfermeira. P7 tem vínculo superficial. A família tem um relacionamento harmonioso e com fortes vínculos mútuos (Figura 15).

Figura 16 - Genograma e Ecomapa da Família 8

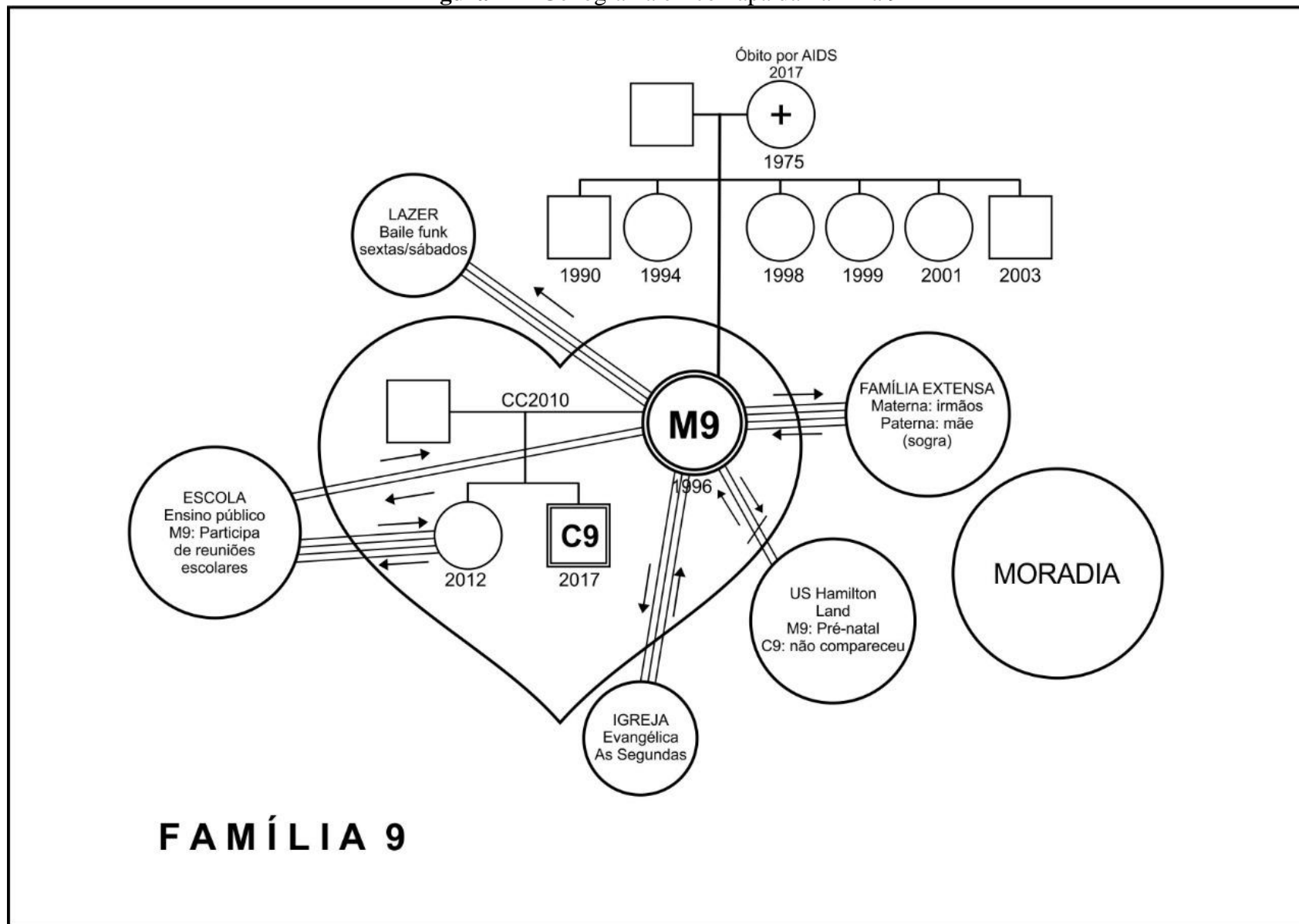


Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Descrição da Família 8

A F8 foi caracterizada como monoparental. A princípio, composta pelo pai (P8), mãe (M8) e filho (C8), e cinco filhos de M8 e um neto. Durante a hospitalização de C8 por sífilis congênita, P8 tinha 37 anos, evangélico, trabalhava com coleta de lixo para reciclagem, e acompanhou o filho junto com sua esposa. M8 tinha 31 anos, estava de licença maternidade de seu trabalho de auxiliar de serviços gerais. Os avós paternos tiveram seis filhos, incluindo P8, moram no Ceará, o avô paterno abandonou os filhos quando crianças. P8 tem vínculo superficial com sua família extensa. A avó materna teve sete filhos, todos de pais diferentes. M8 não conhece o pai e tem forte vínculo com sua família extensa: mãe e irmãos. Após a alta hospitalar, P8 saiu de casa e raramente tem contato com M8 e C8. M8 foi demitida e com o seguro desemprego sustenta toda família. Os filhos (2004, 2008, 2009) frequentam escola pública. Na US Otto Alves de Carvalho, M8 fez o pré-natal e C8 fez consultas de puericultura, o vínculo com a unidade é moderado, com uma maior proximidade com enfermeira e agente de saúde. A família que passou a ser monoparental tem forte vínculo entre si (Figura 16).

Figura 17 - Genograma e Ecomapa da Família 9

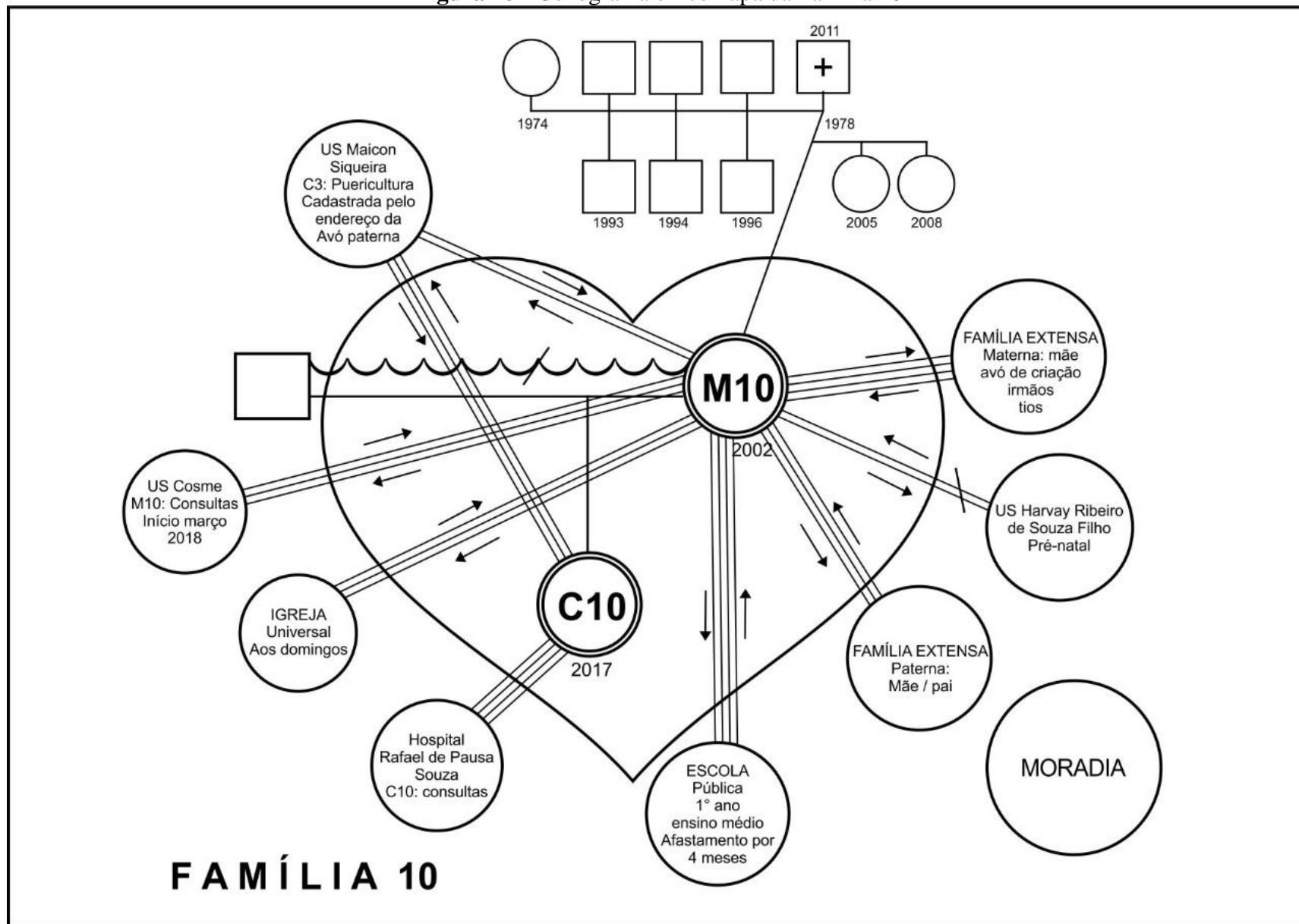


Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Descrição da Família 9

A F9 foi caracterizada como nuclear, composta pelo pai, mãe (M9), filha e filho (C9). Durante a hospitalização de C9 por sífilis congênita, o pai não o acompanhou e fez visitas esporádicas, e não quis participar da pesquisa, mesmo com agendamento prévio. M9 tinha 21 anos, do Lar, evangélica, e frequenta a igreja rotineiramente às segundas-feiras. Os avós paternos tiveram sete filhos, incluindo M9. A avó materna morreu em 2017 por AIDS, tinha abandonado o tratamento. M9 tem forte relação com seus irmãos e com a mãe de seu parceiro. M9 tem vínculo superficial com a escola de sua mais velha, frequenta as reuniões escolares. M9 frequenta, duas vezes na semana, bailes Funk na Comunidade Cidade de Deus. Na US Hamilton Land, M9 fez quatro consultas de pré-natal, sem estabelecer vínculo com nenhum profissional de saúde. M9 e C9 não compareceram à unidade de saúde de referência após a alta hospitalar para realizarem o seguimento da sífilis/sífilis congênita (Figura 17).

Figura 18 - Genograma e Ecomapa da Família 10

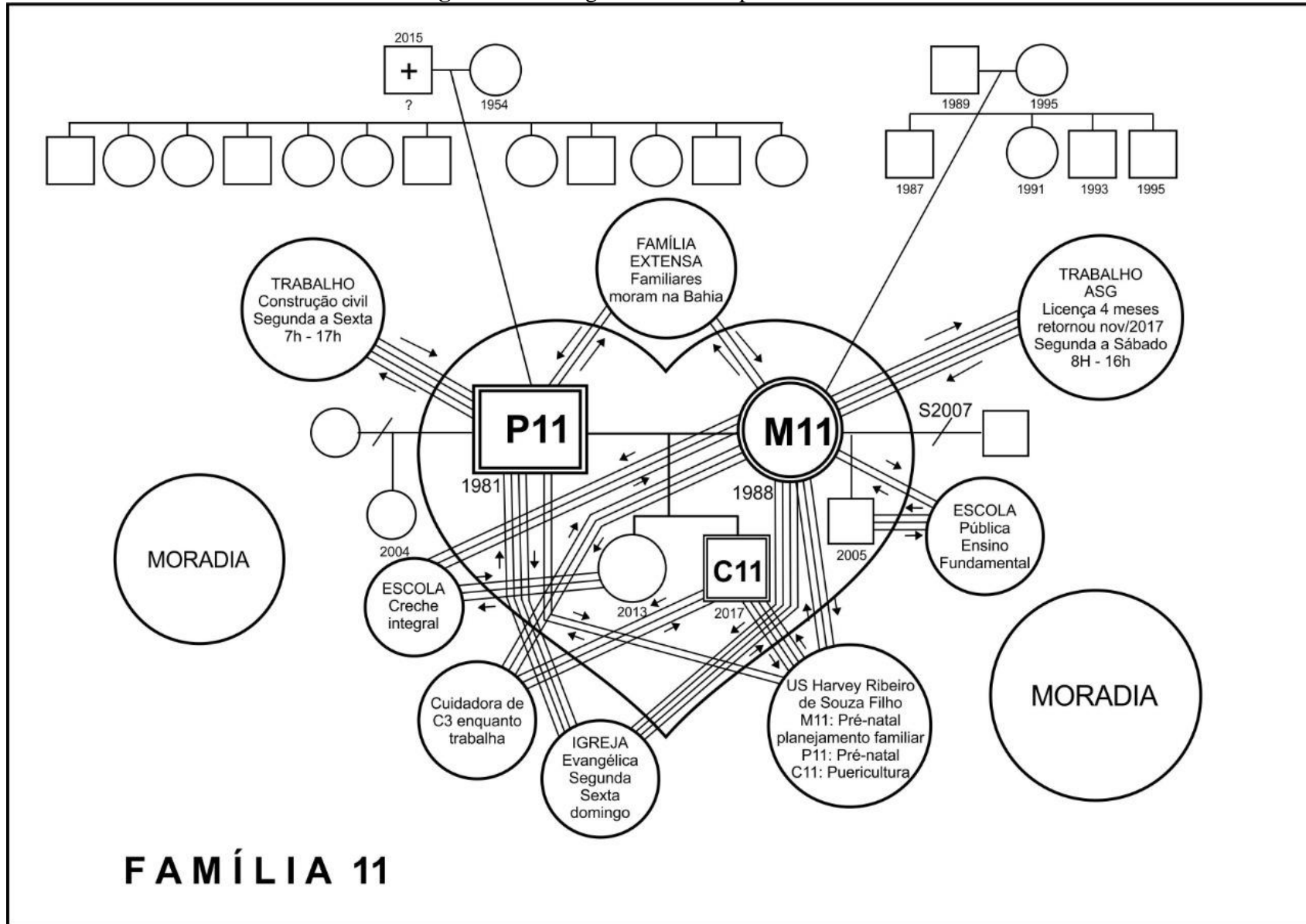


Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Descrição da Família 10

A F9 foi caracterizada como monoparental, composta pela mãe (M10) e filha (C10). Durante a hospitalização de C10 por sífilis congênita, o pai não o acompanhou, pois teria perdido o documento de identidade e não podia visitar a criança. M10 tinha 16 anos, estudante, evangélica, e frequenta a igreja rotineiramente aos domingos, morava com sua mãe no Recreio dos Bandeirantes. A avó materna teve quatro relacionamentos que geraram filhos, do primeiro ao terceiro, teve um filho com cada parceiro, com o último parceiro teve três filhas, M10 é a mais velha delas. O avô paterno faleceu em 2011. M10 tem forte relação com sua família extensa: mãe e irmãos e sua avó. A avó (de criação) paterna de C10 acompanhou M10 e criança durante a internação. M10 e o pai de C10 tinham rompido o relacionamento desde a descoberta do diagnóstico de sífilis na gravidez. Durante admissão na maternidade M10 descobriu que era HIV positivo, o que gerou mais conflito no relacionamento. Após a alta hospitalar, M10 e C10 foi morar por um período com os avós paternos de C10. M10 e o pai de C10 reataram o relacionamento por dois meses, quando M10 descobriu que o parceiro mantinha outro relacionamento extraconjugal. Na US Harvey Ribeiro de Souza Filho, no Recreio dos Bandeirantes, M10 realizou as consultas de pré-natal e interrompeu o vínculo com a unidade, porque trocou de endereço domiciliar. Na US Maicon Siqueira, em Asa Branca, C10 fazia as consultas de seguimento de sífilis congênita e puericultura, estava cadastrada pelo endereço da avó paterna. M10 e a avós paterna assumiam a responsabilidade do cuidado de C10. M10 teve vínculo superficial com a unidade, todos os contatos do profissionais e agendamentos de consultas eram feitos pela avó paterna. M10 retornou a escola, com a qual estabelece forte vínculo. M10 esteve sem acompanhamento por um profissional de saúde, pois a avó materna gostaria que a filha fizesse em local distante de sua residência, para manter em sigilo o diagnóstico de HIV para a comunidade. Em janeiro de 2018, a avó materna e paterna tiveram conflitos, o que distanciou M10 da avó paterna. Em fevereiro de 2018, M10, sua avó materna, seus irmãos e C10 se mudam para Cosme e M10 procura a clínica da família próxima de sua residência para realizar o acompanhamento da sífilis e do HIV, iniciado em março de 2018 (Figura 18).

Figura 19. Genograma e Ecomapa da Família 11

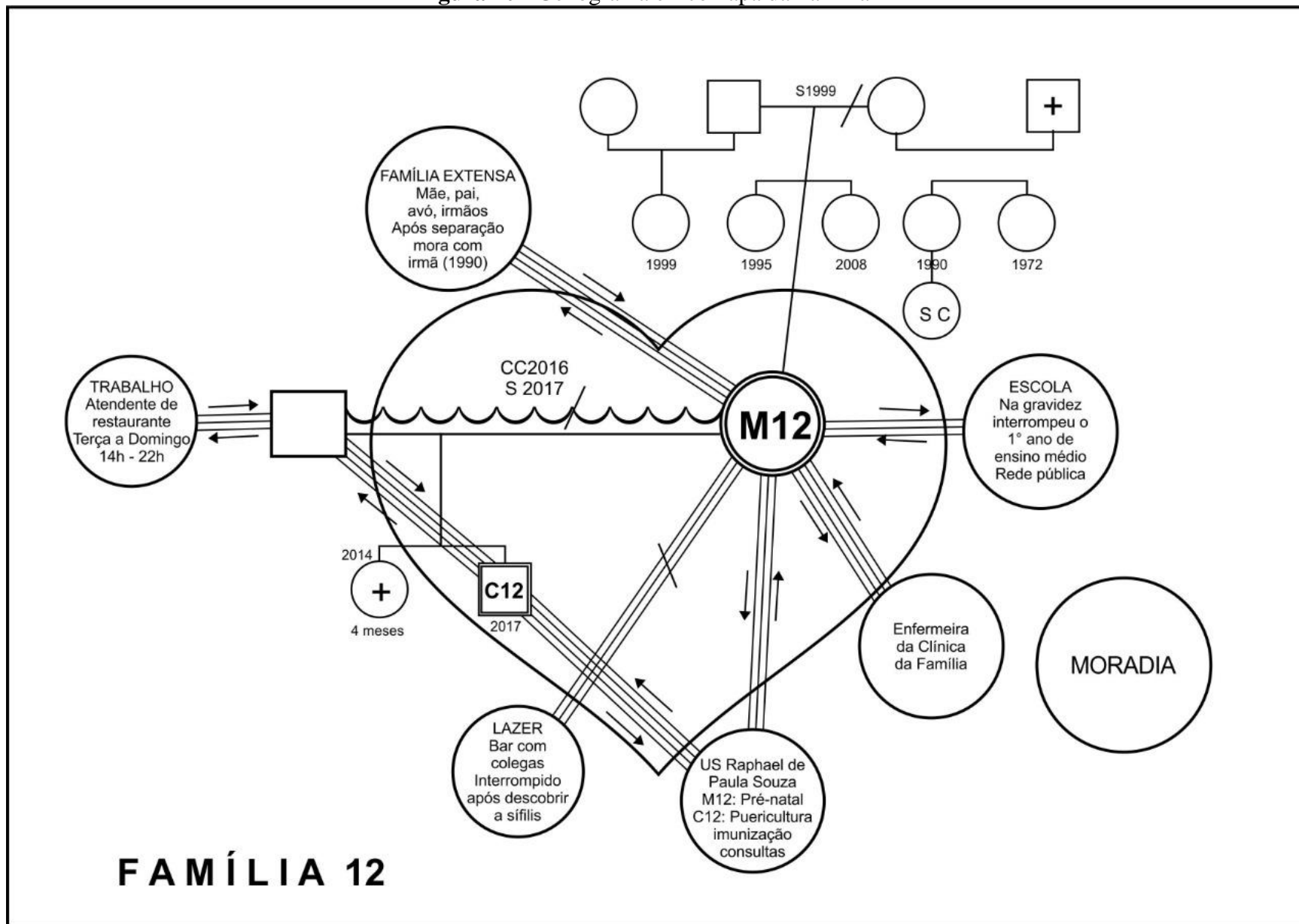


Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Descrição da Família 11

A F11 foi caracterizada como nuclear, composta pelo pai (P11), mãe (M11), filha, filho (C11) e filho de M11. Durante a hospitalização de C11 por sífilis congênita, P11 tinha 32 anos, trabalhava como operário da construção civil e acompanhava o filho junto com sua esposa. M11 tinha 28 anos, estava de licença maternidade do seu trabalho de auxiliar de serviços gerais. Os avós paternos tiveram 13 filhos, incluindo P11. Os avós maternos tiveram 5 filhos, incluindo M11. M11 e P11 tem relação superficial com a família extensa porque moram na Bahia. O casal é evangélico, frequenta a igreja rotineiramente três vezes na semana, com a qual estabelece forte vínculo. P11 teve um relacionamento anterior, desse gerou sua filha (2004) mais velha, com a qual não tem contato e mora na Bahia. M11 teve um relacionamento anterior e separou-se em 2007, com o qual teve o filho (2005) mais velho, que está sob os cuidados de M11 e estuda em escola pública. M11 na gravidez da filha (2013) teve sífilis, ela e P11 fizeram o tratamento, a criança não teve sífilis congênita, logo não foi hospitalizada ao nascer, ela frequenta a creche em tempo integral, com a qual M11 tem vínculo moderado. Na US Harvey Ribeiro de Souza Filho, no recreio dos bandeirantes, P11 fez algumas consultas no pré-natal, M11 fez o pré-natal e após alta hospitalar de C11 consulta de planejamento familiar, e C11 fez consultas de puericultura e seguimento da sífilis congênita. P11 tem vínculo superficial com a unidade e após a hospitalização do filho não compareceu ao serviço de saúde e não acompanhou o seu filho nas consultas devido ao trabalho. Em novembro de 2017, M11 retornou ao seu trabalho, com o qual tem forte vínculo e C11 fica em casa aos cuidados de uma cuidadora contratada, que tem vínculo moderado com M11. A família tem um relacionamento harmonioso e com fortes vínculos (Figura 19).

Figura 20 - Genograma e Ecomapa da Família 12

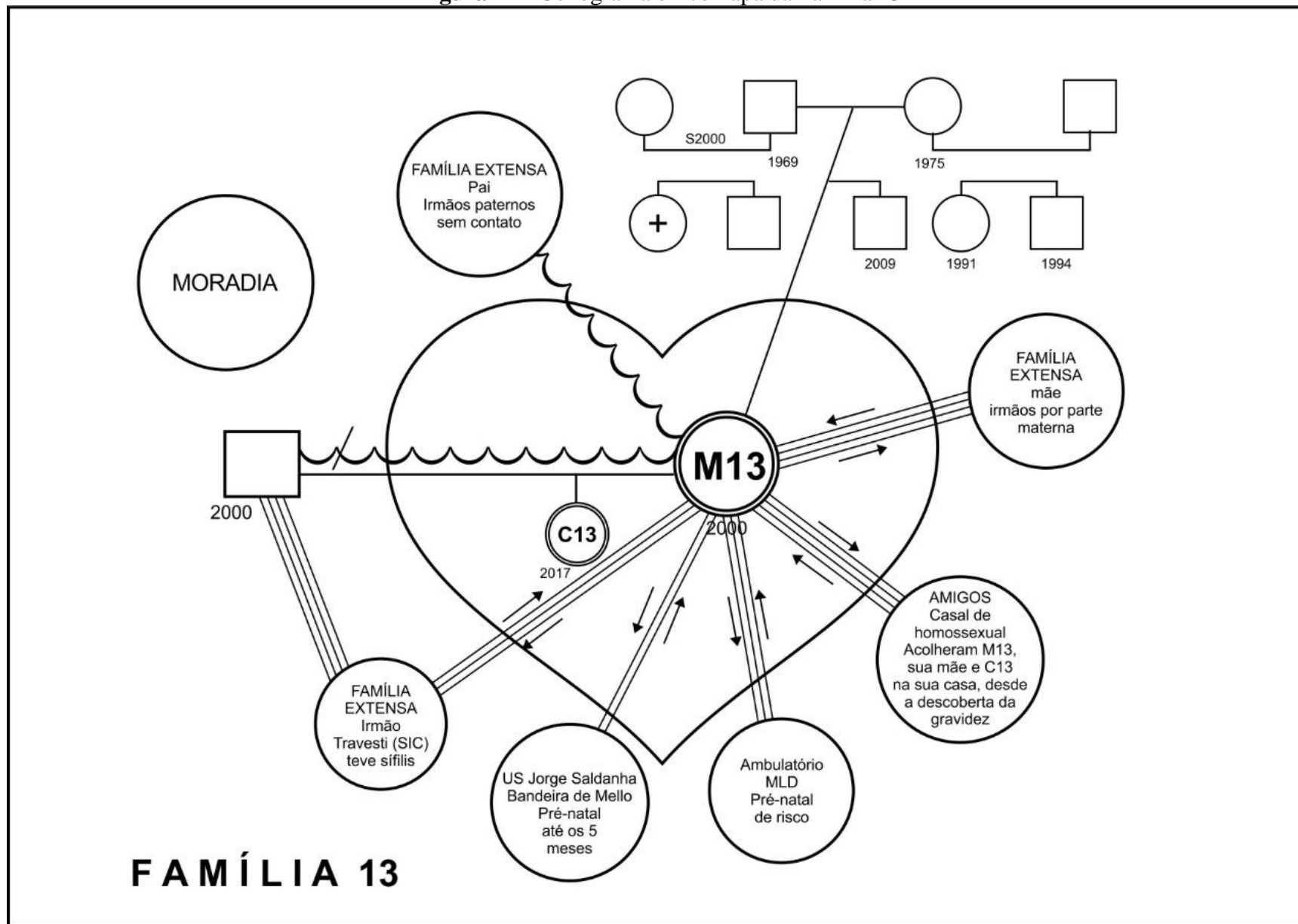


Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Descrição da Família 12

A F12 foi caracterizada como monoparental. A princípio, composta pelo pai, mãe (M12) e filho (C12). Durante a hospitalização de C12 por sífilis congênita, o pai não o acompanhou e fez visitas esporádicas, não quis participar da pesquisa, mesmo com agendamento prévio. Ele trabalhava como atendente de restaurante. M12 tinha 19 anos, do lar, interrompeu os estudos na gravidez. O avô materno teve dois relacionamentos, do primeiro teve três filhas, incluindo M12, e do segundo teve uma filha (1999). A avó materna teve um relacionamento anterior, com o qual teve duas filhas, a filha (1990) teve sífilis na gravidez e a criança hospitalizada por sífilis congênita. M12 tem forte relação sua família extensa. Após alta da maternidade, o casal teve uma relação conflituosa, romperam o relacionamento e M12 foi morar com sua irmã (1990). M12 diz que após descobrir a sífilis rompeu o relacionamento com os amigos, que frequentavam bares, ficando a maior parte do seu tempo em casa. Na US Raphael de Paula Souza, em Curicica, M12 fez o pré-natal e acompanhava C12 nas consultas de puericultura e seguimento da sífilis congênita e relata forte vínculo com a enfermeira da clínica da família (Figura 20).

Figura 21 - Genograma e Ecomapa da Família 13



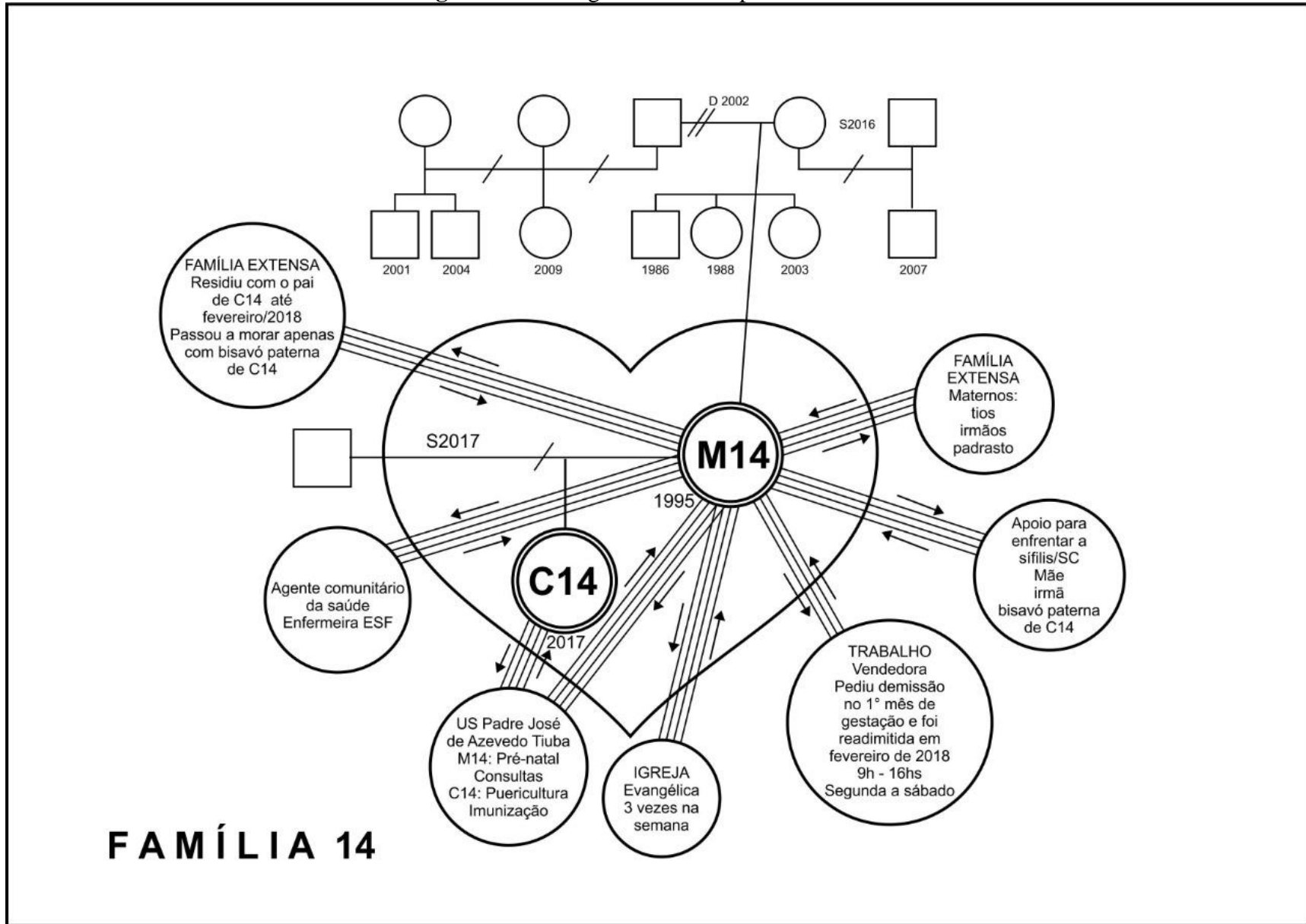
FAMÍLIA 13

Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Descrição da Família 13

A F13 foi caracterizada como monoparental, composta pela mãe (M13) e filha (C13). Durante a hospitalização de C13 por sífilis congênita, M13 tinha 17 anos, do Lar, tinha rompido o relacionamento com o pai de M13 no terceiro trimestre da gravidez, relata que o parceiro, menor de idade, estava envolvido com atividades criminosas. O avô materno teve dois relacionamentos, do primeiro teve dois filhos, dos quais M13 não tem contato. Do segundo relacionamento, com avó materna, teve M13 e seu irmão (2009). A avó materna teve um relacionamento anterior e teve dois filhos, um deles (1994) encontra-se preso há 2 anos por tráfico de drogas. M13 possui forte vínculo com sua família extensa: mãe e irmãos, mas tem uma relação conflituosa e muito superficial com o seu pai, pois o mesmo nunca criou e nem sustentou os seus filhos. M13 relata morar na casa de um casal de amigos homossexuais, eles abrigaram também a avó materna e C3. M13 refere perda de contato com o pai de C13 e tem contato com um irmão dele, o qual é travesti e teve sífilis. Na US Jorge Saldanha Bandeira Melo, no Tanque, M13 fez o pré-natal até o quinto mês de gestação e foi encaminhada para o ambulatório da maternidade Leila Diniz. M13 e C13 não compareceram à unidade de saúde de referência após a alta hospitalar para realizarem o seguimento da sífilis/sífilis congênita (Figura 21).

Figura 22 - Genograma e Ecomapa da Família 14



Fonte: Autor da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Descrição da Família 14

A F14 foi caracterizada como monoparental, composta pela mãe (M14) e filha (C14). Durante a hospitalização de C14 por sífilis congênita, M14 tinha 22 anos, era do lar, trabalhou como vendedora até o primeiro mês de gestação, tinha rompido o relacionamento com o pai de C14 desde o diagnóstico de sífilis, o pai não acompanhou C14 e fez visitas esporádicas. O avô paterno teve três casamentos, do primeiro, que foi com a avó materna, teve quatro filhos, incluindo M14; do segundo teve dois filhos e do terceiro, uma filha. A avó materna um relacionamento posterior, com padrasto de M14 e deste teve um filho. M14 refere uma forte relação sua família extensa: mãe, irmãos, padrasto. M14 e C14 moram com o pai da criança e com avó dele, eles oferecem sustento e ajudam nos cuidados da criança. M14 é evangélica, frequenta a igreja habitualmente três vezes na semana. Na US Padre José de Azevedo Tiuba, na Gardênia Azul, M14 fez o pré-natal e, após a alta hospitalar, fez consultas e acompanhava C14 nas consultas de puericultura e seguimento da sífilis congênita. M14 tem forte vínculo com a agente comunitária de saúde e enfermeira da unidade. Em fevereiro de 2018, M14 foi readmitida como vendedora. A família tem uma relação harmoniosa e com relação de forte vínculo (Figura 22).

Quadro 9 - Caracterização de mães e pais de filhos hospitalizados por sífilis congênita quanto aos dados sócioeconômicos e culturais.

Participante	Idade (anos)	Procedência (Bairro/RJ)	Religião	Escolaridade	Profissão	Trabalho ¹	Etnia	Renda Familiar	Situação Conjugal	Tempo/ União estável	Meios de Informação
M1	21	Vargem Pequena	Evangélica	Médio Completo	Manicure	Não	Parda	2 salários mín. ²	União estável	< 1 ano	Televisão Revista, Rádio Internet
P1	25	Vargem Pequena	Católica Apostólica Romana	Fundamental Completo	Operário da construção civil	Sim	Branco	2 salários mín.	União estável	< 1 ano	Televisão Jornal, Rádio, Internet
M2	36	Sepetiba	Evangélica	Médio Completo	Secretária de Agente Administrativa	Sim	Parda	3 salários mín.	União estável	< 1 ano	Televisão Rádio, Internet
P2	35	Sepetiba	Sem religião	Médio Completo	Operador de Empilhadeira	Sim	Branca	3 salários mín.	União estável	< 1 ano	Televisão Rádio Internet
M3	17	Curicica	Sem religião	Fundamental Completo	Do lar	Não se aplica	Parda	4 salários mín.	Solteira	Não se aplica	Televisão Revista, Internet
M4	20	Cidade de Deus	Evangélica	Médio Incompleto	Estudante	Não se aplica	Branca	3 salários mín.	União estável	< 1 ano	Televisão Internet
M5	27	Colônia - Taquara	Sem religião	Médio Completo	Atendente de Restaurante	Sim	Negra	2 salários mín.	União estável	< 1 ano	Televisão Rádio, Internet
M6	14	Cidade de Deus	Espírita	Fundamental Incompleto	Estudante	Não se aplica	Parda	1 salário mín.	União estável	< 1 ano	Televisão Revista, Jornal Internet
M7	17	Rio das Pedras	Católica Apostólica Romana	Médio Incompleto	Do Lar	Não se aplica	Parda	2 salários mín.	União estável	1 ano	Televisão Revista Internet
P7	23	Rio das Pedras	Católica Apostólica Romana	Médio Incompleto	Garçom	Sim	Branca	2 salários mín.	União estável	1 ano	Televisão Internet
M8	31	Rio das Pedras	Sem religião	Fundamental incompleto	Auxiliar de Serviços Gerais	Sim	Negra	1 e ½ salário mín.	União Estável	4 anos	Televisão Rádio

Continuação											
Participante	Idade (anos)	Procedência (Bairro/RJ)	Religião	Escolaridade	Profissão	Trabalho ¹	Etnia	Renda Familiar	Situação Conjugal	Tempo/ União estável	Meios de informação
P8	37	Rio das Pedras	Evangélica	Fundamental incompleto	Catador de recicláveis	Sim	Negra	1 e 1/2 salário mín.	União Estável	4 anos	Televisão
M9	21	Cidade de Deus	Evangélica	Fundamental Incompleto	Do Lar	Não se aplica	Parda	1 salário mín. ³	União Estável	7 anos	Televisão, Rádio, Internet
M10	16	Recreio dos Bandeirantes	Evangélica	Médio Incompleto	Estudante	Não se aplica	Parda	1 salário mín.	Solteira	Não se aplica	Televisão, Rádio, Internet
M11	28	Recreio dos Bandeirantes	Evangélica	Fundamental Completo	Auxiliar de Serviços Gerais	Sim	Parda	2 e 1/2 salário mín.	União Estável	9 anos	Internet
P11	32	Recreio dos Bandeirantes	Evangélica	Fundamental Incompleto	Operário da construção civil	Sim	Parda	2 e 1/2 salário mín.	União Estável	9 anos	Jornal, Internet
M12	19	Curicica	Sem religião	Médio Incompleto	Do Lar	Não se aplica	Negra	2 salários mín.	União Estável	< 1 ano	Televisão Rádio, Internet
M13	17	Tanque	Espírita	Fundamental Incompleto	Do lar	Não se aplica	Parda	1 salário mín. ³	Solteira	Não se aplica	Televisão Rádio, Internet
M14	22	Gardênia Azul	Evangélica	Médio Completo	Do Lar	Não se aplica	Negra	7 salários mín. ⁴	Solteira	Não se aplica	Televisão Internet

Fonte: Questionários de 14 mães e 5 pais entrevistados na fase 1 do estudo.

Legenda:

¹Considerou-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);

²O valor de um salário mínimo na época era de R\$937,00.

³Participante recebe R\$152,00, do Programa Bolsa Família.

⁴M14 mora com o pai da criança, mas romperam o relacionamento conjugal, atualmente, é sustentada pelo pai e avó paterna da filha.

Quadro 10 - Caracterização das mães quanto aos dados do pré-natal e tratamento da sífilis no período gestacional.

Mãe Participante	N^a Consultas Pré-natal	Momento do Diagnóstico de Sífilis	Tratamento para a sífilis (Esquema)	Testagem Rápida do Pai	Tratamento do Pai (Esquema)	VRDL¹ (Titulação) Pós-tratamento	Reexposição de Risco²	Tratamento da mãe reiniciado (Esquema)	Tratamento do Pai reiniciado (Esquema)	VRDL (Titulação) Maternidade
M1	7	2º Trimestre da gravidez	P. Benzatina 3 doses ³	Reagente	P. Benzatina 2 doses	1:8	Não	P. Benzatina 3 doses	P. Benzatina 3 doses	1:16
M2	5	Admissão na Maternidade	Não realizou	Não realizou	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	1:8
M3	7	1º Trimestre da gravidez	P. Benzatina 3 doses	Reagente	Não realizou	1:32	Sim	Não realizou	Não realizou ⁴	1:64
M4	7	2º Trimestre da gravidez	P. Benzatina 3 doses	Não-reagente	P. Benzatina 1 dose	Não realizou	Não	Não realizou	Não realizou	1:4
M5	10	3º Trimestre da Gravidez	P. Benzatina 3 doses	Não-reagente	P. Benzatina 1 dose	1:32	Não	Não realizou	Não realizou	1:4
M6	9	1º Trimestre da gravidez	P. Benzatina 3 doses	Não-reagente	P. Benzatina 1 dose	1:32 ⁵	Sim	P. Benzatina 3 doses	P. Benzatina 3 doses ⁶	1:8
M7	10	3º Trimestre da Gravidez	P. Benzatina 3 doses ⁷	Reagente	P. Benzatina 3 doses ⁷	Não realizou	Não	Não realizou	Não realizou	1:32
M8	12	1º Trimestre da gravidez	P. Benzatina 3 doses	Não-reagente	P. Benzatina 1 dose	Não realizou	Sim	P. Benzatina 3 doses ⁸	Não realizou	1:16
M9	4	1º Trimestre da gravidez	P. Benzatina 3 doses	Não realizou	Não se aplica	Não realizou	Não	Não realizou	Não realizou	1:2 ⁹
M10	3	2º Trimestre da gravidez	P. Benzatina 3 doses	Não realizou	Não se aplica ⁴	Não realizou	Não	Não realizou	Não realizou	1:2

Continuação										
Participante	N ^a Consultas Pré-natal	Momento do Diagnóstico de Sífilis	Tratamento para a sífilis (Esquema)	Testagem Rápida do Pai	Tratamento do Pai (Esquema)	VRDL ¹ (Titulação) Pós-tratamento	Reexposição de Risco ²	Tratamento da mãe reiniciado (Esquema)	Tratamento do Pai reiniciado (Esquema)	VRDL (Titulação) Maternidade
M11	10	1º Trimestre da gravidez ¹⁰	P. Benzatina 3doses	Reagente	P. Benzatina 3 doses	1:8 ¹¹	Sim	Não realizou	Não realizou	1:2
M12	7	1º Trimestre da gravidez	P. Benzatina 3doses	Não-reagente	Não realizou	1:4 ¹²	Sim	P. Benzatina 3 doses	Não realizou	1:32
M13	9	1º Trimestre da gravidez	P. Benzatina 1dose ¹³	Não realizou	Não se aplica	Não realizou	Sim	P. Benzatina 3 doses	Não realizou ⁴	1:4 ⁹
M14	7	1º Trimestre da gravidez	P. Benzatina 3doses	Reagente	P. Benzatina 3 doses ⁴	1:16 ¹⁴	Não	P. Benzatina 3 doses	P. Benzatina 3 doses	1:32

Fonte: Questionários e prontuários das 14 mães entrevistadas na fase 1 do estudo.

Legenda:

¹ VDRL - Venereal Disease Research Laboratory.

² Refere-se ao não uso de preservativo nas relações sexuais, e/ou utilização de drogas injetáveis, e/ou transfusão sanguínea.

³ Penicilina Benzatina – cada dose corresponde a 2.400.000 UI (administrada 1.200.000 UI em cada glúteo).

⁴ Rompeu o relacionamento antes de iniciar o tratamento e afirma não ter parceiro sexual.

⁵ VDRL com titulação 1:32 após 60 e 90 dias do tratamento, VDRL com titulação 1:64 após 120 dias do tratamento.

⁶ Parceiro apresentou resultado de VDRL com titulação 1:128 e reiniciou o Tratamento com 3 doses de P. benzatina 18 dias antes do parto.

⁷ Tratamento iniciado com menos de 30 dias antes do parto.

⁸ M8 relata ter realizado o tratamento duas vezes, sem informação no cartão do PN.

⁹ TPHA reator

¹⁰ M11 informou que fez tratamento de sífilis em gestação anterior, a filha não precisou ser hospitalizada e participante não sabe informar o VDRL da criança.

¹¹ VDRL com titulação 1:4 antes do tratamento, VDRL com titulação 1:8 após 60 dias do tratamento e VDRL com titulação 1:1 após 120 dias do tratamento.

¹² VDRL com titulação 1:4 após 30 dias do primeiro tratamento, VDRL com titulação 1:8 após 60 e 90 dias do primeiro tratamento.

¹³ Abandonou o tratamento e reiniciou o pré-natal após 2 meses.

VDRL com titulação 1:16 após 30 dias do primeiro tratamento, VDRL 1:8 após 30 e 90 dias do segundo tratamento.

Quadro 11 - Características clínicas das crianças hospitalizadas por sífilis congênita ao nascer.

Criança	Idade Gestacional	Peso (g)	Apgar 1º/5ºmin	Sexo	Tipo de parto	VDRL¹ Titulação	Achados clínicos e laboratoriais²	Tratamento
C1	38s4d ³	3330	9/9	F	Vaginal	1:8	Descamação superficial da pele; icterícia fisiológica; trombocitopenia.	P. Cristalina ⁴ .
C2	39s	4920	8/9	M	Cesáreo	Não-reagente	Neurossífilis, macrossomia fetal, filho de mãe com Diabetes melitos; icterícia, hiperbilirrubinemia, leucocitose, aumento da Proteína C reativa (11,1 mg/L).	P. Cristalina.
C3	39s5d	3190	9/9	M	Vaginal	1:8	Descamação superficial da pele, Anemia, hemácias hipercrômicas, leucocitose, neutrofilia, trombocitopenia.	P. Cristalina.
C4	39s	2255	9/9	M	Cesáreo	1:1	Baixo peso, PIG ⁵ , pele ressecada, alteração óssea em úmero esquerdo.	P. Cristalina.
C5	38s	3060	9/9	M	Vaginal	1:2	Neurossífilis, icterícia, leucocitose, neutrofilia.	P. Cristalina.
C6	38s4d	2530	9/10	M	Vaginal	1:8	PIG, icterícia, hiperbilirrubinemia, leucocitose.	P. Cristalina.
C7	39s	2350	9/10	F	Vaginal	1:32	Baixo peso, PIG, icterícia, leucocitose, neutrofilia,	P. Cristalina
C8	40s5d	3925	8/9	M	Vaginal	1:8	Filho de mãe com vírus de hepatite tipo B positivo, leucocitose.	P. Cristalina Imunoglobulina hepatite B
C9	39s	3170	8/9	M	Vaginal	1:4	Fontanela ampla, diástase de suturas cranianas, leucocitose.	P. Cristalina
C10	38s1d	2775	9/9	F	Cesáreo	1:1	Filho de mãe HIV ⁶ positivo, leucocitose, neutrofilia.	P. Cristalina Zidovudina e Neverapina
C11	41s5d	3520	9/9	M	Cesáreo	1:4	Mãe apresentou oligodramia, leucocitose, neutrofilia.	P. Cristalina
C12	36s3d	2680	9/9	M	Vaginal	1:16	Pré-termo, descamação superficial de pele, anemia, aumento da Proteína C reativa (2 mg/L).	P. Cristalina
C13	39s5d	2430	8/9	F	Vaginal	1:4	Baixo peso, PIG, restrição de crescimento intrauterino. Filho de mãe usuária de drogas e bebidas alcólicas, tratamento para tuberculose iniciado no 4º mês de gestação.	P. Cristalina
C14	38s	3120	8/9	F	Cesáreo	1:8	Leucocitose, linfocitose, neutrofilia.	P. Cristalina

Fonte: Prontuários dos 14 crianças participantes da fase 1 da pesquisa.

Legenda: ¹ VDRL - Venereal Disease Research Laboratory; ² Todas as crianças realizaram hemograma, radiografia de ossos longos e punção lombar – incluindo celularidade, proteinorraquia e teste não treponêmico quantitativo; ³ s- semanas e d – dias; ⁴ Esquema Terapêutico da Penicilina cristalina: 50.000 UI/kg/dose, IV, a cada 12 horas (nos primeiros 7 dias de vida) e a cada 8 horas (após 7 dias de vida), durante 10 dias; ⁵ PIG – Pequeno para Idade Gestacional; ⁶ HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana.

4.2 CATEGORIAS ANALÍTICAS

Inicialmente a trajetória de aproximação com o objeto de estudo deu-se por meio da leitura dos discursos dos participantes. O agrupamento das falas em categorias contribuiu para uma melhor interpretação dos dados qualitativos e do processo analítico emergiram duas categorias. A primeira refere-se às transições vivenciadas por famílias diante da hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita e a segunda aborda a compreensão da trajetória dessas famílias após a alta da maternidade para tratar a sífilis, para o seguimento da sífilis e da sífilis congênita. Em ambas, será discutida a contribuição do aconselhamento em sífilis no período pós-natal.

4.2.1 CATEGORIA ANALÍTICA 1: A experiência transicional de famílias diante da sífilis no ciclo gravídico-puerperal e da hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita: contribuições do aconselhamento.

Ao apropriar-se dos conceitos da Teoria das Transições de Meleis (MELEIS *et al.*, 2000), pode-se averiguar que as famílias do presente estudo vivenciaram transições múltiplas, simultâneas e relacionadas, dos tipos: desenvolvimental, saúde-doença, situacional, organizacional; desencadeadas, respectivamente, pela gravidez e nascimento, pela sífilis no ciclo gravídico-puerperal, pela hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita, pelas alterações nas estruturas e papéis familiares; as quais geraram instabilidade e mudanças.

Nesta categoria foi abordado o processo de transição vivenciado por essas famílias à luz da Teoria das Transições de Meleis e como o aconselhamento em sífilis no período pós-natal contribuiu para recuperar a estabilidade perdida e proporcionar uma transição saudável.

Segundo Meleis *et al.* (2000) o início de um processo de transição está relacionado a própria consciencialização de quem a experiência. Para os participantes deste estudo, a consciencialização esteve relacionada à descoberta do diagnóstico de sífilis no ciclo gravídico-puerperal e foi considerada uma surpresa, um choque, um acontecimento ruim, que desencadeou sentimentos negativos de pavor, medo, tristeza, abalo emocional, desconfiança do parceiro, destacados nas falas de M2, P2, M3, M5, M6 e M14.

Eu fiquei apavorada quando eu soube, fiquei me achando uma crackuda (...) foi tipo uma porta que me abriu para que eu começasse a ter uma consciencialização das coisas, porque Sífilis eu já vejo aquelas pessoas todas machucadas, nisso já vejo porta para o vírus do HIV. Para mim, foi tipo um choque. (M2, 36 anos).

Foi uma coisa ruim que aconteceu comigo (...) porque eu não sei onde eu peguei essa doença, se foi ela, ou se fui eu que peguei, eu não sei como a gente pegou essa doença. Eu não sei se foi relaxamento meu (...) Porque eu nunca fui de ficar com promiscuidade na rua, com o sexo, eu sempre fui um cara tímido (...) Doutora, deixa eu falar a verdade, eu ia fumar maconha na beira do valão, pode ter sido assim que eu peguei? (P2, 35 anos).

Eu fiquei meio abalada né. Eu não sabia que tinha sífilis, ainda do nível que eu estava (...) Eu fiquei pensando o que realmente o pai dele [filho, C3] me escondia, e o dele (parceiro) era muito mais alto do que o meu (M3, 17 anos).

Quando eu descobri, que o médico falou, eu entrei em choque, porque eu sei que é uma doença sexualmente transmissível (M5, 27 anos).

O meu mundo desabou, eu fiquei muito triste e com medo (M6, 14 anos).

Depois que ele [médico do pré-natal] chegou com a resposta eu comecei a passar mal, desmaiei lá, passei mal, foi um choque, eu não esperava (...) eu falei a ele que não tinha, que eu nunca tive nenhum tipo de ferida (...) Mas aí ele falou para mim que pode não ter ferida nenhuma, mas pode ter a doença. Aí eu fiquei debatendo com ele: _ não tenho, não tenho!, e ele me mostrou que tinha dado positivo (...) Foi a pior coisa para mim saber que eu estava com sífilis (M14, 22 anos).

São diversas as reações diante de um diagnóstico de sífilis. O estudo de Costa (2018) evidencia que sentimentos negativos afloraram com o impacto inicial da notícia, entre eles, o susto, pavor, desespero, choque, medo, os quais demonstram um estado de incertezas frente à vida. O que corrobora com os achados do estudo.

O descobrimento de uma IST pode afetar, especialmente, o lado emocional, como a diminuição da autoestima, atonia, vergonha, mal estar físico e mental, tensão e perda de confiança entre o casal, raiva. Essas condições trazem um impacto negativo para o indivíduo, que pode levar a depressão e ideias suicidas (PISANI; ZOBOLI; FRACOLLI, 2011; MOURA *et al.*, 2015).

Cavalcanti et al. (2012) destacaram o desconforto e a tristeza como as principais reações após a constatação da sífilis e afirmam que a tristeza é um período transitório de desânimo ocasionada por algum tipo de desapontamento, perda da saúde ou arrependimento pelos comportamentos que levaram à contaminação.

M2 e M14, nas falas anteriores, associam a infecção a presença de feridas. Este achado também foi encontrado no estudo de Costa (2018), em que as mulheres entrevistadas reportaram o aparecimento de lesões de pele, uma das manifestações clínicas da sífilis em fase secundária, como sinal de infecção e representaram a sífilis como uma doença feia. A

experiência vivenciada ao descobrir a sífilis implica como o indivíduo irá processar em suas mentes o fato conhecido e gerar novas representações.

O casal M2 e P2 tinha a consciencialização de que a sífilis é adquirida por comportamentos de riscos associados ao estilo de vida, como o uso de drogas, a multiplicidade de parceiros sexuais, mas utilizam de linguagem que evidencia os estigmas sociais relacionados a sífilis, como doença de “crackuda” e de “promíscuo”. Essas formas de representar a enfermidade remete as raízes históricas da sociedade brasileira, de seus valores culturais e conceitos morais, que construíram ao longo de décadas uma concepção social baseada na estigmatização de doenças graves como a sífilis (CARRARA, 1996).

Segundo Meleis *et al.*, 2000 quando o estigma está ligado a uma experiência de transição, a expressão de estados emocionais relacionados com a transição pode ser inibida.

Enquanto processo de transição do tipo saúde/doença, achados semelhantes a esses foram observados na literatura, no estudo de Meira (2017) a consciencialização se traduziu pelo conhecimento e reconhecimento do âmbito da doença e dos seus comportamentos de risco.

Vale ressaltar que no presente estudo, a maioria dos participantes relatou o desconhecimento da sífilis antes da descoberta do diagnóstico. Segundo Cavalcanti *et al* (2012), o conhecimento rudimentar e o desconhecimento da sífilis dificultam um diagnóstico precoce, pela incapacidade da pessoa reconhecer os sinais e sintomas, ou por não saber como ocorre o contágio da infecção.

Ainda, referente a propriedade consciencialização, a participante M10 vivenciou outra transição do tipo saúde-doença, simultânea e relacionada, desencadeada pela coinfeção pelo vírus do HIV, descoberto através dos exames de admissão na maternidade. O seu processo de consciencialização foi iniciado concomitante a notícia da gravidez e foi vivenciado negativamente, gerando traumas, devido à violência institucional sofrida pela adolescente, conforme aponta o seu relato:

Com o negócio da sífilis eu fiquei traumatizada (...) quando eu descobri a gravidez, comecei a sangrar, chamei minha mãe correndo, ela veio desesperada nesse dia e me trouxe para cá [ambulatório da maternidade], aí a enfermeira me examinou, falou que eu estava com infecção dentro de mim, falou que eu estava grávida e que o neném estava morrendo dentro de mim há muito tempo [profissionais de saúde da instituição acusaram M10 de ter tomando medicação abortiva] (...) Aí fizeram a ultra e deu tudo normal (...) expliquei para ela [médica] que estava com dor nas costas e que deu um sintoma na minha vagina. Ela [médica] falou que era sífilis. Aí tiraram sangue de mim para ver se era mesmo e era, e quando eu saí daqui já tomei

duas [doses de penicilina benzatina] aqui e pediram para eu terminar lá fora, não fiquei com comprovante (...) Aí ficaram [Profissionais de saúde do alojamento conjunto da maternidade] em cima de mim, pedindo isso, o comprovante. Elas [médicas] pararam de perguntar quando pediram o exame de sangue da sífilis e viram que não deu mais nada (...) foi bem estressante (...) tipo assim eu chorei, porque elas ficavam dizendo que eu estava mentindo, dizendo que eu não tinha feito e eu tinha feito. Depois eu descobri a AIDS (...) quando eu fiz o parto, eu estava muito tonta e não consegui ouvir direito... fizeram em mim o Teste Rápido [HIV] e falaram que deu positivo (...) aí no outro dia chamaram minha mãe e eu, conversaram [profissionais de saúde] logo cedo com a gente sobre isso, foi assim que descobri. Fiquei sem chão na hora, porque falaram que não tinha cura isso (M10, 16 anos).

Observa-se na fala acima, que as condutas dos profissionais de saúde foram inibidoras do processo de transição vivido por M10, destacadas pela falta de um acolhimento humanizado e de uma escuta ativa, pela descredibilidade e indiferença quanto as argumentações da adolescente.

A transição de saúde-doença traz mudança no estado de saúde, nas relações, nas expectativas. Durante a gestação, sair de uma situação de saúde para a de doença envolve vários percalços e leva a alterações na vida pessoal, familiar e social de quem a vivencia. Nesse sentido, é imprescindível uma postura profissional ética, sensível e que respeite a singularidade, a história e o contexto de vida da gestante assistida (MARTINS, 2001).

A realização do acolhimento da mulher logo no momento diagnóstico de sífilis pode evitar que os sentimentos que fazem parte do universo representacional da mulher tragam consequências negativas para a sua saúde psicoemocional (REIS et al., 2011).

Outro ponto agravante é a presença do HIV/AIDS na adolescência. Os adolescentes tem dificuldades ao lidar com a notícia do diagnóstico, devido ser uma doença sem cura e estigmatizada na sociedade. Nesse sentido, o adolescente lida com o medo da morte, a perda de um futuro desejável e com o temor de sofrer discriminação (SANTOS; RODRIGUES; AMEIDA, 2010).

Ressalta-se a importância da notícia do diagnóstico da sífilis, do HIV ou de outra IST ser realizada por equipe multiprofissional, tendo em vista que a pessoa/família precisará de suporte psicológico, apoio informativo e emocional e cada área possui a sua especificidade. Além disso, é importante que seja estabelecida uma relação intersubjetiva de ajuda no momento da revelação, o que pode ser proporcionado com a prática do aconselhamento em IST/AIDS nos serviços de saúde.

Nesta perspectiva, o aconselhamento além de ser uma ação de prevenção é também um componente do processo de diagnóstico, fornecendo ao usuário atenção individualizada e

singular. Quando a abordagem é praticada com a criação de um ambiente adequado e acolhedor, com escuta singular, diálogo e provendo o usuário de suprimento adaptativo, permite a ativação de recursos psicológicos dos sujeitos e o suporte emocional satisfatório, bem como possibilita a vivência transicional no processo de aconselhamento para revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV (MORENO; REIS, 2013).

Segundo Costa e Gameiro (2016) ao considerar o processo de transições em que os adolescentes estão sujeitos, afirmam que a adolescência é um momento em que há dificuldade para se ajustar à responsabilidade para o autocuidado, e que cabe ao enfermeiro facilitar a autonomia e responsabilização nos papéis de autocuidado dos adolescentes que vivenciam transições saúde-doença.

De um modo geral, a consciencialização plena dificilmente ocorre numa fase inicial da transição, pois o indivíduo precisa de tempo para assimilar e reconhecer as mudanças que ocorrerão em sua vida e essa percepção é construída a partir do confronto com a(s) mudança(s) no dia a dia (SILVA *et al.*, 2017).

Averiguou-se que a maioria das famílias participantes começou o processo de consciencialização com o reconhecimento da sífilis durante as consultas de pré-natal, mas ao participar das sessões de aconselhamento em sífilis no período pós-natal teve um avanço nessa etapa, passando a se consciencializar dos seus comportamentos de riscos, das implicações da infecção para a saúde da sua família e, conseqüentemente, das mudanças de papéis, de hábitos, de relacionamentos, entre outras. Esse progresso está, especialmente, associado ao vasto apoio informativo compartilhado nas sessões de aconselhamento.

Outra propriedade da transição que está intimamente relacionado com a consciencialização é o empenhamento, que se refere ao envolvimento dos clientes/ indivíduos com o processo de transição. (MELEIS *et al.*, 2000; SANTOS, 2015).

Nesse estudo, o empenhamento pôde-se ser observado mediante a postura proativa dos participantes em procurar informações sobre a sífilis/sífilis congênita na mídia e buscar apoio informativo do profissional de saúde, durante as consultas de aconselhamento em sífilis pós-natal, e através da adesão ao tratamento da sífilis no ciclo gravídico-puerperal.

Após a notícia do diagnóstico de sífilis, seis participantes (P2, M4, M5, M12, M13, M14) relataram buscar informações sobre a sífilis/sífilis congênita, quanto: as manifestações clínicas; a mortalidade; as repercussões da sífilis na saúde da criança; a cura. A principal fonte de informação utilizada foi a internet, acessada através de aparelhos *smatfhone*, em seguida foi a televisão.

Porém, as informações encontradas parecem-lhes confusas, difíceis de serem assimiladas e compreendidas. Por vezes, as informações são errôneas, o que pode acarretar no conhecimento incorreto, gerando angústia e ansiedade. Conforme são destacados nas falas de P2, M5 e M14:

A minha mãe me mostrou um texto, no celular, da internet, sobre sífilis. Estava dizendo que a sífilis fica no estágio dormindo. E diz que ela pode surgir em determinado momento como um resfriado muito forte né. Não pode aparecer um resfriado muito forte? Então, eu senti um resfriado há um tempo atrás, no ano passado. Foi um resfriado muito forte mesmo, eu fiquei de cama e não conseguia levantar da cama, aí eu fui no UPA (...) Eu li que ela pode até levar a morte (P2, 35 anos).

Eu fui olhar na internet e comecei a ler um monte de coisa né. Na internet eles publicam um monte de coisas. Aí chorei porque tinha escrito que podia causar má-formação no bebê, que podia causar isso ou aquilo, aí eu fiquei desesperada. Chorava de dia e noite. Mas eu não sei quase nada, eu sei o que eu li mais ou menos na internet (M5, 27 anos).

Eu pesquisei na internet e vi que tem pessoas que fica com esse valor [VDRL 1:1]. Eu vi que isso ia ficar sempre constando em meu corpo, não é reagente, mas vai ficar sempre contando que eu já tive (M14, 22 anos).

Esses achados também foram encontrados em estudo sobre o itinerário terapêutico de mulheres com sífilis. A autora sugere que sessões aconselhamento sobre a sífilis, realizadas no momento do diagnóstico, teriam sanando as dúvidas das mulheres e diminuído o sentimento de ansiedade (NAZARETH, 2017).

Nas sessões de aconselhamento em sífilis no período pós-natal, os participantes expressavam suas dúvidas quanto a sífilis/sífilis congênita e para facilitar o entendimento do leitor, foram agrupadas de acordo com o assunto principal e apresentadas no quadro 12:

Quadro 12 - Dúvidas de participantes em sessões de aconselhamento em sífilis.

Assunto principal	Dúvidas dos participantes em sessões de aconselhamento em sífilis no período pós-natal
Manifestações clínicas da sífilis	<p>Essas manchas tem a ver com a sífilis? [M1 mostra manchas acastanhadas pelo corpo, sugestivas de melasma]. Surgiram no final da gravidez. Surgiram do nada (M1, 21 anos).</p> <p>Essa ferida [cancro duro] quando faz xixi não sente dor não? (M7, 17 anos).</p> <p>Uma dúvida, sífilis tem perda de cabelo M7 (M7, 17 anos).</p>
Cicatriz sorológica versus cura da sífilis	<p>Mas isso [titulação baixa de VDRL, sugerindo cicatriz sorológica] não sobe? (P1, 25 anos).</p> <p>Só uma dúvida, essa doença tem cura? Me falaram que essa doença não tem cura? (M7, 17 anos).</p> <p>Depois que você está curada, está boa né, não está com mais nada não né?! (M7, 17 anos).</p> <p>Isso aí [titulação baixa de VDRL, sugerindo cicatriz sorológica] some com quanto tempo? É porque o remédio vai fazendo efeito ainda, ele fica fazendo efeito por quanto tempo? (M7, 17 anos).</p> <p>Essa cicatriz [cicatriz sorológica] pode transmitir sífilis para outra pessoa? (P7, 23 anos).</p> <p>Aí vamos lá, vamos supor que fique 1:1, 1:2 [resultado do VDRL], não aumenta? (M14, 22 anos).</p>
Tratamento da sífilis	<p>Eu tenho que tomar outra benzetacil? Porque eu tomei de uma lado e do outro. Uma vez só. (P2, 35 anos).</p>
Seguimento laboratorial da sífilis	<p>Mas tem que fazer exame de novo? Eu já não tinha feito na Leila Diniz? Tem risco da sífilis voltar? M10</p>
Interpretação dos resultados dos exames de VDRL	<p>E o normal é quanto [refere-se ao resultado do VDRL]? (M3, 17 anos).</p> <p>O resultado dele foi ruim [VDRL 1:2]? (M3, 17 anos).</p> <p>Por que meu primeiro exame [VDRL] deu negativo na primeira consulta de pré-natal e depois o segundo exame [Teste Rápido] deu positivo? [O teste rápido do parceiro deu negativo] (M5, 27 anos).</p> <p>Olha a gente tomou as doses, ficamos sem fazer nada, aí fomos fazer o exame e o meu está dando 1:8 [titulação do VDRL] desde a maternidade e não baixa nunca, e eu não estou fazendo nada sem camisinha e o dele [parceiro] já está não reativo. E do bebê está bem também [não reativo]. Só que eu não tenho nenhuma ferida e nem nada, nem ele, entendeu?! Será que só dá isso é comigo? Estou bem? Estou desesperada porque ele está bem e o meu ainda está 1:8 desde a maternidade (M6, 14 anos).</p> <p>Se der alto [resultado do VDRL] tem que fazer o tratamento de novo? E o dela[filha] tem perigo de subir? (M7, 17 anos).</p>

	E se o resultado não baixar [resultado do VDRL], ele [C3] toma de novo o antibiótico? (M3, 17 anos).
Amamentação versus a transmissão da sífilis para o filho	Fiquei preocupada de passar na amamentação, passa? estou com medo de, Deus me livre, passar para minha filha (M1, 21 anos). Uma dúvida que eu tenho é que eu dou de mamar e também não sei se passa pelo leite (M14, 22 anos).
Manifestações clínicas da sífilis congênita	E aquele exame do raio X dos ossos, a médica disse que não teve alteração nenhuma, mas a sífilis pode também causar alteração na formação dos ossos? Eu não entendi o porquê ela [médica] pediu o exame (M5, 27 anos). O que significa as alterações no liquor do meu filho? [C5 teve neurosífilis] (M5, 27 anos). E o caso daquela criança que não deu no sangue e deu na espinha? O que significa? (P7, 23 anos).
Seguimento da criança com sífilis congênita	Me tire uma dúvida quanto as crianças que nascem com sífilis, elas fazem exame de ultratransfontanela e exame de fundo de olho? A doutora pediatra [Médica da ESF] me perguntou e eu não soube responder (M2, 36 anos). Uma dúvida, e aquele negócio que ela [médica da ESF] marcou para neném [refere-se ao encaminhamento para as consultas para avaliação neurológica, da visão e da audição]? (M7, 17 anos). Não conseguiram colher a punção lombar, trará algum problema futuro para a criança? (M13, 17 anos).

Fonte: Dados da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

As dúvidas de M1 e M7 sobre as manifestações clínicas da sífilis, estão relacionadas com as transições vivenciadas simultaneamente decorrentes da gestação e puerpério, as modificações no corpo oriundas da gravidez e pós-parto são confundidas com manifestações clínicas da sífilis. O que demonstra também a preocupação das mães em identificarem precocemente sinais e sintomas da doença.

Quanto a cura da sífilis/sífilis congênita e interpretação dos resultados do teste não treponêmico (VDRL), a assimilação por parte dos participantes é difícil, pelo fato de que pode-se constatar a cura da doença, mesmo que o exame der positivo, e de que a titulação do VDRL pode não diminuir imediatamente após o tratamento. De acordo com MS (2018), “a persistência de resultados reagentes em testes não treponêmicos com títulos baixos (1:1 a 1:4) durante um ano após o tratamento, quando descartada nova exposição de risco durante o período analisado, é chamada de cicatriz sorológica” (BRASIL, p.171, 2018).

Ressalta-se que na fala de M5, a sua dúvida é decorrente da possibilidade de um resultado falso-negativo do VDRL realizado no primeiro trimestre do pré-natal. Ajudá-la a

entender o motivo do resultado, sem julgamentos morais, pode diminuir o estresse causado pela soro-discordância do casal.

O participante P2 recebeu a prescrição do tratamento de sífilis na maternidade, durante a hospitalização do filho, os resultados dos seus exames deram negativos e por isso lhe foi orientado um dose única de penicilina benzatina, conforme protocolo do MS (BRASIL, 2018). No entanto, sua dúvida quanto ao tratamento reflete o não acompanhamento por um profissional de saúde, sendo assim a dúvida foi também interpretada como um pedido de orientação profissional. Portanto, é necessário que a família que teve sífilis seja encaminhada a um serviço de saúde que possa acolhe-la e suprir suas necessidades quanto ao tratamento e seguimento da doença.

A participante M10 fez o exame de VDRL na admissão da maternidade e o resultado apontou cicatriz sorológica (VDRL 1:2). A dúvida de M10 indica que ela não teve orientação prévia quanto ao seguimento da doença, que deve ser realizado até dois anos, ou até que tenha dois resultados com titulação baixa e estável (BRASIL, 2015).

As participantes M1 e M14 fizeram o tratamento para sífilis, no entanto, os exame ainda não constatavam a cura, então as falas acima expressam a preocupação em transmitir novamente a sífilis para suas filhas, associada ao conhecimento rudimentar sobre os meios de transmitir a doença. A crença de que a sífilis pode ser transmitida pelo leite materno é comum. Estudo sobre o conhecimento de adolescentes quanto a IST apontou que 10% dos estudantes indicaram o leite materno como potencial transmissor de sífilis (PADILHA *et al.*, 2015).

Quanto as manifestações clínicas e o seguimento da sífilis congênita os participantes buscam informação para entenderem melhor o que a sífilis pode causar em seus filhos e como eles precisam ser acompanhados para que tenham sua saúde plenamente re-estabelecida.

É recorrente o fato de que as mulheres com sífilis tenham informações limitadas sobre a sífilis e sífilis congênita, o que denota incipiência das informações prestadas no pré-natal (SIQUEIRA *et al.*, 2017). Comumente, as orientações fornecidas estão relacionadas ao tratamento da sífilis com o intuito de prevenir a sua transmissão vertical.

Outro estudo aponta que durante a prática do aconselhamento em IST, os usuários tiveram dúvidas e questionamentos referentes a caracterização das doenças, suas causas e modos de transmissão, que foram debatidas a priori e depois esclarecidas. Os atores afirmam que é nas sessões de aconselhamento que os profissionais precisam atentar para as particularidades de cada indivíduo, avaliar os aspectos emocionais, e reforçar e incentivar a

adoção de medidas preventivas para IST. A abordagem do aconselhamento influi tanto diagnóstico precoce de IST quanto na qualidade da assistência à saúde (ARAÚJO et al. 2017).

Ressalta-se que o aconselhamento em sífilis no período pós-natal, enquanto cuidado de enfermagem, foi um diferencial para as famílias do presente estudo, pois permitiu que elas se sentissem acolhidas para verbalizar suas dúvidas e preocupações e, ao mesmo tempo, foi esclarecedor, contribuindo para elas adquirissem informações necessárias para enfrentarem suas dificuldades, mudanças e adaptarem-se à nova situação.

Meleis *et al.* (2000) afirmam que é importante descobrir e descrever as mudanças envolvidas no processo de transição para compreendê-lo. Nesse estudo, as famílias tiveram mudanças em momentos diferentes do processo de transição, umas se deram logo após o diagnóstico de sífilis, outras foram decorrentes do evento crítico nascimento/hospitalização do filho com sífilis congênita.

No período gestacional, todas as famílias, exceto a F2 que descobriu a sífilis na admissão da maternidade, vivenciaram alterações na rotina do pré-natal. Essas relacionadas ao tratamento, exames, as práticas sexuais e a prevenção da sífilis congênita, conforme são relatadas por M5 e M10:

Comecei a fazer o tratamento, de 8 horas da manhã, toda quinta-feira eu ia tomar a injeção (...) eu fiz tudo direitinho, mas assim o maior desespero era saber como estava a criança, se estava tudo bem, se era perfeito (...) é preocupante, porque você tem que estar lá, que você vai precisar fazer o exame, saber se você vai estar bem ou se não vai, se vai ter o quantitativo [refere-se a titulação] maior ou menor (M5, 27 anos).

Foi correria para cá, correria pra lá, tinha que fazer muitas coisas, foi uma aprendizagem para mim (...) agora estou entendendo que tudo tem que ser devagar, porque muito rápido dar tudo errado, na gravidez eu queria que tudo passasse rápido, que a bebe nascesse e minha vida seria a mesma, mas não foi assim (M10, 16 anos).

M5, em sua fala, apresenta a preocupação que teve em fazer o tratamento correto para prevenir a sífilis congênita e o medo de que o filho nascesse com algum problema decorrente da doença. Foram esses os principais motivos para que todas as mães buscassem e aderissem ao tratamento de sífilis no período gestacional.

Apesar de ter cura, as mulheres enfrentam grandes dificuldades ao adquirirem a sífilis. Elas sofrem com a descoberta, com a realização do tratamento, que causa dor e sofrimento, e com as repercussões do diagnóstico no âmbito familiar e conjugal. Se preocupam com a sua condição de saúde, com o restabelecimento de sua saúde e, também, com o bem-estar da

criança. Lidam, habitualmente, com o medo iminente de transmitir a sífilis para o seu filho (CAVALCANTI *et al.*, 2012).

Ressalta-se que, no presente estudo, todas as mães fizeram no mínimo um esquema terapêutico (Penicilina Benzatina, 3 doses de 2.400.000 UI, com intervalo semanal) e que todos os pais participantes fizeram, ao menos uma vez, o tratamento recomendado. Esse fato mostra a proatividade, o empenho, dos participantes da pesquisa, em resolver o seu problema de saúde (sífilis) e em tentar evitar a transmissão vertical para o seu filho.

O tratamento da gestante com sífilis é considerado adequado quando realizado com penicilina benzatina, única opção segura e eficaz, em esquema terapêutico de acordo com o estágio clínico (sífilis recente/tardia, fase desconhecida ou neurosífilis), iniciado até 30 dias antes do parto, associado à queda do título de VDRL em duas diluições em três meses ou quatro diluições em quatro meses após tratamento. Ressalta-se a importância do tratamento do parceiro, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes (BRASIL, 2018).

Portanto, para evitar a transmissão vertical da infecção, é necessário também o uso do preservativo nas relações sexuais. Quanto a mudança no comportamento sexual, cinco casais de famílias nucleares (F1, F2, F4, F5 e F7) passaram a usar preservativo e três mães (M3, M10 e M14) não tiveram mais relação sexual após o diagnóstico de sífilis. Das cinco mães que tiveram repetir o tratamento por reexposição de risco (ter relação desprotegida), uma (M13) rompeu o relacionamento e duas (M6 e M8) referiram adesão ao uso de preservativo.

M6 refere não ter utilizado preservativo, após o primeiro tratamento, exclusivamente na prática do sexo oral, porque não sabia que a sífilis poderia ser transmitida dessa forma, a adolescente acreditava que era preciso utilizar preservativo somente no sexo vaginal:

Eu não precisei fazer de camisinha não, porque eu fiz oral. Aí eu não sabia. Mas fora isso só de camisinha (M6, 14 anos).

De acordo com Cavalcanti et al (2012), o fato das mulheres usarem preservativo após o diagnóstico de sífilis para se prevenirem de IST, revela que essas mudanças de comportamento condiz com a consciencialização sobre os relacionamentos e à prática sexual segura.

Mudanças nos relacionamentos conjugais foram vivenciadas por sete mães. Dessas, quatro (M3, M10, M13 e M14) romperam o relacionamento ainda na gestação; uma (M5) teve um relacionamento conflituoso desde a descoberta do diagnóstico de sífilis; e duas romperam o relacionamento após a hospitalização do filho (M8 e M12).

M3 e M14 relataram como ocorreu o término após o diagnóstico de sífilis e as mudanças relacionadas a perda de companheirismo e de intimidade:

Então a gente já estava meio separados, depois disso foi a separação de vez, porque ele falou que não ia se cuidar também, e eu estava me cuidando (...) falei: _ não quero que meu filho pegue suas coisas e mete o pé! (M3, 17 anos).

Eu terminei com ele, não tive nenhum tipo de relação com ele, porque minha gravidez toda eu fiquei separada dele e ainda não voltei. A gente mora junto, mas ele vem, dar assistência para ela, mas juntos a gente não estar (...) com ele mudou totalmente, mudou tudo. Antigamente tudo da gente era junto, mesmo estando juntos há bastante tempo (...) se fosse no médico ia junto, se eu fosse em tal lugar ia junto, tudo juntos. Hoje em dia não, hoje em dia a gente se fala por causa dela, se fala porque a gente mora na mesma casa, mas agora não tenho mais contato, não sei mais o que ele faz, ele não sabe mais o que faço (M14, 22 anos).

No início da gravidez, M3 descobriu que o pai da criança tinha outra família, com filhos, e que seu relacionamento tratava-se de um caso extraconjugal, então o diagnóstico de sífilis foi um agravante que acarretou em separação. A mesma refere perda de contato com ex parceiro e que não registrou a criança com o nome do pai. A criança (C3) não tem nenhum contato ou vínculo com o pai.

M14 durante seis meses após a alta morou com o ex parceiro e a avó dele. Ela relata que tentou sair de casa várias vezes, mas que a bisavó paterna da criança (C14) não deixava que ela e a filha partissem. No sexto mês de vida da criança, o pai foi morar em outro domicílio, mas ele mantém o vínculo forte com C14.

M10 e o pai de sua filha decidiram reatar o namoro após alta hospitalar, mas o casal permaneceu junto por menos de um mês, não tiveram relação sexual, e um dos motivos foi a falta de confiança no parceiro:

Voltamos o relacionamento. Mas eu não tenho mais vontade de ter nada com ele, tenho medo de pegar de novo (...) Eu quero confiar de novo, isso que está pegando, porque a minha confiança não está como antes (M10, 16 anos, setembro de 2017).

A gente não está mais juntos, porque ele está com uma outra pessoa, e acho que ele passou [HIV] para outra pessoa também, ela não sabe (...) eu não quis mais nada com ele, então referente a C10 só as coisas dela, mais nada. Eu não quis mais falar com ele também, ele fez muita sacanagem comigo (M10, 16 anos, outubro de 2017).

A participante M5 vivenciou conflito no seu relacionamento após descobrir a sífilis no terceiro trimestre da gravidez, com resultado negativo de exame anterior, e o parceiro apresentou resultado negativo para sífilis em Teste Rápido.

Quando eu descobri, ele [parceiro] falou que nunca teve essas coisas [sífilis ou outras IST]. Aí eu fui e levei ele para fazer o exame [teste rápido para sífilis], aí o dele deu negativo (...) Aí foi uma briga, uma discussão, que até hoje ele fica me culpando (M5, 27 anos).

Ressalta-se que seis pais (42,8%) tiveram exame com resultados não-reagentes para sífilis; cinco (35,7%) foram reagentes e o restante não realizou a testagem.

Ainda, M5 relata o diálogo que teve com a enfermeira que fez suas consultas de pré-natal, foi logo após os resultados dos exames do casal discordante, e refere que essa conduta assistencial potencializou ainda mais o conflito em seu relacionamento:

Enfermeira: _Mãe, você sabe o que isso significa né?!

M5: _ Não, são sei o que significa.

Enfermeira: Significa que você teve um relacionamento extraconjugal durante a gravidez e se contaminou com a sífilis.

M5: _eu não tive relacionamento extraconjugal e não sei o porquê do motivo. (M5, 27 anos)

Diante dos achados, é notório que a sífilis traz repercussões ao relacionamento conjugal, por esse motivo é importante que o enfermeiro tenha uma escuta ativa, singular e livre de juízo de valor e ofereça à mulher e à sua parceria sexual apoio informativo e emocional para superarem juntos o impacto que o diagnóstico da infecção traz a sua família.

Descobrir uma IST e ter que enfrentar o sentimento de culpa, a possibilidade de traição, o medo de contaminação do parceiro, são situações que geram instabilidade para as mulheres, as quais que, no momento da comunicação do diagnóstico, temem ser culpadas pelo contágio, e/ou não sabem lidar com a possibilidade de infidelidade, gerando conflitos nos relacionamentos. Ainda, surgem mudanças que interferem nas atitudes do casal, sentimentos de ira, revolta, além disso, é comum e habitual a perda da confiança, o que pode culminar em separação (CAVALCANTI *et al.*, 2012; FERNANDES *et al.*, 2016).

Constatou-se, em estudo realizado sobre a confidencialidade e o sigilo em casais sorodiscordantes para sífilis, que os usuários dos serviços de saúde esperam a participação e apoio do profissional durante os seus tratamentos. Ainda, que o profissional de saúde deve analisar as situações individualmente, identificando os casos que precisam de intervenção e oferecer apoio e favorecer uma melhor vivência da situação (PISANI, ZOBOLI, FRACOLLI, 2011).

É de fundamental importância que o indivíduo que vivencia transições diante da sífilis não seja responsabilizado ou culpado pelo contágio da doença, mas que seja acolhido, ouvido, aconselhado, orientado, apoiado pelo profissional de saúde. De acordo com Cavalcanti et al (2012) um diálogo franco, esclarecedor, pode minimizar os sentimentos de culpa e ansiedade.

Considerando a propriedade de transição diferença, que diz respeito ao modo da pessoa enxergar-se ou passar a ver o(s) outro(s) de modo diferente (MELEIS *et al.*, 2000), pode-se averiguar nos discursos das participantes M1 e M12, que M1 passou a perceber o parceiro de forma diferente, como alguém que pode lhe passar IST e M12 percebeu-se diferente:

Em relação a ele [P1] eu fiquei meio né, porque eu não sei como é que foi. E também não dar para ver como, quanto tempo. Eu não sei se foi a pouco tempo ou se há muito tempo. Ele até me falou: _ Ah eu estou tomando injeção, depois que isso passar e fazer os exames, a gente pode ter relação normal. Eu falei: _ Não. Porque eu não sei de onde veio, poderia ser uma coisa pior e agora eu tenho medo (M1, 21 anos).

Acho que enxergar mais a vida, eu não queria saber de nada. E agora me faz enxergar além, querer ter algo melhor para mim e para ele. Dar para ele o que não tive (M12, 19 anos).

Em relação as mudanças para cuidar do filho, duas mães (M1 e M5) relataram que o fato do filho ter sido hospitalizado por sífilis congênita e neurosífilis, respectivamente, alterou o modo de cuidar da criança:

Em relação a ela, eu tive mais cuidado. Parece que eu me apeguei mais a ela por isso. Todo um cuidado, não deixo ela chorar. Ah meu Deus eu acho que não consigo nem dar um tapa nesta criança pelo tanto que ela já sofreu (M1, 21 anos).

Eu acho que requer um pouco mais de atenção (...) deixo ele chorar não (...) cuidar dele, vou deixar ele chorar, vai que agrava alguma coisa, a gente nunca sabe. Se está com dor, se não está, se está sentindo alguma coisa, para ele é só mais atenção. Levanto, se tiver que levantar 5 ou 10 vezes de madrugada, dou peito, eu olho, arrotas, golfa, troco, não me incomoda em nada. E assim, como eu já tive dois, deles era tudo mais tranquilo, dele [C5] é mais em relação a preocupação, já dormir com o meu psicológico atento nele, entendeu?! (M5, 27 anos).

Percebe-se que as mães atribuem o significado de sofrimento a hospitalização do filho e o ato da criança chorar. Então, o cuidado materno é visto como uma forma de suprir as necessidades da criança sem deixá-la sofrer, chorar. Outras mães não relataram mudanças

para cuidar do seu filho, tendo em vista que nenhuma das crianças com sífilis congênita apresentou problemas de saúde de cunho físico, que interferissem no processo do cuidar.

A internação de um filho é um acontecimento que gera mudanças na rotina familiar, principalmente da mãe, quem geralmente acompanha o filho, por isso também leva a uma maior proximidade entre mãe e filho, que é essencial para o desenvolvimento do papel materno e favorece o vínculo do binômio mãe-filho (SIQUEIRA *et al.*, 2017)

O período de transição do contexto de hospitalização de um filho recém-nascido ao domiciliar desencadeia na mãe e na família sentimento de insegurança pelo novo que será vivenciado e exige um cuidar do filho de forma autônoma (COSTA, 2015).

Após a alta de um filho, o cuidador, que é na maioria das vezes, a mãe, mostra-se e sente-se inseguro para retornar aos cuidados no ambiente familiar, logo caberá aos enfermeiros restabelecer, encorajar e garantir por meio de orientações, a continuidade de cuidados a criança a ser realizado pelo acompanhante após a alta (SEFAFIM; LIMA, 2016).

No contexto familiar, M10 relata que teve julgamento de seus próprios familiares e que por isso mantém o diagnóstico de HIV em sigilo, por medo das reações dos irmãos e M14 refere ter tido vergonha da família:

Em mim mudou bastante e na minha família também (...) quando eu contei da sífilis eles ficaram muito bolados comigo, queria até me bater, então dessa eu não vou dizer [sobre o HIV], porque é capaz deles voarem em cima de mim, falar que eu sou burra e tudo mais (...) eu não quero ser julgada por isso, que da sífilis eu já fui julgada (M10, 16 anos).

Com a minha família não mudou nada (...) um pouco só de vergonha, vergonha da minha família (M14, 27 anos).

Considerando o período da adolescência, onde a relação familiar é extremamente importante, e faz parte do desenvolvimento do indivíduo, a falta de apoio da família, diante de um diagnóstico de IST, desencadeia no adolescente o sentimento de desamparo e reflete no modo que ele vai reagir a doença (SANTOS; RODRIGUES; ALMEIDA, 2010).

As pesquisas apontam que mulheres vivenciam mudança no relacionamento familiar após o diagnóstico de sífilis e temem revelar para o seus familiares afim de evitar situações conflitantes e constrangimentos. Comumente, mantém segredo, ocultam a doença, pelo medo da perda ou do afastamento dos familiares/amigos. As reações dos familiares, o medo de serem julgadas e a vergonha estão associados aos significados atribuídos a sífilis no meio social, pois trata-se de uma doença estigmatizada (CAVALVANTI *et al.*, 2012; COSTA, 2018).

No contexto social, a participante M10 e M12 refere que teve mudanças em sua vida e rede social, destacadas em seus relatos:

Porque a sífilis eu me tratei e viram que não tinha mais nada em mim, eu fiquei muito feliz. Mas depois veio a AIDS e sei lá me deixou pra baixo (...). Então, agora vou parar com tudo, tipo assim, minha vida toda, não deixa com mais ânimo para fazer o que eu queria fazer (...). Eu penso assim se não é um sonho, se realmente é verdade (...). Eu gostava de fazer muitas coisas, de sair e tudo mais, e agora me sinto triste, não me sinto animada, não é como eu sentia antes (M10, 16 anos).

Mudou tudo, porque antes eu não queria saber de nada, ia pra rua e fazia isso e aquilo, mas agora eu fico mais em casa com ele, não saíu mais, e tudo por causa dessa doença. Não saíu mais para lugar nenhum, só fico dentro de casa mesmo (...). Eu saía para bar, saía com minhas colegas. Agora tudo que faço é pensando mais nele do que em mim (...). Depois que eu fiquei grávida minhas amizades todas se afastou, agora que está começando a voltar. Eu acho que é porque eu não saía mais com ela, elas me chamavam e eu dizia que não (M12, 19 anos).

A participante M10 mostra que ter tido sífilis e em seguida descoberto o HIV interferiu nos seus hábitos sociais, e esse fato chamou atenção, pois aponta para um comportamento depressivo. O que mostra a necessidades de uma equipe multidisciplinar acompanhando as família que vivenciam transições diante da IST. M12, também apresentou o isolamento social.

Os estigmas relacionados a IST pode culminar na retração social, pois o enfermo sente-se diferente do seu grupo e passa a evitar o contato social e a falar sobre a doença. A pessoa com IST sente-se inseguras para expor a sua situação de saúde, em razão do medo de serem repreendidas, julgadas ou criticadas (JARDIM et al., 2013).

Nesse sentido, quatro mães (M1, M6, M9 e M11) optaram por omitir o motivo da hospitalização do filho de seus familiares e amigos, porém duas delas (M1 e M9) tiveram o direito a confidencialidade do diagnóstico infringido pelos profissionais de saúde, conforme são apresentados nas falas seguintes:

Só minha mãe e meu pai ficaram sabendo desde a gravidez, eu não quis falar para a família dele (...). As pessoas que visitavam perguntavam o porquê ela estava lá [hospitalizada na maternidade], eu dizia é porque ela tem que fazer um exame (...). A minha irmã e a madrinha dela [C1] ficaram sabendo lá [maternidade]. Quando eu fui para ganhar ela [C1], a madrinha dela que entrou comigo viu os exames e a gente pegou e falou para ela. Porque eles [médicos] perguntavam: _ fez o tratamento? E o seu parceiro? Aí ela ficou sabendo lá, e eu expliquei para ela (M1, 21 anos).

Eu escondi até o último minuto, eu só contei para mãe dele[parceiro] e pro meu pai, porque eu não queria ninguém sabendo (...). Eu falava para todo mundo que ele engoliu água do parto. Eu odeio ter que dar satisfação da minha vida pessoal. Se eu não falei, é porque eu não quero que saiba (M6, 14 anos).

Ninguém sabe. Minha sogra veio descobrir agora, depois que eu tive ele. As médicas daqui [maternidade] disseram (...) ela [sogra] não disse nada, não perguntou nada (M9, 21 anos).

Porque tipo assim, às vezes a gente conta um problema para pessoa e ela interpreta de outro, aí começa a ficar espalhando. Porque hoje em dia não existe ninguém de confiança, a gente só pode confiar em Deus. Contei para ninguém não, tipo assim quando eu fiquei no hospital, o povo perguntou, eu disse que deu um probleminha nele, mas eu não falo não, não gosto de falar (M11, 28 anos).

Manter o sigilo sobre o diagnóstico ou fato do que se tenha conhecimento é um dever do profissional de saúde. Ainda, que não propositalmente, divulgar o diagnóstico de um cliente assistido é uma conduta antiética. Nota-se, habitualmente, nas rotinas hospitalares, que os profissionais de saúde questionam os seus clientes para fazer anamnese, evolução ou coletar informações relacionadas a doença, na presença de seus acompanhantes ou visitantes. O resultado do presente estudo mostra que essa postura é inadequada e antiética, que interfere negativamente no processo de transição de seus clientes.

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 os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (MELEIS *et al.*, 2000; MELEIS, 2007).

A hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita foi considerada um evento crítico, que gerou instabilidade e fez com que os participantes tivessem uma maior consciencialização de sua experiência de transição, bem como potencializou os sentimentos negativos que tinham emergido com o diagnóstico de sífilis. Esses aspectos foram destacados nas falas seguintes:

O que deu um se liga em mim, foi o meu filho ter ficado 15 dias internados porque a gente estava doente (...) uma coisa ruim também, pior ainda (P2, 35 anos).

Ah eu chorava todo dia, porque eu não queria ver ele sofrendo (...) eu ficava pensando ai meu Deus do céu, ele está aqui por causa de mim (...) se fosse só eu, tudo bem, fui eu que procurei né, mas ele (...) Porque assim na minha gravidez eu não estava nem ligando, mas depois que ele [C3] ficou nessas condições eu comecei a ligar, por causa da internação dele (...) porque se eu não ficar bem, ele não vai ficar bem (M3, 17 anos).

O mais chato, o mais impactante foi a notícia de saber que o dele foi neurossífilis, já sabendo que o dele não foi uma sífilis simples, já um pouquinho mais avançado (...) o pior para mim foi isso. Eu acho que depois que você aceita e entende, o que vier depois você já está preparada para entender a notícia de tudo (M5, 27 anos).

Eu chorava a cada dia, porque eu não queria que ele tivesse isso (...). É uma doença de adulto, ele não tinha que ter isso (...) foi uma experiência bem triste porque nenhuma mãe quer ver seu filho tomando medicação, nenhuma mãe quer ver seu filho doente, nenhuma mãe quer ver seu filho mal (...). Foi muito triste para mim, para o pai, toda família [avô paterno e avó materna], porque todo mundo queria que ele estivesse em casa (...) até hoje eu acho que foi por culpa minha que ele foi internado (...). Eu vou ser curada e ele também, mas eu poderia ter evitado (M6, 14 anos).

Foi um pouco ruim (...). Porque eu fiquei preocupada, não sabia como ia ser ... Aí quando lá no hospital fizeram o exame e falaram que ela estava também, fiquei um pouco preocupada (M7, 17 anos).

Uma coisa muito ruim (...) por causa que é uma criança e não tem culpa de nada (...). Eu tomei a injeção a primeira vez, sofri para caramba e não adiantou nada, Aí tomei de novo a segunda vez e depois na terceira vez a mesma coisa. Foi na hora que falei que não ia mais tomar (...) eu fiz tudo no pré-natal e não adiantou de nada, e o C8 nasceu com sífilis ainda (M8, 31 anos).

Achei que era algo simples que tinha tratamento [refere-se a sífilis] (...). Aí foi quando eu vi que essa coisa é, deixa eu ver como posso falar, é tipo uma coisa perigosa né. Que eu só ver essa criança, bichinho, sendo furado direito para fazer a medicação. Foi muito ruim, foi triste (M11, 28 anos).

No começo eu fiquei triste, chorei (...). Eu pensei que ele ia ficar com alguma sequela (...). Mas eu vi que era importante para ele e até que me acalmei e fiquei o tempo que era necessário, e se tiver que fazer de novo eu vou ficar de novo (M12, 19 anos).

A hospitalização é um evento que se sobrepõe às transições da gestação e de saúde-doença, deixando o cliente mais vulnerável. Os eventos críticos desencadeiam um período de incerteza marcado com flutuação, contínua mudança e ruptura na realidade (MARTINS, 2001; MELEIS et al, 2000).

Pode-se observar nas falas dos participantes, que a maioria atribuiu significado negativo ao evento da hospitalização do filho durante a transição de saúde-doença. A hospitalização foi tida como um acontecimento ruim, horrível. Entre os sentimentos mais citados, emergiram a culpa e a tristeza, seguidos da preocupação com a saúde do filho. O sentimento de culpa tem relação com os valores culturais arraigados de que a sífilis é uma doença exclusiva de adultos.

Um outro sentimento que se sobressai é a indignação diante na ineficácia do tratamento de sífilis na gestação para prevenir a ocorrência da sífilis congênita. A indignação

esteve presente no discurso de M8 e influenciou negativamente no seu tratamento de sífilis pós natal, pois a mesma negou-se a iniciar novamente o esquema terapêutico durante a internação do filho.

Uma participante (M12) percebeu a hospitalização como algo positivo, importante para o restabelecimento da saúde da criança. Fato que aponta que essa mãe encontra-se em um estágio mais avançado no processo de transição, a caminho do seu bem-estar.

Os significados atribuídos aos eventos que precipitam as transições e ao processo de transição em si, podem facilitar ou dificultar transições. A atribuição de significado positivo ou neutro à experiência pode ser facilitador da transição, uma vez que pode fomentar o empenhamento diante das mudanças necessárias para lidar com a nova condição. Se o significado atribuído à mudança é negativo, o processo de transição pode ser afetado (MELEIS *et al.*, 2000).

Em relatos de pais sobre o nascimento e o diagnóstico de uma criança com doença coronariana (CHD) revelou a superposição de uma transição antecipada com um esperado resultado positivo (tornando-se o pai de um recém-nascido normal e saudável) em uma transição imprevista (tornando-se o pai de uma criança com CHD). O processo de vir a conhecer, reconhecer e reconhecer a condição congênita na criança foi caracterizado como um rude despertar (MESSIAS *et al.*, 1995, apud MELEIS *et al.* 2000).

Resultado semelhantes foram encontrados em estudo sobre a parentalidade de pais de recém-nascidos hospitalizados por sífilis congênita, que conferiram significados negativos à hospitalização do filho (sofrimento, impotência, estresse, preocupação e ansiedade). (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

A presença da doença do filho faz com que a família entre em uma nova realidade, acompanhada por vários sentimentos como o medo, a ansiedade e a culpa, portanto a hospitalização é um período de muito estresse e temor. Porém, a internação de um filho também gera sentimentos positivos, como a esperança da melhora do seu quadro de saúde e a confiança de que terá êxito ao final (PÊGO; BARROS, 2017).

Os participantes do presente estudo destacaram como dificuldades durante o período da hospitalização do filho: as múltiplas punções venosas, necessárias para o tratamento intravenoso e para a coleta de exames laboratoriais; a administração das medicações; ter que omitir ou mentir o motivo da internação do recém-nascido para os visitantes; à espera dos resultados dos exames laboratoriais e de imagem; as visitas médicas e suas indagações; a

permanecia de dez dias acompanhando o filho internado. Conforme apresentados os seguintes relatos:

Preferia ter tomado mil benzetacil do que ela ficar todo dia sendo furada... Ter que ficar lá [10 dias internados] (...). Ter que falar outras coisas para as pessoas (...) as pessoas que visitavam perguntavam o porquê ela estava lá, eu dizia é porque ela tem que fazer um exame, aí é chato (M1, 21 anos).

O que dificultou para mim foi aquela parte mesmo do sofrimento do neném (...). Ele ser tão furado, para mim foi uma dor muito grande (M2, 36 anos).

Ficar no hospital foi o que atrapalhou né, tipo assim, ele sofreu mais do que eu, porque ele era ruim de achar a veia, tinha que ir lá no neonatal [UTIN], chamar o cirurgião para botar o jelco na cabeça dele, porque não achava. Aliás ia lá tomar o medicamento e o cirurgião ia tirar, porque todo dia era assim, então quem mais sofreu foi ele. Ele saiu com trinta e seis furinhos de lá, muita coisa (M3, 17 anos).

Então o que me deixava ruim era que eu ficava aflita querendo saber dos exames, ficava ansiosa (M6, 14 anos).

As injeções que ele tomou e eu sofri muito (M8, 31 anos).

O que foi ruim foi muito médico toda hora me chamando para me perguntar muitas coisas que eu não sabia direito (...) isso me deixava muito triste na maternidade e eu querendo ir embora de qualquer jeito, porque eu não aguentava ficar mais lá dentro, porque me sufocavam lá (M10, 16 anos).

Só o que fiquei mais triste foi ficar lá dez dias, ele sendo furado (...). Ver meu filho sendo furado o tempo todo era difícil, muitos exames e medicação, e também ficar aqueles dias todos na maternidade, ninguém merece (M11, 28 anos).

O que fiquei mais apreensiva assim é o acesso dele, quando eles não achavam a veia dele. E na última dosagem ele perdeu o acesso, aí teve que tomar no osso (M12, 19 anos).

Tudo que eu passei lá, ver o sofrimento dela (...) ter que ficar furando toda hora, a medicação ardia quando estava entrando na veia, ela chorava o tempo todinho (...) quando perdia a veia, tinha que furar de novo, só isso (M14, 22 anos).

Nota-se pela fala dos participantes que o sofrimento é psíquico para as mães e físico para as crianças, devido as múltiplas punções, trazendo dor e marcas no corpo, destacadas por M3: “Ele saiu com trinta e seis furinhos de lá”. Nesse sentido, é de suma importância um cuidado humanizado, acolhedor, que adote medidas (não) farmacológicas que minimizem a dor dos recém-nascidos hospitalizados e, conseqüentemente, de sua família.

De acordo com Sposito *et al.* (2017) os recém-nascidos são rotineiramente expostos à dor devido ao elevado número de procedimentos necessários para o diagnóstico e tratamento, porém contatou-se o subtratamento da dor e a subutilização da escala *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), ferramenta para pautar o cuidado de enfermagem no alívio da dor. A experiência dolorosa no período neonatal pode resultar em alterações fisiológicas, comportamentais e neurológicas futuras. Dessa forma, é preciso o desenvolvimento de políticas institucionais que atendam às especificidades dos bebês hospitalizados ao nascer e às demandas de sua família, que frequentemente vivenciam situações que os deixam emocionalmente vulneráveis.

Em contrapartida, os participantes também destacaram pontos positivos que facilitaram o período de hospitalização do filho, como: orientações dos profissionais quanto à enfermidade, aos cuidados com o recém-nascido e à amamentação; ter um tratamento disponível para a sífilis/sífilis congênita; poder realizar os exames e constatar que não houve alterações que deixassem sequelas. De modo geral, três participantes (P2, M6 e M12) fizeram uma avaliação positiva, comparando as dificuldades e facilidades vivenciadas na hospitalização, e em relação aos serviços prestados:

Aqui o tratamento é nota dez, parece coisa de primeiro mundo (P2, 35 anos).

Foi tudo muito bom, ele [C6] mal foi furado. Os exames eu ficava sempre feliz porque falavam que não acusou nada, que estava tudo bem e o do sangue falavam que a medicação vai baixar (M6, 14 anos).

Acho que não dificultou em nada, não posso dizer que dificultou, acho que só me ajudou, ainda mais eu que quero ser enfermeira, aprendi mais (M12, 19 anos).

Durante a hospitalização, é necessário um cuidado mais humanizado, onde ocorra uma relação de troca entre enfermeiro-cliente, especialmente o suporte emocional. Aspectos dificultadores como a existência de rotinas rigorosas padronizadas, a proibição de objetos/roupas de uso pessoal, a restrição de visitas, a falta de informação e de comunicação profissional-cliente, devem ser evitados, pois não leva em consideração a vivência da cliente durante a transição saúde-doença (MARTINS, 2001).

A presença de uma doença e internação do filho é caracterizada pela intensa transformação no cotidiano familiar, alterando os papéis dos pais, em prol da permanência constante de um deles no ambiente hospitalar, em particular da genitora. Os afazeres habituais são redirecionados entre os componentes da família e novos papéis são exercidos no ambiente

familiar, essas mudanças nas rotinas diárias geram desconfiança e estresse (PÊGO; BARROS, 2017).

Independente do período de hospitalização trata-se de um acontecimento desagradável para a família, sobretudo por causar modificação no convívio familiar. Os pais têm dificuldades para gerenciar os compromissos e as obrigações que adquirem. E as mães ao ver seus filhos doentes apresentam sentimentos de tensão e preocupação em como cuidar deles, já que por vezes, não recebem orientação para capacitá-las ao novo papel. Também as mães se preocupam em ficar longe da família, especialmente de outros filhos (PÊGO; BARROS, 2017; GONÇALVES *et al*, 2017).

Apesar dos significados negativos atribuídos ao processo de transição, a fé em Deus foi um aspecto facilitador, relatada nas falas de três participantes (M2, M6 e M11).

Eu encaro assim que todas as vezes que eu me afasto da igreja, acontece algo que me chama a atenção, aí eu acredito que isso é mais uma vez Deus me chamando a atenção (...) me deu muito saber que eu estava prejudicando uma pessoa que não tem nada haver com isso, então essa foi uma forma de me chamar a atenção. Eu falei com Deus se for para chamar minha atenção para que eu voltasse para igreja, eu voltaria para igreja, mas que Ele me ajudasse para o meu filho ficar curado, que eu voltaria. Ele [Deus] me ajudou para eu não criar um desespero, me ajudou (M2, 36 anos).

Eu tinha muita fé em Deus, eu pedia muito a Deus ele acabou me ajudando (M6, 14 anos).

Eu creio muito em Deus, Deus tem poder para fazer milagre, acho que por isso não tenho tanto medo (...) minha fé me ajuda muito. Eu já passei por várias situações e já vi a mão de Deus entrando o tempo todo (...). Deus cuidou de tudo, chegando lá [maternidade] elas [médicas] me trataram bem, me pegaram, fizeram meu parto, eu não sofri. Deus tinha me falado que vinha preparado tudo, aí eu não sofri. Eu fui cuidada por Deus mesmo. Durante os dez dias eu me mantive super tranquila, porque eu acho que se eu não conhecia esse Deus, eu acho que não teria suportado não, aquela furação, aquela coisa, aquela agoniação, muitos exames (...). Foi quando eu vi que Deus me confortou, porque se fosse por mim, eu tinha entrada em depressão naquele lugar (M11, 28 anos).

Percebe-se que a crença em Deus ajudou as mães, especialmente, a enfrentar os momentos difíceis da hospitalização do filho, que foi um período de grande vulnerabilidade e fragilidade no processo de transição vivenciado. M2 afirma que durante a trajetória experienciada reafirmou sua fé em Deus e que essa aproximação foi benéfica. Ressalta-se que 47,7% dos participantes eram evangélicos e frequentavam rotineiramente a igreja.

Adolescentes que vivenciaram um processo de transição saúde-doença foram sustentados pelas suas crenças em ser superior/divino. Os achados de tal estudo constatou que os participantes acreditavam numa proteção divina; que admitiram a enfermidade como prova divina, ou algo determinado por Deus ou pelo destino; que o enfrentamento da doença foi percebido como um ato religioso; que tinham uma força interior de origem divina e que Deus foi bondoso com eles durante o experiência transicional (GAMEIRO, 2016).

Durante a hospitalização do filho, os genitores recorrem a fé em Deus como uma estratégia para superar a situação que estão enfrentando, pois a mesma proporciona consolo durante esse período vulnerável, ameniza o sofrimento, auxilia para adaptação e aceitação da condição de saúde do filho hospitalizado (PÊGO; BARROS, 2017).

Outro condicionante pessoal da transição é o *status* socioeconômico, que no presente estudo foi um aspecto inibidor, já que a grande maioria das famílias pertencem as posições mais desprivilegiadas da sociedade. Com base na visão governamental, adotada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de que as classes sociais são divididas em cinco, baseadas no número de salários mínimos, tem-se que: 64,3% (9) das famílias é da classe E (excluídos), 28,6% (4) pertence a classe D (média-baixa) e 7,1% a classe C (média-intermediária). Aproximadamente, 71,4% (10) das mães não possuíam renda, sendo três estudantes.

Meleis *et al.* (2000), afirmam que indivíduos que têm baixo nível socioeconômico são mais propensos a apresentar sintomas psicológicos, portanto é um inibidor de transição saudável.

O nível socioeconômico da pessoa influencia no seu grau de instrução, nota-se que a maioria (63,3%) dos participantes do presente estudo tinham o grau de fundamental completo ou incompleto.

A baixa escolaridade, por sua vez, interfere no conhecimento dos indivíduos, na percepção dos problemas de saúde, na capacidade assimilação das informações, na forma de agir, responder frente as situações de saúde e na adesão ao tratamento (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

Observou-se nesse estudo, que os participantes desconheciam a sífilis ou apresentavam um conhecimento rudimentar ou incorreto, apesar das orientações recebidas durante o pré-natal a partir do diagnóstico de sífilis gestacional. O quadro 13 elucida o (des)conhecimento dos participantes sobre a doença:

Quadro 13 - (Des)conhecimento dos participantes sobre a sífilis

Assunto principal	(Des)conhecimento dos participantes sobre a sífilis
Contágio, Transmissão e Prevenção.	<p>Eu sei que é transmitida sexualmente, tem outros métodos de passar através de agulha, essas coisas (M1, 21 anos).</p> <p>A única coisa que me disseram é que pode pegar fora do relacionamento, tipo assim você ter relação com outra pessoa e essa pessoa pode ter e você pegar (...). Ela [médica ou enfermeira] falou que era para usar camisinha porque mesmo fazendo o tratamento um podia passar para o outro de novo (P1, 25 anos).</p> <p>A sífilis eu já tinha ouvido falar, que é uma doença sexualmente transmissível (...) É uma doença adquirida por pessoas que tem mais de um parceiro (...) e dar também por transfusão de sangue e perfuro cortantes (M2, 36 anos).</p> <p>É uma DST [doença Sexualmente Transmissível]. (P2, 35 anos).</p> <p>Eu sei que ela é transmitida pelo sexo (...). Em adultos eu não sei o que causa. (M3, 17 anos)</p> <p>Eu acho, eu tenho meio que certeza, isso pega em roupa? Porque tinha uma amiga minha de infância que pedia roupa emprestada, era short, calça, essas coisas assim que ela me pedia... É uma doença que passa se relacionando, no caso com pessoas que tem... Eu não sei o que dar no futuro, se cresce ou se diminui (M4, 20 anos)</p> <p>Eu sei que é uma doença sexualmente transmissível (M5, 27 anos).</p> <p>Eu sei que ela é transmitida pelo sexo (M6, 14 anos)</p> <p>Pode ser transmitida pelo sangue, pela relação e pelo beijo também (P7, 23 anos)</p> <p>É transmitida quando a gente vai transar com a pessoa, se a pessoa tiver a gente pega, sem usar camisinha (...) é uma doença que cura (M8, 31 anos)</p> <p>Acho que se fosse fazer umas besteirinhas [risos] acho que pega (P8, 37 anos).</p> <p>Só falaram [profissionais de saúde do ambulatório da maternidade] que eu tinha que me tratar e se tiver relação eu ia ter de novo (...) que eu não posso mais beijar ninguém (...) que se eu conhecesse alguma pessoa eu tinha que contar para ela, para ter relação tinha que dizer para ter com camisinha (...). Só que uma falou que não é nada disso, que eu já me tratei e que o meu companheiro tem que se tratar junto... é transmitida pelos dois lados, pelo sexual e pela boca (...). Na escola não passa essas matérias que explica os problemas sexuais. Eu não sabia que tinha as doenças, mas não sabia que pegava isso de uma pessoa (M10, 16 anos)</p> <p>Eu tive algumas informações sobre essa sífilis, ela é pegada em relações sexuais, isso eu sei porque me explicaram lá no posto (P11, 32 anos)</p> <p>Quando eu fiz [VDRL], da minha filha [gravidez anterior], que deu, elas [enfermeiras ou médicas] me disseram que era uma doença transmissível, pelo sexo, mas também eu nem fiz questão de saber (M11, 28 anos).</p>

	<p>Em beijo também pega. (...) e a médica falou que podia pegar também pela calcinha (M12, 19 anos)</p> <p>O que eu sei é que ela [sífilis] é transmitida pelo sexo (M13, 17 anos).</p> <p>A sífilis se pega pelo sexo (...) a enfermeira [ESF] me explicou, que pega pelo beijo, pelo sexo oral também (...) se eu tivesse relação, mesmo usando a camisinha e tivesse algum tipo de sexo oral, poderia ter contato, pegar a bactéria novamente (M14, 22 anos).</p>
<p>Estágios e Manifestações clínicas</p>	<p>A pessoa acho que ela deixa meio doida né e cheia de ferida no corpo (...). Eu acho que tendo a sífilis tem mais a porta de entrada para ter o vírus do HIV (M2, 36 anos).</p> <p>Antes eu achava que sífilis era uma coisa que ficava no sangue e transmitia para os outros e não causava muitas coisas (...) mas o último estágio dela pode até causar a morte, porque ela vem e dar os estágios e ela fica inerte no organismo, fica escondida e a pessoa pensa que fica tudo bem (P2, 35 anos).</p> <p>Sei o que eu li mais ou menos na internet (...) meu pé antes de eu descobrir estava com muita coceira, e estava escrito lá que pode dar na palma da mão e na sola do é o que eles chamam de cancro duro, alguma coisa assim (M5, 27 anos).</p> <p>Ela causa uma verruga né (...). Se com o passar do tempo a pessoa não descobri e não se cuidar ela pode matar. E o tratamento é as três doses de benzetacil (M6, 14 anos).</p> <p>Ela causa feridas no corpo, em qualquer lugar (M7, 17 anos)</p> <p>Eu andei pesquisando na internet (...). Agora eu acho que estou sentindo uns sintomazinhos, saiu uma papoca ao redor do pênis, mas já sarou (...) ninguém fala nada (P7, 23 anos).</p> <p>Se não curar, dar um monte de pereba na vagina (...) deixa a pessoa sem visão (M8, 31 anos).</p> <p>Acho que pode atingir o cérebro da gente, quando a gente ficar mais velho os ossos se quebrar todo (P8, 37 anos).</p> <p>Eu nem sei direito o que é (...). Ela [médica ou enfermeira da ESF] me explicou que podia passar para ele [filho], que tem cura (...) que era uma bactéria, que deixa machucado, lesão (M9, 21 anos).</p> <p>A enfermeira [Clínica da Família] me perguntou se já tinha tido alguma ferida na minha vagina, eu falei que não (...) me explicou direitinho que eu tinha que fazer o tratamento, mas achei que era algo simples. E a gente só acredita que pode acontecer com a gente quando sente na pele (M11, 28 anos).</p> <p>Eu sei que são sete tipos (M12, 19 anos).</p> <p>Ela pode vim dar alguns problemas (...) não sei o que possa dar na gente, em adultos (...) uns falam que podem dar ferida no corpo, outros falam que podem dar mancha, outras que podem dar verruga (M13, 17 anos).</p>

	E o que ela causa? As piores coisas, cegueira, retardo, tem pessoas que dar problemas nos ossos (...) ferida também (M14, 22 anos).
Tratamento, Seguimento e Cura	<p>É uma coisa que vai sempre ficar constando nos meus exames (...). Quando eu descobri a médica [Clínica da Família], conversou, só que não falou muita coisa também, falou que tinha que fazer o tratamento direitinho, fazer os exames de sangue para ver como é que estar e só (M1, 21 anos).</p> <p>Nunca nem tinha ouvido falar nessa doença (...). Na consulta da médica, ela falou que não era nada demais, que tinha o medicamento, que se eu fizesse o tratamento direitinho, aí eu me tratava. Aí o povo, vizinho da minha casa (...) uns falaram que não tem cura, uns falaram que é tipo uma coisa marcada, tipo uma tatuagem (M7, 17 anos).</p> <p>Eu nem gosto de falar, tipo eu nem sei como que é (...) os médicos só falaram que eu estava e como tratar (...) uns falam que tem cura, outro falam não tem. Eu perguntei a doutora, e ela falou que tem tratamento, aí perguntei: tem cura? E ela não soube responder direito. Aí não sei se tem cura ou se não tem cura (P7, 23 anos)</p>

Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Com base nos achados apresentados no quadro acima, constatou-se que a maior parte dos participantes (84,2%) tinha conhecimento que a sífilis é transmitida através de relação sexual, sendo que três (15,8%) (M2, P2 e M5) descreveram a sífilis como uma IST. Outras formas de transmissão citadas foram: contato com o sangue /transusão de sangue (10,5%) (M2 e P7) e agulhas/perfurocortantes (10,5%) (M1 e M2). Todavia, 21% (P7, M10, M12 e M14) mencionaram o beijo e 10,5% (M4 e M12) roupas compartilhadas como modo de contágio; o beijo não transmite a doença, a menos que na cavidade oral tenha alguma ferida rica em *treponema pallidum* e peças de roupas também não.

A adolescente M10 retrata o desconhecimento da sífilis antes do contágio, que o assunto de IST não é discutido na escola, como também no seu ambiente familiar. Esse fato corrobora para a importância da discussão da temática na educação escolar, pois alguns pais não discutem o tema da sexualidade e de IST com seus filhos, seja por falta de informações ou pelos tabus inerentes da sociedade

Corroborando com o achados, estudo averiguou que o número de adolescentes que evidenciaram algum nível de conhecimento sobre IST, entre elas a sífilis, foi diminuto e que a maioria dos adolescentes apontou como principais fontes de informação sobre as doença a escola, a televisão e os serviços de saúde. E contactou-se que a família foi pouco citada como fonte de referência, sendo um ponto negativo, já que a família não deveria estar tão fora do contexto educativo do adolescente (PADILHA et al, 2015).

Dentre as manifestações clínicas, as mais citadas foram: lesões cutâneas/feridas (64,%); acometimento cerebral/ retardo mental (15,8%) (M2, P8 e M14); problemas ósseos (10,5%) (P8 e M14), alterações na visão/cegueira (10,5%) (M8 e M14). Dois participantes (P2 e M6) afirmaram que a sífilis poderia levar a morte e dois (10,5%) (P2 e M12) informaram que a doença tem estágios de evolução, porém M12 falou erroneamente que a sífilis tinha sete tipos diferentes. Ressalta-se que a mãe M5 mostrou-se confusa quanto aos sintomas, ela referiu ter tido alterações nas palmas das mãos e plantas do pés, sugestivas de sintomas da fase secundária da sífilis, porém denominou de cancro duro, que consiste na primeira manifestação da doença (sífilis primária).

Os participantes mostravam conhecimento referente ao tratamento (penicilina benzatina) e ao diagnóstico (Teste Rápido/ VDRL), esse achado está relacionado ao fato de que há uma preocupação maior dos profissionais de saúde em tratar a sífilis e prevenir a sífilis congênita, do que instruir os seus clientes quanto as enfermidades; ressaltadas nas falas de M1, P7 e M7. De modo geral, os participantes do estudo não foram instruídos sobre a necessidade do seguimento clínico e laboratorial da sífilis para constatar a cura.

Quanto à sífilis congênita, as famílias também demonstraram desconhecimento, conhecimento rudimentar ou errôneo, mesmo após a comunicação do diagnóstico na hospitalização do filho. Conforme apresentados nos seguintes relatos:

Eu sabia que pode prejudicar o bebê, só não o quê, porque a médica não me explicou direito (...). Pode prejudicar a formação do bebê na barriga, se não tratasse o bebê ia ter que tratar, só isso que ela me explicou (M1, 21 anos).

Ela deixa cego o bebê (...) pode deixar parálitica (M2, 36 anos)

Sabia que podia passar da mãe para o bebê, mas eu vim saber aqui no texto que eu li (...) pode causar paralisia, essas coisas, cegueira, eu não sei muito bem (P2, 35 anos).

Disseram que era para fazer o tratamento, se não passava para ele, se não podia nascer com má formação ou com algum probleminha (...). Já escutei falar que ela causa cegueira (M3, 17 anos)

Que podia nascer cega, que podia ter problema no ossinho, má formação, essas coisas assim (...). Em ultra só falaram que ele estava bem, na cabeça, nos ossinhos, na água. Por isso, que quando a médica falou que tinha alteração no bracinho, aí eu fiquei com isso na cabeça, porque na ultra estava tudo certinho. Entendeu?! Foram quatro ultras, e falou que tanto os ossinhos da perna, quanto do braço, quanto pulmão, estava tudo certo, morfológica e tudo (M4, 20 anos).

Eu li na verdade o básico para saber dele (...) que podia causar má-formação no bebê (M5, 27 anos).

Vai para o cérebro da criança (M6, 14 anos).

No bebê não sei não (...). Eu perguntei a médica do pré-natal [Clínica da família], ela falou que não tinha perigo não porque estava dentro da bolsa (...) falou que podia passar quando a bolsa rompesse. Só que a bolsa não rompeu e ela nasceu dentro da bolsa (...) me falaram que podia ter alguma coisa física nela, podia nascer com defeito, ceguinha, com alguma coisa (M7, 17 anos).

Eu também pesquisei no bebê, eu vi umas fotos de ferida pelo corpo e tudo (...) a mulher [profissional de saúde da ESF] falou que tinha que fazer o tratamento porque tinha que ver se estava na espinha, porque podia afetar o cérebro, e podia nascer com alguma deficiência, podia afetar algum órgão (P7, 23 anos).

Podia nascer deformado, podia ter uma malformação no cérebro, só isso (M8, 31 anos).

Furaram ele aqui [punção lombar] e falaram [médicos da maternidade] que podia afetar a cabeça, que podia dar estresse, nervoso (M9, 21 anos).

A médica [ESF] falou que ela está bem, tomando antibiótico aqui, e com 2 anos vai ver se sumiu a sífilis dela (...). Ela [C6] está tratando aqui, mas para ver se a sífilis baixou só com dois anos. Ela [médica da ESF] falou que vai dar antibiótico para tomar em casa, que ela tem que tomar (M10, 16 anos)

A médica [ESF] quem falou que se eu não tratasse, ele [C12] ia ter uma coisa depois quando crescesse, ele ter problemas psicológicos (M12, 19 anos).

No neném, pode nascer com cegueira, dar problema nos ossos, até mesmo retardo mental (M13, 17 anos).

Na criança causa retardo, que é a mesma coisa do adulto, ao decorrer do tempo, não de imediato (M14, 22 anos).

Nota-se nas falas que o conhecimento dos participantes estão em maior parte relacionados as manifestações clínicas da sífilis congênita, e dentre elas destacaram-se: má-formação fetal (50%); acometimento cerebral/neurológico (50%); cegueira (31,6%); alterações ósseas (10,5%), paralisia (10,5%) e ferida (5,3%).

Vale salientar que a sífilis tem acometimento da visão, como a ceratite intersticial, mas a cegueira não é uma manifestação clínica da doença (BRASIL, 2015). As mães M9 e M12 mencionaram problemas psicológicos como decorrentes da doença, o que é um conhecimento incorreto. A mãe M7 mostra desconhecimento da transmissão da sífilis por via placentária. E a participante M10 apresenta confusão quanto ao tratamento e seguimento da sífilis congênita e da profilaxia da infecção pelo HIV, já que o seu filho recém-nascido foi exposto ao vírus.

Corroborando com os achados, pesquisas mostram que o conhecimento e o desconhecimento da sífilis se cruzam nos relatos de puérperas que tiveram filhos com sífilis congênita. Há carência de informações acerca do processo de transmissão da doença, das manifestações clínicas e sua gravidade, das práticas de prevenção, o que acaba favorecendo transmissão da sífilis ao concepto. Algumas mulheres afirmaram não conhecer e outras ouviram falar na sífilis antes do contágio (SIQUEIRA *et al.*, 2017; CAVALCANTE *et al.*, 2012).

Ainda, os autores enfatizam que o conhecimento limitado das participantes sobre a sífilis é recorrente e resultado da deficiência de informações recebidas pelos serviços de saúde. O pouco conhecimento foi adquirido após a confirmação da sífilis, durante as consultas de pré-natal. Dessa forma, é necessário reavaliar as estratégias educativas adotadas, bem como a forma de abordagem dos profissionais de saúde, que pouco esclareceram sobre a doença (SIQUEIRA *et al.*, 2017; CAVALCANTE *et al.*, 2012).

Segundo Meleis *et al.* (2000), o conhecimento e a preparação são condicionantes pessoais do processo de transição. No presente estudo, esses foram dificultadores, pois os participantes desconheciam ou tinham pouco conhecimento da sífilis antes de adquiri-la, e esse déficit de informações perpetuou mesmo após a hospitalização do filho recém-nascido. As famílias não estavam preparadas para vivenciar a transição saúde-doença diante da sífilis e da sífilis/congênita, que foram eventos inesperados.

O conhecimento limitado sobre a sífilis por parte das gestantes e dos seus familiares e também por parte dos profissionais de saúde foram tidos como problemas que afetaram o diagnóstico e tratamento de casos de sífilis gestacional (LEITE *et al.*, 2016).

Ressalta-se que o conhecimento sobre a sífilis pode ajudar o indivíduo a enfrentar a doença, minimizando os sentimentos negativos e as repercussões desse problema de saúde em suas vidas. Ao passo que o desconhecimento pode levar a emoções e atitudes que dificultam o processo de cura e prevenção da doença. Portanto, deve-se reforçar a oferta de informações na assistência a pessoa infectada pela sífilis, pois essas são necessárias para desenvolver potencialidades de enfrentamento em relação à doença e de adesão ao tratamento (SIQUEIRA *et al.*, 2017; CAVALCANTE *et al.*, 2012).

Neste contexto, é importante destacar que a insuficiência de recursos, a inadequação das sessões de educação em saúde, o suporte informativo inadequado, insuficiente ou contraditórios são condicionantes da comunidade que inibem o processo de transição do indivíduo (SCHUMACHER; MELEIS, 2010; IM, 2010).

Para a participante M11, outra condição comunitária que dificultou a sua transição saúde-doença adveio dos conselhos não solicitados e negativos por parte de outra mãe que acompanhava a filha também diagnosticada com sífilis congênita, conforme o relato abaixo:

Começaram colocar na minha cabeça, que a criança podia ficar aleijada, aí comecei a falar: _Senhor, não deixa isso entrar na minha cabeça senão eu vou ficar perturbada! (...) era uma menina que estava no quarto, uma magrinha, aquela menina me deixou maluca, aí começou a falar do exame de espinha, eu falei: que exame é esse de espinha?, aí ela começava a chorar perto de mim e dizia: É um exame que tem que tirar o líquido da coluna e a criança pode ficar aleijada (...) aquela menina botou muita coisa na minha cabeça, aí eu ficava só chorando. Aí falei para ela: -sabe de uma coisa, não quero saber de nada, deixa eu quieta (M11, 28 anos).

O negativismo diante dos problemas que a sífilis congênita pode acarretar e do exame de VLDR do líquido, colhido através de punção lombar, foi um fator impactante para M11, potencializando o seu medo e sofrimento, por isso a mesma escolheu por não receber informações compartilhadas por usuários no ambiente de internação da filha. O fato também interferiu negativamente em sua interação com outros pais.

A adolescente M6 referiu que durante toda a infância e adolescência não tinha apoio de sua família para questões de saúde e de sua sexualidade, o que foi um condicionante familiar negativo e pode ser observado na fala seguinte:

Quando eu era pequena a minha madrasta não ligava para mim, então eu não ia no posto, nada disso. Ela não cuidava de mim. Aí eu vivia como se fosse sozinha, porque meu pai trabalhava de seis da manhã até à noite, então eu não tive ninguém. Depois que eu cresci que eu comecei a ir (M6, 14 anos).

A mãe de M6 faleceu quando ela tinha cinco anos de idade, o seu pai uniu-se com a sua madrasta. A negligência do casal referente ao cuidar de M6, repercutiu em sua experiência transicional, pois, apesar de ter forte vínculo com o pai, só recorreu ao seu apoio quando foi realmente necessário, já que precisava de um responsável legal, por ser menor de idade, durante internação. Na gestação, só o parceiro sabia da doença. Após a alta hospitalar, M6 passou a morar com seu parceiro, pai de sua filha, e contou também com o apoio dele e da avó paterna (sogra de M6) para enfrentar a sífilis/sífilis congênita e ambos ajudam nos cuidados da criança.

O suporte de amigos, pares e familiares é um recurso da comunidade que pode facilitar o processo de transição (SCHUMACHER; MELEIS, 2010; IM, 2010). Partindo desse ponto,

treze participantes informaram, em seus Ecomapas, ter tido apoio de sua família extensa (especialmente, mães, pais e irmãos) durante a experiência transicional. Em sete famílias, a cumplicidade e o cuidado mútuo entre o casal foi a principal (F1, F2, F6, F7) ou exclusiva fonte de apoio familiar (F4, F9, F11).

As falas de P2, M8 e M14 descrevem a maneira que receberam apoio de seus familiares:

E a ajuda da minha mãe, porque minha mãe estava sempre com o carro dela e o marido dela ajudando a gente (...) me levavam para casa para tomar um banho e me traziam de volta (...) [durante hospitalização]. Ela trouxe agente para cá [maternidade], porque a gente não sabia para onde ia, M2 tinha que ter cesárea [Pré-natal de alto risco por diabetes gestacional] e depois desse negócio da sífilis, não é toda maternidade que faz o tratamento que aqui faz (...) minha mãe me mostrou texto na internet sobre sífilis (P2, 35 anos).

Minha mãe, minha irmã, meus irmãos, minha cunhada, todo mundo ficou surpreso assim por causa que pô eu com um monte de filhos, nunca tive isso (...). Só falaram que era para eu ter mais cuidado, essas coisa (M8, 31 anos).

Tive apoio da minha família e da família dele [ex parceiro] também, a mãe dele que me apoiou todo tempo, tudo que eu precisei ela estava ali, a avó dele, o pai dele. Pra mim o principal foi isso, porque eu sou muito emotiva, choro fácil, então em ter pessoas ao meu lado, pessoas não me criticando (...). Chegar e falar: você vai conseguir, vai dá certo! (...). Depois minha mãe e meu pai, todo mundo começou a rodar a internet procurar saber o que era, conversaram muito comigo, não me deram esporro, nem nada, mas conversaram bastante, explicando. Até depois que souberam que deu nela [filha C14] foram procurar saber como que era com a criança, todo tempo ninguém me abandonou, todo mundo ficou ao meu lado (M14, 22 anos).

Apesar do pouco conhecimento sobre a sífilis/sífilis congênita as famílias extensas apoiaram os participantes com informações, a maioria buscadas na internet, e alertando-os sobre os cuidados que precisam ter para prevenir IST. O apoio emocional, que foi destacado na fala de M14, é importante para o enfrentamento da doença e das mudanças trazidas na vida do indivíduo após o diagnóstico.

A adolescente M10 teve apoio de sua mãe e de seu irmão mais velho para o enfrentamento da sífilis. Os outros irmãos ajudam nos cuidados de sua filha, C10. Apesar de ter rompido o relacionamento e ter um vínculo superficial com o pai de sua filha, M10 teve apoio de sua sogra, que a acompanhou durante toda internação e após a alta domiciliar, M10 e C10 moraram por um curto período na casa da sogra. Ela é quem leva e acompanha, junto a M10, C10 nas consultas de puericultura e nas consultas com infectologista, devido a exposição da criança ao HIV. E também os avós paternos cuidam de C10, enquanto M10 está

estudando. M10 refere que a mãe a ajuda, quando não está trabalhando. Esse apoio familiar foi um facilitador nas transições vivenciadas (torna-se mãe na adolescência, saúde-doença diante da sífilis/sífilis congênita e AIDS) por M10.

A família atua tanto como um dos condicionantes facilitadores ou inibidores da transição, como também nos indicadores de processo, como integrante da rede de apoio do indivíduo que vivencia a transição (MELEIS *et al*, 2000).

Quanto ao apoio de amigos e outras pessoas não pertencente ao contexto familiar, quatro (M1, M2, M6 e M13) participantes disseram ter contado do diagnóstico sífilis/sífilis congênita e ter obtido apoio. M1 e M2 tinham um casal de amigos em comum, com quem possuíam forte vínculo, eles estiveram na hospitalização da criança, ajudaram no deslocamento da maternidade para o domicílio e os apoiavam em todo período pós-natal. M6 referiu que iniciou vínculo com uma mãe que quem dividia o quarto de enfermaria, e informa que através de conversas sentiu apoiada por ela e manteve o vínculo após a alta hospitalar.

A adolescente M13 teve tuberculose e sífilis durante gravidez e foi acolhida, durante a sua gestação por um casal de amigos homossexuais, eles foram um apoio importante conforme é visto no relato da participante:

Desde o começo da minha gravidez, são umas pessoas que ajudou muito a gente [M13 e sua mãe] (...) pelo fato da gente ser sozinha, ajudaram a gente até agora no final, em muita coisa (...) eles aceitou a gente, botou eu e minha mãe dentro de casa, eu já com esse problema [tubérculos e sífilis] e grávida ainda, e graças a deus deu tudo certo assim, e são umas pessoas que fazem parte da nossa família. Eles são mais da nossa família, do que as pessoas da parte do meu pai, mais do que o meu pai mesmo (M13, 17 anos).

Segundo M13, esses amigos iriam acolher também a sua filha (C13) na residência deles, assim como sustenta-las. A participante ainda referiu abandono do pai quando criança e que, mesmo diante das dificuldades vivenciadas, o seu pai e a família paterna não se envolvem. Eles foram a principal rede de apoio de M13 e sua família. Ressalta-se que após o termino do seu relacionamento, M13 manteve contato com o irmão do pai de C13, que é travesti e já teve sífilis.

Quanto à presença de sífilis na comunidade/família, outros cinco participantes informaram ter conhecimento de casos de sífilis/sífilis congênita:

Na comunidade teve uma vizinha minha, ela teve sífilis e teve filho e o bebê teve que tratar. O parceiro também tratou. Eu soube depois que tive neném (M1, 21 anos).

Eu fiquei sabendo agora há pouco tempo de uma amiga do meu esposo que ela teve, mas já tem um tempo também. E agora ela está grávida, e está fazendo o acompanhamento para ver como é que estar, o médico fala que sempre fica uma margenzinha (M5, 27 anos).

Já conheci. E aqui também conheci mais ainda [risos altos]. Muita gente, só que ninguém comenta isso não. Ninguém fala nada disso não, só fiquei sabendo de uma, porque a mãe dela falou que ela tinha pegado sífilis e ela se tratou, só ela mesmo (M8, 31 anos).

Tinha umas meninas [moradoras da comunidade Cidade de Deus] que eu conhecia sim, mas eu não falava muito, ficava calada, escutando elas falarem. Eram pessoas próximas, amigas assim entre aspas (...) Ah tinha bem umas cinco meninas que teve isso aí [sífilis] (...). Teve um bebe de uma que ficou aqui internado, igual a ele [C9] (M9, 21 anos).

A minha irmã teve. Ela teve a minha sobrinha, ficou grávida da minha sobrinha e descobriu que estava com sífilis (...) só que ela não seguiu o tratamento e não passaram tratamento para meu sobrinho e nada. Aí eu falei que se fosse com o meu filho eu ia ficar insistindo, e ela me disse que deveria ter feito isso também, mas não fez (M12, 19 anos).

Observa-se nos relatos que a sífilis é uma doença que estar presente nos ambientes sociais e familiares, porém muitas vezes, as pessoas que são infectadas não compartilham do diagnóstico porque é uma doença estigmatizada pela sociedade. Meleis *et al.* (2000) afirmam que dentro dos condicionantes, a marginalização, os estigmas presentes na sociedade atuam como inibidores do processo de transição. Dessa forma, o enfermeiro necessita conhecer o ambiente social em que os indivíduos estão inseridos, de modo a desconstruir e minimizar esses valores e julgo da sociedade quanto à sífilis e outras IST.

Uma outra questão foi apresentada por M12, que ao passar pela experiência da sífilis no período gestacional e pela hospitalização do filho com sífilis congênita, alertou a irmã, que também teve a doença em um momento anterior ao dela, para a necessidade do tratamento e acompanhamento dela e do filho. Esse fato aponta que ao vivenciar uma transição saudável, facilitada através do aconselhamento em sífilis, o indivíduo pode ser empoderado a ser multiplicador de informação na comunidade em que vive, sensibilizando outros genitores para a importância do tratamento e seguimento da sífilis/sífilis congênita.

Para avaliar se uma transição caminha no sentido da saúde e bem-estar é necessário identificar indicadores de processo e indicadores de resultados, os quais formam o padrão de resposta de uma transição. Inseridos como indicadores de processo, o “sentir-se ligado” e o “interagir” estão relacionados às conexões e ao relacionamento que as pessoas estabelecem com o meio, família, amigos e profissionais de saúde, que atua como a principal fonte de

informações e ajudam a descobrir, esclarecer e reconhecer os significados e comportamentos desenvolvidos em resposta à transição (MELEIS *et al.*, 2000).

Conforme os relatos já aqui discutidos, constatou-se que no presente estudo os participantes conectaram-se e interagiram com a sua rede de apoio familiar e amigos. De acordo com Meira (2017), o envolvimento da equipe multidisciplinar e o suporte familiar facilitam a transição.

Em relação aos profissionais de saúde, esses foram agrupados em: a) profissionais de saúde da maternidade, onde se vivenciou a hospitalização do filho por sífilis congênita; e b) profissionais de saúde da unidade de saúde, onde se realizou o acompanhamento pré-natal, o tratamento de sífilis e o seguimento da sífilis/sífilis congênita no período pós-natal.

Quanto aos profissionais de saúde da maternidade, os participantes referiram que algumas interações foram positivas, facilitando o processo de transição e outras não, como aponta as seguintes falas:

A obstetra me orientou, a pediatra, a senhora [como pesquisadora] também. Tudo que teve aqui foi ótimo (...) um tratamento humanizado. Eu achei que eles não tratam o paciente só profissionalmente, eu vi que toda vez que pegava C2, perguntava se eu estava bem, eles pegavam C2 com bastante carinho, cuidava (...) técnicas, enfermeiras, pediatra, eu gostei de todos (M2, 36 anos).

Elas [médica e enfermeira] são atenciosas, dar atenção, você pergunta, elas conversam, explicam direitinho (...). Eu gostei do atendimento delas, foram bem presentes e bem atenciosas (...) teve uma que a gente foi perguntar e respondeu: ah vocês estão querendo saber demais! Eu falei saber demais não, a gente tem direito, está internada com o neném (M5, 27 anos).

Eu gostei de todo mundo, elas [equipe] foram muito maneiras comigo, por eu ser nova e não saber, elas me explicaram muito (...) eu gostei de todas, em tudo. Quando eu estava chorando, me perguntavam o que foi, conversavam comigo (...). Eu acho que conversar e explicar é tudo, te dar um consolo, te conforta (...) elas me ajudaram muito, durante o parto e durante a internação (M6, 14 anos).

Tinha umas que era legal e outras que não eram (...) ficavam cheias de ignorância com você, falando coisas que não é para falar, essas coisas. E as outras que eram legal, a gente conversava, brincava, com uma convivência saudável (...) eu acho que as médicas que tinha que ir lá [no leito], porque ele tinha esse problema [sífilis congênita], não mandar as estagiarias (...) porque elas não sabiam falar direito (...) a médica olhava tudo e elas não faziam isso (...) porque criança pequena, ainda mais criança recém nascida, tem que ter mais cuidado ainda (M8, 31 anos).

Com alguns foi boa, com você [como pesquisadora], outras técnicas de enfermagem, conversaram comigo, me disseram o que estava se passando e isso me ajudou muito de saber. Não estavam escondendo nada de mim (M10, 16 anos)

Ela [técnica de enfermagem] se dedicava mais com ele do que as outras, quando tinha que trocar o acesso ela vinha trocar e as outras era tudo com violência, bruta (M12, 19 anos).

Me trataram super bem, ela também. O que puderam fazer para ajudar fizeram. Nesse meu desespero dela chorando e não querer ficar lá, eles se prontificam e ficavam com ela, eles preferem não deixar a criança sozinha, sempre ficar uma pessoa para pode puncionar, para fazer o exame da costela [punção lombar] que ela foi fazer também, eu não fiquei lá dentro, uma outra médica acompanhou, todo tempo me ajudaram. Todo mundo. As pediatras, as enfermeiras me ajudaram bastante (...). A equipe toda, gostei bastante de todo mundo (M14, 22 anos).

Destacam-se entre as ações da equipe multidisciplinar de saúde que facilitaram o processo de transição, durante o período de internação hospitalar: orientar/explicar, estimular e retirar dúvida, conversar/dialogar, oferecer um cuidado humanizado e atencioso, apoiar emocionalmente/confortar, estar presente, entre outras. Em contrapartida, mostrar pouco conhecimento técnico e teórico, agir com ignorância, não atender as demandas prontamente, não responder as dúvidas foram ações que dificultaram a vivência dos pacientes.

Segundo Gonçalves *et al.* (2017) uma assistência humanizada de enfermagem caracteriza-se pela valorização do outro, respeito, compreensão, envolvimento, diálogo, comunicação, esta permite a troca de saberes, gestos e emoções. Durante a assistência à criança hospitalizada e sua família são importantes o estabelecimento de vínculo e a confiança entre as partes envolvidas, para isso são fundamentais atitudes sinceras e verdadeiras, baseadas no direito e deveres do indivíduo.

Especificamente, no que tange a transição vivenciada pela hospitalização do filho por sífilis congênita, estudo averiguou que os cuidados de enfermagem: Informar, esclarecer e estimular as dúvidas, prestar assistência, promover segurança, oferece suporte emocional, demonstrar amor nos cuidados com os recém-nascidos; favoreceram os genitores a sentirem-se ligado e o interagirem com a equipe do alojamento conjunto e unidade neonatal (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Além disso, cabe à equipe multiprofissional interagir com a criança hospitalizada e sua família, de modo a ofertar técnicas e cuidados que assegurem assistência integral e individualizada. Também, compete a esses profissionais, restabelecer, encorajar e garantir por

meio de orientações, a continuidade de cuidados a criança a ser realizado pela família/acompanhante após a alta (SERAFIM; LIMA, 2016).

O participante P2 fez uma avaliação positiva da assistência da equipe de saúde, porém não estabeleceu vínculos com os profissionais durante a internação:

Eu ficava muito na minha, não ficava puxando conversa. Médico, enfermeiro, vinha, fazia o trabalho dele e eu ficava olhando de longe. Todos os profissionais são bons, ajudaram a gente fazendo a profissão deles (P2, 35 anos).

O não estabelecimento de vínculo entre profissional e paciente, especialmente, do pai, deve-se ao curto período de tempo que esse permanece na maternidade. Apesar de vigorar legislação que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005). Muitos pais não podem se ausentar do trabalho para acompanhar os seus filhos, juntos com as mães. E esse fato também interfere no vínculo do trinômio mãe-pai-filho, pela separação do pai.

No que tange ao relacionamento com os profissionais da unidade de saúde (clínica da família ou centro municipal de saúde), foi percebido um maior vínculo e interação, especialmente das famílias que permaneceram sendo acompanhadas pela equipe de saúde que fez o pré-natal, conforme aponta os relatos de quatro mães (M8, M11, M12 e M14).

O agente [agente de saúde] conversa, ele olha as crianças, até assunto da casa dele e da minha a gente conversa também, a gente é amigo agora, relação de amizade (...) o relacionamento com a enfermeira foi bom, porque ela ouve a gente, sabe explicar tudo direitinho, olha as crianças de pé a cabeça, eu gosto do tratamento dela. Ela é brincalhona também e quando tem que falar sério ela fala (M8, 31 anos).

No pré-natal, a [enfermeira] e o [médico] tinham aquele cuidado de fazer exame para ver como está o bebê, preocupação deles com a criança (...). Eu tinha as consultas direitinho, fazia as medicações (...). Eu tive mais contato com a enfermeira, ela é muito responsável. Gosto muito dela, é muito simpática. O atendimento dela é ótimo. Me explica tudo direitinho. Examina, diz como fazer e o que não fazer. Ela puxa minha orelha quando não faço o que deveria (...). Aqui [clínica da família] tive mais contato com ela (M11, 28 anos).

A [enfermeira] é atenciosa, quando ela tem que puxar a orelha, ela puxa, quando tem que dar conselho, ela dar. Da gravidez para cá, ela foi a melhor enfermeira que eu peguei. Ela me dar mais atenção do que a outra, ela examina e faz tudo direitinho. A outra só pesa ele, só mede ele e só isso. Ela [enfermeira] examina ele todinho, e a outra só pesa e mede (...) ela conversa muito comigo. Tudo eu converso com ela, desde que eu estava grávida. Se eu tiver que contar alguma coisa eu conto para ela, ela me ajuda (M12, 19 anos).

É uma relação bem íntima, porque eles vão na casa da pessoa. Quando eu cheguei da maternidade, eles não sabiam que eu fiquei internada, fiquei treze dias (...) eles foram me procurar para saber como eu estava, saber se eu já tinha ganhado neném (...). A enfermeira foi na minha casa para saber como ela estava. Eles vão em casa para saber como é que está, se está bem (...) uma relação bem íntima porque eles vão até a gente, não é só agente que vem até eles (M14, 22 anos).

Nota-se nas falas que a enfermeira é a principal rede de apoio das mães nos serviços de saúde, ela é quem examina, orienta, explica, dar conselhos, conversa, escuta, ajuda, faz visita domiciliar e busca ativa.

O enfermeiro da família tem um papel fundamental na Promoção da Saúde ao longo do processo transição. Através da comunicação, o enfermeiro influencia na busca/aquisição de conhecimentos necessários para uma adaptação bem-sucedida. A consulta de enfermagem é um espaço importante na transição, pois permite o esclarecimento de dúvidas e a educação em saúde (FERREIRA; SIMÕES; LOUREIRO, 2018).

Vale salientar que, neste estudo, sete famílias (F1, F2, F3, F5, F6, F7 e F10) foram atendidas por uma equipe de saúde ou em uma unidade de saúde diferente do pré-natal, o que interferiu nos relacionamentos entre profissionais de saúde/clientes, como mostra a fala de M5 e M7:

Fui tratada lá no Raphael de Paula [US em Curicica], com o médico das duas gestações anteriores, eu já conhecia, já sabia, já conhecia todo meu prontuário, foi ótimo. Aqui que está sendo diferente porque aqui eu não conheço ninguém, então para mim aqui é tudo novo. Aí no dia que eu vim, que a médica examinou ele (...), eu particularmente não gostei do atendimento dela, tanto que quando marcarem pedi que não marcasse para ela (...). Assim, eu não achei ela uma boa profissional, ela não soube examinar ele direito, ela não soube falar (...). Eu não sei se a outra que me atendeu, era muito jovem, era nova na área, não sei, mas eu particularmente não gostei (M5, 27anos)

A outra doutora me dava papel de exame na consulta dela [C7], mas essa daí (...) eles não estão nem aí (...) eles não perguntam nada entendeu. (M7, 17 anos).

A mudança de unidade de saúde foi em decorrência das mudanças estruturais e organizacionais das famílias, pois com a chegada de um novo membro, algumas mães e pais mudaram de residência. As alterações nas equipes foram causadas por ajustes nas áreas programáticas ou pela rotatividade dos profissionais nos serviços de saúde.

A ampla rotatividade de profissionais, seja por falta de comprometimento profissional ou por falta de incentivos aos trabalhadores, é uma grande dificuldade no estabelecimento de

vínculo e na relação do usuário com o profissional de saúde (VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

A interrupção do vínculo foi um aspecto dificultador do processo de transição. Nesse estudo, chama-se atenção para a rotatividade dos profissionais na unidade de saúde, que interferiu na consolidação do relacionamento. A participante M6 relata ter tido quatro profissionais, médicas e enfermeiras, fazendo suas consultas de pré-natal:

Olha lá as moças do pré-natal, as doutoras, me tratavam super bem... Primeiro foi com a [enfermeira 1], mas ela saiu de lá. Depois eu fiz um dia com a [médica 1], um dia com a [enfermeira 2] e depois eu fiz com a [enfermeira 3]. Aí a [enfermeira 1] perguntava as coisas direitinho, perguntava se eu sentia dor, escutava o coraçãozinho [do bebê]. A [enfermeira 2] ela não me perguntou nada, eu que tive que ficar perguntando para ela as coisas. A [médica 1] é boa também e a [enfermeira 3] também é muito boa. E depois era só a [enfermeira 3] é que eu mais gostei, tive maior contato (...). Elas davam o remédio, conversavam comigo normal, falavam que [a sífilis] tem cura (M6, 14 anos).

No período pós-natal, M6 não conseguiu atendimento marcado com nenhuma das profissionais acima, pois a equipe é específica para o pré-natal, mas pelo vínculo que estabeleceu com a última enfermeira, ela a orienta, informalmente, quanto ao seguimento da sífilis dela e do pai de C6. Quanto ao atendimento da criança, esse é realizado por médico pediatra, com quem M6 refere ter uma interação e ligação satisfatória:

Eu gosto deles. Aqui a pessoa que tira sangue é uma ótima pessoa, eu adoro ela. O pediatra é muito bom. Ele olha a criança e a mãe. Se a mãe tiver dúvida, ele explica (M6, 14 anos).

As falas de M6 e M7 mostram a importância do atendimento do binômio mãe e filho. Há uma maior familiaridade e satisfação com o profissional, quando ele inclui a mãe na consulta do filho, orientando, estimulando e respondendo as dúvidas.

Também foram fatores dificultadores na relação entre os participantes e profissionais de saúde a discriminação pelo diagnóstico de sífilis e pela sua transmissão vertical e a incredibilidade na palavra da adolescente, que foram situações constrangedoras experienciadas por M1 e M10, respectivamente:

Ficavam me sufocando, perguntando se eu estava com ele [pai de C10], essas coisas todas, porque a sífilis não queria baixar, estava no mesmo ponto e eu falei que não tinha nada, que estava separada dele. E eles ficavam insistindo, insistindo nas coisas. E foi bom numa parte que estavam me ajudando, dando conselho das coisas pra mim (M10, 16 anos).

Eu acho que aqui foi um tratamento diferente, não como uma gestante normal, ser tratada um pouco diferente. Eu não sei te explicar, mas eu sentia algo diferente, até para eu fazer o exame, para tudo. Diferente como discriminar. Não todos, ou uma médica certa, eu já passei por vários, umas com um cuidado maior, outras não (...). Igual uma que trata ela e não me trata bem (...) como se dissesse: _ é por sua culpa que ela está assim, entendeu? (...) a última vez que fiz o exame dela [coleta de sangue para o VDRL], ela disse: - olha mãezinha o que você fez, tem que se cuidar! (...). Desnecessário, porque ela está ali para trabalhar. Eu fiquei meio assim, até parece que a gente escolhe ter alguma coisa. Se eu não tivesse me cuidado, eu tomei os medicamentos certinhos, só que infelizmente (M1, 21 anos).

É importante que os usuários sintam-se acolhidos nos serviços de saúde. Para isso, o profissional de saúde não deve expor o seu juízo de valor diante dos aspectos que envolvem os problemas de saúde de seus clientes, e sim através de uma escuta ativa ajudá-los a identificar os seus problemas e criar estratégias para minimiza-los.

No decorrer da experiência de transição, o indivíduo deve sentir-se situado, em outras palavras, ser parte integrante do contexto em que estar inserido, o que inclui a consciencialização e aceitação de sua condição de saúde (MELEIS *et al*, 2000).

Com base nessa assertiva, pode-se constatar que os participantes tiveram aceitação do diagnóstico e tratamento de sífilis e de sífilis congênita, nos seus filhos. Como mostram as falas de P2 e M5:

Eu estou ciente que estou doente e tenho que tratar esta doença (P2, 35 anos).

A gente aceita e entende que se é pro bem dele [C5] a gente tem que ficar, tem que tratar, então vamos tratar! (M5, 27 anos).

Meleis *et al*. (2000) afirma que trata-se de um estado dinâmico, envolvendo novos ou reformulações de significados e percepções, adaptação ao meio envolvente e subsequentemente, o desenvolvimento da confiança e coping, que é também um padrão de resposta a transição saudável. Esse se manifesta pelo nível de compreensão dos aspectos relacionado ao diagnóstico, tratamento, recuperação, demonstrando um conhecimento mais aprofundado, como pelo nível de utilização de recursos, e pela adoção de estratégias para gerir com eficácia a nova condição de saúde.

De modo geral, os participantes mostraram-se situados e confiantes, com o nível de conhecimento aumentado, quanto ao cuidar do filho e ao tratamento/cura e seguimento da sífilis congênita, que podem ser exemplificadas nas falas abaixo:

A última vez eu que tive que vim, porque já tinha passado o tempo do exame né, eu disse: _ cadê a médica? (...) eles tinha que trazer a médica que vinha para colher e não tinham marcado [o laboratório agenda para colher o exame]. Aí eu disse que já está passando da época, aí ela disse que iam marcar. Aí passou uma semana e eles foram lá em casa e avisaram que tinham marcado (M1, 21 anos).

Eu sempre tento olhar ele como uma criança normal como todas, assim como olho para meu outro [filho de 15 anos]. Se ele tivesse nascido sem isso teria sido o mesmo cuidado, mesma coisa, conforme eu cuido do maior (M2, 36 anos).

Só falou do que a gente já sabia, do tratamento que vai ser aqui e a gente vai voltar daqui há 3 meses, quando sair daqui eu vou marcar. Aí eu falei também do exame de sangue que está para o dia 31/07. Aí no próximo dia da consulta é pra trazer (M2, 36 anos).

Pedi para a médica prescrever o VDRL e ela disse que só na próxima consulta dele que ela vai fazer o pedido. Esse é o maior problema porque no dia que marquei a consulta dele, eu vi que estava para muito longe, aí perguntei para ela se podia fazer o pedido, para eu poder fazer o exame, mas aí ela falou que primeiro tenho que avaliar, na verdade e falei com a assistente de saúde, e a enfermeira tem que avaliar ele para depois fazer o pedido dos exames (M5, 27 anos).

Meu filho e eu já estamos curados. Ele já saiu de lá curado, eu ainda não, mas se Deus quiser vou me curar, eu e meu marido (M6, 14 anos).

As falas de M1, M2 e M5 mostram como o aconselhamento no período pós-natal influenciou nos níveis de confiança e ajudou a estarem situados quanto ao seguimento do filho hospitalizado pela sífilis congênita. M1 e M5 cobra da unidade de saúde o seguimento laboratorial de acordo com o protocolo do ministério de saúde; e M2 relata um conhecimento amplo e antecipado sobre as questões de saúde do seu filho.

Os participantes sabiam informar sobre os valores das titulações dos exames (VDRL) realizados por eles, seus cônjuges e seus filhos. Estavam informados sobre os agendamentos das consultas, quanto as datas e horários. E tinham conhecimento do tratamento e seguimento da sífilis adquirida no período pós-natal, como mostram as falas de M2 e M14:

Eu, assim que tomei a última dose no posto, conversei com eles lá [profissionais da clínica da família] e marquei minha consulta lá, para poder fazer o exame. Aí eu vou agora dia 19 para ver como está. (M2, 36 anos).

Marquei nem o exame ainda, marquei para passar pela ginecologista para ela fazer o atendimento e pedir os exames (M5, 27 anos).

Eu já vim de uma consulta, aí vou fazer o exame (...) assim que eu fizer o exame, eu aviso a minha agente que eu fiz, aí ela ver com a doutora para marcar a consulta (...). O dele [pai de C14] deu 1/4 (...) fui eu que peguei o exame agora, aí ele tem que fazer outro e depois outro, tem que fazer três né?! (M14, 22 anos).

A postura proativa dos participantes em buscar os profissionais/serviços de saúde para realizarem o seguimento da sífilis/sífilis congênita aponta para a **maestria**, que inclui o domínio da situação de cuidado, isto é, ter suas próprias decisões e tomar conta de seus cuidados. Em conjunto com a **integração fluida da identidade** - que consiste na reformulação da identidade do indivíduo, resultando na incorporação de novos conhecimentos e, subseqüentemente, alteração dos seus próprios comportamentos; constituem os indicadores de uma transição saudável (MELEIS *et al.*, 2000).

Pode-se afirmar que os participantes do presente estudo apresentaram os indicadores de resultados em seus discursos, pois as experiências transicionais vivenciadas geraram neles uma reformulação de identidade, um pensar diferente, o sentir-se mais maduro, mudanças de percepção e comportamentos quanto ao autocuidado, à necessidade de se cuidar melhor, ter mais responsabilidade, se prevenir da sífilis e outras IST, de evitar gestações não-planejadas. Conforme apresentados nos seguintes relatos:

Eu acho que agora de ser mais responsável, mesmo com ele, mesmo sendo marido, ter mais cuidado para se prevenir (M1, 21 anos).

Para mim, significou que é para eu ter mais cuidado comigo mesma (...) procurar a ficar mais ciente das coisas, se aprofundar mais (...). Assim, eu continuo me cuidando normalmente, porque meu único parceiro é o P2, então a gente usa camisinha, eu fico alerta para não ter outro filho, para não gerar outra criança doente, doente mais ou menos, porque eu creio que meu filho está bem, que não passasse de novo por esse sofrimento (M2, 36 anos).

Estou me cuidando bem, eu sempre me cuidei bem (...). Mas agora, eu estava vendo aqui, que eu vou usar a camisinha com ela para o resto da vida. Sempre usar camisinha (P2, 35 anos).

A tomar mais cuidado (...) usar camisinha (...) não tive relação mais não, mas eu me cuido agora, voltei tomar a injeção (...) eu só penso na camisinha agora [risos] (M3, 17 anos).

Eu me cuido como sempre me cuidei, só que agora assim com mais atenção (...). Até porque ele [o pai de C5] tinha feito o exame e como deu negativo, eu tenho que me cuidar mais ainda, para o dele não dar nada e ele não acabar pegando (...). Eu sei que se eu não cuidar, não acompanhar, pode evoluir (...). Bom que a gente agora procura mais o médico né, mais vezes, para se cuidar e se tratar, porque fora isso a gente não quer saber de nada. Um caso muito extremo, passando muito mal, aí você vai (...). Eu falei para ele[parceiro], se a gente não usar preservativo vai que acontece alguma coisa, outra barriga, outro bebê, outra dificuldade (M5, 27 anos).

Isso me veio como lição, aprendizado, de que tem que usar camisinha com qualquer tipo de pessoa, com marido, com namorado (...) usar camisinha sempre (...) vou correr atrás de mim, eu vou me cuidar mais, e vou cuidar do meu filho e vou cuidar do marido (M6, 14 anos).

Eu acho que eu nunca mais vou dar mole, nunca mais vou transar sem camisinha. Me proteger mais, e não ter mais filho, de filho já basta, tenho sete filhos já (M8, 31 anos).

Tipo mudou a minha sabedoria, estou com mais sabedoria e minha família agora está toda mais calma porque ela ter vindo também (...) foi uma lição para mim e para os meus irmãos, porque se eu peguei, eles também podem pegar. (M10, 16 anos).

Eu fiquei com mais vontade de me cuidar mais (M11, 28 anos).

Eu já me cuidava, agora eu cuido mais ainda. Fico mais atenta no meu corpo do que antes (M12, 19 anos).

Agora eu tenho ela, tenho que pensar nela (...) Eu tenho uma certeza, que não quero mais ter nada disso, poderia ter sido uma outra pior, Aids (...). Agora eu tenho bastante cuidado, não vou falar em relação sexual porque ainda não tive. Antigamente, eu só tinha acompanhamento de alergista (...) e ginecologista (...). Agora não, estou fazendo no hospital das clínicas, pelo meu plano de saúde, todo tipo de exames (...) procurando saber se tenho mais alguma coisa, não só em relação a sexualidade (M14, 22 anos).

As falas dos participantes elucidam que passar a experiência de ter sífilis no ciclo gravídico-puerperal e transmiti-la verticalmente para o filho foi uma lição/aprendizado, propiciando saber/sabedoria e novas posturas frente a saúde de sua família. Nota-se também que o cuidar/cuidado foi bastante citado nos discursos, porém não relacionado exclusivamente a sexualidade, mas um cuidado integral e esse deve ser valorizado pelo enfermeiro e outros profissionais de saúde ao assistirem famílias que vivenciam transições diante da sífilis congênita.

Segundo Costa (2018), mudanças de hábitos foram relatadas por mulheres que vivenciaram transições diante da sífilis adquirida, especialmente quanto ao autocuidado. A autora averiguou que apesar da maioria das participantes representarem a sífilis como uma doença de cunho sexual, conseguem fazer ligação entre a sífilis e prevenção a partir de elementos que não estão relacionados somente à prática sexual, como exemplo higiene, demonstrando a complexidade e dinâmica do ser humano no processo de compreensão do mundo.

Apesar de a hospitalização de uma criança com sífilis congênita ser um evento transitório, esse ocasiona mudanças na percepção de vida e parentalidade dos pais, proporcionando-lhes aprendizado, com aquisição de novos conhecimentos e competências

em relação à doença e à parentalidade com o filho, e mais responsabilidade no desempenho do cuidado parental e do autocuidado (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Vale salientar que todos os participantes que fizeram parte das sessões de aconselhamento em sífilis no período pós-natal, realizadas durante e após a hospitalização da criança com sífilis congênita, apresentaram reformulação de pensamentos e atitudes. O que mostra o quanto esse aconselhamento foi importante e distintivo para essas famílias, que passaram adotar novos estilos de vida e comportamentos em prol de sua própria saúde e do bem-estar da criança, sobretudo, motivadas pela ciência de não querer reviver o adoecimento, nem de gerar outro filho com a mesma condição de saúde.

Todavia, não pôde-se acompanhar todo o processo de transição de sete participantes (P1, M4, P7, P8, M9, P11, M13), devido não terem comparecido nas consultas da criança para o seguimento da sífilis congênita.

Segundo Meleis *et al.* (2000), não é possível determinar quanto uma transição está completa, mas em todas as transições, deve-se alcançar um senso de equilíbrio, o domínio e um novo senso de identidade.

Dentre as metas do aconselhamento em sífilis, observou-se, considerando os indicadores de resultados, que a maioria alcançaram a adoção ou a consciencialização sobre práticas seguras na sexualidade. Quanto a alteração do comportamento sexual para o uso do preservativo habitual no período pós-natal, quatro mães (M3, M8, M10 e M14) disseram não ter tido relação sexual, mas expressaram o intuito de usar o preservativo em relacionamentos futuros; três mães (M5, M6 e M7) relataram que tiveram mais vezes relações com camisinha do que sem, todas com única parceria (cônjuge); cinco participantes (M1, P1, M2, P2 e M8) referiram ter usado preservativo em todas as suas relações sexuais; e o casal M11 e P11 não usou camisinha nas relações sexuais, porém a mãe M11 relatou o desejo em utilizar e referiu dificuldade em negociar o uso com o seu parceiro:

Ele não quer não, mas ele jogou [coito interrompido] fora. Ele não quer não mulher (...) tá difícil, com ele não tem negociação. Ele fala que não usa não (...) Eu sou uma pessoa que evita muito contenda, quando falo para usar, ele diz não faço não, e já fala com ira, aí me calo porque vou me irar também, evito confusão (...). Mas sabe qual é o negócio, o negócio não é eu, eu faço tudo direitinho, a questão é meu esposo, eu nunca vi a cabeça de jumento daquele, é difícil colocar na mente dele. Não adianta eu me trato, me trato e ele não, é difícil negociar também (M11, 28 anos).

Ainda M11 referiu que o parceiro não quis comparecer a unidade para as sessões de aconselhamento:

Ele não vem não mulher, ele não é de conversar com as pessoas não (...). Nunca veio, nunca me acompanha (M11, 28 anos).

Pode-se afirmar que ter a consciencialização sobre a importância do uso de preservativo nas relações sexuais, principalmente, durante o tratamento e seguimento da sífilis, pode não refletir em mudança de comportamento sexual, pois questões de gênero, relações de poder dos homens e submissão das mulheres pode interferir negativamente nos padrões de resposta do indivíduo que vivencia uma transição diante de uma IST, como a sífilis.

Campos *et al.* (2012) afirmam que as mulheres, principalmente aquelas que possuem parceiros fixos, tem dificuldade para inserir o preservativo nas relações sexuais. Dessa forma, é de grande importância que serviços de saúde adotem uma postura diferenciada, visando favorecer o acolhimento e identificação, junto a mulher, de estratégias de negociação com o parceiro, já que a reinfeção pode perpetuar a sífilis. A prática do aconselhamento pode resultar na quebra da cadeia de transmissão de IST e aumentar as chances do parceiro comparecer ao serviço de saúde.

Ressalta-se que as questões de gênero devem ser consideradas na assistência a famílias, pois os homens se sujeitam mais aos comportamentos de risco do que as mulheres e também buscam menos os serviços de saúde. Entre os motivos citados pelos homens para a não procura, apesar da existência de um problema de saúde, estão o não acesso ao atendimento ou a não importância dada a situação de saúde (MOURA; GOMES; PEREIRA, 2017). Uma outra questão apresentada nesse estudo que justificou a não participação da maioria dos pais desse estudo na sessão de aconselhamento foi o trabalho, cuja a falta acarretaria em perdas aquisitivas para a família.

Pode-se observar que o aconselhamento no período pós-natal foi um facilitador para os processos de transições vivenciados pelas famílias participantes, já que constatou-se indicadores de processo e de resultados de transições saudáveis. Entretanto, é oportuno apresentar na visão dos participantes em que aspectos o aconselhamento contribuiu em suas vivências, que foram organizados e apresentados no quadro 14.

Quando 14 - Contribuições do aconselhamento no período pós-natal na visão de famílias que vivenciaram experiências transicionais diante da sífilis congênita.

CONTRIBUIÇÃO PERCEBIDA DO ACONSELHAMENTO	RELATOS DE MÃES E PAI
<p>Apoio informativo, dar conhecimento, romper com estereótipos estigmatizados,</p>	<p>Eu fiquei sabendo mais sobre a sífilis com você, porque eu não sabia muito bem, o que acontece, os períodos dela [estágios da sífilis], tanto que eu tive uma reação, uma bolinha no pé, ficava mais vermelhinho, e eu não sabia o que era, aí eu fiquei sabendo que poderia ter relação com a sífilis através de você. As reações [manifestações clínicas], o que acontece sobre a sífilis, eles [profissionais de saúde] não comentaram (...). Eu não tinha noção do que era, do que fazia, do que acontecia. Para mim era só uma bactéria que tinha, tomava e acabava (M1, 21 anos).</p> <p>Me ajudou bastante, porque quando eu descobri que estava com sífilis, eu imaginei que estava com soropositivo também. Aí você foi explicando o que é, então eu fui conhecendo o que realmente é a sífilis. Basicamente a gente via que quem tinha sífilis tinha um monte de machucados, um monte de coisas, já era soropositiva. Eu fui conhecendo que não era assim, podia ser uma pessoa nada haver (...). Você me deu conhecimento (M2, 36 anos).</p> <p>Você me ajudou a aprender mais sobre a sífilis do que eu sabia, porque antes disso eu não sabia o que era sífilis (...) porque no meu pré-natal falou de HIV, mas de sífilis não falou não (...). Não tanto quanto na maternidade (M12, 19 anos).</p>
<p>Resposta e estímulo às dúvidas</p>	<p>Tirou minha dúvida, porque no começo eu não sabia o que tinha e o que dava. Na maternidade, uma mulher com bebezinho, falou para mim que isso não tinha cura, ficava uma cicatriz para vida toda, e outra diz que tinha cura. Mas aí você falou que tinha o tratamento e tinha cura (M7, 17 anos).</p> <p>Me explicou as coisas que eu não estava sabendo (...). Você tirou uma dúvida minha, porque as pessoas diziam que eu nunca mais ia beijar ninguém, tipo assim me botando medo (M10, 16 anos).</p> <p>Ajudou a esclarecer bastante coisas. Todas as dúvidas que eu tinha eu esclareci com você. O que eu não sabia, por exemplo, os sintomas, as coisas que davam, e eu achava que sabia tudo e não sabia (M14, 22 anos).</p>
<p>Rede de apoio, relacionamento.</p>	<p>No hospital, só tive algum relacionamento com você mesmo. (M1, 21 anos).</p> <p>Com alguns a relação foi boa, com você e duas técnicas de enfermagem (...) conversaram comigo, me disseram o que estava se passando e isso me ajudou muito de saber (M10, 16 anos).</p>

	<p>Na maternidade, só com você, que conversou com nós dois, explicando tudo. E até comentei com meu esposo quando falou comigo, disse: _olha a enfermeira da maternidade me ligou! eu fiquei muito feliz por ter lembrado da gente, ouvindo e cuidando da gente. O resto não tive um contato maior (M11, 28 anos).</p> <p>Isso para mim foi muito bom, só porque você falou que não vinha mais eu fiquei triste. É porque, tipo assim, eu fiquei sentindo que eu tenho uma amiga para conversar que é você, porque eu não tenho ninguém para conversar, não tenho família, não tenho amigo, não tenho nada. Um apoio (M11, 28 anos).</p>
Acolhimento	<p>Eu me senti, como se diz, acolhida né. O que muitas [referindo-se aos profissionais] da daqui [clínica da família] não fizeram, você faz (M1, 21 anos).</p>
Orientações e conselhos	<p>E você me ajudou e me orientou sempre (M1, 21 anos).</p> <p>Ajudou a gente ter saído daqui já orientados, não estamos mais cegos (M2, 36 anos).</p> <p>Me ajudou aconselhando das coisas, dizendo que isso não pode tem que ser com camisinha, falando das coisas, me dando sabedoria. Me deu conselhos das coisas (M10, 16 anos).</p> <p>Tu me ajudou muito (...). Tu me orientou, tu abriu minha mente, eu achei que isso era uma coisa normal (...) eu fiquei com mais vontade de me cuidar mais né (M11, 28 anos).</p>
Consciencialização	<p>Ajudou para gente ver a importância que é a doença, porque só uma vez a gente fala: _depois vou ver. E nunca vai ver. Mas toda vez que você vai falando, lembrando, a gente vai colocando aquilo na cabeça, a importância mesmo (M2, 36 anos).</p> <p>A senhora foi como uma direção que veio para gente né. A senhora veio para direcionar a gente: _ vocês tem que se tratar que isso é uma doença e a gente não sabia (P2, 35 anos).</p> <p>Ajudou, por causa do acesso, você conversou comigo (...). Então a conversa ajudou (...) assim na minha gravidez eu não estava nem ligando, mas depois que ele ficou nessas condições eu comecei a ligar, por causa da internação dele (...). Foi bom. Abriu meus olhos para a doença (...) usar a camisinha, essas coisas (M3, 17 anos).</p> <p>Na hospitalização o que contribuiu mesmo foi você, quando me chamou para conversar, me explicar tudo direitinho, falou a causa da doença, foi quando fui saber da gravidade. Você me explicou o que podia causar em cada fase. Fiquei mais tranquila, E não teve mais nada que facilitou (M11, 28 anos).</p>

<p>Apoio emocional, diminuição das ansiedades</p>	<p>Pensava que era alguma coisa que ia levar meu filho a morrer. Aí você veio me acalmar (M3, 17 anos).</p> <p>Você que foi lá [convidar para a sessão de aconselhamento] e conversou comigo para caramba, me deu maior força (...) me ajudou psicologicamente (M5, 27 anos).</p> <p>Ajudou. Porque eu fiquei menos preocupada, porque quando eu soube que tive [sífilis], fiquei muito preocupada. É eu fiquei mais tranquila quando a gente conversou lá [maternidade] (M7, 17 anos).</p> <p>Eu pensava muito que ia ter que voltar a ficar internada com ele, aí me ajudou a ficar mais aliviada, mais calma, saber que não era tudo aquilo (M12, 19 anos).</p>
<p>Empoderamento, estímulo a busca por novos conhecimentos, estímulo ao autocuidado.</p>	<p>Tudo que você me explicou na maternidade eu fiquei pesquisando. Aprendi que a gente tem que ter mais cuidado com o nosso corpo, e também porque nosso filho pode até ter sequelas [complicações decorrentes da sífilis congênita] ou até nós mesmos [decorrentes da sífilis] (...). Foi bom, porque se no futuro eu tiver outro [relacionamento] eu posso me cuidar mais (...) me ajudou a descobrir mais sobre a sífilis, estudar mais, ainda mais eu que quero ser enfermeira, quero saber de tudo (M12, 19 anos).</p> <p>Foi bom porque abriu meus olhos para caramba (...) fiquei sabendo de coisas que eu não sabia (...) em relação a doença, em relação aos cuidados que eu tinha (...). Você me ajudou bastante (...). Algumas coisas que eu não sabia, você me instruiu a perguntar a médica, é porque eu não tenho noção. Eu não tinha ideia das coisas que tinha que perguntar e me ajudou isso (M14, 22 anos).</p>

Fonte: Dados da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Evidencia-se que os participantes do estudo perceberam a prática do aconselhamento no período pós-natal e o profissional/aconselhador, que nesse estudo também era o pesquisador, como facilitadores para o enfrentamento da sífilis/sífilis congênita.

Em contrapartida ao limitado apoio informativo fornecido pelos profissionais de saúde, em todos os níveis de atenção, as sessões de aconselhamento proporcionaram conhecimento amplo sobre a sífilis/sífilis congênita, orientação e capacitação às famílias para desempenharem o autocuidado e o cuidado com a criança com confiança e êxito. Além disso, as ações de educação em saúde, contidas no aconselhamento, facilitaram a consciencialização dos participantes e ajudaram a romper com os estigmas sociais, resultantes de valores culturais e do desconhecimento da população quanto à sífilis. Para Meleis *et al.* (2000) o

suporte de informação qualificada consiste em um condicionante facilitador do processo de transição.

Simultaneamente, o ambiente acolhedor das sessões de aconselhamento contribuiu para que os participantes explanassem suas dúvidas e preocupações, compartilhassem as dificuldades vivenciadas durante o processo de transição e recebessem o suporte emocional de acordo com as particularidades de sua família.

Quanto a ajuda psicológica que M5 se referiu, essa está relacionada ao fato de que o seu parceiro, pai da criança, distanciou-se dela após receber a notícia do diagnóstico de sífilis no último trimestre da gestação, apesar de morarem juntos. A mãe contou que no início da gravidez ele mostrou apoio e depois do diagnóstico ele a culpa pela doença, pois o resultado do teste rápido dele deu não reagente. O parceiro também a culpa pela internação do filho. Em meio à lágrimas expressa desejava o apoio dele. Através da sessão de aconselhamento, foi ofertado a M5 apoio emocional, com palavras positivas, buscando amenizar o sentimento de culpa e apoio informativo, sobre a possibilidade do primeiro exame de VDRL ter dado um resultado falso negativo, por causa do fenômeno prozona (BRASIL, 2015).

Um dia após ao acontecimento, M5 me relatou ter conversado com o seu parceiro e a relação dos dois melhoraram. Ela referiu que o esposo aceitou melhor a internação do filho e que durante o diálogo não a culpabilizou pela hospitalização do filho. Pediu que ele participasse mais dos cuidados com o filho e ele veio visitá-los, no mesmo dia, no intervalo do trabalho, e participou dos cuidados com o filho, possibilitando um maior vínculo mãe-pai-bebe.

Vale salientar que duas participantes (M1 e M11) só sentiram-se ligadas e interagiram, no ambiente hospitalar, com a enfermeira-pesquisadora que prestava o aconselhamento. Evidenciando que é preciso priorizar o acolhimento, o vínculo, a escuta ativa, o relacionamento, a abordagem educativa; ao invés de práticas assistenciais baseadas no modelo biomédico, que valorizam a doença e não o indivíduo. Ainda, que é necessário repensar a abordagem que presta orientações de forma prescritiva e desconsidera o contexto de vida do usuário do serviço de saúde.

Meleis *et al.* (2000) evidencia que o fornecimento de cuidados culturalmente competente em hospitais exige a continuidade nas relações entre os prestadores de cuidados de saúde e pacientes. Essa afirmativa reforça a importância do aconselhamento em sífilis no período pós-natal, já que esse permite a construção de vínculo entre as partes e auxilia as famílias na adaptação dos cuidados do ambiente hospitalar para o domiciliar.

Além disso, pode-se afirmar que a prática do aconselhamento, enquanto intervenção de enfermagem, facilita os processos de transições das famílias assistidas ao fornecer apoio informativo, conselhos fidedignos, respostas a dúvidas, dentre outras contribuições, as quais fazem parte dos condicionantes de uma transição saudável (SANTOS *et al.*, 2015).

As atividades de aconselhamento, que são realizadas predominantemente pelo enfermeiro, são indispensáveis diante do diagnóstico de uma IST por minimizar os sentimentos negativos vivenciados, fornecer suporte emocional, sanar dúvidas sobre as infecções, possibilitar o seu tratamento e auxiliar na prevenção de infecções futuras (FERNANDES *et al.*, 2016).

Os enfermeiros, comumente, são os principais cuidadores de indivíduos e famílias que vivenciam transições; atuam prestando-lhes assistência em relação às mudanças e novas exigências que essas trazem para a vida cotidiana deles, também preparando-lhes para outras iminentes transições. Eles são facilitadores do processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas às experiências transicionais (ANDRADE *et al.*, 2014; GUIMARÃES *et al.*, 2018).

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).

No presente estudo, os enfermeiros tiveram um papel fundamental no cuidado transicional prestado às famílias participantes. Na atenção, básica se destacaram por oferecer maior vínculo, diálogo e informação do que outros profissionais; durante a hospitalização, como equipe de enfermagem auxiliou os pais a desempenharem sua função parental no cuidado com o recém-nascido com sífilis congênita, além de oferecer suporte emocional; e, especialmente, através das sessões de aconselhamento proporcionou acolhimento, escuta ativa, vínculo, amplo apoio informativo e emocional, aconselhamento para gerir os problemas, fez parte da rede de apoio das famílias e, também, permitiu a comunicação e articulação dos diferentes níveis de assistência em saúde, entre outras atividades que resultaram em vivências de transições saudáveis.

4.2.2 CATEGORIA ANALÍTICA 2: Compreendendo a trajetória de famílias no período pós-natal em busca do tratamento, acompanhamento e cura da sífilis/sífilis congênita na perspectiva do aconselhamento: da vulnerabilidade à resiliência

Nesta categoria foi abordada a trajetória vivenciada pelas famílias egressas da hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita em busca do tratamento de sífilis, seguimento e cura da sífilis/sífilis congênita. Desse modo, foram identificados e discutidos os riscos e elementos da vulnerabilidade que influenciaram nessa trajetória e como o aconselhamento de sífilis no período pós-natal contribuiu para a resiliência dos participantes e, conseqüentemente, na diminuição de suas condições de vulnerabilidade.

Entende-se risco como a exposição de indivíduos ou grupo de pessoas a determinadas situações que envolvem comportamentos, modos de vida, orientação sexual, entre outros, tornando-os suscetíveis aos agravos à saúde. E a vulnerabilidade como um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social e cultural, cuja interação amplia ou reduz o risco ou a proteção de um grupo populacional diante de uma doença, condição ou dano (BRASIL, 2005).

A vulnerabilidade pode ser analisada segundo três eixos interligados: Individual, Social e Programático:

A **vulnerabilidade individual** refere-se aos aspectos próprios do estilo de vida dos indivíduos, que podem contribuir para que se exponham ou se protejam à doença. Depende do grau e da qualidade de informação de que as pessoas dispõem da doença 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** trata-se 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. Está relacionada aos 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 à 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).

Vale-se ressaltar que vulnerabilidades são passíveis de minimização e de serem revertidas. Nesse sentido, traz-se o conceito de resiliência, que é complexo e amplo, focalizado em vários contextos e abordagens, entretanto, na área da saúde, caracteriza-se pela capacidade do ser humano responder positivamente às demandas da vida cotidiana, apesar das adversidades, resultando na combinação entre os atributos do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e cultural. A capacidade para superar as dificuldades abrange a habilidade do indivíduo para lidar com as mudanças, a autoconfiança, as estratégias e aptidões das quais dispõe para enfrentar os problemas (NORONHA *et al.*, 2009).

Há pessoas que são mais resilientes do que outras; enquanto umas lidam, adaptam, superam e constroem caminhos positivos diante das circunstâncias adversas, outras com menor resiliência se deixam vencer diante dos obstáculos. Quanto mais a resiliência do indivíduo é potencializada, menor será a vulnerabilidade e vice-versa (ASSIS *et al.*, 2006; BARRETO, 2008).

A priori, constatou-se que todos participantes deste estudo foram vulneráveis à sífilis no período gestacional e à transmiti-la verticalmente ao filho. Para facilitar a compreensão do leitor foram avaliados, na fase 1 do estudo, os riscos e elementos de vulnerabilidade individual e social das famílias à sífilis/sífilis congênita e apresentados no quadro 15.

Quadro 15 - Avaliação de mães e pais participantes da fase 1 do estudo quanto aos riscos e elementos de vulnerabilidade individual e social à sífilis.

Participante	Riscos e elementos de vulnerabilidade à sífilis	Participante	Riscos e elementos de vulnerabilidade à sífilis
M1	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Falta de conhecimento sobre a camisinha feminina; - Parceiro atual etilista; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais antes do tratamento de sífilis; - Baixo poder econômico e financeiro. 	M4	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Confiança na monogamia do parceiro.
P1	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Etilista social; - História prévia de uso de droga ilícita (maconha) há 4 meses; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais antes do tratamento de sífilis; - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro. 	M5	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais antes do tratamento de sífilis; - Confiança na monogamia do parceiro; - Baixo poder econômico e financeiro.
M2	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Confiança na monogamia do parceiro; - Parceiro atual com história prévia de sífilis tratada sem seguimento. 	M6	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais antes do tratamento de sífilis; - Adolescência e precocidade na vivência sexual; - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro.
P2	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Confiança na monogamia da parceira; - História prévia de uso de drogas ilícitas (cocaína, maconha) há 3 anos. - História prévia de sífilis tratada sem seguimento clínico. 	M7	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Etilismo antes da gravidez; - Baixo nível de instrução; - Adolescência; - Baixo poder econômico e financeiro.
M3	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - História prévia de corrimento vaginal por outra IST; - Etilismo antes da gravidez; - Teve parceiro sexual usuário de droga ilícita (cocaína); - Confiança na monogamia do parceiro; - Adolescência; - Baixo nível de instrução. 	P7	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Etilista social. - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro.

Continuação			
Participante	Riscos e elementos de vulnerabilidade à sífilis	Participante	Riscos e elementos de vulnerabilidade à sífilis
M8	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Confiança na monogamia do parceiro; - Etilista; - História prévia de IST (Vírus de Hepatite tipo B positivo); - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro. 	P11	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - História de sífilis em gestação anterior da parceira; - História prévia de uso de drogas ilícitas (maconha, cocaína e outras) há 5 anos. - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro.
P8	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Etilista; - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro. 	M12	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro.
M9	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais (gravidez planejada); - Usuária de drogas (maconha); - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro. 	M13	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Adolescência; - Etilista; - usuária de drogas (cocaína e loló); - Não utilização de preservativo nas relações sexuais antes do tratamento da sífilis; - Confiança na monogamia do parceiro; - Abandono paterno; - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro.
M10	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento incorreto e insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais antes do tratamento da sífilis; - Confiança na monogamia do parceiro; - Imunossuprimida pelo HIV; - Adolescência e precocidade na vivência sexual; - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro. 		
M11	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - História de sífilis em gestação anterior; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais; - Dificuldade em negociar o uso de preservativo; - Submissão ao parceiro; - Baixo nível de instrução; - Baixo poder econômico e financeiro. 	M14	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento insuficiente sobre a sífilis e sífilis congênita; - Não utilização de preservativo nas relações sexuais antes do tratamento da sífilis; - Confiança na monogamia do parceiro.

Fonte: Questionários de 14 mães e 5 pais entrevistados na fase 1 do estudo.

Observa-se que na dimensão individual prevaleceram os seguintes elementos de vulnerabilidade: conhecimento insuficiente e/ou incorreto sobre a sífilis/sífilis congênita; não utilização de preservativo nas relações sexuais, antes do tratamento de sífilis e confiança na monogamia do parceiro; História de drogadição foi relatada por cinco participantes, deles três (P1, M9 e M13) fizeram uso na gravidez atual; e 50% dos participantes eram consumidores de bebidas alcoólicas, duas mães (M3 e M7) pararam na gravidez. Dentre as vulnerabilidades sociais, destacaram-se: a adolescência (M3, M6, M7, M10, M13), o baixo nível de instrução e o baixo poder econômico e financeiro.

Vale salientar que três participantes (P2, M11 e P11) já tiveram sífilis antes da gravidez atual, ambos referiram ter realizado o tratamento prescrito, mas não tiveram um acompanhamento para confirmar a cura clínica, que pode ser evidenciado nos seguintes relatos:

Uma vez me deu essa feridinha na boca [aponta para os lábios inferiores], aí a doutora mandou fazer uma biopsia e mandou fazer exames de sangue. No exame de sangue ela olhou assim e disse: - o que você tem é sífilis. Mandou eu tomar a benzetacil. Eu tomei a benzetacil e de lá para cá eu não fiz mais nada (...). Isso foi em fevereiro de 2016 (P2, 35 anos).

Desde a minha filha [nascida em 2013] que eu fiz o teste e deu reagente, aí eu fiz o tratamento, eu e meu esposo, nós dois fiz (...). Lá na Bahia é tudo diferente daqui, isso aqui para mim está sendo novo, parece até que é meu primeiro filho, lá não tem nada disso (...) porque lá [Bahia] não fizeram exame não, nunca fez (...) eles não me explicaram a gravidade dessa doença como me explicaram aqui (...) mas também eu nem fiz questão de saber (M11, 28 anos).

O pai P2 não foi aconselhado a manter o seguimento da sífilis após o tratamento. A mãe M11 refere que o casal foi diagnosticado e fizeram tratamento para sífilis em gestação anterior, porém a criança não foi hospitalizada, também não foi realizado o seguimento da família para a sífilis/ sífilis congênita. O MS preconiza que deve ser realizado o seguimento para sífilis adquirida e para a sífilis congênita da criança exposta a sífilis na gestação, para ratificar que não houve a transmissão vertical (BRASIL, 2018).

História prévia de sífilis é um elemento de vulnerabilidade individual, se não constatada a cura não se interrompe a cadeia de transmissão da sífilis, aumentando as chances para futuras gestações com sífilis e para a ocorrência da sífilis congênita. Nesta perspectiva, pesquisa realizada em um hospital universitário em Porto Alegre/RS verificou que a sífilis congênita foi evidenciada em 68,4% das gestações subsequentes de mulheres que tiveram sífilis em gestação anterior (HEBMULLER; FIORI; LAGO, 2015).

Os resultados de um estudo nacional de base hospitalar, composto por puérperas e seus recém-nascidos, apontaram que a faixa etária de 20 a 34 anos, a cor parda ou preta, a baixa escolaridade das mulheres estavam associadas à maior ocorrência de infecção pela sífilis e de sífilis congênita. A maioria das puérperas com sífilis não viviam com seu parceiro e não tinham trabalho remunerado. A sífilis congênita esteve associada à maior vulnerabilidade social e falhas na assistência pré-natal (DOMINGUES; LEAL, 2016).

Quanto aos fatores de risco associados ao abandono do seguimento dos RN expostos à sífilis na gestação, pesquisa averiguou que as mães que tiveram maior probabilidade de interrupção, foram de idade superior a 30 anos (2,94 vezes mais que as de idade inferior a 20 anos); que tinham mais de 2 filhos (2,68 vezes mais do que as com única gestação). Das mulheres que tiveram sífilis gestacional, 65,2% possuíam escolaridade menor do que oito anos de estudo, porém a escolaridade materna não mostrou ser um fator de risco para a interrupção do acompanhamento. Através do seguimento de sífilis congênita pode-se investigar a ocorrência de sinais e sintomas da doença; observar alterações nos sistemas, incluindo o neurológico; legitimar a efetividade do tratamento ou a necessidade de retratamento. Interrompe-lo pode trazer prejuízo as crianças, como afetam as metas estabelecidas pelo Ministério de Saúde (FELIZ et al, 2016).

Em se tratando das redes de suporte dos participantes, observou-se que as US foram as instituições de saúde mais identificadas nos Ecomapas, sendo únicas para onze famílias. Contudo, as relações com as unidades/profissionais de saúde foram em sua maioria superficiais ou inexistentes para os pais e moderadas para as mães, com um maior esforço empregado pelos participantes para a obtenção dos recursos (acesso à exames e resultados, às consultas, aos encaminhamentos para especialistas, à informações precisas e saberes corretos, entre outros) para o acompanhamento da sífilis/sífilis congênita.

Constatou-se, através das falas dos participantes, que o suporte das instituições de saúde não estavam organizados e estruturados, o que é um fator indispensável para a promoção da saúde dessas famílias.

Corroborando com o achado, os autores Silva, Val e Nichiata (2010) apontaram algumas vulnerabilidades programáticas que estão relacionadas à IST no contexto da ESF, como a dificuldade de acesso aos serviços, os problemas de articulação com outros recursos sociais, a falta de capacitação dos profissionais de saúde, as dificuldades para realização do diagnóstico e a ausência de estratégias de assistência - visita domiciliar e aconselhamento, as quais podem reduzir às vulnerabilidades da população assistida.

No presente estudo, desde a primeira sessão de aconselhamento de sífilis no período pós-natal, realizada no período de hospitalização da criança por sífilis congênita, foi realizado a identificação dos riscos e vulnerabilidades em conjunto com os participantes, bem como foi ofertado apoio informativo e emocional. Entretanto, três famílias (F4, F9 e F13) não compareceram à unidade de referência para o seguimento da sífilis e sífilis congênita, além disso, os serviços de saúde não fizeram busca ativa dos usuários pela periculosidade da região; evidenciando outros dois elementos de vulnerabilidade social (periculosidade, que está associada acessibilidade) e programática (falta de busca ativa, o usuário tem que procurar o serviço) que influenciaram na trajetória dessas famílias.

Garantir que os usuários realizem o tratamento de sífilis é um dos grandes desafios para a atenção básica; por isso há a necessidade de promover ações dos profissionais de saúde de educação em saúde, busca ativa, notificação de todos os casos, tratamento e seguimento para comprovação de cura, assim, favorecendo um melhor enfrentamento da doença (VASCONCELOS *et al.*, 2016).

O restante das famílias compareceram as unidades de atenção primárias (clínicas da família ou centros municipais de saúde) ou ambulatório da maternidade, NAIRR, para as consultas de seguimento das crianças, todavia o acompanhamento não ocorreu conforme preconizado pelo Ministério de Saúde. Segundo o protocolo clínico vigente, deve-se programar consultas ambulatoriais mensais até o 6º mês e bimestrais do 6º ao 18º mês de vida das crianças expostas à sífilis ou com sífilis congênita diagnosticada (BRASIL, 2018).

Nesse estudo, das onze crianças que foram acompanhadas no período pós-natal (até 6º mês de vida), somente duas tiveram consultas mensais; a média foi de quatro consultas no semestre. Ressalta-se que só uma criança (C5) faltou uma única consulta previamente agendada, justificada por ela ter tido hipertermia e mal-estar, mostrando a adesão ao seguimento clínico da criança. Mas seis participantes (M2, M3, M5, M7, M8 e M9) referiram problemas quanto a marcação, tanto nas US quanto no NAIRR, conforme os seguintes relatos:

Ainda não conseguimos marcar, será que a agenda de janeiro está aberta [NAIRR]? (novembro de 2017) (...). Marquei para fevereiro, a agenda de janeiro já estava cheia (dezembro/2017) (M2, 36 anos).

Olha eu fui lá [US em Sepetiba] em agora em dezembro e vou de novo em fevereiro (...) a consulta é entre 2 a 3 meses (...). Como ele ainda é bebezinho ainda está fácil. Tem uma parte lá que a gente marca, depois de um ano que vai ser complicado (M2, 36 anos).

Já é a segunda vez que vou na maternidade para marcar o retorno [primeira consulta pós-alta hospitalar datada em 10/07/2017] do C5 e não consigo. Fui na semana que passou, mandaram eu ir hoje, aí meu marido foi agora cedo e disseram que não dar para marcar porque as duas médicas estão de férias. Mandaram voltar para marcar só no meio de agosto, sendo que ele precisa refazer o exame né? Com 30 dias? (...). Fiquei preocupada por conta dos exames que ele precisa repetir (...). Não quero que meu pequeno venha a ficar com nenhuma sequela, por isso me preocupo em fazer tudo logo (...) a consulta foi marcada para o dia 26/09/2017 (M5, 27 anos).

Depois daquela, só hoje [médica não compareceu, consulta reagendada], três meses depois. Ela [enfermeira] falou que ia ter que marcar para março. Eu falei que não ia marcar para março porque a consulta já estava marcada, ela [médica] que dê o jeito dela de encaixar (M3, 17 anos).

Ela [enfermeira] não marcou a próxima consulta dela de jeito nenhum, não sei quando ela vai ser consultada. E também a clínica está de greve, está tendo só vacina, entendeu? [novembro/2017] (...) eu não consegui ainda não, perguntei ao agente de saúde quando ia ter consulta porque tem 2 meses que ela não tem [dezembro/2017] (...). Eu até perguntei porque a C7 tem uns exames para fazer, do ouvido, do olho, de tudo né, mas não falam nada [janeiro/2018] (...) a consulta é dia 22 de janeiro (M7, 17 anos).

Na consulta dele eu fui lá sim, só que ela [enfermeira] não tinha ido, tinha faltado. Ela [enfermeira] falou até que era para eu faltar o serviço que ia me dar o atestado para eu levar pro meu serviço, até botaram falta para mim. Botaram falta e tudo lá, e até hoje [última no 4º mês de vida] não marcaram mais nada para ele (...). Não teve nenhum agendamento, porque quando tem consulta eu vou. Eu não falto e eu vou sempre (...). Ai ele [agente de saúde] falou que ia vim aqui trazer as marcações dele e não veio (...) estava quase toda semana aqui, ele sumiu...não está trabalhando mais lá não? (M8, 31 anos).

A consulta da Eduarda foi remarcada novamente. Ainda não sei a nova data. Eu não sei, mas acho que os funcionários não estão indo por causa da greve (M14, 22 anos).

A partir das falas contatou-se que as mães buscaram os serviços de saúde para realizar corretamente o acompanhamento dos seus filhos, mas que não foi possível em virtude da demora para o agendamento ou não marcação das consultas, do não comparecimento do profissional de saúde e greve dos funcionários – motivada pela redução de contratos e pela ameaça de fechar onze unidades de saúde na região 4.0. Evidenciou-se vulnerabilidades programáticas no sistema de atenção à saúde da criança.

O seguimento das crianças diagnosticadas com neurosífilis (C2 e C5) se deu no NAIRR e nas US próximas a sua residência, tinham consultas de puericultura, em ambos locais as mães M2 e M5 tiveram dificuldades quanto ao agendamento.

É importante ressaltar que constava no prontuário eletrônico de C8 falta da criança nas consultas de puericultura. Quando M8 foi questionada sobre o fato, ela relatou que a enfermeira é que não havia comparecido e que não houve mais agendamentos desde o 4º mês de vida da criança. A enfermeira da unidade ratificou o que foi relatado de M8 e ainda afirmou que o agente de saúde de sua equipe lhe informara que M8 não estava comparecendo as consultas por ele agendadas, porém M8 não recebia visitas domiciliares.

Ressalta-se que na primeira consulta de seguimento da criança na clínica da família (C3) e com a infectologista pediátrica (C5) foram solicitados às mães os resultados dos testes não treponêmicos, realizados pela mãe (VDRL do sangue) e filho (VDRL do sangue e do LCR) durante da internação do da criança, pois os dados não constavam no resumo de alta:

Porque na maternidade eles não deram o exame, no papel da alta não tem o nível [titulação do VDRL] que ele tem. (...). Ela [médica] perguntou se na maternidade eles podem dar xerox e encaminhar os exames, meu e dele (M3, 17 anos).

Ela pediu também o resultado da punção lombar. Mas eu só tenho o resumo da alta, só que no resumo da alta não tem o resultado dele. Eu vou ter que ir na maternidade primeiro, depois ir na infecto para poder levar os exames (M5, 27 anos).

O resumo de alta foi o único documento que as mães receberam na alta hospitalar da criança internada, porém informações pertinentes como os resultados dos exames específicos da sífilis congênita e neurosífilis não estavam registradas. O registro incompleto dos dados da hospitalização interfere no seguimento da sífilis congênita, pois não permite a comparação dos resultados de antes e depois do tratamento realizado na internação; portanto, trata-se de uma falha no sistema de atenção profissional.

Kawaguchi et al (2014) afirmam que a frequente irregularidade dos registros em prontuários de crianças com sífilis congênita, como a ausência dos resultados de exames, mesmos que tenham sido solicitados e realizados, comprova o despreparo e falta de infraestrutura nos serviços de saúde. Além disso, tanto os prontuários maternos quanto infantis que foram analisados não tinham qualquer informação a respeito do seguimento clínico ou laboratorial dos recém-nascidos a partir da alta hospitalar.

Outra dificuldade relatada pela mãe M3 se refere ao desrespeito aos horários de atendimento:

No hospital era muito mais fácil as coisas, tipo assim, a gente pedia uma coisa aí ia enfermeira, às vezes demorava porque estava atendendo outras crianças, mas ia. Aqui [Clínica da Família] não, se a gente chegar aqui de duas horas da tarde, sai daqui às seis. (...). No guichê, se tem uma pessoa conhecida eles botam logo na frente, se não tem, é uma eternidade (...) não é só uma pessoa, é todo mundo (M3, 17 anos).

Como as sessões de aconselhamento ocorreram logo após as consultas das crianças, pode-se vivenciar e confirmar a longa espera nos atendimentos, como foi narrado por M3.

Esses aspectos apontam para as questões de vulnerabilidade programática envolvidas na trajetória de famílias egressas da hospitalização do filho por sífilis congênita. Segundo Feliz *et al.* (2016), horários flexíveis para agendamento das consultas e o atendimento sem espera foram recursos importantes que favoreceram o acompanhamento de crianças até os 18 meses de vida em uma pesquisa sobre o desenvolvimento cognitivo infantil. Esses recursos poderiam ser usados nas US para favorecer o seguimento da sífilis congênita.

O seguimento clínico das crianças para sífilis congênita foi realizado durante as consultas de puericultura com médicos e enfermeiros, alternadamente, nas clínicas da família, apenas em uma unidade tinha médico pediatra, que realizava o seguimento da criança C6 no ambulatório de Vigilância do Recém-Nascido de Risco (VR). No seguimento das crianças com neurosífilis congênita, no NAIRR, os atendimentos eram realizados por uma médica pediatra e por outra médica neuropediatra.

Quanto as orientações dadas pelos profissionais nas consultas da criança, a grande maioria foram referentes a coleta do VDRL no sangue - seguimento laboratorial e aos retornos:

Só de fazer o exame [VDRL após o um novo tratamento] porque já veio de lá [maternidade], já veio prescrito que eu tinha que fazer (M1, 21 anos).

Falou que ela [bebê] tinha que fazer o exame, aquilo que você falou, o exame de sangue e falou que ela estava bem e só (M7, 17 anos).

Foi ótima, que tinha que fazer o acompanhamento dele todo mês (...). Ela até puxou a minha orelha porque eu só vim para consulta com 1 mês e 15 dias, mas eu esqueci e não marquei antes (M11, 28 anos).

A partir das falas das mães, constata-se que os profissionais de saúde não priorizam a educação em saúde no acompanhamento de famílias que vivenciaram a sífilis congênita. Dessa forma evidencia-se a contribuição do aconselhamento de sífilis através do apoio informativo, que propiciou conhecimento aos usuários e, conseqüentemente, diminuindo suas

vulnerabilidades individuais relacionadas ao déficit de informações sobre a sífilis/sífilis congênita.

Durante o aconselhamento, o profissional de saúde deve ir além da transmissão de informações, primeiramente é preciso ouvir e não julgar as preocupações do indivíduo; valorizar o que o cliente sabe, pensa e sente; respeitar a singularidade do cliente; propor questões que facilitem a reflexão e a superação de dificuldades; prover informação, apoio emocional e auxiliar na tomada de decisão para adoção de medidas preventivas na busca de uma melhor qualidade de vida (BRASIL 2003; BRASIL, 2005).

Os autores Silva, Val e Nichiata (2010) apontam que a realização de grupos educativos sobre IST aos usuários dos serviços de saúde discute somente os aspectos biológicos das doenças e de modo superficial e insuficiente abordam os métodos contraceptivos e preventivos, ainda há o predomínio de uma linguagem técnica sem contextualizá-las à população.

A prática do aconselhamento precisa ser implantada nos serviços de saúde e não limitar-se ao CTA, para diminuir as condições de vulnerabilidades da população assistida à sífilis, dentre outras IST.

M12 fala que recebeu informações sobre a sífilis e a sífilis congênita, exclusivamente, pela enfermeira da clínica da família:

A consulta da médica, ela não falava nada disso [sobre a sífilis/ sífilis congênita], só examinava ele e só isso. E a enfermeira que orienta, tem vezes que eu prefiro que ela examine ele, porque ver o peso, tamanho, tamanho da cabeça, ela examina ele por completo (M12, 19 anos).

Apesar de ser necessário a abordagem do aconselhamento em sífilis (apoio informativo e emocional, avaliação e gestão de riscos) nos serviços de saúde, bem como o envolvimento multiprofissional para o enfrentamento da sífilis, incluindo psicologia, serviço social, odontologia, entre outras; observou-se através dos Ecomapas que os participantes só tiveram o médico e o enfermeiro como suporte assistencial, sendo este último o único a prover um suporte de educação em saúde.

A atenção de enfermagem qualificada à família com sífilis, além de garantir a saúde dos usuários, tem por finalidade oferecer apoio, acolhimento, orientação e uma atenção integral objetivando a cura da infecção (VASCONCELOS *et al*, 2016).

Quanto ao exame físico e as características das consultas, eles se assemelham com os realizados na puericultura:

Ele [médico] mediu, viu o pesinho dele, o tamanho (...) Está crescendo, cresceu normal (...) tudo direitinho (M6, 14 anos)

A médica examinou ele direitinho, colocou ele de braços para ver os reflexos, ver se ele acompanha (M5, 27 anos).

Durante os seis primeiros meses de vida, duas crianças apresentaram alterações em exames complementares (hemograma completo) - anemia, linfocitopenia, plaquetose (C3, 69 dias e C10, 97 dias de vida); duas tiveram alterações nas medidas antropométricas - comprimento e peso baixos para a idade, regularizados a partir do segundo mês (C12) e não crescimento do perímetro cefálico em relação a consulta anterior, foi realizado encaminhamento para neuropediatra do ambulatório NAIRR (C2); duas crianças apresentaram problemas oftalmológicos – secreção ocular, resolvida com compressas (C6) e lacrimejamento ocular excessivo, a criança faz acompanhamento com oftalmologista do plano de saúde (C14); uma apresentou hipotonia no terceiro mês, resolvida com exercícios e teve melhora do quadro no quarto mês (C5); uma criança apresentou afecções de pele em região corporal sugestivas de infecção por fungos (C8); outras problemas de saúde foram infecções de vias aéreas superiores e diarreia (C6 e C11).

Quanto ao seguimento laboratorial da sífilis congênita, o MS preconiza realizar teste não treponêmico (VDRL) com 1 mês, 3, 6, 12 e 18 meses de idade e interrompe-lo após dois testes consecutivos não reagentes (BRASIL, 2018).

Nesse estudo, apenas três crianças (C7, C11 e C12) conseguiram fazer os exames como o recomendado; seis (C1, C2, C3, C6, C10 e C14) fizeram no mínimo duas testagem; uma (C5) só fez um único VDRL do sangue, pois o exame já contava negativo desde a maternidade (diagnosticada com neurosífilis) e uma criança (C8) não fez o seguimento laboratorial da sífilis congênita.

Dentre as razões para o seguimento não ter ocorrido conforme o preconizado estão: a falta de solicitação do exame pelo médico, a ausência de marcações de consultas, e dificuldade em coletar a amostra de sangue, como mostram as falas dos participantes:

Quando foi fazer o exame a enfermeira falou para mim que não sabia tirar o sangue dela pequenininha e lá só tem frasco e agulha grande de adulto, teria que tirar o sangue dela em 2 tubos enormes de adulto porque não tem de criança (...). Eu não estou querendo deixar elas colherem o sangue dela, porque ela mesmo falou que não sabe e ia ver se conseguia outra pessoa para ajudar, para não ficar furando ela (...). A primeira vez foi umas 4 furadas (primeiro VDRL) (...) a última vez (segundo VDRL) ela sofreu tanto, foi mais de 20 furadas, não achava a veia de jeito nenhum, no pé e tudo que é lugar (M1, 21 anos).

Eu pensei que ela [médica da clínica da família] ia passar outro pedido. Tipo assim, porque aqui ela teve que marcar [agendar a coleta de sangue] no caso, aí ela [médica] falou assim: não precisa não, porque já baixou bastante [VDRL 1:2] e porque também ele estava com anemia. Aí eu falei está bom. (M3, 17 anos).

Eu falei a ele que vou tentar fazer pela última vez, se der certo deu, se não der [primeira tentativa de coleta de sangue para o VDRL sem êxito] (...). Eles não estão conseguindo fazer, se ela[enfermeira] mandar para outro hospital, mandar um encaminhamento eu vou, mas ali na clínica da família eu não vou ir, porque não consegue fazer. Não estão conseguindo, aí vai ficar furando, furando o garoto para nada (...). Eles não acham a veia dele, eles tenta, tenta e não acha a veia dele. Como que não acha a veia dele, se ele ficou tomando dez dias no antibiótico no hospital (...). E nem sou eu quem levo ele, quem leva ele é o pai dele, porque eu já fiquei dez dias vendo ele ser furado (M8, 31 anos).

Estou preocupada porque até agora ela não fez nenhum exame de sangue, ela não deixou eles tirarem o sangue dela. (...). Na primeira vez que bronco aspirou conseguiu puxar um pouquinho mas não deu certo, na segunda não conseguiu pegar a veia e bronco aspirou de novo, na terceira foi a mesma coisa (...). Eu vou ver agora se vai conseguir, tentar encaminhamento para maternidade (M14, 22 anos).

A mãe M3 retrata a não importância dada pela profissional para o seguimento laboratorial da criança ou o desconhecimento da mesma quanto ao protocolo clínico e diretrizes do MS (BRASIL, 2018). O primeiro exame da criança foi solicitado e realizado com 45 dias, o resultado foi titulação de 1:1; e o segundo só foi solicitado no sexto mês de vida da criança. Observa-se ainda que a mãe mostrou conhecimento de que era preciso repetir o exame do seu filho e que não foi realizado por questões programáticas.

As mães M1, M8 e M14 relataram que tiveram problemas para coleta da amostra de sangue, devido à falta de insumos (entre eles, escalpe e frascos apropriados para criança, que permitam coletar e realizar o exame com pequenas amostras de sangue); à falta de profissional habilitado para tal atividade e às múltiplas punções venosas. Essa última, acarreta em sofrimento físico para criança e emocional para as mães.

De acordo com a opinião de enfermeiros que atuam na clínica da família, a resistência das mães ao seguimento da sífilis congênita está associado à recusa em lidar com os exames necessários, ao sentimento de proteção das mães, e também à ausência de sinais e sintomas da doença perceptíveis na criança (MORORÓ et al., 2015).

Porém, os achados do presente estudo mostram que as mães, aconselhadas da importância do seguimento laboratorial da criança, não fizeram oposição para realização dos exames, mas devido a vulnerabilidades programáticas alguns desses não puderam ser

realizados. A impossibilidade de constatar a cura da sífilis congênita é um descaso do sistema de atenção à saúde para com essas crianças, já que a infecção podem lhe trazer consequências futuras, como a surdez neurológica, problemas odontológicos, dificuldades no aprendizado, entre outras.

Foram agendadas duas coletas de sangue para a criança C8, porém sem êxito, a técnica de enfermagem responsável pela coleta faz o seguinte registro no prontuário dele:

Criança comparece a sala de coleta para realizar exame solicitado por equipe acompanhada por responsável, pai. Houve uma primeira tentativa no dia 09/08, sem sucesso...no dia de hoje [08/09], após duas tentativas de coleta sem sucesso, remarcamos o exame novamente como primeira opção aqui na unidade; com outra opção, tentarei junto a equipe, a coleta na maternidade onde se dispõe de material melhor apropriado para punção venosa do lactente, tendo em vista que este exame é de extrema importância e não pode deixar ser realizado. Oriento responsável que retornarei o caso a enfermeira da equipe para que possamos decidir a melhor maneira da coleta deste exame importante (...) enfermeira da equipe ciente (informações registradas no prontuário de C8 – clínica da família, 2017).

Tal registro aponta a ciência da equipe de enfermagem quanto a importância do seguimento da sífilis congênita para a saúde da criança e que a falta de insumos apropriados influenciaram para o não êxito na coleta de sangue. Foi cogitado pela equipe o encaminhamento da criança para a maternidade de referência para realizar o exame, porém esse não foi realizado e a criança não fez o seguimento laboratorial.

A Secretaria de estado de saúde do Rio de Janeiro elaborou, em 2015, um plano de enfrentamento da sífilis congênita, nele consta como função da Gestão Estadual disponibilizar insumos laboratoriais para testagem e os necessários para o seguimento da sífilis/sífilis congênita. Nesse sentido, para o enfrentamento da doença é necessário que se concretizem na assistência as metas e planos elaborados pelos gestores de saúde.

Os profissionais de saúde precisam articular as diretrizes políticas e as práticas de saúde, seja por meio de pesquisas ou de criação de tecnologias, para promover a saúde e qualidade de vida de crianças e famílias, bem como respeitar, proteger e efetivar os seus direitos. Mesmo que existam inúmeras dificuldades no cotidiano e vulnerabilidades programáticas, os profissionais devem levar em conta o seu papel transformador, executando um trabalho com qualidade, conhecendo e atuando sobre os direitos da criança, especialmente, e favorecendo que a população apreenda a utilizar os serviços de saúde (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Quanto aos resultados dos testes não treponêmicos realizados pelas crianças do presente estudo, sete (C1, C2, C5, C6, C11, C12 e C14) apresentaram dois exames não treponêmicos consecutivos não reagentes, três (C3, C7 e C10) tiveram ao menos um dos resultados negativos até o sexto mês de vida. Os achados mostram que os tratamentos, realizados no período neonatal, foram adequados, já que houve diminuição na titulação aos três meses de idade e negatificação aos seis meses de idade (BRASIL, 2018).

A mãe M14 foi informada sobre a interrupção do seguimento se a criança tivesse dois resultados de VDRL não reagentes:

Ela [enfermeira] falou que se por acaso desse 1:1 ou 1:2 [resultado do VDRL] ela ia continuar fazendo o acompanhamento, mas como deu não reagente, não tem vestígio nenhum (...) vai dar alta para ela [C14] (M14, 22 anos).

É válido ressaltar que o seguimento laboratorial é interrompido diante de dois resultados não reagentes de teste não treponêmicos, mas que deve realizar acompanhamento oftalmológico, neurológico e audiológico da criança expostas à sífilis ou com sífilis congênita a cada seis meses, durante dois anos (BRASIL, 2018). Portanto, o acompanhamento clínico de C14 foi precocemente interrompido.

Evidencia-se que é necessário uma capacitação continuada dos profissionais de saúde das redes de atenção à saúde do SUS para que as crianças com sífilis congênita e sua família tenham um acompanhamento adequado, norteado pelos protocolos assistenciais do Ministério de Saúde.

Nesse estudo, seis crianças (C1, C2, C3, C7, C11 e C14) foram encaminhadas para avaliação oftalmológica, auditiva e neurológica com especialistas; duas (C5 e C10) só tiveram consultas e encaminhamentos para neurologia pediátrica; e apenas uma criança (C14) conseguiu realizar todas as consultas no primeiro semestre de vida.

É importante ressaltar que os encaminhamentos constavam no prontuários da crianças, porém quatro mães (M1, M3, M7 e M11) disseram que não foram orientadas pelos profissionais da US a respeito deles. Como pode ser observado na fala de M1:

Mas sobre o encaminhamento, é isso aqui? [mostrou o documento de encaminhamento/agendamento de neuropediatra para 27 março/2018 no Hospital Menino Jesus], deixaram em minha casa, mas não falaram nada, nem o que era (M1, 21 anos).

A respeito do seguimento de crianças que tiveram neurosífilis é preconizado que o resultado de LCR seja reavaliado a cada seis meses, até a normalização dos parâmetros bioquímicos, citológicos e imunológicos (BRASIL, 2018).

Das duas crianças, do presente estudo, que apresentaram LCR alterados, uma (C5) conseguiu refazer o VDRL do líquido, no sexto mês de vida, e o resultado foi não-reagente; e da outra (C2) não foi realizado nem o agendamento da consulta com infectologista pediátrico, como relata a mãe M2:

Fui no posto de saúde e levei os exames que a doutora [da clínica da família] pediu, fundo de olho, VDRL e ultratransfontanela, deu tudo negativo. Eu pedi a ela se podia fazer o pedido da punção lombar, ela não quis dar, pois disse que não precisava, já que deu tudo negativo (M2, 36 anos).

A doutora pediu para marcar infecto na clínica, me deu o pedido (...) ela achou que eu já tivesse fazendo o acompanhamento dele com a infectologista (...) eu vou ver se consigo marcar lá no posto (...) mas se não conseguir, como eu estou voltando, eu vou ver se eu consigo lá pelo hospital [hospital andarai] (M2, 36 anos).

Poxa, eu ainda estou na fila do SISREG, ainda não consegui (...) eu estou sempre no posto perguntando, já até liguei pra secretaria de saúde (M2, 36 anos).

Após a primeira consulta de C2, realizada no ambulatório NAIRR, M2 só conseguiu agendar o retorno após três meses, nesse intervalo a criança foi atendida somente na US próxima a residência da família. Ciente de que o seu filho precisava repetir o VDRL do líquido, M2 solicitou a médica do posto de saúde que a criança fosse encaminhada para a infectologista para poder fazer o exame, porém foi erroneamente informada pela profissional de que não era preciso repetir. No retorno à médica do NAIRR, ela entregou a M2 a solicitação de consulta de infectologia pediátrica e orientou que a marcação se dá pela clínica da família, através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Entretanto, não houve agendamento de consulta para infectologista até o sexto mês da criança.

Diante desta situação, observa-se o empoderamento da mãe M2, resultante do aconselhamento no período pós-natal, e a sua luta para conseguir um acompanhamento adequado para o seu filho. Problemas relacionados aos serviços de saúde, como a falta de conhecimento do profissional de saúde quanto ao seguimento da neurosífilis/sífilis congênita e a dificuldade nos agendamentos das consultas médicas especializadas, foi identificado neste estudo como vulnerabilidades programáticas. Os gerentes de saúde devem ter a

responsabilidade de capacitar os profissionais de saúde quanto a forma correta do manejo da sífilis/sífilis congênita.

Corroborando com os resultados do presente estudo, os autores Viegas, Carmo e Luz (2015) destacam que essa questão da referência e contra referência consiste em um problema recorrente em todo o país, e que a demora nas marcações de consultas e exames de atenção secundária está associada à falta de especialistas e dificuldades na regulação do sistema de saúde.

Apesar de se enfatizar na literatura a importância de articular a atenção básica com os Serviços Assistenciais Especializadas (SAE) e com as Organizações não Governamentais (ONGs), para viabilizar uma atenção integral, a resolução e o acompanhamento de casos complexos e a diminuição de vulnerabilidade à IST; na prática, observa-se uma série de dificuldades para essa articulação. Há pouca intersectorialidade das políticas públicas atuais, gerando uma assistência fragmentada e o desconhecimento dos profissionais sobre as atribuições e critérios de atendimento nos serviços de saúde (SILVA; VAL; NICHATA, (2010).

Com o intuito de facilitar a compreensão do leitor quanto as características do seguimento das crianças hospitalizadas ao nascer por sífilis congênita, até o sexto mês de vida, foi elaborado o quadro 16.

Quadro 16 - Resumo das consultas de seguimento das crianças hospitalizadas ao nascer por sífilis congênita até o sexto mês de vida

Criança	Unidade de Saúde	Seguimento do 1º ao 6º mês de vida	
C1	CMS Novo Palmares	<p>1º mês <i>15 dias</i> - Consulta de Acolhimento mãe-bebê: sem alterações clínicas. <i>22 dias</i> - Solicitado hemograma e VDRL para colher com 1 mês de vida. <i>30 dias</i> - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; os exames laboratoriais solicitados em consulta anterior não foram coletados por falta de profissional capacitado para coletar amostra de sangue em crianças.</p> <p>2º mês <i>70 dias</i> - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; agendados coleta do hemograma e VDRL pendentes para o dia seguinte. <i>86 dias</i> - Resultado do VDRL: não reagente.</p> <p>3º mês <i>95 dias</i> - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas.</p>	<p>4º mês <i>124 dias</i> - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; solicitado VDRL para ser colhido aos 6 meses.</p> <p>5º mês <i>153 dias</i> - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; encaminhamento para: consulta neurologia pediatra, oftalmologia pediatra, otorrinolaringologia pediatra.</p> <p>6º mês <i>180 dias</i> - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; aguarda nova coleta de VDRL. <i>182 dias</i> - resultados de VDRL: não reagente. Recebe alta do seguimento de sífilis congênita. Última consulta acompanhada pela pesquisadora.</p>
C2	Ambulatório NAIRR - MDL	<p>1º mês <i>29 dias</i> - Consulta com pediatra no ambulatório NAIRR: sem alterações clínicas; solicitado VDRL e hemograma.</p> <p>2º mês <i>57 dias</i> - Resultado do VDRL: não reagente.</p> <p>3º mês <i>114 dias</i> – Mãe relata que foi solicitado ultrassonografia transfontanela e encaminhamento para oftalmologista (fundo de olho) pela unidade de saúde de Sepetiba. <i>116 dias</i> - Consulta com pediatra no ambulatório NAIRR: sem alterações clínicas; encaminhamento para infectologia para controle de VDRL do LCR, a ser solicitado pelo SISREG. Mãe relata dificuldade em solicitar o encaminhamento pela Unidade de Saúde de Sepetiba.</p>	<p>4º mês <i>124 dias</i> – Exame ultrassonográfico transfontanela dentro dos limites da normalidade.</p> <p>5º mês <i>150 dias</i> - Resultado do VDRL: não reagente.</p> <p>6º mês <i>182 dias</i> – Avaliação oftalmológica: exame normal. <i>227 dias</i> - Consulta com pediatra no ambulatório NAIRR: não houve crescimento do perímetro cefálico em relação a consulta anterior; encaminhamento para neuropediatra do ambulatório NAIRR e novamente para infectologia, via SISREG. Última consulta acompanhada pela pesquisadora.</p>

Continuação		
Criança	Unidade de Saúde	1º ao 6º mês de vida
C3	CMS Raphael de Paula Souza	<p>1º mês 33 dias - Consulta de puericultura: identificada dermatite de fralda, prescrito óxido de zinco; aguarda realizar hemograma e VDRL do sangue prescritos na maternidade. 49 dias – Realizada coleta de sangue para hemograma e VDRL;</p> <p>2º mês 69 dias - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; Resultado do hemograma: anemia, linfocitopenia, plaquetose; VDRL: 1:2.</p> <p>3º mês 90 dias - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas.</p> <p>4º mês 124 dias – Consulta em livre demanda por queixas de vômito; solicitado VDRL, mas mãe refere que não recebeu a guia de solicitação</p> <p>5ºmês <i>Sem consulta</i></p> <p>6ºmês 191 dias - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; agendada coleta de VDRL para o dia seguinte; Encaminhamentos para neuropediatra, oftalmologia e otorrinolaringologista. Recebe alta do seguimento de sífilis congênita. Última consulta acompanhada pela pesquisadora. 237 dias - resultados de VDRL: não reagente.</p>
C5	CMS Álvaro Ramos + Ambulatório NAIRR - MLD	<p>1º mês <i>Sem consulta</i></p> <p>2º mês 61 dias - Consulta de puericultura no CMS: refluxo, prescrito domperidona; foi solicitado Ecocardiograma devido a raio-x prévio com suspeita de cardiomegalia; solicitado VDRL do sangue. 72 dias - Resultado do VDRL do sangue: não reagente</p> <p>3º mês 90 dias - Consulta com neurologista pediatra do ambulatório NAIRR – identificado hipotonia; orientou estimular com exercícios; orientou punção lombar aos 6 meses de vida.</p> <p>4º mês 125 dias - Consulta em Livre Demanda na CMS: encaminhamento da criança para infectologia infantil. 133 dias - Consulta com neurologista pediatra do ambulatório NAIRR – melhorou da hipotonia e orientou estimular a sentar.</p> <p>5ºmês 155 dias - realizou consulta de puericultura, sem alterações clínicas.</p> <p>6ºmês 180 dias - Consulta com infectologista no Hospital Menino Jesus - colheu. Punção lombar, VDRL do líquido, ultrassonografia transfontanela e raio x de ossos longos. 181 dias - Consulta com neurologista pediatra do ambulatório NAIRR – criança não compareceu.</p>

Continuação			
Criança	Unidade de Saúde	1º ao 6º mês de vida	
C6	CF Hamilton Land	<p>1º mês 16 dias – Consulta de acolhimento mãe-bebe: sem alterações clínicas; encaminhada criança para acompanhamento com pediatra no ambulatório de Vigilância do Recém-nascido de Risco (VR), da própria unidade de saúde. 30 dias – Consulta pediátrica no VR: identificado secreção ocular e obstrução nasal; prescrito compressas e massagens oculares; solicitado VDRL no sangue.</p> <p>2º mês 71 dias - Consulta pediátrica no VR: motilidade intestinal lenta segundo genitora; sem alterações clínicas; Solicitou novamente o VDRL, o laboratório não conseguiu realizar o exame e pediu uma nova amostra. 72 dias – realizada coleta de sangue para VDRL</p>	<p>3º mês <i>Sem consulta</i></p> <p>4º mês 135 dias - Consulta pediátrica no VR: sem alterações clínicas; resultado do VDRL: não reativo (realizado 12/09/2017).</p> <p>5ºmês <i>Sem consulta</i></p> <p>6ºmês 184 dias - Consulta pediátrica no VR: sem alterações clínicas; solicitado o 2º VDRL. Última consulta acompanhada pela pesquisadora.</p>
C7	CF Otto Alves de Carvalho	<p>1º mês 12 dias – Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; profissional refere falta de registro, no cartão de vacina, do VDRL da criança e da mãe durante a hospitalização. 43 dias – Consulta de puericultura: dermatite de fralda em tratamento; genitora leva o resumo de alta da internação; solicitado VDRL. 54 dias – Resultado do VDRL: 1:8.</p> <p>2º mês 68 dias - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; Solicitado VDRL. 75 dias – Resultado do VDRL: 1:4.</p> <p>3º mês <i>Sem consulta</i></p>	<p>4º mês 122 dias - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; Encaminhamentos para neuropediatra, oftalmologia e fonoaudiologia.</p> <p>5ºmês <i>Sem consulta</i></p> <p>6ºmês 197 dias - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; solicitado o 3º VDRL. Última consulta acompanhada pela pesquisadora. 206 dias - Resultado do VDRL: não reativo.</p>

Continuação		
Criança	Unidade de Saúde	1º ao 6º mês de vida
C8	CF Otto Alves de Carvalho	<p>1º mês 12 dias – Visita domiciliar: sem alterações clínicas; solicitado VDRL para colher com 1 mês. 15 dias – Consulta de puericultura: sem alterações clínicas. 29 dias – Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; agendado para coletar VDRL no dia seguinte. 37 dias – realizado tentativa de coleta de sangue para VDRL sem êxito, que foi remarcada, mas a criança não compareceu a unidade.</p> <p>2º mês 62 dias - Consulta de puericultura: criança apresenta afecções de pele em região corporal e assadura em região perineal e órgãos genitais; prescrito c, prescrito cetoconazol a 2% e dexametasona creme, e óxido de zinco; solicitado VDRL. 66 dias – Realizado duas tentativas de coleta de sangue para VDRL sem sucesso, remarcado o exame novamente.</p>
C10	CF Maicon Siqueira	<p>1º mês 32 dias – Consulta em livre demanda para acolhimento da criança e realização do teste do pezinho, sem alterações clínicas. 59 dias – Consulta em livre demanda: sem alterações clínicas; suspenso profilaxia com AZT; encaminhamento para infectologista; relata que a mãe (menor) foi encaminhada pela maternidade para ser acompanhada no CMS Newton Betlen, mas não compareceu.</p> <p>2º mês 70 dias - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas. solicitado VDRL e carga viral (HIV); relata. Refere que a mãe (menor) recusa ser tratada no CMS Newton Betlen.</p> <p>3º mês 97 dias - Consulta de puericultura: sem alterações. Resultados de exames, hemograma: anemia, linfocitopenia, plaquetose; VDRL: não reagente.</p>
		<p>3º mês <i>Sem consulta</i></p> <p>4º mês 134 dias - Consulta de puericultura: criança apresenta afecções de pele em região corporal, prescrito nistatina oral; solicitado VDRL.</p> <p>5ºmês <i>Sem consulta</i></p> <p>6ºmês 207 dias – Visita domiciliar: sem alterações clínicas. Última consulta acompanhada pela pesquisadora.</p>
		<p>4º mês 131 dias - Consulta de puericultura: solicitado hemograma completo, glicose, Anti-HBC-total, Anti-HBC-IGM. Última consulta acompanhada pela pesquisadora.</p> <p>5ºmês 157 dias – Resultados de exames: Carga Viral HIV não detectável, hemograma: plaquetose, linfocitose, antiHBCIGM não reagente, Anti-HBC-total não reagente. 175 dias – Consulta não presencial: Encaminhamento para neurologia pediátrica</p> <p>6ºmês 202 dias – Consulta em Livre demanda: solicitado VDRL. Resultado de Hemograma: plaquetose, Anti-HBc Negativo.</p>

Continuação		
Criança	Unidade de saúde	1º ao 6º mês de vida
C11	CMS Harvey Ribeiro	<p>1º mês 42 dias – Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; registrados dados de notificação de SC no SINAN; solicitado VDRL; orientado genitora sobre a importância do acompanhamento regular. 45 dias - Resultado do VDRL sangue: não reagente.</p> <p>2º mês 60 dias - Consulta de puericultura: obstrução nasal, prescrito soro fisiológico a 0,9%; solicitado VDRL novamente.</p> <p>3º mês 90 dias – Resultado do VDRL sangue: não reagente. 94 dias – Consulta de puericultura: tosse e secreção nasal; prescrito soro fisiológico a 0,9%.</p> <p>4º mês 130 dias - Consulta de puericultura: queixas de tosse, coriza e obstrução nasal; prescrito prednisolona e xarope abrilar. Encaminhamento para avaliação neurológica, auditiva e oftalmológica.</p> <p>5º mês 173 dias – Agendada consulta com neuropediatra, mas não foi comunicado a genitora.</p> <p>6º mês 207 dias – Consulta de puericultura: diarreia há 2 dias; prescrito hidratação oral vigorosa, buscopan e simeticona. Última consulta acompanhada pela pesquisadora.</p>
C12	CMS Raphael de Paula Souza	<p>1º mês 12 dias - Consulta de Acolhimento mãe-bebê: comprimento e peso baixos para a idade; Mãe refere não foi entregue na maternidade documentos com resultado da titulação VDRL da criança e demais exames; Orientado genitora sobre fazer acompanhamento de puericultura para acompanhar a titulação da criança (sífilis). 15 dias - Consulta de puericultura: comprimento e peso baixos para a idade; 28 dias - Consulta de puericultura: comprimento e peso baixos para a idade; 48 dias - Consulta de puericultura: solicitado e agendado VDRL.</p> <p>2º mês 60 dias - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas. 69 dias - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas. Resultado do VDRL: 1:2.</p> <p>3º mês 108 dias - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas. Profissional agenda coleta de VDRL. 114 dias – Solicitado VDRL.</p> <p>4º mês 120 dias - Resultado do VDRL sangue: não reagente. 135 dias - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas.</p> <p>5º mês 165 dias - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas.</p> <p>6º mês 180 dias - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; solicitado VDRL. 200 dias – Consulta em livre demanda: Solicitado VDRL. Encaminhamento para neuropediatra, oftalmologia e fonoaudiologia. Última consulta acompanhada pela pesquisadora.</p>

Continuação		
Criança	Unidade de saúde	1º ao 6º mês de vida
C14	CF Padre Jose de Azevedo Tiuba	<p>1º mês <i>21 dias</i> - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; solicitado VDRL no sangue. <i>35 dias</i> - Consulta de puericultura: detectado candidíase oral e prescrito Nistatina suspensão oral; aguarda realização de VDRL.</p> <p>2º mês <i>76 dias</i> - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; coleta de sangue para VDRL sem êxito, criança broncoaspirou com a saliva.</p> <p>3º mês Criança faz acompanhamento com oftalmologista do plano de saúde devido a lacrimejamento ocular, sem diagnóstico médico. <i>110 dias</i> - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; aguarda resultado do VDRL; solicitado outro VDRL; encaminhamento para neurologia e otorrinolaringologia. <i>114 dias</i> - Resultado de VDRL: não reagente.</p> <p>4º mês <i>138 dias</i> - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas.</p> <p>5º mês <i>Sem consulta</i> <i>172 dias</i> – coleta de sangue para VDRL. Consulta com fonoaudiologia: avaliação audiológica no padrão da normalidade.</p> <p>6º mês <i>Consulta reagendada</i> Consulta com Neurologista pediátrico: sem alterações clínicas, solicitado tomografia computadorizada cerebral. <i>210 dias – 7º mês</i> - Consulta de puericultura: sem alterações clínicas; Resultado de VDRL: não reagente; recebe alta do seguimento de sífilis congênita. Última consulta acompanhada pela pesquisadora.</p>

Fonte: dados da pesquisa, Rio de Janeiro, 2019.

Outro aspecto que é importante destacar é que apenas um pai (P2) acompanhou o filho nas consultas de seguimento da sífilis congênita. Algumas mães relatam a falta de participação paterna nos cuidados e/ou no sustento do filho e outras justificaram a ausência deles devido ao trabalho, conforme destacados nos seguintes relatos:

Ele já veio, mas como ele trabalha fica difícil. Ainda mais porque ele recebe pelo que trabalha, então a gente prefere que ele não falte (M1, 21 anos).

Eu venho sempre sozinha, mas ele[parceiro] as vezes vem para dar vacina dele. Mas eu venho sempre sozinha, porque ela trabalha. M6

Quando o [RN8] estava com 2 meses o P8 foi embora... Eu não vi ele mais não, mas sei que ele está por perto, por causa que minha irmã ver ele (...) Quando ele estava comigo ele ajudava, ele comprava as coisas dele (...) ele estava fazendo o bico dele, mas com o dinheiro que ganhava dava para comprar as coisinhas dele. Agora quem sustenta ele sou eu (M8, 31 anos)

Até agora ele não me deu nada [ajuda financeira], falou que ia dar e não deu (M10, 16 anos).

Ele nunca veio, nunca me acompanha (...) na maternidade ele ficou porque foi obrigado [risos]. Porque tipo assim, eu fiz cesárea, estava cheia de dor, estava toda inchada, não tinha quem ficasse comigo, minha mãe está na bahia, ele tinha que ficar. Aí os cinco dias que ele tem direito ficou na maternidade, porque tinha que fazer o tratamento do menino. Ele teve que ficar. Ele se comportou direitinho, me ajudava, dava banho na criança, ele ficou a semana inteira comigo lá, dormia lá (M11, 28 anos).

Ele [parceiro] só não veio porque está trabalhando (...). Vem, se eu não pudesse vim, ele viria (...). Participa bastante, até demais, o que eu precisar ele está lá. Ele em casa ajuda. Na primeira consulta dela ele veio comigo, até tomou um esporro da médica, mas na segunda e nessa agora não deu para ele vim (M14, 22 anos).

O trabalho foi o principal motivo relatado pelas mães para a ausência do pai no seguimento da criança, pois a perda de um dia de trabalho culminava em perdas aquisitivas para família, como ressaltado na fala de M1. Ressalta-se que duas (M8 e M12) mães romperam o relacionamento no período pós-natal. A mãe M11 refere à falta de participação como escolha do próprio genitor em não envolver-se nos cuidados com a criança, que só os faz quando realmente é preciso.

Dessa forma, nota-se que os cuidados relacionados à saúde das crianças foram centrados nas mães e a maior parte dos pais foram ausentes. Coube também as mães o papel de articular os serviços de saúde (maternidade, ambulatório e centros municipais /clínicas da família) que prestaram cuidados às famílias, tendo em vista que os estabelecimentos não tinham comunicação entre si.

Corroborando com tal achado, os resultados de uma pesquisa que objetivou caracterizar a rede social de criança com necessidades especiais de saúde apontaram que a mãe foi a principal cuidadora da criança e articuladora da rede social - hospital, Programa Médico de Família, reabilitação, domicílio, escola, entre outros. Além disso, as ligações das famílias com os profissionais de saúde (médica e auxiliar de enfermagem) eram fracas (CABRAL; MORAES, 2015).

Outro estudo, que buscou compreender o fenômeno da negligência infantil na perspectiva de gênero, identificou que as mulheres (mães ou cuidadoras) são as principais responsabilizadas, sobretudo no que tange à negligência relativa à educação e à saúde. Essa última refere-se, por exemplo, ao não comparecimento às consultas de puericultura e ao não seguimento de tratamentos de saúde. Mesmo se houver um pai presente na família, os serviços de saúde percebem a mulher como a única responsável pela presença da criança nas consultas de acompanhamento, no prosseguimento de tratamentos e nos cuidados gerais de saúde. Este modelo reflete uma realidade ultrapassada em que as mulheres dedicavam-se exclusivamente ao lar e aos cuidados dos filhos, sem assumir atividades profissionais (EGRY *et al.*, 2015).

Em contrapartida, pesquisas apontam para um aumento no envolvimento paterno nos primeiros meses do bebê, ainda que não rotineiramente. Os pais consideram que sua participação estava aquém da ideal devido ao trabalho e que sentem-se inseguros, despreparados, incompetentes e inaptos para cuidarem dos seus filhos. Apesar da participação paterna trazer satisfação para a família e aumentar os vínculos entre a tríade mãe-pai-filho (SILVA *et al* 2016; PICCININI, *et al*, 2012). Por isso cabe ao enfermeiro, entre outros profissionais de saúde, envolver os pais nos cuidados com seu filho e capacitá-lo para viver plenamente a parentalidade.

Quanto às trajetórias das famílias acompanhadas no período pós-natal, averiguou-se que uma mãe (M8) e um pai (P11), respectivamente, não reiniciou e não completou o tratamento de sífilis prescrito durante a internação do filho hospitalizado por sífilis congênita e as justificativas foram as seguintes:

Só que eu falei para ele [médico] assim, porque, tipo assim, eu não quero fazer essa injeção agora, porque na gravidez eu tomei muito essa injeção entendeu?! Aí eu falei para ele, que é para tratar os dois na mesma hora (...) se eu tenho, ele [P8] também tem (...). E o dele nunca dar positivo, sempre dar negativo [teste rápido], e ele toma uma só [uma dose de benzetacil] (...) e o meu nunca baixa [titulação do VDRL] (M8, 31 anos).

Meu esposo é muito cabeça dura. Tipo assim, eu fiz o tratamento direitinho e ele não fez. A primeira vez ele fez, mas a vez que passou na maternidade ele não fez, não completou as três semanas (...) Porque a médica passou para ele fazer no domingo, domingo aqui é fechado... Aí não veio mais aqui por causa do trabalho e ele não fez mais (...) o trabalho dele não é que nem o da gente, um exemplo, eu vou trabalhar hoje, aí posso vim aqui, fazer meus afazeres, boto declaração e volto a trabalhar. E ele é diferente, trabalha com esse negócio de obra, eles não aceita isso (M11, 28 anos).

A mãe M8 negou-se a reiniciar o tratamento, logo após o parto, pois já tinha realizado por duas vezes o esquema terapêutico de sífilis na gestação. A mesma ficou indignada diante da transmissão vertical da sífilis e do resultado negativo de parceiro único; ainda, ficou desacreditada quanto a eficácia da medicação.

O pai P11 reiniciou esquema na maternidade no dia de domingo, logo, deveria repetir mais duas doses de penicilina benzatina com intervalo semanal, porém o aprazamento não considerou o horário de funcionamento da clínica da família.

Quanto ao tratamento da sífilis, há uma resistência dos usuários devido a dor na administração da medicação por via intramuscular e pela quantidade de doses que são necessárias para completar o tratamento. Também nota-se que o baixo nível socioeconômico, os riscos e vulnerabilidades também influenciam na adesão do tratamento, principalmente pelos homens (VASCONCELOS *et. al.*, 2016).

Envolver os parceiros sexuais de mulheres com sífilis no tratamento e acompanhamento da sífilis é o grande desafio para romper com a cadeia de transmissão da doença e prevenir a ocorrência da sífilis congênita. É necessário que o aconselhamento de sífilis envolva o casal, levando em considerações as particularidades de cada um e as diferenças de gênero. O não acesso ao atendimento e a não importância dada ao problema de saúde são motivos para uma parcela de homens não buscar o serviço de saúde para realizar o tratamento de sua enfermidade (MOURA; GOMES; PEREIRA, 2017).

Segundo Vasconcelos *et al* (2016) para favorecer uma melhor adesão dos parceiros ao tratamento de sífilis são necessárias ações que contribuam para a construção de vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde, como o acolhimento, a empatia, a comunicação. A partir do vínculo é que se estabelece uma relação de confiança do enfermeiro com o seu cliente e, assim, um avanço na assistência.

Outra questão refere-se ao trabalho como um entrave para o comparecimento no serviço de saúde, já que a empresa pode descontar as horas em que o funcionário ficou ausente de suas atividades, o que implica em perdas aquisitivas para família. Tratando-se, portanto, de uma vulnerabilidade social.

Nesse sentido, é de fundamental importância o envolvimento de múltiplos setores no enfrentamento da sífilis, incluído alterações nas leis trabalhistas em prol da saúde dos colaboradores. Faz-se necessário também a ampliação dos horários de atendimento das unidades de saúde para uma maior participação da População Economicamente Ativa (PEA).

O horário de atendimento à população da ESF, que é realizado em horário comercial (das 08:00 às 17:00 horas), contribui para a exclusão de parte da clientela adscrita e de forma expressiva para o aumento da vulnerabilidade programática à IST (SILVA; VAL; NICHIATA, 2010).

A respeito do seguimento de sífilis período pós-natal, averiguou-se uma peregrinação dos genitores em busca de consultas e exames. Das famílias acompanhadas, foram agendadas consultas pela enfermeira ou médico(a) da CF somente para uma mãe (M7) e um pai (P1); oito participantes (M1, M2, P2, M3, M5, M6, P7, M12 e M14) procuraram a US para agendar suas consultas.

Houve uma maior busca dos serviços de saúde pelas mulheres do presente estudo, o que reforça as questões de gênero relacionadas ao processo saúde-doença, especialmente às IST. Associações ser homem/ser forte e ser mulher/ ser frágil reflete na baixa procura deles por cuidados; uma vez que os homens referem menos problemas de saúde e sentem-se mais saudáveis do que as mulheres (MOURA; GOMES; PEREIRA, 2017).

Três participantes (M2, P2 e M14) conseguiram marcar e ter pelo menos uma consulta durante o semestre. As dificuldades quanto ao agendamento foram relatadas pelas mães:

Eu marquei a consulta para dezembro e remarcarem. Aí remarcou para fevereiro [2018] a minha consulta (M3, 17 anos, setembro de 2017).

Marquei pelo plano [plano de saúde], porque aqui não está marcando (...) me passaram que eles estavam dando prioridade só para alguns casos né, tipo ele [C5] que está fazendo esse acompanhamento, e algumas gestantes, porque outras eles estão encaminhando para a maternidade (...) até pelo plano de saúde está difícil (M5, 27 anos).

Não consegui marcar não (...) toda vez que eu tentei falaram que estava sem médico, umas cinco vezes ou mais (...) eles só falaram que estava marcando para recém-nascido e para gestante (M12, 19 anos).

Até agora não consegui marcar a consulta com o ginecologista, nem com a enfermeira (...) por causa da greve (M14, 22 anos).

A greve dos funcionários e prestadores nas unidades de saúde, foram o principal motivo para que estivesse indisponível a marcação de consultas para os usuários. O número

reduzido de profissionais para suprir as demandas da unidade, culminaram em agendamentos tardios e remarcações.

Pesquisa realizada com profissionais de saúde, gestores e usuários de uma unidade básica de referência de Minas Gerais identificou que a falta e a rotatividade dos profissionais, especialmente médicos, e grande demanda de clientela colaboram para a dificuldade de marcação de consultas. Os usuários destacaram que é difícil marcar consultas tanto com o clínico geral, ginecologista e pediatra, ainda soma-se a longa espera para fazer exames complementares (VIEGAS, CARMO E LUZ, 2015).

Nesta investigação foi evidenciado que a vulnerabilidade programática dos usuários das US não é pontual e que precisa melhorar a prestação, estrutura e organização dos serviços de atenção básica de todo o país, principalmente para se romper com a cadeia de transmissão de uma doença em epidemia, como a sífilis.

Considerando a dificuldade de marcação de consultas, alguns profissionais de saúde da US, fizeram a solicitação do seguimento laboratorial da sífilis durante a consulta de puericultura. O MS preconiza que sejam realizados os testes não treponêmicos a cada três meses no primeiro ano para sífilis adquirida (BRASIL, 2015).

Com base nessa assertiva, os participantes do estudo teriam que ter realizado dois VDRL (3 e 6 meses após a última dose do tratamento), mas apenas sete (M1, P1, M6, M7, P7, M12 e M14) conseguiram fazer como o protocolo e três (M2, M3 e M10) fizeram um exame.

A mãe M2 foi orientada em sua primeira consulta pós três meses da última dose do antibiótico pelo médico, ginecologista, de que não era necessário repetir o exame:

Eu fui no médico, ele me disse que não era para repetir exame agora, só daqui há 6 meses. Agora eu fiquei com dúvidas. Não sei se procuro outro médico, o que acha? (M2, 36 anos).

Ela perguntou para o médico, ginecologista, isso aí é cicatriz que vai cicatrizar no sangue, no período de dez anos, ele falou (P2, 35 anos).

Com base nas falas evidencia-se o desacato do profissional ao protocolo de seguimento de sífilis do MS. Vale salientar que M2 apresentou titulação de 1:8 na admissão da maternidade, portanto, não é um resultado sugestivo de cicatriz sorológica.

A partir do aconselhamento, o casal buscou um serviço específico de IST na unidade de saúde, onde foram acolhidos e solicitados os testes treponêmicos. M2 realizou o exame, mas o pai referiu falta de tempo e de recursos financeiros para realiza-lo. Esses aspectos podem ser observados nas falas de M2 e P2:

A gente começou a procurar orientação e descobrimos que lá [posto de saúde] tem um pólo de Doenças Sexualmente Transmissíveis. No dia que levei ele [RN2] na pediatria, eu falei: - vamos ver um lugar que faça o tratamento [acompanhamento]. Aí fomos lá [setor de IST] e pedimos para repetir os exames (M2, 36 anos).

Mas aí eu fui no posto e o médico ou enfermeiro lá pediu um VDRL para eu fazer, só que eu não tive tempo de fazer ainda [trabalho] e porque eu vou fazer no laboratório privado, porque lá no posto não faz. Eu tenho que ter trinta reais para eu poder fazer o exame e a passagem (P2, 35 anos).

O discurso de P2 evidencia elementos de vulnerabilidade programática e social envolvidos em seu itinerário terapêutico, como a falta de infraestrutura da US para garantir ao usuário o seguimento laboratorial da sífilis e o baixo poder econômico da família.

Também foi possível observar a proatividade do casal em buscar um serviço de saúde, onde possam fazer o acompanhamento da infecção.

Outros participantes mostraram-se proativos, a maioria, em virtude da desorganização das US para o seguimento de sífilis, como aponta a adolescente M6:

Eu vim na mesma sala do pré-natal e eu pedi o exame, já fiz o exame e só falta sair o resultado (...) quando o exame chegar é só bater na porta e mostrar (...) vou lá porque eu confio nelas [enfermeiras e médicas] (M6, 14 anos).

Eu peguei o resultado do exame [VDRL 1/8] e mostrei para a enfermeira [do pré-natal], falei com ela e ela disse vai no acolhimento e pede para repetir o tratamento (...) tomei a injeção de novo [P. Benzatina], mais duas, porque estava 1:8 e o dele estava 1:4, e ele estava com um machucado (...) fui no acolhimento, falei com um moço, no posto lá embaixo [clínica da família]. Aí passou para mim e passou para ele, eu vim aqui peguei para mim e para ele, peguei num dia e tomamos no outro. Depois de uma semana tomei e ele também (...). Tipo assim, não tem como fazer uma consulta aqui dentro (M6, 14 anos).

Considera-se que o aconselhamento de sífilis realizado no período pós-natal favoreceu a esses comportamentos de antecipação e de responsabilização, apresentados pela maioria dos participantes. Porém, reforça-se a necessidade de um acompanhamento profissional, pois para definir as condutas a serem tomadas diante dos resultados dos exames de seguimento laboratorial da sífilis é necessária capacitação e formação superior.

Os profissionais de saúde precisam de qualificação adequada para o manejo de IST e para abordar questões específicas que influenciam na evolução da doença e na qualidade da assistência à população, por isso a capacitação das equipes é considerada um marcador de vulnerabilidade programática à IST (SILVA; VAL; NICHIATA, 2010).

Considera-se pertinente para a melhoria da qualidade da assistência prestada a disponibilidade de serviços/setores especializados para o acompanhamento de indivíduos/famílias com sífilis; dispondo de equipe multidisciplinar capacitada, de recursos e insumos para o diagnóstico, tratamento e seguimento da infecção. Faz-se necessário que atividades educativas sejam realizadas rotineiramente pelos profissionais de saúde para ajudar a população a reconhecer os sinais e sintomas da sífilis, seus comportamentos de risco e a aderir às práticas preventivas de IST.

Quanto aos resultados dos exames (VDRL) realizados, quatro mães (M2, M7, M10 e M14) e quatro pais (P1, pai de C6, P7 e pai de C14) tiveram títulos menores ou igual a 1:4, sugestivos de cicatriz sorológica.

Ressalta-se que três pais (P2, P8 e pai de C5) apresentaram VDRL ou Teste rápido não-reativos na maternidade e não repetiram os exames. Este resultado reforça a vulnerabilidade programática das famílias pela indisponibilidade dos serviços de saúde de se fazer um exame específico para a sífilis, como o FTA-Abs, e pela falta de investigação diagnóstica dos resultados de exames falsos-negativos em casais sorodiscordantes.

Dentre os testes treponêmicos o FTA-Abs é considerado o padrão ouro, é o primeiro teste a se tornar reagente após a infecção e também é importante para o esclarecimento do diagnóstico de usuários com evidência clínica de sífilis que apresentaram resultados não reagentes. O MS ressalta que em pessoa com suspeita clínica e/ou epidemiológica de sífilis deve-se solicitar uma nova coleta de sangue com trinta dias após a testagem (BRASIL, 2018).

Das três mães (M5, M8 e M11) que não fizeram nenhum exame pós-alta, duas (M5 e M11) já tinham resultado de cicatriz sorológicas. Tanto para M5 quanto M11 não solicitado o teste treponêmico pelos profissionais de saúde durante as consultas de seus filhos.

Vale salientar que M5 marcou consulta pelo plano de saúde, mas não conseguiu comparecer e M11 não tentou agendar sua consulta, também por medo do resultado do exame, pois seu parceiro (P11) não concluiu o tratamento prescrito na maternidade, conforme aponta suas falas:

Falta de tempo (...) toda folga minha o C5 está tendo médico e quando não tem na minha folga, que ele tem consulta, eu peço para folgar no dia da consulta dele (...) se eu for eu perco os benefícios que tenho. Se eu falta ou se eu colocar atestado eu perco. Aí como eu tenho férias marcada em dezembro, eu pretendo conseguir marcar nas minhas férias. Pelo plano, porque aqui não está marcando (M5, 27 anos).

Na verdade eu nem sei com quem marco aqui, isso aqui está uma bagunça, não sei que médico é (...) durante a gravidez cuidaram muito bem de mim, mas depois falaram [médico e enfermeiro da CF] nada... Mas a questão é que meu esposo não quer mais fazer [o tratamento], não adianta eu fazer. Porque eu fiz o meu e deu tudo ok, deu 1:1 e depois subiu 1:2, e fica nisso e ele não (...). Mas tipo assim e se tiver alto? Acho que ele não vai querer fazer de novo, passar por tudo de novo (...). Mas a questão é que por mim eu venho, mas adianta eu fazer e meu esposo não faz (M11, 28 anos).

A fala de M5 destaca novamente o trabalho como motivo para não seguimento da sífilis, mas também pode averiguar que a responsabilidade e o cuidado do filho não é compartilhada no seu ambiente familiar e sim centrado na mãe. Dessa forma, a mãe prioriza as suas folgas para o acompanhamento do filho.

Segundo Egry et al. (2015) a subalternidade do gênero feminino, expressa na responsabilização solitária do cuidado dos filhos, acentuada pela ausência da figura paterna, e na precarização das condições de vida e trabalho, dificultam o desempenho saudável da maternagem. Isto é aplicado tanto para as mulheres do lar quanto para as que trabalham fora de casa. Associado a presença feminina cada vez maior no mercado de trabalho tem-se um panorama de desamparo social com implicações sérias para crianças, famílias e sociedade.

O relato de M11 remete a vulnerabilidade programática, falta de orientações e de assistência, e as questões de gênero, que influenciam no tratamento e seguimento da sífilis. O seu parceiro não concluiu o tratamento e M11 não consegue negociar o uso do preservativo nas suas relações sexuais, e tem ciência de que pode se reinfectar, por isso opta por não buscar o profissional de saúde, já que este também não se importou com o seu estado de saúde após o parto.

Estudos realizados em diferentes cenários e contextos socioculturais constataram que múltiplos fatores cooperam para que a mulher seja mais vulnerável à sífilis e outras IST, entre eles: as características biológicas, as relações desiguais entre homens e mulheres, a dependência e submissão da mulher, a ausência de oportunidade de falar sobre sexualidade e de conhecer seu corpo, a dificuldade em negociar o sexo com proteção, o não uso do preservativo, as condições socioeconômicas e culturais, a recusa do homem de fazer o teste e/ou não revelar o seu status sorológico à(s) parceira(s). Ainda a questão de gênero limita o acesso das mulheres aos serviços de saúde e às informações apropriadas sobre a prevenção das IST (ARAÚJO; ARAÚJO FILHO; FEITOSA, 2015; ESTAVELA; SEIDL, 2015).

A assistência às mulheres que convivem com IST, a inexistência de uma abordagem profissional que as orientem de acordo com suas particularidades e culturas, já que as orientações quanto ao uso do preservativo estão muito compactadas. Faz-se necessário

sensibilizar as mulheres que o uso rotineiro do preservativo não envolve confiança e sim proteção e saúde e considerar que mulheres com parceiros fixos têm mais dificuldade em negociar o sexo seguro. O uso do preservativo não é fácil de ser utilizado nas relações entre homens e mulheres e permanece como a chave do problema para a sífilis e outras IST. (NAZARETH, 2017; ESTAVELA; SEIDL, 2015).

Desse modo, é de suma importância que estratégias de educação em saúde findem na promoção do conhecimento da mulher e de suas parceria(s) sexual(is), considerando que para prevenir-se da sífilis é preciso se informar.

O enfermeiro têm como papel primordial promover e manter a prática sexual de forma segura e responsável, uma vez que detém conhecimento sobre prevenção, tratamento e diagnóstico das IST, capacidade para educar, orientar, avaliar e intervir, bem como de oferecer um cuidado culturalmente congruente. A humanização da assistência é primordial para que casais se cuidem, tenham adesão ao tratamento da IST, ao mesmo tempo, conscientização que o sexo seguro se faz com o uso correto do preservativo (NETO *et al.*, 2016).

Devem fazer parte do cuidado a casais com IST: o aconselhamento pré e pós-teste, a escuta qualificada, o acolhimento, a construção de vínculo, a corresponsabilização, pois são ações que favorecem a participação do parceiro-homem, estabelecem uma verdadeira comunicação e uma assistência eficaz e permitem a construção compartilhada de conhecimento, levando a mudanças de comportamentos (NETO *et al.*, 2016; VASCONCELOS *et al.*, 2016).

Outra questão social que influenciou no seguimento da sífilis no período pós-natal foi específica a adolescente M10, que lhe foi retirado o direito de escolher o local para ser acompanhada para a sífilis e a coinfeção pelo HIV. Conforme observado nos seguintes relatos:

Porque eu queria que a sífilis fosse acompanhada ela junto comigo, mas minha mãe não quer que eu me cadastre aqui [clínica da família em que C10 é cadastrada] (M10, 15 anos, setembro, 2017).

Minha mãe [avó materna] está resolvendo os médicos, ela quer bem longe também, já conversou com ele sobre tudo, ela vai levar os papeis lá e vai me levar (...). Médico lá da santa casa, ela está vendo tudo direitinho, está levando os papeis da maternidade (...). Ela [avó materna] falou que de mim ela cuida. A avó [paterna] dela queria me levar para tratar no Raphael de Paula, junto do acompanhamento da minha filha [C10] (M10,15 anos, outubro, 2017)

Já estou sendo acompanhada [clínica da família em Campo Grande] (...). Eu já fiz exame de sangue e tudo, e estou só esperando o médico liberar as medicações para eu tomar (M10,15 anos, janeiro, 2017).

Após a alta da hospitalar, M10 residiu em quatro endereços diferentes, durante o semestre em que foi acompanhada. A clínica da família que fez o pré-natal, fez sua busca ativa, mas a já havia se mudado de endereço. A US em que a sua filha, C10, fazia acompanhamento, cadastrada pelo endereço da avó paterna, não assumiu responsabilidade pelo cuidado de M10.

Avó materna relatava que ela e a filha ficaram muito magoadas com os profissionais da maternidade, que foi ofertado acompanhamento psicológico para a filha, mas que a mesma [avó materna] não quer, porque a visão desse acompanhamento é para tratar a pessoa com uma doença sem cura [referindo-se ao HIV], que vai morrer, deixando a filha mais triste e abatida e que ela não acredita ser assim, pois a fé que ela tem é que a filha pode ser curado através de meios espirituais. Mas que ela não abandona o tratamento indicado pelos médicos, só que não quer acompanhar nem a filha e nem a neta em clínica de famílias e hospitais perto de comunidade.

Talvez o motivo para as escolhas da avó materna, responsável legal de M10, tenha sido para esconder da vizinhança o diagnóstico de HIV da filha, tendo em vista de que nem a sua família sabia. Mas a sua postura fez com que prolongasse o período para iniciar o acompanhamento da sífilis e da AIDS.

Diante do diagnóstico de uma IST, como o HIV, a família vivencia um processo de transição saúde-doença e por vezes não sabe lidar com a nova situação, afloram-se sentimentos negativos de desordem, incertezas, ideia de finitude de vida, culpa e impotência que, gradativamente, vão se transformando a partir da reorganização familiar. Há um forte relacionamento com Deus e crença de que a fé pode alcançar a negatividade da doença. Ainda, a família encontra-se em situação de vulnerabilidade, com perda de sua autonomia, ele se sente ameaçada pela enfermidade, pelos membros da família e pelos profissionais de saúde. A vulnerabilidade familiar abrange questões individuais, o contexto da infecção e as interações dos seus membros, fazendo surgir fragilidades, dificuldades na comunicação e conflitos familiares (ALVARENGA *et al.*, 2016).

Por medo de sofrer discriminação a família restringe o número de pessoas com que compartilha o diagnóstico, por vezes só noticia a família nuclear. Essa atitude está relacionada aos estigmas sociais que envolvem as IST e ao medo do isolamento social. O preconceito pode partir da própria família ou da pessoa infectada e a própria falta de informação gera

sentimento de insegurança e acentua o despreparo para agir, conduzindo a família à condição de vulnerabilidade e estigma (ALVARENGA *et al.*, 2016; CRUZ *et al.*, 2014).

Além disso, a família que enfrenta uma IST tem dificuldade em utilizar sua rede de apoio - profissionais de saúde, porque teme ser exposta, especialmente na vizinhança, apesar da existir o sigilo profissional, e também receio de ser julgada e discriminada. Antecedentes de condutas profissionais inadequadas, discriminação, geram na família desconfiança quanto à ética profissional e má interação entre eles, dificultando o relacionamento e a prática de ações educativas, o que causa distanciamento do serviço de saúde e aumenta a vulnerabilidade familiar (ALVARENGA *et al.*, 2016; CRUZ *et al.*, 2014).

Os resultados de pesquisa realizada com famílias de crianças expostas ao HIV mostraram que algumas delas não tem sido acompanhadas pelos serviços de saúde, em razão do preconceito por parte dos profissionais de saúde, o que acarretou em sentimentos de exclusão, impotência e desrespeito nas famílias, tornando-as mais vulneráveis. (ALVARENGA *et al.*, 2016).

Uma rede de apoio familiar, social e assistencial limitada leva ao aumento da vulnerabilidade à IST, pois limitam a aquisição de recursos necessários, como o apoio informativo e emocional, para a adesão ao tratamento e seguimento da sífilis e de outras IST. Acredita-se que para o sucesso da adesão de uma IST é preciso o empenho dos serviços de saúde, principalmente com a prestação de acolhimento eficiente, eficaz e resolutivo e com medidas que favoreçam a formação de vínculo entre os profissionais de saúde e usuários (MOTTA *et al.*, 2014).

Ao considerar os resultados aqui apresentados, conclui-se que o aconselhamento de sífilis contribuiu para adesão ao seguimento e tratamento da infecção para a maioria dos participantes, especialmente, para as mães que foram empoderadas a lutar por uma assistência adequada para a sua família.

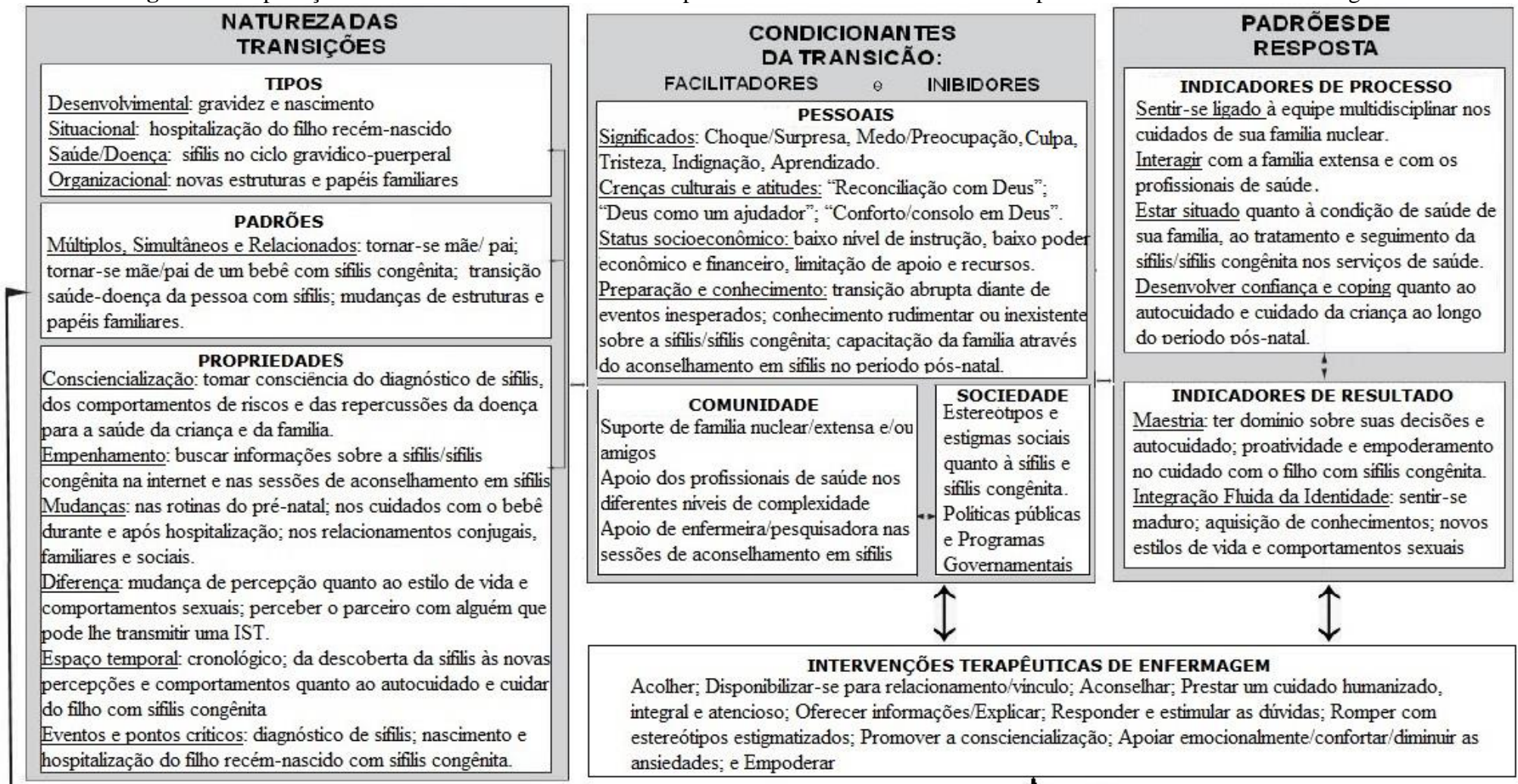
Entretanto, aspectos relacionados a falta de organização e infraestrutura dos serviços e de capacitação e conhecimento dos profissionais de saúde; assim como elementos de vulnerabilidade social, como o baixo poder econômico e adolescência influenciaram para que o seguimento da sífilis não ocorresse como preconizado pelo Ministério de Saúde.

4.3 APLICAÇÃO DO MODELO TEÓRICO DE MELEIS ÀS EXPERIÊNCIAS TRANSICIONAIS VIVENCIADAS POR FAMÍLIAS DIANTE DA SÍFILIS CONGÊNITA

A partir dos resultados obtidos, da sua análise, discussão e interpretação constatou-se pertinente aplicar o Modelo Teórico de Meleis no presente estudo cujo foco é o cuidado de enfermagem às famílias que vivenciam transições diante da sífilis congênita.

Dessa forma, os agrupamentos foram intensamente analisados a fim de extrair as informações que configuravam a natureza da transição (em seus tipos, padrões e propriedades), os condicionantes da transição (em seus facilitadores e inibidores), os padrões de resposta (com seus indicadores de processo e resultado) e as intervenções terapêuticas de enfermagem, incluindo o aconselhamento em sífilis no período pós-natal. Na figura 23, buscou-se traduzir os aspectos mais relevantes das experiências transicionais vivenciadas pelas famílias participantes, utilizando o modelo explicativo da Teoria das Transições de Meleis (MELEIS *et al.*, 2000):

Figura 23 - Aplicação do modelo teórico de Meleis às experiências transicionais vivenciadas por famílias diante da sífilis congênita.



Fonte: Autor da pesquisa, adaptado a partir do modelo explicativo da Teoria das Transições de Meleis *et al.* (2000, p.28).

Ao observar à aplicação do modelo teórico evidencia-se que as famílias vivenciam transições saúde-doença e na parentalidade diante da hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita e, simultaneamente, outras transições que acarretaram em mudanças: nas rotinas do pré-natal, com a realização de exames e tratamento de sífilis e com alteração das práticas sexuais (uso de preservativo); nos cuidados com o bebê durante e após hospitalização, implicando no afastamento do lar e dos outros filhos, em um maior tempo de dedicação e em novas rotinas (acompanhamento do filho hospitalizado, consultas e exames de seguimento da sífilis congênita), etc.; nos relacionamentos conjugais (perda de intimidade e confiança no parceiro e/ou separação), familiares (conflitos, novos arranjos familiares - do nuclear ao monoparental) e sociais (exclusão).

É no cenário da atenção primária, domiciliar, que se inicia o processo de consciencialização, reconhecimento da sífilis e dos seus comportamentos de risco, que é potencializado diante da notícia da transmissão vertical da infecção. Ou seja, é no cenário hospitalar que a família se reconhece como pais de um bebê com sífilis congênita e toma consciencialização das repercussões da sífilis para a sua família. Pode-se afirmar que dentre os eventos críticos, a hospitalização do filho é o mais impactante e o que gerou maior instabilidade às famílias assistidas.

Nesta perspectiva, a família empenha-se, sobretudo, na busca por informações e apoio para ajustar-se à nova condição. O empenhamento é facilitado pelas sessões de aconselhamento em sífilis no período pós-natal, onde o acolhimento, o diálogo, o vínculo, o apoio informativo e emocional, entre outras atividades, permitem a família adquirir conhecimento para desempenhar o autocuidado e o cuidar do filho com confiança e de modo eficaz.

As experiências vivenciadas pelas famílias durante as transições têm condicionantes pessoais, comunitários e sociais, dos quais facilitaram o processo de transição, especialmente, a capacitação da família e a interação profissional/cliente através do aconselhamento em sífilis; a fé em Deus; o suporte emocional e/ou financeiro de familiares e amigos; a assistência multiprofissional humanizada e integral no ambiente hospitalar; o apoio da enfermeira da Estratégia Saúde da Família. Dentre os fatores inibidores, sobressaíram: os sentimentos e significados negativos atribuídos as experiências vivenciadas; o baixo nível socioeconômico e pouco nível de instrução; os estigmas e estereótipos relacionados à sífilis que culminaram em exclusão social; o suporte assistencial inadequado para o acompanhamento das famílias devido à falta de capacitação profissional, aos problemas organizacionais e estruturais dos

serviços de saúde e à dicotomia entre a teoria e a prática dos programas e políticas públicas voltadas para as IST e para a Saúde da Criança. Vale salientar que o apoio informativo e emocional foram insuficientes na assistência dos profissionais de saúde nas unidades básicas de saúde e, em contrapartida, amplos nas sessões de aconselhamento no período pós-natal.

Em todo caminho vivenciado o envolvimento e interação com a equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde), somado aos fortes vínculos estabelecidos na rede de apoio (formada pela família extensa), favoreceram aos participantes se situarem ao novo estado e desenvolver confiança para exercer os novos papéis familiares e cuidar de sua família.

Ressalta-se que a maioria das famílias tiveram a enfermeira como principal suporte nas unidades básicas de saúde e a enfermeira pesquisadora/aconselhadora como única ou parte integrante de sua rede de apoio profissional, que também contribuiu para uma maior comunicação entre os profissionais de saúde e articulação entre os níveis de atenção. Fato que destaca a importância do papel do enfermeiro no cuidado transicional, notadamente com ações de educação em saúde e auxiliando na integração e articulação entre profissionais e serviços hospitalares e da Atenção Primária (ACOSTA *et al.*, 2018).

Ao longo do tempo, que não é exclusivamente cronológico, a família passa a apresentar indicadores da vivência de transições saudáveis, como o domínio sobre suas decisões quanto ao autocuidado, a proatividade e empoderamento no cuidado com o filho com sífilis congênita, o que acontece mediante a aquisição de conhecimentos e novas habilidades. Além disso, passa a sentir-se mais responsável, maduro, com mudanças de percepção e comportamentos quanto ao autocuidado, visando a prevenção da sífilis/IST, de sua transmissão vertical e também de gestações não-planejadas.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a vivência de transições saudáveis é reflexo, em parte, das intervenções terapêuticas de enfermagem que foram realizadas no decorrer do processo; muitas delas foram proporcionadas nas sessões de aconselhamento em sífilis no período pós-natal. O que reforça a importância de usar tal prática no cuidado transicional às famílias e indivíduos com sífilis/sífilis, pertencente a diferentes contextos sociais e cenários da saúde.

A análise crítica e aplicação da Teoria das Transições de Meleis contribui com subsídios para o desenvolvimento de futuras pesquisas fundamentadas nesta teoria de enfermagem e para a construção de modelos de cuidado de enfermagem para famílias que vivenciam experiências transicionais diante da sífilis/sífilis congênita.

Capítulo 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo apresentar-se-ão as principais conclusões deste estudo, em decorrência dos resultados obtidos por meio da PCA, os quais permitiram a compreensão da experiência transicional de quatorze (14) famílias que vivenciaram a hospitalização do filho recém-nascido com sífilis congênita; e a consolidação do pressuposto desta investigação: o aconselhamento em sífilis no período pós-natal, como uma intervenção terapêutica de enfermagem, facilita os processos de transições que famílias vivenciam diante da sífilis congênita, e possibilita uma maior adesão ao tratamento e seguimento de sífilis e de sífilis congênita.

Pela natureza do objeto desta tese, a metodologia qualitativa com enfoque na PCA enquadrou-se perfeitamente para o desenvolvimento desta pesquisa, uma vez que obter informações das famílias participantes, permitiu oferecer-lhes assistência direta através da abordagem do aconselhamento (acolhimento, apoio informativo e emocional, vínculo e interação profissional/paciente e envolvimento da rede de apoio família/profissionais de saúde), propiciando a vivência de transições saudáveis e uma maior adesão ao tratamento e seguimento da sífilis/sífilis congênita no período pós-natal.

Pode-se contatar que os participantes vivenciaram transições múltiplas, simultâneas e relacionadas, dentre elas, do tipo saúde doença, desencadeada pela sífilis no ciclo gravídico-puerperal. Aprofundar e discutir os aspectos inerentes a esse processo de transição é fundamental para aumentar a qualidade da assistência multidisciplinar, especialmente, da enfermagem.

A consciencialização se deu a partir do diagnóstico de sífilis gestacional, que desencadeou respostas e sentimentos negativos, associados ao desconhecimento dos participantes quanto a infecção, às representações sociais de uma “doença feia” (pelas lesões na pele), aos estereótipos estigmatizantes e à violência institucional, o que aponta para necessidade do acolhimento, escuta ativa dos profissionais de saúde e de priorizar ações como a educação em saúde.

Na procura por informações quanto à sífilis, os participantes recorreram à internet, principalmente, evidenciado que este é um meio de comunicação importante e que precisa ser explorado para as atividades de educação sexual e em saúde, como por exemplo jogos interativos para a população e cursos de educação a distância para os profissionais de saúde em qualquer nível de assistência, para que todos possam pensar na sífilis como uma doença

milênar e de cura reconhecida. Entretanto, é necessário que as informações disponibilizadas em ambientes virtuais de aprendizagem tenham uma linguagem condizente com o entendimento do público alvo, especialmente, dos adolescentes.

O empenhamento das famílias se deu na busca do conhecimento científico durante as sessões de aconselhamento, onde houve o estímulo e respostas às dúvidas, o que mostrou a relevância de tal atividade para os indivíduos que passam pela experiência transicional diante da sífilis no ciclo gravídico-puerperal.

Como todos os tipos de transição, as experienciadas pelos participantes acarretaram mudanças, entre elas, nos relacionamentos conjugais (separação, desconfiança), familiares (vergonha) e sociais (exclusão); e em diferenças, ao enxerga-se e perceber o outro diferente, em para ambas concluiu-se que é preciso se prevenir com a utilização de preservativos para o sexo oral, vaginal e anal, reconhecer o corpo do outro e “fiscalizar” feridas uma vez que o cancro no contato de pele a pele é altamente contagioso e mudar o estilo de vida. Mudanças para cuidar de seus filhos após a alta hospitalar também foram relatadas, pois as mães sentiam-se no dever de suprir todas as necessidades da criança, protegendo-lhes de situação de mais sofrimento.

Quanto ao evento crítico a hospitalização do filho por sífilis congênita, foram lhe atribuído significados negativos (acontecimento ruim, sentimento de culpa, tristeza, preocupação com a saúde do filho e indignação pela ineficácia do tratamento de sífilis na gestação para prevenir sua transmissão vertical), que foram inibidores no processo de transição; e positivo (algo necessário para restabelecer a saúde da criança). Destacam-se, nesse período, ações assistenciais que facilitaram o processo de transição, como o cuidado humanizado com o recém-nascidos e as orientações dos profissionais quanto à sífilis/sífilis congênita, incluindo as recebidas durante o aconselhamento.

A crença também atua como um condicionante facilitador do processo de transição, proporcionando aos pacientes consolo/conforto, tranquilidade, aceitação e ajuda diante de um momento de grande vulnerabilidade.

Em contrapartida, o baixo nível socioeconômico foi um condicionante pessoal dificultador, as famílias apresentaram conhecimento rudimentar sobre a sífilis e a sífilis congênita, durante a internação da criança. Revelando a carência de informações prestadas pelos profissionais de saúde do pré-natal e também da assistência hospitalar e a importância do aconselhamento no período pós-natal, uma vez que é preciso informação precisas e

concisas para haver o cuidado - adesão as práticas preventivas, ao tratamento e ao seguimento da sífilis.

Como indicadores de processos de transições saudáveis, os participantes interagiram e sentiram-se ligados e apoiados pelos seus familiares e/ou amigos, que atuaram como facilitadores nesse processo. Quanto aos profissionais de saúde, as mães e os pais destacaram ações da equipe multidisciplinar de saúde que facilitaram o processo de transição, como: orientar, estimular e retirar dúvida, dialogar, oferecer um cuidado humanizado, apoiar emocionalmente, estar presente, entre outras. Em contrapartida, não prestar informações, agir com ignorância, maus tratos, violência institucional, discriminação, entre outras, foram atuações inibidoras. Ressalta-se que dentre os componentes do aconselhamento, o apoio informativo e o emocional foram destacadas com ações facilitadoras.

Constatou-se que, entre os profissionais da assistência (hospitalar e comunitária), houve um maior vínculo e interação com a enfermeira da unidade de saúde (clínica da família ou centro municipal de saúde), e que também foi a principal rede de apoio das famílias participantes nos serviços de saúde. Entende-se também que o aconselhamento é uma ferramenta que propicia vínculo e interação entre as partes, favorecendo que o usuário reconheça o profissional/aconselhador como parte de sua rede de apoio no enfrentamento da sífilis/sífilis congênita.

Nesta perspectiva, pode-se afirmar que a prática continuada do aconselhamento em sífilis no período pós-natal, propiciou aos participantes conhecimento amplo e antecipado, que refletiram no aumento dos níveis de confiança e ajudou a estarem situados quanto ao cuidar do filho e ao tratamento e seguimento da sífilis/ sífilis congênita.

Ao considerar os indicadores de resultados de uma vivência de transições saudáveis concluiu-se que as experiências transicionais geraram neles uma reformulação de identidade, no sentido de: ter mais responsabilidade; sentir-se mais maduro; cuidar-se melhor; se prevenir da sífilis e outras IST; de evitar gestações não-planejadas, entre outras. Ao considerar as metas do aconselhamento em sífilis, averiguou-se que a maioria das famílias alcançaram a adoção ou a consciencialização sobre práticas seguras no exercício da sexualidade.

A partir da percepção dos participantes do estudo, o aconselhamento foi um instrumento importante para ajuda-los no enfrentamento da sífilis/sífilis congênita, através de: apoio informativo; romper com estereótipos estigmatizados; respostas e estímulos às dúvidas; relacionamento (rede de apoio); acolhimento; orientações e conselhos; apoio emocional e diminuição das ansiedades; consciencialização.

Partindo do princípio que o aconselhamento em sífilis e outras IST é uma prática comum do enfermeiro, pode-se afirmar que ao realizar o aconselhamento ele torna-se protagonista no cuidado as famílias que vivenciam transições diante da sífilis congênita e, conseqüentemente, facilitador do processo de transição. Entretanto, é necessário que tenha competências, habilidades e conhecimentos teóricos e práticos para exercer esse papel.

O presente estudo reforça a importância de que o enfermeiro e equipe multidisciplinar de saúde estejam capacitados para atuar junto aos usuários dos serviços de saúde no enfrentamento da sífilis/sífilis congênita e dessa forma romper e ultrapassar a dicotomia entre o que se faz e o que se preconiza.

Averiguou-se, na presente pesquisa, que o aconselhamento em sífilis contribuiu para adesão ao tratamento e ao seguimento da sífilis/sífilis congênita da maioria das famílias participantes. Todavia, três famílias não puderam ser acompanhadas durante todo o período pós-natal, pois não compareceram a unidade para realizar o seguimento da criança com sífilis congênita.

A limitação do estudo foi o não acompanhamento de todos os pais (homens) das crianças do estudo porque não estiveram presentes na hospitalização da criança e/ou no acompanhando das consultas de seguimento realizadas nas unidades de atenção primária. O envolvimento dos homens nos serviços de saúde é um dos grandes desafios para o controle da sífilis e da sífilis congênita.

Constatou-se que os participantes sentiram-se empoderados para o tratamento e seguimento das enfermidades conforme o preconizado, uma vez que empoderaram-se passam a ser multiplicadores de informações na temática da sífilis.

Elementos de vulnerabilidade programática (falta de organização e infraestrutura dos serviços, falta de insumos para os exames laboratoriais, falta de capacitação e conhecimento dos profissionais de saúde, ausência de busca ativa devido a periculosidade local), individual (questões de gênero) e social (baixo poder econômico e adolescência), entre outros, influenciaram para que o seguimento da sífilis/sífilis congênita não ocorresse como preconizado pelo Ministério de Saúde.

Nesta perspectiva, é importante o envolvimento de multi-setores no combate à epidemia da sífilis. Salienta-se que a educação escolar deve abordar questões de sexualidade e de IST para adolescentes, já que esses tiveram representação significativa no presente estudo e mostraram desconhecimento da temática. É preciso que sejam revistas as leis trabalhistas para que o indivíduo com sífilis tenha assegurado o seu direito de tratamento e seguimento

clínico e laboratorial, sem que a ausência de suas atividades laborais para estes fins acarrete em ônus ou prejuízos financeiros.

Propõe-se, também, que esteja acessível aos usuários dos serviços públicos de saúde um serviço específico para a sífilis/sífilis congênita que inclua a prática do aconselhamento em sífilis, próximos de suas residências, para diminuir as vulnerabilidades programáticas aqui já citadas, visando a cura da infecção e, assim, romper com a cadeia de transmissão da sífilis.

Ressalta-se que o sistema de informações do SUS, deveria dispor de um banco de dados, acessível a comunidade científica, em que contenha dados quanto ao seguimento, prognóstico e cura das crianças que tiveram sífilis congênita, pois sabe-se que a infecção pode trazer repercussões para o desenvolvimento das crianças não tratadas adequadamente. Neste contexto, sugere-se que futuras pesquisas científicas abordem a temática da sífilis congênita relacionada às outras fases de vida da criança, como a pré-escolar e escolar.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A.M., et al. Atividades do enfermeiro na transição do cuidado: realidades e desafios. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 12(12):3190-7, dez., 2018.
- ADEGAS, E.C.V. Maternagem no método canguru: narrativa de vida das mulheres com filho pré-termo na transição para o domicílio. Rio de Janeiro: dissertação (mestrado em enfermagem) – Universidade Federal do Estadual do Rio de Janeiro (UNIRIO), 2016. 126p.
- ALLIGOOD, M.R. Nursing Theorists and Their Work. **Mosby Elsevir**, 8. Ed, p. 416-433, 2013.
- ALVARENGA, W.A. et al. Vulnerabilidade da família de crianças expostas ao vírus da imunodeficiência humana. **Rev. enferm. UFPE on line**; nov. 2016, 10(5): 4167-4175.
- AMARAL, E. Sífilis na gravidez e óbito fetal: de volta para o futuro. Campinas (SP): **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.34, n.2, p. 52-55, 2012.
- ANDRADE, L., et al. A família na vivência da gemelaridade - revisão sistemática. Florianópolis: **Texto contexto - enferm.** v. 23, n. 3, Set. 2014, p. 758-766.
- ARANTES, E.O. O acesso ao teste anti-HIV na ótica das mulheres: contribuições para a enfermagem. Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2015, 82 p.
- ARAÚJO, G.M. Aconselhamento pré-testagem rápida: uma proposta de educação em saúde. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 5, n. 01, jul./2017, p.61-73
- ARAÚJO, T. M.; ARAÚJO FILHO, A. C.; FEITOSA, K. V. Prevalência de sífilis em mulheres do sistema prisional de uma capital do nordeste brasileiro. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, v.17, n.4, 2016, p.1-11.
- ASSIS, S.G. Superação de dificuldades na infância e Adolescência: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção da saúde / Simone Gonçalves de Assis; Joviana Quintes Avanci; Renata Pires Pesce; Suely Ferreira Deslandes. — Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ ENSP/CLAVES/CNPq, 2006.
- 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.
- BARBOSA, A.J.C., et al. Behavioral profile of pregnant women attended in a testing and counseling center in a frontier municipality. **Cogitare Enferm** 2016; 21(1):01-08.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
- BARRETO, ACM. A sexualidade da adolescente e sua vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis: Contribuições para o cuidado de enfermagem / Ana Claudia

Mateus Barreto. Rio de Janeiro: dissertação (mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 2008, 133p

BESSLER, Danielle. Práticas de cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal com histórico de consumo de álcool e outras drogas: perspectiva da enfermagem. Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), 2018, 117 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Aconselhamento em DST e HIV/AIDS: diretrizes e procedimentos básicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2.ed., 1998, 21p.

_____. Ministério da Saúde. Manual simplificado em aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2003, 30p. (FIQUE SABENDO)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2005, 64p.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 8.ed., 2010, 448p.

_____. 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 Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Manual de Teste Rápido para Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2012, 53p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/Aids / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatite Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 1ªed, 2015, 142p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, 88p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis. Ano V, Vol.48, n.36, 2017, 44p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância. Protocolo clínico e diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018, 248p.

BRITO, V.O.C. et al. HIV infection, hepatitis B and C and syphilis in homeless people, in the city of São Paulo, Brazil. **Rev. Saúde Pública** 2007;41 (2):47-56.

CABRAL, I.E.; MORAES, J.R.M.M. Familiares cuidadores articulando rede social de criança com necessidades especiais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 68, n. 6, Dec. 2015, p. 1078-1085, .

CAMPOS, A.L.A., et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 9, p. 397-402, Sept. 2012 .

CAIRES, TLG. O consumo de bebida alcoólica durante a gestação na perspectiva de Afaf Meleis: contribuição para a enfermagem. Rio de Janeiro: Tese (doutorado em enfermagem) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 2017,145 p.

CARRARA, S. L. Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

CAVALCANTE A.E, et al. Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. **DST - J bras Doenças Sex Transm** 2012;24(4):239-245.

COSTA, Marília; GAMEIRO, Manuel Gonçalves Henriques. Autocuidado dos adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: responsabilidade no controlo da doença. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser IV, n. 9, p. 9-19, maio 2016.

COSTA, N.C.C.S. Análise da Representação Social do processo saúde-doença da Sífilis adquirida em mulheres em idade fértil. Manaus: Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas, 2018.

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

COSTA, L.G.F. O cuidado ao recém-nascido pré-termo e de baixo peso ao nascer: a transição da terapia intensiva neonatal ao domicílio. São Luís: Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Maranhão, 2015. 138 p.

CRUZ, M.L.S, et. Al. The “moral career” of perinatally HIV-infected children: revisiting Goffman’s. *AIDS care* [Internet]. 2014 [citado 2019 Mai 10]; 27(1):6-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25054808>.

DOMINGUES, R.M.S.M; HARTZ, Z.M.A.; LEAL, M.C. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant** 2012; 12(3):269-280.

DOMINGUES, R.M.S.M.; LEAL, M.C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Rio de Janeiro: **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, 2016, p.1-12.

EGRY, E., *et al.* Compreendendo a negligência infantil na perspectiva de gênero: estudo em um município brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.49, n.4, 2015, p. 556-563.

ESTAVELA, A.J.; SEIDL, E.M.F. vulnerabilidades de gênero, práticas culturais e infecção pelo HIV em Maputo. Belo Horizonte: **Psicol. Soc.**, v. 27, n. 3, dec. 2015, p. 569-578.

FEITOSA, LOF. Puerpério e suas vivências como um processo de transição à luz da teoria de Afaf Meleis. Rio de Janeiro: dissertação (mestrado em enfermagem) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 2016,105 p.

FELIPPE, TDG. O uso abusivo de álcool: em servidores militares contribuição para ciências do cuidado. Niterói: dissertação (mestrado em enfermagem) - Universidade Federal Fluminense (UFF), 2015, 134p.

FELIZ, M.C., *et al.* Aderência ao seguimento no cuidado ao recém-nascido exposto à sífilis e características associadas à interrupção do acompanhamento. São Paulo: **Rev. bras. epidemiol.**, v. 19, n. 4, p. 727-739, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040004>.

FERNANDES, M.A, *et al.* Infecções sexualmente transmissíveis e as vivências de mulheres em situação de reclusão. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2016; 24(6):e27774, 6p.

FERREIRA, A; SIMÕES, J.; LOUREIRO, H. Percepção das mulheres sobre o papel do enfermeiro de família na transição para a maternidade: Estudo Qualitativo com Puérperas Portuguesas. **Atas CIAIQ**, 2018, vol.2, 11p.

FIGUEIREDO, G.L.A.; MELLO, D.F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2007 Nov-Dez; 15(6):1171-6

GAMEIRO, M.G.H. Processos e Experiências de Transição Adaptativa dos Adolescentes com Doença Onco-Hematológica Durante o Tratamento. Lisboa: Tese (doutorado em enfermagem) - Universidade de Lisboa, 2016, 281p.

GERMANO, F.N. *et al.* Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o conhecimento do seu status sorológico: Rio Grande, RS, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2008; 13(3):1033-1040.

GONÇALVES KG *et al.* Criança hospitalizada e equipe de enfermagem: opinião de acompanhantes. Recife, PE, Brasil. **Rev enferm UFPE on line.**, 11(Supl. 6):2586-93, jun., 2017

GUIMARAES, MSF et al . Parentalidade de pais de recém-nascidos hospitalizados por sífilis congênita à luz da teoria das transições. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 27, n. 4, e1190017, 2018 .

GUIMARÃES, M.S.F. Vulnerabilidade e parentalidade na hospitalização de um filho com sífilis congênita à luz da teoria das transições. Rio de Janeiro: dissertação (mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), 2015, 137p.

IM, E. Afaf Ibrahim Meleis – Transition Theory. In: M. R. Alligood & A. M Tomey. Nursing Theorists and Their Work. (7.^a Edition). Missouri: Mosby Elsevier. 2010,416-433 p.

HAO, C. et al. A Randomized Controlled Trial to Evaluate the Relative Efficacy of Enhanced *Versus* Standard Voluntary Counseling and Testing on Promoting Condom Use among Men Who Have Sex with Men in China. **AIDS Behav** 2012; 16(5):1138-47.

HEBMULLER, M.G.; FIOR, H.H.; LAGO, E.G. Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2867-2878, 2015.

JARDIM, F.A., et al. Doenças Sexualmente Transmissíveis: a percepção dos adolescentes de uma escola pública. **Cogitare Enferm.** Out/Dez, 2013; v.18, n.4, p.663-8

KAUL G, et al. Donor notification and counseling - experience and challenges. **Transfus Apher Sci** 2013; 49(2):291-294.

KAWAGUCHI, I.A.L et al. O seguimento da sífilis congênita em crianças tratadas ao nascer. **Com. Ciências Saúde**, v. 24, n.3, p. 221-230, 2014.

LEITE, I.A. Assistência de enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. **Cadernos de pós graduação**, 2016, v. 3, n. 3, p. 165-176.

LAHUERTA M, et al. Comparison of users of an HIV/syphilis screening community-based mobile van and traditional voluntary counselling and testing sites in Guatemala. **Sex Transm Infect** 2011; 87(2):136-40.

LIMA, CFM. Significando a transicionalidade da sexualidade do cônjuge-cuidador da pessoa idosa em processo demencial para um cuidado terapêutico de enfermagem. Rio de Janeiro: Tese (doutorado em enfermagem) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 2016, 216p.

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

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

MARTINS, M. Transição de saúde-doença vivenciada por gestantes hipertensas mediada pelo cuidado educativo de enfermagem. Cutitiba: dissertação (mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2001, 177p.

MELEIS, A.I. et al. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Science**, v. 23, n.1, p. 12-28, 2000.

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

MELLO, V.S. A saúde da mulher e o tratamento da sífilis: narrativas de vida e contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro: dissertação (mestrado em enfermagem) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), 2016.

MEIRA, S.C.B. O processo de transição saúde/ doença da pessoa com enfarte agudo do miocárdio. Viana do Castelo, Portugal: dissertação (mestrado em enfermagem) – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2017, 155p.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de Campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010. Cap3. p. 65-70.

MORENO, D. M.F.C.; REIS, A.O.A. Revelação do diagnóstico da infecção pelo HIV no contexto do aconselhamento: a versão do usuário. Ribeirão Preto: **Temas psicol.**, v. 21, n. 3, p. 591-609, dez. 2013 .

MOTA, M.S. Processo de transição da pessoa estomizada da dependência de cuidado ao autocuidado: subsídios à enfermagem. Rio Grande: dissertação (mestrado em enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande (FURG), 2014, 105p.

MOTTA, M.G.C., et al. Cuidado familiar no mundo da criança e adolescente que vivem com HIV/AIDS. **Cienc enferm** [Internet]. 2014 [citado 2019 Mai 10]; 20(3):69-79. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n3/art_07.pdf

MORORÓ, R.M., et al. A percepção dos enfermeiros da estratégia de saúde da família acerca do seguimento da sífilis congênita. **Ver. Saúde.com**, 2015, 11 (4), 324-336.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. Doenças sexualmente transmissíveis: sentimentos das presidiárias. **R. Interd.** v. 8, n. 3, jul/set 2015, p. 162-168.

MOURA, Erly Catarina de; GOMES, Romeu; PEREIRA, Georgia Martins Carvalho. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. Rio de Janeiro: **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 1, Jan. 2017, p. 291-300.

NAZARETH, Isis Vanessa. O Itinerário terapêutico de mulheres com sífilis: Bases para o cuidado de Enfermagem. Rio de Janeiro: Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro,, 2017, 190p.

NETO, V.L.S *et al.* Sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS: implicações para o enfermeiro. **Rev Fund Care Online**. 2016 out/dez; 8(4):5184-5192.

NORONHA, M.G.R.C.S *et al.* Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família?. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(2):497-506, 2009.

NUNES, S.F.L. A transição do familiar de idosos com doença de parkinson para o papel de cuidador. Santa Catarina: dissertação (mestrado em enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2015, 198p.

PADILHA, A.P., et. al. O conhecimento de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6 (Supl. 3), Junho, 2015 p.2249-60.

PÊGO, C.O; BARROS, M.M.A. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica: expectativas e Sentimentos dos Pais da Criança Gravemente Enferma. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, 2017, 21 (1), 10p.

PICCININI CA, Silva MR, Gonçalves TR, Lopes RCS. Envolvimento paterno aos três meses de vida do bebê. **Psic.: Teor Pesq.**; v.28, n.3, 2012, p.303-14.

PISANI, J.P.; ZOBOLI, E.L.C.P.; FRACOLLI, L.A. Privacidade e confidencialidade em casos de casais discordantes para sífilis. Curitiba: **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. Abr./Ju 2011, p. 213-218.

QVIST T., et al. High Linkage to Care in a Community-Based Rapid HIV Testing and Counseling Project Among Men Who Have Sex With Men in Copenhagen. **Sex Transm Dis** 2014; 41(3):209-214.

REIS, R. K., et al. Sintomas de Depressão e Qualidade de Vida de Pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2011.

RIBEIRO, L.V., et al. Home-based counseling and testing for HIV and syphilis – an evaluation of acceptability and quality control, in remote Amazonas State, Brazil. **Sex Transm Infect** 2015; 91(2): 94-96.

ROCHA, K. B., Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: Desafios na descentralização do teste rápido HIV/Aids. **Ciencias Psicológicas**, 2018, 12(1):67-78.

ROCHA, K.B, et al. Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. **Saúde em Debate** [internet] 2016 Jun [acessado 2017 out 22]; 40(109):22-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00022.pdf>

RUFFINEN, C.Z., et al. Point-of-care screening for syphilis and HIV in the borderlands: challenges in implementation in the Brazilian Amazon. **BMC Health Serv Res** 2015; 15: 495.

SANTOS, E, et al. O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. **Millenium**, 2015, 49 (jun/dez). Pp. 153-171.

SANTOS, C.P.; RODRIGUES, B.M.R.; ALMEIDA, I.S. Vivência das adolescentes e jovens com HIV: um estudo fenomenológico. **Adolescência & Saude**, v.7, n.1, jan. 2010, 1-5p.

SCHUMACHER, KL; MELEIS, A.I. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In: A. I. Meleis. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company, 2010.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Recomendações para o funcionamento dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) do estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública** 2009; 43(2):383-386.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. Plano de Enfrentamento da Sífilis Congênita. Rio de Janeiro, setembro de 2015, 1-7p.

SERAFIM, C. M.; LIMA, C.B. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, sob o olhar do acompanhante da criança hospitalizada. João pessoa: **Temas em Saúde**, 2016, 16 (3), 23p.

SILVA, C.R.R., et al. Viver com uma ileostomia: um estudo de caso sobre o processo de transição. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. ser IV, n. 14, p. 111-120, set. 2017.

SILVA, A.A, et al. Factors associated with condom use in women of a testing and advice center for STD/AIDS of Bahia, Brazil. **DST j. bras. doenças sex. transm** 2015; 27(3-4): 106-111.

SILVA, M.A.M. *et al.* Experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados. **Revista Referência**, II série, n.º 11, p. 37-46, 2009.

SILVA, J.A.S.; VAL, L.F.; NICHATA, L. Y. I. A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/AIDS: uma revisão da literatura. São Paulo: O Mundo da Saúde, 2010; 34(1):103-108.

SILVA, E.M., *et al.* Participação do companheiro nos cuidados do binômio mãe e filho: percepção de puérperas. **Ver.pesqui.cuid.fundam.** (Online); v.8, n.1, jan/mar, 2016, p.3991-4003.

SIQUEIRA, D.A., et al. Sentimentos e conhecimentos de puérperas em face da Sífilis congênita neonatal. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, 19(3): 56-61, jul-set, 2017.

SPOSITO, N.P.B., *et al.* Avaliação e manejo da dor em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo transversal. Ribeirão Preto: **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 25, e2931, 2017 .

TRENTINI, M.; PAIM, L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular, 2ªed, 2004, 144p.

VASCONCELOS, M.I.O., *et al.* Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. Fortaleza: **Rev Bras Promoç Saúde**, v.29 (Supl), dez. 2016, p.85-92.

VIEGAS, A.P.B.; CARMO, R.F.; LUZ, Z.M.P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. São Paulo: **Saude soc.**, v. 24, n. 1, mar. 2015, p. 100-112.

VILELA, M.P, et al. Perfil epidemiológico dos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento de Alfenas, Minas Gerais. **Rev. Eletr. Enf.** 2010; 12(2):326-330.

WEBER C; LIMA JUNIOR MCG. Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. Relatório de Gestão 2009 a 2016. **Revista Saúde em Foco**, SMSRIO, v. 1, n. 2, jun./dez. 2016.

WIJESOORIYA NS, ROCHAT RW, KAMB ML, TURLAPATI P, TEMMERMAN M, BROUTET N, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis in 2008 and 2012: a health systems modelling study. *Lancet Glob Health*. [Internet] 2016 [cited Oct 26, 2016]; 4(8):e525-e33. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(16\)30135-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(16)30135-8/abstract).

WORKOWSKI KA, BOLAN GA. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* [Internet]. 2015 Jun [cited 2017 Jan 18]; 64(3):45-9. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdf>

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. ENFERMEIRAS E FAMÍLIAS: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família. [tradução de Silva M. Spada], 3ed. São Paulo: Roca, 2002, 319p.

Apêndices

APÊNDICE 1

CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS SOBRE ACONSELHAMENTO E SÍFILIS,
CONTIDOS NA BIBLIOTECA VIRTUAL DE SAÚDE, NO PERÍODO DE 2012 A 2016.

Autor, Periódico e Ano.	Título	Tipo de pesquisa/ Método	Objetivo(s) do Estudo
Rocha KB et al; <i>Saúde Debate</i> 2016.	Network transversality: matrix support in the decentralization of counseling and rapid testing for HIV, syphilis, and hepatitis	Qualitativo Exploratório.	Investigar como a política de descentralização do teste rápido de HIV, sífilis e hepatites vem sendo implementada, a partir do matriciamento das equipes de Atenção Básica para a realização do aconselhamento e teste rápido em Porto Alegre e no estado do Rio Grande do Sul.
Barbosa AJC et al; <i>Cogitare Enferm</i> 2016.	Behavioral profile of pregnant women attended in a testing and counseling center in a frontier municipality	Descritivo, documental, retrospectivo.	Identificar o perfil comportamental e epidemiológico de gestantes atendidas em Centros de Testagem e Aconselhamento em município de fronteira, entre 2007-2013 e descrever a ocorrência de doenças sexualmente transmissíveis
Ruffinen CZ et al; <i>BMC Health Services Research</i> 2015.	Point-of-care screening for syphilis and HIV in the borderlands: challenges in implementation in the Brazilian Amazon	Quanti-qualitativo.	Descrever o contexto de implantação de ponto de testes rápidos no sistema de saúde indígena; avaliar o desempenho do serviço de saúde no rastreamento de ponto de atendimento; e delinear os fatores que dificultam e facilitam a implementação prática.
Silva AA et al; <i>DST - J bras Doenças Sex Transm</i> 2015.	Factors associated with condom use in women of a testing and advice center for STD/AIDS of Bahia, Brazil	Analítico observacional transversal.	Investigar fatores associados ao uso de preservativo com parceiros não fixos, em mulheres usuárias de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para DST/AIDS da Bahia, de 2006 a 2012.
Ribeiro LV et al; <i>Sex Transm Infect</i> 2015.	Home-based counseling and testing for HIV and syphilis – an evaluation of acceptability and quality control, in remote Amazonas State, Brazil	Estudo de coorte, quantitativo.	Avaliar a eficácia da introdução do Aconselhamento e Testagem domiciliar para HIV e sífilis, usando testes rápidos em conjunto com o Programas de Garantia de Qualidade externa, no município da Amazônia brasileira.

Qvist T et al; <i>Sex Transm Dis</i> 2014.	High Linkage to Care in a Community-Based Rapid HIV Testing and Counseling Project Among Men Who Have Sex With Men in Copenhagen	Quantitativo, prospectivo, longitudinal. Coorte.	Avaliar um programa de teste de vírus de imunodeficiência humana (HIV) baseado na sua capacidade de alcançar homens que fazem sexo com homens na comunidade (HSH) e encaminhar com êxito pacientes HIV positivos para o tratamento.
Kaur G et al; <i>Transfus Apher Sci</i> 2013.	Donor notification and counseling - experience and challenges.	Observacional , prospectivo.	Avaliar a notificação e o aconselhamento dos doadores de sangue com pós-testes positivo para alguma das infecções transmitidas por transfusão (TTI).
Domingues RMSM, Hartz ZMA, Leal MC; <i>Rev Bras Saude Mater Infant</i> 2012.	An evaluation of action taken to control syphilis and HIV in public sector prenatal care in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil	Quantitativo, descritivo, transversal.	Avaliar a adequação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal realizada em unidades do Sistema Único de Saúde do Município do Rio de Janeiro, Brasil.
Hao C et al; <i>AIDS Behav</i> 2012.	A Randomized Controlled Trial to Evaluate the Relative Efficacy of Enhanced Versus Standard Voluntary Counseling and Testing on Promoting Condom Use among Men Who Have Sex with Men in China	Randomizado Controlado.	Avaliar a eficácia relativa do Aconselhamento e Testagem Voluntários baseado na teoria de Intervenção grupal para Aconselhamento e Testagem Voluntários com um componente audiovisual, versus um Aconselhamento e Testagem Voluntários padrão de cuidado de grupo controle na redução da prevalência de relações sexuais anais desprotegidas (UAI) entre HSH em Nanjing, China. E avaliar a eficácia relativa da intervenção na redução da incidência de HIV e sífilis.

APÊNDICE 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO- UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS-
PGGENFBIO-DOCTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “**Propondo um modelo de cuidado de enfermagem para famílias que vivenciaram experiências transicionais diante da sífilis congênita: uma Pesquisa Convergente Assistencial**”, porque você faz parte da família nuclear do recém-nascido hospitalizado por sífilis congênita.

OBJETIVOS DO ESTUDO: compreender a experiência transicional de famílias que vivenciaram a hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita; discutir a contribuição do aconselhamento de sífilis no período pós-natal para o processo de transição saúde-doença e a adesão de famílias ao tratamento e seguimento da sífilis e da sífilis congênita; e propor um modelo de cuidado de enfermagem às famílias que vivenciaram experiências transicionais diante da sífilis congênita, a partir do aconselhamento de sífilis no período pós-natal.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. As suas informações podem 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.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você responderá um questionário para traçar o perfil do pesquisado, uma avaliação estrutural de sua família através do genograma e ecomapa e uma entrevista semifechada. Serão coletados dados do prontuário do recém-nascido por meio de um formulário. Você também participará de sessões de aconselhamento de sífilis, realizadas pela enfermeira/pesquisadora, sendo uma no alojamento conjunto ou na Unidade Neonatal e as outras concomitante as consultas mensais das crianças para o seguimento da sífilis congênita na Unidade Primária de Saúde.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas e sessões de aconselhamento de sífilis serão gravadas em áudio, através de um gravador de áudio voz digital. Os áudios serão ouvidos por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação. As gravações serão utilizados somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Esta pesquisa não implicará em nenhum custo ou prejuízo de caráter econômico, social, psicológico ou moral, também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação, porém você pode achar que determinadas perguntas lhe incomodam, já que as informações prestadas versam sobre suas experiências pessoais. Entretanto sua entrevista ajudará a aprimorar a assistência de enfermagem quanto ao cuidado a família com sífilis/sífilis congênita. Esta pesquisa pode beneficiar à você ao oferecer um aconselhamento de sífilis dentro de uma instituição que dispõe de uma rede de atenção especializada e multiprofissional.

CONFIDENCIALIDADE E DIREITOS DO ENTREVISTADO: Seu nome não aparecerá nas gravações 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. Assinando esse consentimento, você não desiste de nenhum de seus direitos, bem como não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente voluntária, podendo se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento, sem que interfira na assistência e no vínculo com esta instituição. O investigador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem estar.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contacte o CEP/SMSDC-RJ no telefone 2215-1485 ou e-mail cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br; ou contacte Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos. Esta pesquisa realizada na Maternidade Leila Diniz, possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências–Doutorado, sendo a aluna **Marcelle Sampaio de Freitas Guimarães** a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a**Leila Rangel da Silva**. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, entre em contato com a pesquisadora principal no telefone 97900-2988 ou email:marcelle_sfg@hotmail.com. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe conctatar em caso de necessidade.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, _____ (primeiro nome e sobrenome) residente à _____ (endereço), com o seguinte contato telefônico _____ (telefone), concordo em participar do estudo intitulado “**Propondo um modelo de cuidado de enfermagem para famílias que vivenciaram experiências transicionais diante da sífilis congênita: uma Pesquisa Convergente Assistencial**”.

Eu fui completamente orientado pela pesquisadora _____, que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-la sobre todos os aspectos do estudo. Além disto, ela me entregou uma cópia da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa. Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada. Estou ciente que sou livre para sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar. Minha identidade jamais será publicada. Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador. Estou recebendo uma cópia assinada deste Termo.

Participante: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____

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

Pesquisadora: Nome: _____
Data: _____
Assinatura: _____

Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP SMS/RJ):
Rua Evaristo da Veiga nº 16 – sobreloja - Centro – Rio de Janeiro/RJ - Telefone: (21) 2215-1485. E-mail:
cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

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

Contatos da pesquisadora responsável: Marcelle Sampaio de Freitas Guimarães. Telefone: (21) 97900-2988.
Email:marcelle_sfg@hotmail.com

APÊNDICE 3



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

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

Convidamos você, após autorização dos responsáveis legais para participar como voluntário (a) da pesquisa: **“Propondo um modelo de cuidado de enfermagem para famílias que vivenciaram experiências transicionais diante da sífilis congênita: uma Pesquisa Convergente Assistencial”**. As suas informações podem oferecer subsídios para o planejamento de estratégias de ação que atendam às necessidades de famílias que tiveram sífilis em algum momento do ciclo gravídico-puerperal.

Este Termo de Assentimento pode conter informações que você 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, permitindo a sua desistência a qualquer momento. Após ler as informações a seguir, caso aceite participar do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é para ser entregue ao seu responsável para guardar e a outra é do pesquisador. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema se desistir, é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa objetiva compreender a experiência transicional de famílias que vivenciaram a hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita; discutir a contribuição do aconselhamento de sífilis no período pós-natal para o processo de transição saúde-doença e a adesão de famílias ao tratamento e seguimento da sífilis e da sífilis congênita; e propor um modelo de cuidado de enfermagem às famílias que vivenciaram experiências transicionais diante da sífilis congênita, a partir do aconselhamento de sífilis no período pós-natal.
- Sua participação na pesquisa acontecerá em contatos repetidos, através de: um questionário para traçar o perfil do pesquisado; uma avaliação estrutural de sua família por meio do genograma e ecomapa; e uma entrevista semifechada. Serão coletados dados do prontuário do recém-nascido por meio de um formulário. Você também participará de sessões de aconselhamento de sífilis, realizadas pela enfermeira/pesquisadora, sendo uma no alojamento conjunto ou unidade neonatal e as outras concomitante consultas mensais das crianças para o seguimento da sífilis congênita na Unidade Primária de Saúde.

□ RISCOS e BENEFÍCIOS: Esta pesquisa não implicará em nenhum custo ou prejuízo de caráter econômico, social, psicológico ou moral, também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação, porém você pode achar que determinadas perguntas lhe incomodam, já que as informações prestadas versam sobre suas experiências pessoais. Entretanto sua entrevista ajudará a aprimorar a assistência de enfermagem quanto ao cuidado a família com sífilis/sífilis congênita. Esta pesquisa pode beneficiar à você ao oferecer um aconselhamento de sífilis dentro de uma instituição que dispõe de uma rede de atenção especializada e multiprofissional.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa mediante entrevistas gravadas, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Nem você e nem seus responsáveis legais pagarão nada para você participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação e de seus responsáveis serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Assinando esse consentimento, você não desiste de nenhum de seus direitos, bem como não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. O investigador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem estar.

Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro/ CEP/SMSDC-RJ e do CEP-UNIRIO, caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, entre em contato com o CEP/SMSDC-RJ no telefone 2215-1485 ou e-mail cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br; ou contacte o CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. Esta pesquisa realizada na Maternidade Leila Diniz, possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências– Doutorado, sendo a aluna **Marcelle Sampaio de Freitas Guimarães** a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a**Leila Rangel da Silva**. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, entre em contato com a pesquisadora principal no telefone 97900-2988 ou email:marcelle_sfg@hotmail.com.

Assinatura do pesquisador (a): _____ **Data:** __/__/__

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 **“Propondo um modelo de cuidado de enfermagem para famílias que vivenciaram experiências transicionais diante da sífilis congênita: uma Pesquisa Convergente Assistencial”**, como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Assinatura do (da) menor: _____ Data: __/__/__

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

Nome: _____ Assinatura: _____ Data: __/__/__

Nome: _____ Assinatura: _____ Data: __/__/__

Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP SMS/RJ):

Rua Evaristo da Veiga nº 16 – sobreloja - Centro – Rio de Janeiro/RJ - Telefone: (21) 2215-1485. E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

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

Contatos da pesquisadora responsável: Marcelle Sampaio de Freitas Guimarães. Telefone: (21) 97900-2988.
Email:marcelle_sfg@hotmail.com

APÊNDICE 4



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

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

ESCLARECIMENTOS: O objetivo deste é solicitar o consentimento do responsável para autorizar o menor sob sua guarda para participar como voluntário(a) no presente pesquisa intitulada: **“Propondo um modelo de cuidado de enfermagem para famílias que vivenciaram experiências transicionais diante da sífilis congênita: uma Pesquisa Convergente Assistencial”**. Ressalta-se que a participação do menor tem como finalidade oferecer subsídios para o planejamento de estratégias de ação que atendam às necessidades de famílias que tiveram sífilis em algum momento do ciclo gravídico-puerperal.

OBJETIVO DO ESTUDO: compreender a experiência transicional de famílias que vivenciaram a hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita; discutir a contribuição do aconselhamento de sífilis no período pós-natal para o processo de transição saúde-doença e a adesão de famílias ao tratamento e seguimento da sífilis e da sífilis congênita; e propor um modelo de cuidado de enfermagem às famílias que vivenciaram experiências transicionais diante da sífilis congênita, a partir do aconselhamento de sífilis no período pós-natal.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: O menor participará de: um questionário para traçar o perfil do pesquisado, uma avaliação estrutural de sua família através do genograma e ecomapa e uma entrevista semifechada. Serão coletados dados do prontuário do recém-nascido por meio de um formulário. Também participará de sessões de aconselhamento de sífilis, realizadas pela enfermeira/pesquisadora, sendo uma no alojamento conjunto ou unidade neonatal e as outras concomitante consultas mensais das crianças para o seguimento da sífilis congênita na Unidade Primária de Saúde.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas e sessões de aconselhamento de sífilis serão gravadas em áudio, através de um gravador de áudio voz digital. Os áudios serão ouvidos por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação. As gravações serão utilizados somente para coleta de dados.

RISCOS E BENEFÍCIOS: A pesquisa não implicará em nenhum custo ou prejuízo de caráter econômico, social, psicológico ou moral, também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação, porém está sujeita a riscos mínimos como o de reviver uma

situação que pode ser incômoda. Entretanto a entrevista do menor ajudará a aprimorar a assistência de enfermagem quanto ao cuidado a família com sífilis/sífilis congênita. Esta pesquisa pode beneficiar o menor ao oferecer um aconselhamento de sífilis dentro de uma instituição que dispõe de uma rede de atenção especializada e multiprofissional.

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 E DIREITOS DO ENTREVISTADO: O estudo mantém sigilo e anonimato. O nome do menor não aparecerá nas fitas de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa em que o menor seja identificado. Assinando esse consentimento, você não desiste de nenhum de seus direitos, bem como não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A participação é inteiramente voluntária, podendo se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento, sem que interfira na assistência e no vínculo com esta instituição.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, você deverá se reportar ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contacte o CEP/SMSDC-RJ no telefone 2215-1485 ou e-mail cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br, ou contacte Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail cep.unirio09@gmail.com. É assegurado o completo sigilo da identidade do menor quanto a participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos. Esta pesquisa realizada na Maternidade Leila Diniz, possui vínculo com a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências–Doutorado, sendo a aluna **Marcelle Sampaio de Freitas Guimarães** a pesquisadora principal, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a**Leila Rangel da Silva**. As investigadoras estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, entre em contato com a pesquisadora principal no telefone 97900-2988 ou email:marcelle_sfg@hotmail.com. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe conctatar em caso de necessidade.

IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA E DO RESPONSÁVEL:

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

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

Responsável: Nome: _____ Data: __/__/__
Assinatura: _____

Discuti a proposta da pesquisa com 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.

Pesquisador: Nome: _____ Data: __/__/__
Assinatura: _____

Contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP SMS/RJ):
Rua Evaristo da Veiga nº 16 – sobreloja - Centro – Rio de Janeiro/RJ - Telefone: (21) 2215-1485. E-mail:
cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

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

Contatos da pesquisadora responsável: Marcelle Sampaio de Freitas Guimarães. Telefone: (21) 97900-2988.
Email:marcelle_sfg@hotmail.com

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 E BIOCÊNCIAS-
DOUTORADO- PPGENFBIO

QUESTIONÁRIO PARA TRAÇAR O PERFIL DO PESQUISADO - instrumento de coleta de dados-

1. Dados Socioeconômicos e Culturais

- Grau de parentesco (criança hospitalizada por sífilis congênita): _____
- Iniciais do Participante: _____
- Data de Nascimento: __/__/__ Idades (anos): __
- Etnia (autodenominação): _____
- Sexo: () F () M. Orientação sexual: _____.
- Situação conjugal: _____. Se união estável, há quanto tempo? _____.
- Procedência: _____
- Qual o meio de transporte utilizado? _____.
- Você tem/pratica alguma religião? () sim () não. Cite-a _____.
- Escolaridade _____.
- Se interrompeu os estudos, diga-me o porquê? _____.
- Ocupação e Formação Profissional: _____.
- Ainda trabalha: _____.
- Renda mensal individual: _____.
- Renda mensal familiar: _____.
- Se não trabalha, qual sua forma de sustento? _____.
- Quais os meios de informação que você utiliza:
() TV () Jornal () Revista () Rádio () Internet () outro, especificar _____.

2. História de sífilis e itinerário terapêutico da sífilis atual

- **Teve sífilis antes de ficar grávida? () Sim () Não,**
Se sim, fez o tratamento?
() Sim. De que forma? _____
() Não.
Fez exame de controle de sífilis após o tratamento? () Sim () Não.
- **Você fez/participou das consultas de pré-natal do seu filho atual: () Sim () Não,**
Nº de consultas: _____
Em qual unidade de saúde: _____.
- **Você realizou tratamento para sífilis durante o período gestacional:**
() Sim. De que forma? _____
() Não.
Utilizou preservativo nas relações sexuais ao iniciar o tratamento () Sim () Não
Você fez exame de controle de sífilis após o tratamento? () Sim () Não,
Qual o resultado: _____.

3. Avaliação de Risco e Vulnerabilidade - mapeamento e aprofundamento:

- Como você percebe a sífilis e a sua transmissão?
- Você manteve relação sexual nos 6 últimos meses?
() Sim, () com um único parceiro sexual () com 2 ou mais parceiros sexuais.
() Não.
- Você usa preservativos nas relações sexuais?
() Sim.
- () Não, por quê? _____
O que o você faz para proteger-se de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)?

- Tem dúvida em utilizar a camisinha feminina/masculina?
() Sim. Quais? _____
() Não.
- Você já teve ou tem sintoma de alguma outra IST?
() Sim, que sintomas? _____
() Não.
- Você consome bebidas alcoólicas?
() Sim, com que frequência? _____
() Não.
- Você usa drogas ilícitas?
() Sim. Qual(is)? Com que frequência? _____
Você compartilha equipamentos (seringa, agulha, canudo, cachimbo) para uso de drogas? () sim, quais? _____
() Não.
- Seu(s) parceiro(s) usa drogas?
() Sim. Qual(is)? Com que frequência? _____
() Não.
() Não se aplica para quem não tem parceiro sexual.
- Seu(s) parceiro(s) tem ou teve algum sintoma de IST?
() Sim. Qual(is)? _____
() Não.
() Não se aplica para quem não tem parceiro sexual.
- Você já vivenciou ou vivencia alguma situação de violência física ou sexual?
() Sim. Conte-me: _____

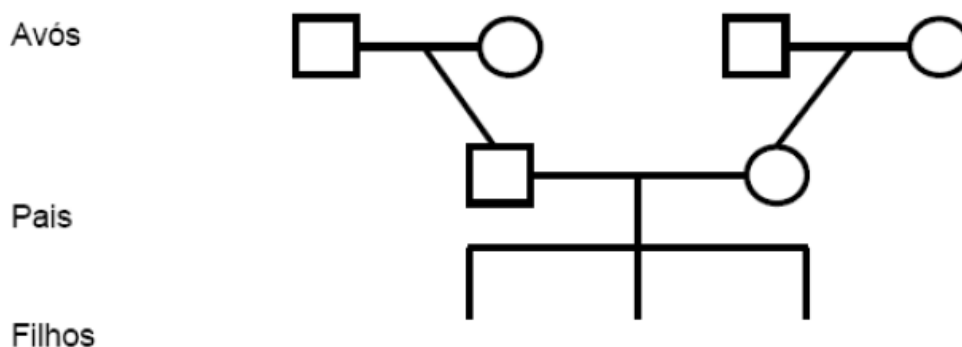
APÊNDICE 6



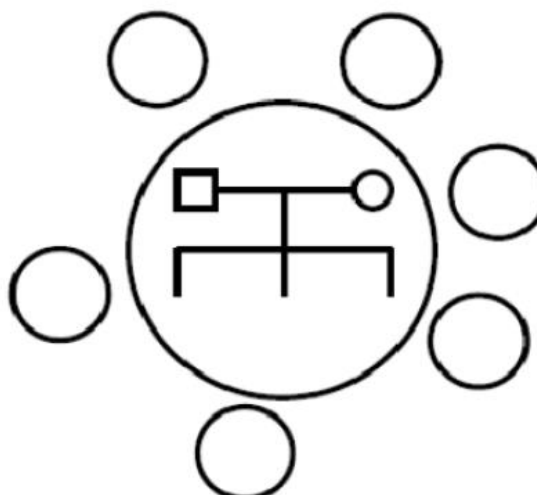
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO- UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS-
DOUTORADO- PPGENFBIO

GENOGRAMA E ECOMAPA PARA AVALIAÇÃO ESTRUTURAL DAS FAMÍLIAS - instrumento de coleta de dados-

- 1. Genograma da Família:** (composição da família; casamento e divórcios; ordem de nascimento, sexo e idade dos filhos, incluindo abortos e óbitos; funções e posições dos membros da família; relacionamentos e apoios com a família de origem/procriação/adotiva; casos de sífilis e sífilis congênita).



- 2. Ecomapa da Família:** (relacionamentos dos membros da família com os sistemas mais amplos; vínculos com instituições sociais e pessoas externas à família; casos de sífilis e sífilis congênita na família extensa/comunidade).



APÊNDICE 7



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO- UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS-
DOUTORADO- PPGENFBIO

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO DO RN

1. Identificação e Contextualização do Nascimento

Data do Preenchimento: __/__/__
Nº do Prontuário: _____
Data de nascimento: __/__/__ e hora: _____
Iniciais da Mãe do Rn: _____
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? _____

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: _____

5. Seguimento da sífilis congênita:

1º mês

VDRL sim não, titulação: _____

3º mês

VDRL sim não, titulação: _____

6º mês

VDRL sim não, titulação: _____

Se LCR alterado em primeiro exame, re-avaliar: _____

Acompanhamento oftalmológico: _____

Acompanhamento neurológico: _____

Acompanhamento audiológico: _____

APÊNDICE 8



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO- UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS-
DOUTORADO- PPGENFBIO

ROTEIRO DA SESSÃO DE ACONSELHAMENTO DE SÍFILIS NO PERÍODO PÓS-NATAL ÀS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS AO NASCER POR SÍFILIS CONGÊNITA

1. Avaliação dos riscos e vulnerabilidades

- a) Identificação dos riscos e elementos de vulnerabilidade individual, social e programática da(o) mãe (pai) que influenciam na adesão ao tratamento e seguimento da sífilis e no seguimento da sífilis congênita após a alta da criança hospitalizada.
- b) Auxiliar na compreensão de suas próprias vulnerabilidades e riscos.

2. Apoio Informativo

- a) Troca de informações sobre a sífilis; etiologia, formas de transmissão, manifestações clínicas, dos métodos para o diagnóstico, do tratamento e do seguimento da sífilis adquirida; e orientado sobre a importância do uso do preservativo.
- b) Troca de informações sobre a sífilis congênita; manifestações clínicas, métodos para o diagnóstico, tratamento da criança no período neonatal e o seguimento da sífilis congênita.
- c) Estímulo à dúvidas e esclarecimentos.

3. Apoio Emocional

- a) Orientação antecipada.
- b) Suporte emocional.
- c) Redução da ansiedade.

4. Identificação das possibilidades e limites para enfrentamento das vulnerabilidades

- a) Planejar e implementar ações que aumentem a resiliência.
- a) Contatar rede de apoio: família/amigos, quando necessário e com o consentimento do participante.
- b) Contatar rede de apoio: profissionais de saúde do serviço onde a família é assistida, quando necessário e com o consentimento do participante.

APÊNDICE 9



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO- UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS-
DOUTORADO- PPGENFBIO

DIÁRIO DE CAMPO:

Guia de observação participante

Data: __ / __ / __

Horário: _____

Nº de Observações: _____

Profissional que realizou a consulta:

- Conhecimento da mulher/do homem sobre a sífilis e sífilis congênita.
- Prática do cuidado da mulher/do homem para: a) tratar a sífilis e prevenir-se uma reinfeção da doença ou infecção de outras IST; b) acompanhar o filho que teve a sífilis congênita.
- A experiência transicional das famílias.

Observações/anotações:

APÊNDICE 10



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO- UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCÊNCIAS-
DOUTORADO- PPGENFBIO

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIFECHADA - Instrumento de coleta de dados-

Tópicos da entrevista semifechada

- Como descobriu a sífilis;
- De que forma buscou o tratamento da sífilis durante a gestação;
- Tentou prevenir que a infecção fosse transmitida ao seu filho;
- Se ocorreu alguma mudança em sua vida após descobrir a sífilis;
- Se no ambiente familiar, social, financeira ou de trabalho ocorreu alguma mudança;
- Quais foram os momentos mais fáceis e/ou difíceis em sua vida após descobrir a sífilis;
- O que significa ter sífilis no ciclo gravídico-puerperal;
- Teve apoio para enfrentar a infecção;
- Sua crença ajudou no tratamento;
- Quais e como os profissionais de saúde te ajudaram neste processo;
- Quais os cuidados que você esperava receber dos profissionais de saúde;
- Como descreve a sua relação com os enfermeiros e outros profissionais de saúde;
- Considera que a vivência da sífilis no ciclo gravídico-puerperal, com hospitalização do seu filho por sífilis congênita tornou um ser diferente e de que modo;
- O que facilitou e o que dificultou no acompanhamento da sífilis no pré-natal e na hospitalização do seu filho;
- Como se sentiu cuidando de si e do seu filho referente a sífilis e a sífilis congênita;
- Houve mudança em seus comportamentos e habilidades para cuidar de si e do seu filho.

ANEXOS

ANEXO 1

LISTAGEM DAS UNIDADES BÁSICAS DA ÁREA PROGRAMÁTICA 4.0

1. Centro Municipal de Saúde - Jorge Saldanha Bandeira de Melo
UNIDADE TIPO B
Avenida Geremário Dantas, 135 – Tanque Telefone: 3392-0050
2. Centro Municipal de Saúde - Harvey Ribeiro de Souza Filho
UNIDADE TIPO B
Rua Guiomar Novaes, 133 – Recreio dos Bandeirantes
3. Policlínica - Newton Bethlem
UNIDADE TIPO C
Rua Barão, 259 – Praça Sec
4. Centro Municipal de Saúde - Cecília Donnangelo
UNIDADE TIPO B
Estrada dos Bandeirantes, 21136 – Vargem Grande
5. Centro Municipal de Saúde - Hamilton Land
UNIDADE TIPO B
Rua Edgard Werneck, 1601 – Cidade de Deus
6. CF Otto Alves de Carvalho - Rio das Pedras
UNIDADE TIPO A
Estrada de Jacarepagua, 5011 – Rio das Pedras
7. CF Maury Alves de Pinho
UNIDADE TIPO A
Estrada dos Bandeirantes, 11,227 – Vargem Pequena
8. CF Pe. José Azevedo Tiúba - Gardênia Azul
UNIDADE TIPO A
Praça Ludovia, s/nº - Gardênia Azul
9. Centro Municipal de Saúde – Canal do Anil
UNIDADE TIPO A
Rua Melo, 2 – Canal do Anil
10. Centro Municipal de Saúde – Newton Bethlem
UNIDADE TIPO A
Rua Barão, nº 259 - Praça Seca
11. Centro Municipal de Saúde – Curicica
UNIDADE TIPO A
Estrada de Curicica, 2000 – Curicica

12. Centro Municipal de Saúde – Santa Maria
UNIDADE TIPO A
Estrada do Rio Pequeno, s/nº - Santa Maria

13. Centro Municipal de Saúde – Novo Palmares
UNIDADE TIPO A
Rua Jacarandá, s/nº - Vargem Pequena

14. Centro Municipal de Saúde – Itanhangá
UNIDADE TIPO A
Est. Do Itanhangá, nº 270 - Itanhangá

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Coordenadoria de Saúde AP 4.0 Unidades Básicas. Disponível em: <http://smsdccap4.blogspot.com.br/p/institucional>. Acesso em: 08 de junho de 2017.

ANEXO 2

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPONDO UM MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA FAMÍLIAS QUE VIVENCIARAM EXPERIÊNCIAS TRANSICIONAIS DIANTE DA SÍFILIS CONGÊNITA: uma Pesquisa Convergente-Assistencial

Pesquisador: MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66627417.4.0000.5285

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.034.423

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de tese de doutorado cuja temática versa sobre cuidado de enfermagem para famílias diante de sífilis congênita. Os participantes da pesquisa serão membros da família do recém-nascido com sífilis congênita que serão abordados pela pesquisadora no alojamento conjunto ou na unidade de terapia intensiva neonatal para convite a participação no estudo. Será uma pesquisa Convergente Assistencial(PCA), descritiva e de abordagem qualitativa.

Objetivo da Pesquisa:

1. Compreender a experiência transicional de famílias que vivenciaram a hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita.

Objetivo Secundário:

2. Discutir a contribuição do aconselhamento de sífilis no período pós-natal para o processo de transição saúde-doença e a adesão de famílias ao tratamento e seguimento da sífilis e da sífilis congênita.

3. Propor um modelo de cuidado de enfermagem às famílias que vivenciaram experiências transicionais diante da sífilis congênita, a partir do aconselhamento de sífilis no período pós-natal.

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: 2.034.423

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Existem riscos e se referem à exposição dos dados dos entrevistados e desconforto diante de algumas perguntas, porém o pesquisador faz esta previsão e descreve os riscos como: "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 à saúde dos participantes, como o de reviver uma situação que pode ser incômoda, neste caso a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento e, se necessário, o participante será encaminhado ao serviço de psicologia da maternidade"

Os benefícios são indiretos e descritos como: "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 quanto ao cuidado a família com sífilis/sífilis congênita no ciclo gravídico-puerperal

e no período pós-natal. Ainda beneficia os participantes ao oferecer um aconselhamento pós-natal, dentro de uma instituição que dispõe de uma rede de atenção especializada e multiprofissional. Fazendo parte deste estudo os participantes também forneceram informações que podem subsidiar o planejamento de estratégias de ação que atendam às necessidades dos usuários do serviço público de saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante que se propõe a intervir com aconselhamento familiar com foco na sífilis e, conseqüentemente, outras infecções sexualmente transmissíveis, que constituem um problema de saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta:

Folha de rosto adequada

Autorização da co-participante

Instrumentos de coleta de dados

TCLE (para pais de menores de 18 anos)

Termo de Assentimento

TCLE (para os maiores de 18 anos)

TCLE para participante - precisa de alterações

TCLE para responsável pelo menor de idade - precisa de alterações

Termo de Assentimento para menor de idade

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

**UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO**



Continuação do Parecer: 2.034.423

Recomendações:

Adequar a linguagem dos TCLEs e do Termo de Assentimento à população-alvo

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_882573.pdf	28/03/2017 17:15:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARA_RESPONSIVEIS.pdf	28/03/2017 17:12:10	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	28/03/2017 17:11:23	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consetimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	28/03/2017 17:11:09	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_TESE_DE_DOUTORADO.docx	28/03/2017 17:10:31	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Orientadora_Leila_Rangel_da_Silva.pdf	24/03/2017 21:03:42	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Pesquisadora_principal_Marcelle_Sampaio_de_Freitas_Guimaraes.pdf	24/03/2017 21:02:18	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	FORMULARIO_PARA_COLETA_DE_DADOS_NO_PRONTUARIO_DOS_RECEM_NASCIDOS.pdf	24/03/2017 21:00:35	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados_Guia_de_observacao_participante.pdf	24/03/2017 20:58:28	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS	Aceito

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

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.034.423

Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados_Guia_de_observacao_participante.pdf	24/03/2017 20:58:28	GUIMARÃES	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados_ROTUIRO_DE_ENTREVISTA_SEMIFECHADA.pdf	24/03/2017 20:57:05	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	instrumento_para_coleta_de_dados_GENOGRAMA_E_ECOMAPA.pdf	24/03/2017 20:55:30	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Instrumento_para_Coleta_de_dados_QUESTONARIO_PARA_TRACAR_O_PERFIL_DO_PESQUISADO.pdf	24/03/2017 20:54:08	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	24/03/2017 20:49:56	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	24/03/2017 20:49:19	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	DECLARACAO_NEGATIVA_DE_CUSTOS.pdf	24/03/2017 20:45:07	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	CARTA_DE_APRESENTACAO_DO_ORIENTADOR.pdf	24/03/2017 20:44:00	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_DA_Maternidade_LEILA_DINIZ.pdf	24/03/2017 20:42:29	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_doutorado.pdf	24/03/2017 20:38:23	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

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

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.034.423

RIO DE JANEIRO, 26 de Abril de 2017

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(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 05 de 05

ANEXO 3

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPONDO UM MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA FAMÍLIAS QUE VIVENCIARAM EXPERIÊNCIAS TRANSICIONAIS DIANTE DA SÍFILIS CONGÊNITA: uma Pesquisa Convergente-Assistencial

Pesquisador: MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 66627417.4.3001.5279

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.078.344

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), descritiva e de abordagem qualitativa. Será desenvolvida na Maternidade Leila Diniz (MLD), a qual é vinculada ao Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ), nos seguintes setores: alojamento conjunto, unidade neonatal e ambulatório de pediatria.

Objetivo da Pesquisa:

* Objetivo Primário:

- Compreender a experiência transicional de famílias que vivenciaram a hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita.

* Objetivos Secundários:

- Discutir a contribuição do aconselhamento de sífilis no período pós-natal para o processo de transição saúde-doença e a adesão de famílias ao tratamento e seguimento da sífilis e da sífilis congênita;

- Propor um modelo de cuidado de enfermagem às famílias que vivenciaram experiências transicionais diante da sífilis congênita, a partir do aconselhamento de sífilis no período pós-natal.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Continuação do Parecer: 2.078.344

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

*** Riscos:**

- 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 à saúde dos participantes, como o de reviver uma situação que pode ser incômoda, neste caso a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento e, se necessário, o participante será encaminhado ao serviço de psicologia da maternidade.

*** 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 quanto ao cuidado a família com sífilis/sífilis congênita no ciclo gravídico puerperal e no período pós-natal. Ainda beneficia os participantes ao oferecer um aconselhamento pós-natal, dentro de uma instituição que dispõe de uma rede de atenção especializada e multiprofissional. Fazendo parte deste estudo os participantes também forneceram informações que podem subsidiar o planejamento de estratégias de ação que atendam às necessidades dos usuários do serviço público de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante em que a pesquisadora se propõe à intervir no com aconselhamento familiar com foco na sífilis e, conseqüentemente, outras infecções sexualmente transmissíveis, que constituem um problema de saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos de apresentação obrigatória: Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada pela proponente; Carta de Anuência pela direção do Hospital Lourenço Jorge; a pesquisa será realizada na Maternidade Leila Diniz; Currículos dos Pesquisadores envolvidos na pesquisa; Formulários para coleta de dados de prontuários de RN; questionário à ser aplicado; cronograma atualizado declaração negativa de custos e Carta de apresentação do orientador.

Recomendações:

Sem recomendações.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Continuação do Parecer: 2.078.344

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.078.344

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_882573.pdf	28/03/2017 17:15:04		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PARA_RESPONSIVEIS.pdf	28/03/2017 17:12:10	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	28/03/2017 17:11:23	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consetimento_Livre_e_Esclarecido.pdf	28/03/2017 17:11:09	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_TESE_DE_DOUTORADO.docx	28/03/2017 17:10:31	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_882573.pdf	24/03/2017 21:09:20		Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Orientadora_Leila_Rangel_da_Silva.pdf	24/03/2017 21:03:42	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Pesquisadora_principal_Marcelle_Sampaio_de_Freitas_Guimaraes.pdf	24/03/2017 21:02:18	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	FORMULARIO PARA COLETA DE DADOS NO PRONTUÁRIO DOS RECIPIENTES NASCIDOS.pdf	24/03/2017 21:00:35	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados_Guia_de_observacao_participante.pdf	24/03/2017 20:58:28	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados_ROTATIVO_DE_ENTREVISTA_SEMIESTRUTURADA.pdf	24/03/2017 20:57:05	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	instrumento_para_coleta_de_dados_GENERANDOGRAMA_E_ECOMAPA.pdf	24/03/2017 20:55:30	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.078.344

Outros	Instrumento_para_Coleta_de_dados_QUESTIONARIO_PARA_TRACAR_O_PERFIL_DO_PESQUISADO.pdf	24/03/2017 20:54:08	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	24/03/2017 20:49:56	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	24/03/2017 20:49:19	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	DECLARACAO_NEGATIVA_DE_CUSTOS.pdf	24/03/2017 20:45:07	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	CARTA_DE_APRESENTACAO_DO_ORIENTADOR.pdf	24/03/2017 20:44:00	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_DA_MATERIDADE_LEILA_DINIZ.pdf	24/03/2017 20:42:29	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_doutorado.pdf	24/03/2017 20:38:23	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 23 de Maio de 2017

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

ANEXO 4

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PROPONDO UM MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA FAMÍLIAS QUE VIVENCIARAM EXPERIÊNCIAS TRANSICIONAIS DIANTE DA SÍFILIS CONGÊNITA: uma Pesquisa Convergente-Assistencial

Pesquisador: MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66627417.4.0000.5285

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.197.849

Apresentação do Projeto:

O objeto de estudo é "a experiência transicional de famílias que vivenciaram a hospitalização do (filho) recém-nascido por sífilis congênita". As transições do tipo saúde-doença são caracterizadas por mudanças súbitas de papel, nas relações, nas expectativas, decorrentes da alteração de uma condição de saúde ou bem-estar para um estado de doença aguda ou crônica. Para recuperar a estabilidade perdida durante a transição saúde-doença, o enfermeiro precisa facilitar o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas as experiências à saúde e doença dos clientes. Atualmente, evidencia-se uma epidemia da sífilis no Brasil. Nos últimos 10 anos, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita. A sífilis congênita foi confirmada em 81,9% das gestações iniciais e em 68,4% das subseqüentes. Pesquisas evidenciaram que há falta de registro nos prontuários (maternos e infantis), ou há informações incompletas sobre o seguimento, clínico ou laboratorial, das crianças com sífilis congênita após a alta da maternidade. Se faz necessário um cuidado culturalmente competente com as reais necessidades desta população.

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

Continuação do Parecer: 2.197.849

nesta perspectiva, o acolhimento, a escuta ativa, o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde, a integralidade e a multidisciplinaridade do cuidado são ações importantes para que o indivíduo com diagnóstico de sífilis aumente sua capacidade de cuidar-se e transformar sua realidade, e que fazem parte das diretrizes e princípios do Aconselhamento. Com a intenção de obter orientação a esta investigação, tem-se o seguinte pressuposto: O aconselhamento de sífilis no período pós-natal, como uma intervenção terapêutica de enfermagem, ofertado para famílias que tiveram sífilis no ciclo gravídico-puerperal, com hospitalização do recém-nascido por sífilis congênita, pode facilitar o processo de transição saúde-doença, consequentemente, levar a uma maior adesão ao tratamento e às consultas de seguimento de sífilis e de sífilis congênita. Para direcionamento da investigação as seguintes questões norteadoras foram elaboradas: —Qual é a experiência transicional de famílias que vivenciaram a hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita? — Como o aconselhamento de sífilis no período pós-natal pode contribuir para o processo de transição saúde-doença e adesão da família ao tratamento e seguimento da sífilis e da sífilis congênita? Dessa forma, o estudo objetiva: Compreender a experiência transicional de famílias que vivenciaram a hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita. Discutir a contribuição do aconselhamento de sífilis no período pós-natal para o processo de transição saúde-doença e a adesão de famílias ao tratamento e seguimento da sífilis e da sífilis congênita. Propor um modelo de cuidado de enfermagem às famílias que vivenciaram experiências transicionais diante da sífilis congênita, a partir do aconselhamento de sífilis no período pós-natal., o desenvolvimento da presente pesquisa torna-se relevante, visto que suscita inovação para a prática assistencial, ao incluir o aconselhamento de sífilis para as mães, pais ou parceiros sexuais, concomitante ao seguimento do filho hospitalizado por sífilis congênita, visando facilitar o processo de transição saúde-doença e uma maior adesão ao tratamento da sífilis/sífilis congênita. Trata-se de uma Pesquisa Convergente-Assistencial, descritiva e abordagem qualitativa, que será realizada em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, com famílias nucleares (formadas pela mãe, pai e filho), famílias

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

Continuação do Parecer: 2.197.849

monoparentais (formada pela mãe ou pai e filho) e as parcerias sexuais atuais dos genitores de recém-nascidos hospitalizados por sífilis congênita.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

1. Compreender a experiência transicional de famílias que vivenciaram a hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita.

Objetivo Secundário:

2. Discutir a contribuição do aconselhamento de sífilis no período pós-natal para o processo de transição saúde-doença e a adesão de famílias ao tratamento e seguimento da sífilis e da sífilis congênita.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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 à saúde dos participantes, como o de reviver uma situação que pode ser incômoda, neste caso a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento e, se necessário, o participante será encaminhado ao serviço de psicologia da maternidade.

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 quanto ao cuidado a família com sífilis/sífilis congênita no ciclo gravídico-puerperal e no período pós-natal. Ainda beneficia os participantes ao oferecer um aconselhamento pós-natal, dentro de uma instituição que dispõe de uma rede de atenção especializada e multiprofissional. Fazendo parte deste estudo os participantes também forneceram informações que podem subsidiar o planejamento de estratégias de ação que atendam às necessidades dos usuários do serviço público de saúde.

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

Continuação do Parecer: 2.197.849

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_944212 E1.pdf	20/06/2017 20:53:45		Aceito
Outros	carta_de_anuencia_coordenadoria_geral_de_atencao_primaria_ap4_Emenda.pdf	20/06/2017 20:37:51	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	ANEXO_Emenda_Listagem_das_Unidades_Basicas_da_area_Programatica_4_0.pdf	20/06/2017 20:36:22	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_Emenda_com_alteracoes_em_amarelo.pdf	20/06/2017 20:34:43	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsaveis_Emenda_com_alteracoes_destacadas_em_amarelo.pdf	20/06/2017 20:34:27	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Emenda_com_alteracoes_destacadas_em_amarelo.pdf	20/06/2017 20:34:00	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_TESE_DE_DOUTORADO_Emenda_texto_alterado_em_destaque_amarelo.docx	20/06/2017 20:33:34	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_DE_EMENDA_em_pdf	20/06/2017	MARCELLE	Aceito

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

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.197.849

Outros	pdf	20:32:41	SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Cronograma	Cronograma_alterado_emenda.pdf	20/06/2017 12:28:36	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Orientadora_Leila_Rangel_da_Silva.pdf	24/03/2017 21:03:42	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Pesquisadora_principal_Marcelle_Sampaio_de_Freitas_Guimaraes.pdf	24/03/2017 21:02:18	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	FORMULARIO PARA COLETA DE DADOS NO PRONTUARIO DOS RECEPTORES NASCIDOS.pdf	24/03/2017 21:00:35	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados_Guia_de_observacao_participante.pdf	24/03/2017 20:58:28	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados_ROTATIVO_DE_ENTREVISTA_SEMIFECHADA.pdf	24/03/2017 20:57:05	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	instrumento_para_coleta_de_dados_CRONOGRAMA_E_ECOMAPA.pdf	24/03/2017 20:55:30	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Instrumento_para_Coleta_de_dados_QUESTONARIO_PARA_TRACAR_O_PERFIL_DO_PESQUISADO.pdf	24/03/2017 20:54:08	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	24/03/2017 20:49:56	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	DECLARACAO_NEGATIVA_DE_CUSTOS.pdf	24/03/2017 20:45:07	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	CARTA_DE_APRESENTACAO_DO_ORIENTADOR.pdf	24/03/2017 20:44:00	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito

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 05 de 06

UNIRIO - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO ESTADO DO RIO
DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.197.849

Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_DA_MATERNI DADE_LEILA_DINIZ.pdf	24/03/2017 20:42:29	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_doutorado.pdf	24/03/2017 20:38:23	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 02 de Agosto de 2017

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(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

ANEXO 5

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPONDO UM MODELO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA FAMÍLIAS QUE VIVENCIARAM EXPERIÊNCIAS TRANSICIONAIS DIANTE DA SÍFILIS CONGÊNITA: uma Pesquisa Convergente-Assistencial

Pesquisador: MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 66627417.4.3001.5279

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.251.724

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), descritiva e de abordagem qualitativa. Será desenvolvida na Maternidade Leila Diniz (MLD), a qual é vinculada ao Hospital Municipal Lourenço Jorge (HMLJ), nos seguintes setores: alojamento conjunto, unidade neonatal e ambulatório de pediatria.

A pesquisadora solicitou uma emenda para que além do Hospital Municipal Lourenço Jorge haja a inclusão das Unidades de Atenção Primária da Área Programática 4.0

Objetivo da Pesquisa:

* Objetivo Primário:

- Compreender a experiência transicional de famílias que vivenciaram a hospitalização do filho recém-nascido por sífilis congênita.

* Objetivos Secundários:

- Discutir a contribuição do aconselhamento de sífilis no período pós-natal para o processo de transição saúde-doença e a adesão de famílias ao tratamento e seguimento da sífilis e da sífilis congênita;

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.251.724

- Propor um modelo de cuidado de enfermagem às famílias que vivenciaram experiências transicionais diante da sífilis congênita, a partir do aconselhamento de sífilis no período pós-natal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

* Riscos:

- 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 à saúde dos participantes, como o de reviver uma situação que pode ser incômoda, neste caso a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento e, se necessário, o participante será encaminhado ao serviço de psicologia da maternidade.

* 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 quanto ao cuidado a família com sífilis/sífilis congênita no ciclo gravídico-puerperal e no período pós-natal. Ainda beneficia os participantes ao oferecer um aconselhamento pós-natal, dentro de uma instituição que dispõe de uma rede de atenção especializada e multiprofissional. Fazendo parte deste estudo os participantes também forneceram informações que podem subsidiar o planejamento de estratégias de ação que atendam às necessidades dos usuários do serviço público de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os documentos inclusive a autorização da CAP 4 assinada pela Coordenadora.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.251.724

constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/SMS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/SMS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/SMS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/SMS-RJ.

O CEP/SMS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3 .d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/SMS-RJ.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_944212	20/06/2017		Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Página 03 de 06

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.251.724

Básicas do Projeto	E1.pdf	20:53:45		Aceito
Outros	carta_de_anuencia_coordenadoria_geral_de_atencao_primaria_ap4_Emenda.pdf	20/06/2017 20:37:51	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	ANEXO_Emenda_Listagem_das_Unidades_Basicas_da_area_Programatica_4_0.pdf	20/06/2017 20:36:22	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO_Emenda_com_alteracoes_em_amarelo.pdf	20/06/2017 20:34:43	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Responsaveis_Emenda_com_alteracoes_destacadas_em_amarelo.pdf	20/06/2017 20:34:27	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Emenda_com_alteracoes_destacadas_em_amarelo.pdf	20/06/2017 20:34:00	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_TESE_DE_DOUTORADO_Emenda_texto_alterado_em_destaque_em_amarelo.docx	20/06/2017 20:33:34	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_DE_EMENDA_em_pdf.pdf	20/06/2017 20:32:41	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Cronograma	Cronograma_alterado_emenda.pdf	20/06/2017 12:28:36	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Orientadora_Leila_Rangel_da_Silva.pdf	24/03/2017 21:03:42	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Pesquisadora_principal_Marcelle_Sampaio_de_Freitas_Guimaraes.pdf	24/03/2017 21:02:18	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	FORMULARIO_PARA_COLETA_DE_DADOS_NO_PRONTUARIO_DOS_RECEM_NASCIDOS.pdf	24/03/2017 21:00:35	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados_Guia_de_observacao_participante.pdf	24/03/2017 20:58:28	MARCELLE SAMPAIO DE	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.251.724

Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados_Guia_de_observacao_participante.pdf	24/03/2017 20:58:28	FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Instrumento_para_coleta_de_dados_ROTEIRO_DE_ENTREVISTA_SEMIFECHADA.pdf	24/03/2017 20:57:05	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	instrumento_para_coleta_de_dados_GENOGRAMA_E_ECOMAPA.pdf	24/03/2017 20:55:30	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	Instrumento_para_Coleta_de_dados_QUESTIONARIO_PARA_TRACAR_O_PERFIL_DO_PESQUISADO.pdf	24/03/2017 20:54:08	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	24/03/2017 20:49:56	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	DECLARACAO_NEGATIVA_DE_CUSTOS.pdf	24/03/2017 20:45:07	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	CARTA_DE_APRESENTACAO_DO_ORIENTADOR.pdf	24/03/2017 20:44:00	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_DA_MATERIDADE_LEILA_DINIZ.pdf	24/03/2017 20:42:29	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_doutorado.pdf	24/03/2017 20:38:23	MARCELLE SAMPAIO DE FREITAS GUIMARÃES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.251.724

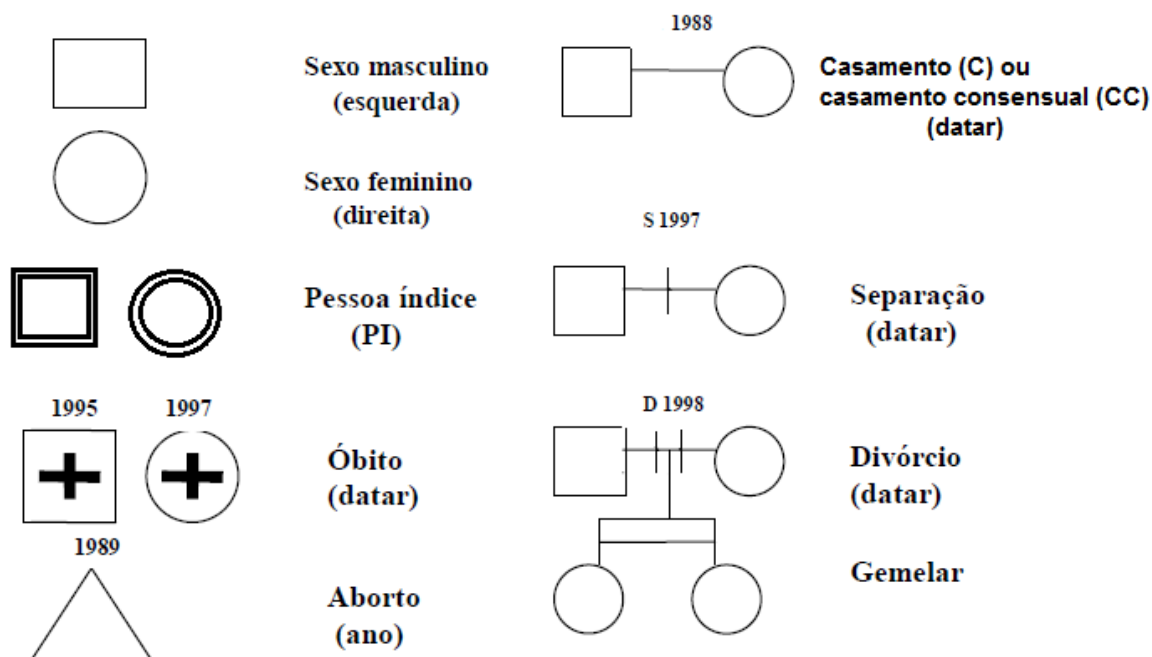
RIO DE JANEIRO, 31 de Agosto de 2017

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

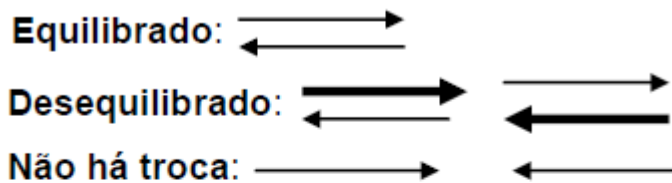
Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

Página 06 de 06

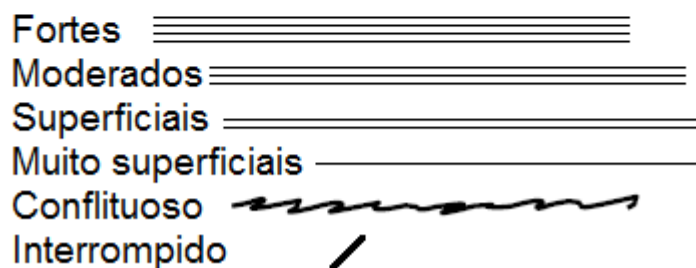
ANEXO 6



Fluxo de Permuta de Forças



Vínculos



Fonte: Modelo de legenda foi adaptado da obra *Enfermeiras e Famílias*, de Wright e Leahey (2002), Rio de Janeiro, RJ, 2018.