

A percepção das mulheres puérperas frente ao diagnóstico de Sífilis Gestacional e a vulnerabilidade como categoria de estudo

Rebeca Finger¹

Aline de Andrade Rodrigues²

RESUMO: O intuito deste trabalho foi conhecer as percepções que as mulheres com diagnóstico de sífilis durante a gestação têm acerca do seu processo de cuidado em saúde frente ao diagnóstico de Sífilis gestacional, bem como problematizar a vulnerabilidade como categoria de estudo da temática. A pesquisa foi realizada sob a ótica do materialismo histórico dialético, teve abordagem qualitativa e finalidade exploratória. Realizamos a coleta de dados por meio de entrevistas semiestruturadas com mulheres puérperas com diagnóstico de sífilis durante o seu período gestacional, internadas na maternidade do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC-EBSERH) entre os meses de agosto e outubro de 2023. Foi possível identificar as questões mais preponderantes nas falas das entrevistadas, como medo e a insegurança frente a possível ocorrência de consequências negativas para a saúde dos bebês, a relação de apoio com o companheiro e com figuras femininas e a tomada de consciência do seu processo de cuidado em saúde a partir da experiência vivida, dando base para a reflexão teórica. O trabalho foi realizado no contexto da residência multiprofissional e considerou que a atuação dos assistentes sociais na área da saúde é propícia para a elaboração de práticas socioeducativas em saúde, bem como se configura como lócus para construção do conhecimento sobre realidade na qual se insere.

Palavras chave: Sífilis gestacional; Vulnerabilidade; Saúde; Mulher; Serviço Social.

INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum* e pode apresentar diversas manifestações no corpo humano. Existem duas formas de contágio da Sífilis: a denominada “Sífilis Adquirida”, que se trata da infecção via relação sexual desprotegida ou transfusão sanguínea, e a “Sífilis Congênita” que se refere à infecção vertical mãe-bebê (de mãe infectada para o bebê) durante o período gestacional e/ou momento do parto. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Sífilis é quatro vezes mais prevalente em gestantes do que a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Em Florianópolis, lócus privilegiado desta pesquisa, no ano de 2021, observou-se a incidência de 13,3 casos de sífilis congênita a cada mil nascidos vivos, enquanto a média

¹ Assistente Social. Residente da ênfase Saúde da Mulher e da Criança no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - RIMS/UFSC

² Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade Federal de Santa Catarina. Preceptora do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - RIMS/UFSC

nacional se mantém em 9,9 casos/1.000 NV no Brasil (BRASIL, 2022a). Esse dado posiciona Florianópolis no ranking de capitais com incidência de casos de sífilis acima da média nacional. A problemática se intensifica e traz outras nuances quando realizamos o recorte populacional por gênero: mulheres jovens, especialmente aquelas vivendo uma gestação, que recebem o diagnóstico de Sífilis.

O trabalho que ora apresentamos é produto de uma pesquisa que se originou na vivência da residência multiprofissional no Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago (HU-UFSC-EBSERH), enquanto profissional de Serviço Social. Levando em conta essa trajetória e a vivência do cotidiano na maternidade de um hospital público no Brasil foi possível identificar o relevante número de casos de mulheres com Sífilis durante o período gestacional, especialmente aquelas que parem seus filhos sem terem feito tratamento adequado e foi isso que, inicialmente, motivou o trabalho: o desvelamento do fenômeno e sua compreensão no sentido de qualificação da intervenção profissional com essas mulheres. Essa preocupação se insere também no contexto da relação teoria e prática, como uma contribuição relevante da profissão e que invoca aos profissionais à dialética permanente de desvelamento da realidade em que atua, reverberando a reflexão e a atuação profissional.

Esse trabalho é produto da pesquisa intitulada “INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NA GESTAÇÃO: a percepção das mulheres puérperas frente ao diagnóstico de Sífilis Gestacional”, submetida e aprovada pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HU-UFSC-EBSERH e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH/UFSC). Ainda, a pesquisa atendeu os diferentes aspectos no estudo com seres humanos e teve como objetivo geral “conhecer as percepções que as mulheres diagnosticadas com Sífilis durante a gestação têm acerca do seu processo de cuidado em saúde³ frente ao diagnóstico de Infecção Sexualmente Transmissível”.

Para a escolha das participantes, foram definidos os seguintes critérios de inclusão: (a) ser maior que 18 anos; (b) ter diagnóstico de sífilis no período gestacional; (c) falar e compreender a língua portuguesa; (d) consentir e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídas da pesquisa as participantes que: (a) estivessem gestantes devido à uma violência sexual; (b) manifestassem interesse na entrega legal em adoção; (c) não entregassem o TCLE devidamente assinado.

³ Utilizamos aqui o conceito de saúde ampliado, em sua dimensão biopsicossocial, considerando questões biológicas, psicológicas e sociais. Nesse sentido, o acesso à moradia, alimentação com qualidade nutricional, educação, lazer e diversos outros serviços e bens formam a saúde da população.

A entrevista semiestruturada foi gravada, quando autorizada, e transcrita em uma tabela, onde foi possível identificar as questões mais latentes, indicando o caminho para a análise da realidade apresentada na pesquisa. A coleta de dados por meio de entrevistas aconteceu durante o período de internamento das participantes da pesquisa na maternidade do HU/UFSC, de agosto a outubro de 2023. Estas foram identificadas com o apoio da equipe do Serviço Social da maternidade, por meio do acompanhamento do censo diário de pacientes internadas no Alojamento Conjunto e selecionadas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. Ao todo, participaram da pesquisa cinco mulheres. Pontua-se que houve a expectativa de entrevistar cerca de dez mulheres, contudo o tempo restrito para a realização da pesquisa, o baixo número de internações de mulheres com o perfil da pesquisa e o seu interesse em participarem da pesquisa influenciou para esse resultado.

A entrevista abordou dados sociodemográficos, características do pré-natal, educação em saúde, relacionamento com parceria sexual, sentimentos e percepções relativos ao diagnóstico de sífilis gestacional⁴. Quando não autorizada a gravação e sua posterior transcrição, o registro foi realizado manualmente, buscando transcrever a fala do usuário da forma mais fidedigna possível. As entrevistadas foram identificadas pelas siglas E1, E2, E3, E4 e E5.

Utilizamos da revisão bibliográfica para identificar e conhecer o material científico já elaborado sobre a temática. Cita-se como exemplos as referências de SAFFIOTI, 2004; CISNE, 2014; AYRES *et al.*, 2003; FILGUEIRAS e MAKSOUD, 2018; e MONTEIRO, 2011. Acerca do referencial documental, utilizou-se leis e cadernos do Ministério da Saúde, como a lei que regulamenta o Código de ética do/a assistente social e a Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes (BRASIL, 1999). Além disso, realizou-se uma problematização da categoria vulnerabilidade, considerando que os estudos mapeados sobre as IST's, traziam a referida categoria como central para apresentação do tema, colocando como latente ao trabalho a necessidade de elucidação e problematização, ponderando, inclusive, sob a ótica de referências teóricas abrigadas no Serviço Social.

⁴ As questões consideradas qualitativas, foram as seguintes: Como foi, para você, receber a informação sobre o diagnóstico de Sífilis? Você compartilhou com o(s) seu(s) parceiro(s) sexual(ais) a informação do diagnóstico de Sífilis? Se sim, como foi essa experiência? Compartilhou com mais alguém? Por quê? Você realizou o tratamento indicado para a sífilis? Se não, por qual motivo? Sua parceria sexual realizou o tratamento indicado para a sífilis? Se não, por qual motivo? O que você pensa sobre o uso de preservativo nas relações sexuais? Já vivenciou alguma situação em que foi pressionada a não utilizar? Se sim, como você se sentiu? Entendendo também que esse trabalho é uma forma de compartilhar e dar espaço de fala para vocês, mulheres, você gostaria de deixar alguma mensagem? De acrescentar algo que não foi contemplado pelas questões anteriores? Tem alguma dúvida?

Para a análise dos dados, utilizou-se do método materialismo histórico dialético para ler e compreender a realidade estudada, enfatizando a dimensão histórica das expressões da questão social. O estudo tem abordagem qualitativa, mediante uma análise da realidade a partir de conceitos e acontecimentos; bem como finalidade exploratória, pois buscou conhecer o perfil das mulheres com diagnóstico de sífilis na gestação internadas no HU/UFSC e as suas percepções frente a esse diagnóstico, assim como compreender conceitos e problemáticas a respeito do trabalho socioeducativo na prevenção das ISTs, assuntos pouco estudados no âmbito do Serviço Social.

De forma sumária, o trabalho está apresentado de tal forma: primeiramente, na sessão intitulada “A Vulnerabilidade como categoria central nos estudos das IST’s” apresenta-se uma revisão da literatura com relação ao conceito de vulnerabilidade, enquanto categoria de estudos de importante destaque nas discussões acerca da problemática IST’s. Em um segundo momento, intitulado “A interlocução com as puérperas entrevistadas e as questões mais preponderantes”, se inicia a ilustração dos dados da pesquisa, primeiramente os dados epidemiológicos atuais a nível de Brasil e da região de Florianópolis, bem como o perfil identificado nas sujeitas de pesquisa. Essa discussão é identificada pelo subtítulo “Dados epidemiológicos brasileiros e o perfil identificado nas mulheres entrevistadas”. Ao passo que apresentamos os dados, iniciamos a sua reflexão com base na literatura estudada, apresentando o que dizem as mulheres a partir da entrevista realizada, parte identificada pelo subtítulo “O que dizem as mulheres entrevistadas”. Por último, apresenta-se uma conclusão final do trabalho.

A VULNERABILIDADE COMO CATEGORIA CENTRAL NOS ESTUDOS DAS IST’S

De acordo com o dicionário da língua portuguesa, a palavra vulnerabilidade pode significar “qualidade ou estado do que é vulnerável; suscetibilidade de ser ferido ou atingido por uma doença; fragilidade; característica de algo que é sujeito a críticas por apresentar falhas ou incoerências; fragilidade” (MICHAELIS, 2023).

No âmbito da saúde, identifica-se que o termo “vulnerabilidade” tem sido utilizado por estudiosos da área, especialmente ao se dizer sobre as ISTs. Monteiro (2011) descreve que o processo de inserção da noção de vulnerabilidade social para o campo da saúde se funda na epidemia de HIV, referenciando os estudos de Mann, Tarantola e Netter (1993), Ayres (1996), Ayres, Calazans e França Junior (1998). Os autores difundem a discussão

buscando superar o foco individual do risco social de infecção, passando a considerar os aspectos do contexto social e os múltiplos condicionantes que configuram a vulnerabilidade em saúde, problematizando os riscos de ordem econômica, cultural e social.

Conforme o passar dos primeiros anos da epidemia de HIV, foi-se evidenciando a característica democrática que a infecção por esse vírus tem, não se limitando a um grupo determinado, atingindo todas as pessoas. Diante disso, o conceito de “grupo de risco” começa a ser pauta de críticas que, de acordo com Ayres *et al.* (2003, p. 120), deriva da “inadequação que a própria dinâmica da epidemia demonstrava; de outro, pelos severos ataques que recebeu dos grupos mais atingidos pela estigmatização e exclusão que carregava consigo, especialmente do organizado movimento gay norte-americano”.

As estratégias de abstinência/isolamento cederam lugar, assim, às chamadas estratégias de redução de risco, baseadas na difusão de informação, controle dos bancos de sangue, estímulo e adestramento para o uso de condom e outras práticas de ‘sexo mais seguro’, testagem e aconselhamento e, finalmente, estratégias de redução de danos para usuários de drogas injetáveis, com a polêmica introdução das práticas de distribuição ou troca de agulhas e seringas (AYRES *et al.*, 2003, p. 120-121).

Ao realizarmos um levantamento bibliográfico na plataforma Scielo - uma necessidade que seu colocou ao estudo diante da preponderância da categoria nas referências técnicas e teóricas que fomos nos aproximando - buscou-se identificar o conceito de vulnerabilidade em saúde utilizado nos artigos publicados na referida plataforma. De forma aproximativa foi possível identificar um consenso, com algumas diferenças em determinados contextos estudados.

De forma geral, a maioria dos autores⁵ utiliza como base o conceito de vulnerabilidade em saúde definido por Ayres, na década de 90. Segundo Moura *et al.* (2021, p.2), Ayres entende a vulnerabilidade "como uma situação resultante de um conjunto de fatores individuais, programáticos, sociais e culturais, interdependentes e mutuamente influenciáveis, relacionado ao grau e modo de exposição a uma dada situação, que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento". Ainda, de acordo com Peixoto *et al* (2021, p. 2),

[...] a individual, que diz respeito ao grau de conhecimento específico do sujeito e a suas ações de prevenção quando se encontra em situações de risco; a programática, que concerne aos serviços de saúde e ao poder público em geral, organizações da sociedade civil e iniciativas privadas, e a social, que diz respeito aos fatores sociais que determinam o acesso a serviços, bens, informações, bem como à estrutura econômica, às políticas públicas, às relações de gênero, entre outros.

⁵ MOURA *et al.*, 2021; PEIXOTO *et al.*, 2021; ALENCAR, CIOSAK (2015);

Filgueiras e Maksoud (2018), descrevem que o conceito de Ayres *et al.* (2012) nasce em um contexto histórico no qual movimentos sociais e de profissionais da área da saúde buscam se opor à estigmatização e ao preconceito dos denominados "grupos de risco" para infecção do HIV. Na época, a discussão pautava-se no argumento de que não seria adequado responsabilizar os indivíduos pela prevenção e infecção do vírus, pois "esta centralização no comportamento do indivíduo fez com que a aquisição do vírus fosse atribuída à sua incompetência em se prevenir, acarretando com isto sua culpabilização pela infecção" (FILGUEIRAS; MAKSOU, 2018, p. 293).

Desta forma, buscou-se refletir sobre os diversos aspectos que influenciam para a suscetibilidade de infecção do vírus, que não depende apenas de informação e vontade pessoal, mas a partir do acesso a "coerções e recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e até policial desigualmente distribuídos entre os gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias" (FILGUEIRAS; MAKSOU, 2018, p. 293).

Pensar em vulnerabilidades em saúde no contexto de ISTs perpassa pela interpretação do exercício da sexualidade humana como direito, manifestada intensamente e "movido não apenas pela racionalidade, mas também por questões subjetivas que podem ampliar ou reduzir a vulnerabilidade das pessoas" (FILGUEIRAS; MAKSOU, 2018, p. 296).

Outros autores⁶ também evidenciam como essa vulnerabilidade está relacionada às condições e relações desiguais, de exploração e dominação. Os autores Santana *et al.* (2021), por exemplo, afirmam que as vulnerabilidades em saúde "são marcadas pela discriminação, exclusão social, estigma, contexto de encarceramento, violência física, psicológica e sexual, uso de substâncias psicoativas e dificuldades de acesso aos serviços essenciais" (SANTANA *et al.*, 2021, p.1). A vulnerabilidade, portanto, é influenciada pelo contexto social e estigma, bem como pela impossibilidade de acesso às redes de apoio necessárias e desassistência em termos de programas sociais e de saúde (SANTANA *et al.*, 2021, p.7).

Dentro do contexto da política de saúde, há uma importante discussão acerca dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), entendidos enquanto aspectos sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam nos problemas de saúde e seus fatores de risco e proteção da população (BUSS; FILHO, 2007). Contudo, é importante indicar que dentro do Serviço Social e o campo de análise marxista dentro da saúde coletiva têm utilizado o termo Determinação Social em Saúde, buscando demarcar que

⁶ SANTANA *et al.* (2021); ROCHA; RIGOTTO (2017); SOARES FILHO *et al.* (2016)

não existem determinantes, mas sim uma determinação que impacta as condições de saúde da população: o modo de produção capitalista. A autora Moreira (2013) elucida que:

A determinação social da saúde é explicada por uma análise que lê os processos macro, como modo de produção, modelo econômico e civilizatório, configuração do mundo do trabalho, dentre outros; identifica as particularidades de reprodução social onde estão localizadas e podem ser explicadas as singularidades. Nesta construção teórica, a reprodução social é a categoria que faz a mediação desses processos gerais na dimensão particular, especificando-os. Esses processos atuam condicionando a forma como as pessoas vão viver (2013, p. 75).

Portanto, há uma indiscutível associação entre as materialidades da vida cotidiana dentro do sistema capitalista, fundante e produtor de desigualdade social, na condição de saúde da população. A organização do mundo do trabalho, o acesso aos serviços públicos e a distribuição de riqueza socialmente produzida são pontos fundamentais nessa discussão.

No contexto do mundo do trabalho em tempos de acumulação flexível do capital, Rocha e Rigotto (2017) afirmam que a relação capital-trabalho e a exploração da mão de obra da classe operária impactam diretamente nas condições de saúde das mulheres camponesas. As autoras citam as "situações de vulnerabilização provocadas pela divisão sexual" e a "subvalorização do trabalho das mulheres", bem como a precarização das condições de trabalho como aspectos que afetam a saúde das mulheres, resultando em "adoecimento e desgaste físico e mental" (ROCHA; RIGOTTO, 2017, p. 78). "[...] O ritmo e a cadência acelerada, a violação de direitos trabalhistas, a instabilidade dos empregos, os baixos salários e os ganhos por produtividade precisam ser considerados como fatores relevantes para analisar os impactos do trabalho sobre a saúde das mulheres [...]" (ROCHA; RIGOTTO, 2017, p. 78).

Refletindo especialmente quanto ao acesso aos serviços de saúde e as vulnerabilidades frente ao adoecimento e contato com as ISTs, diversas pesquisas apontam para as particularidades das mulheres. Em relação ao público feminino, Moura *et al.*, afirmam que

A mulher faz parte de um dos grupos mais vulnerável às IST, tendo como principal fator o papel cultural e social ao qual ela é submetida ao longo dos anos, de exclusão da tomada de decisões tanto na sua vida pública, como na pessoal. Em comparação ao sexo masculino, tem menor autonomia em sua vida sexual e, conseqüentemente, menos poder de decisão acerca do sexo com proteção, impactando cada vez mais em situações de vulnerabilidades as IST (MOURA *et al.*, 2017, p.7).

Estavela e Seild (2015) apresentam uma reflexão acerca do conceito de vulnerabilidade em saúde de Ayres aplicado na realidade das mulheres de Moçambique, país do continente africano. De acordo com as autoras, um

[..] estudo realizado em Botswana, Malawi e Moçambique categorizou os fatores de vulnerabilidade em três dimensões: fatores culturais de submissão ao homem, como a obrigatoriedade quanto à aceitabilidade das demandas do homem; fatores sociais, como a existência de lugares seguros e não seguros na comunidade; fatores econômicos, como a pobreza e a prostituição (ESTAVELA; SEILD, 2017, p. 571).

Para as autoras, no estudo identifica-se que “as categorias sobre a dependência e submissão da mulher e a que se refere às práticas culturais se inserem na vulnerabilidade social, conforme a abordagem de Ayres (1996)” (ESTAVELA; SEILD, 2017, p. 576). Essa conclusão refere-se principalmente às práticas culturais do país, que posicionam a mulher em um lugar de extrema submissão ao homem, como, por exemplo, a não utilização de preservativo no ato sexual em decorrência dessa submissão.

A pobreza também foi citada como aspecto de forte influência na vulnerabilidade em saúde, especialmente no âmbito de infecção de ISTs, pois "a falta de condições financeiras para acesso a bens de primeira necessidade leva pessoas em idade sexualmente ativas a optarem pela venda de sexo e sexo transgeracional em troca de dinheiro para a sobrevivência" (ESTAVELA; SEILD, 2017, p. 576). De forma similar, encontramos esse cenário na realidade brasileira, escrita por Moura *et al.* (2021). Para os autores,

Os contextos históricos revelam que as mulheres brasileiras enfrentam obstáculos em virtude do preconceito, dos processos vinculados à dinâmica de gênero e das relações sexuais e reprodutivas. A multiplicidade de parceiros sexuais, assimetria nas relações entre mulheres e homens, dogmas religiosos e implicações morais expõem o público feminino às IST e, concomitantemente, acentua a vulnerabilidade das mulheres (MOURA *et al.*, 2021, p. 2).

Nesse sentido, Santana *et al.* (2021, p. 3) afirmam a necessidade de realizar uma análise sobre vulnerabilidade a partir de uma compreensão de totalidade, entendendo que a

vulnerabilidade é “uma condição ou situação que entrelaça relações estruturais de dominação ou formas injuriosas de formação dessas identidades”.

Dentro dos estudos do Serviço Social, o termo vulnerabilidade aparece no conceito de vulnerabilidade social, amplamente utilizado no cotidiano profissional, especialmente a partir de sua inserção nas políticas sociais. De acordo com Monteiro (2011) o conceito de vulnerabilidade social se difunde no campo das políticas sociais como conceito central para compreensão da estrutura social capitalista, e pode ser utilizada para a sua manutenção ou na perspectiva de transformação social.

Nesse sentido, cabe a reflexão acerca da relação entre capital, trabalho e Estado, bem como suas implicações na construção e realização das políticas sociais. Desde os primórdios da humanidade, a história escrita conta que as relações sociais entre os humanos se deram em meio a exploração do homem pelo homem, de forma não natural. Tavares (2009) cita, por exemplo, os períodos de escravidão, feudalismo e, contemporaneamente, o capitalismo. Essa forma de reprodução social estrutura a sociedade em classes antagônicas, tendo uma característica comum: a desigualdade. Contudo, afirma que essa estrutura de sociedade não é natural, mas criada por homens que objetivam a apropriação e acumulação de riquezas socialmente produzidas. Dessa forma, por um lado se gera riqueza e, por outro, miséria.

Para Tavares (2009, p. 3), “as desigualdades sociais são inerentes ao sistema de acumulação”, contudo, pontua: “A sociedade só se torna capitalista quando o capital domina a produção, ou seja, quando a força de trabalho torna-se mercadoria e o assalariamento passa a ser base desta sociedade” (TAVARES, 2009, p. 7). Logo, a sociedade capitalista se apoia na exploração e na desigualdade social para a sua produção e reprodução, trazendo consigo as diversas expressões da questão social. Para Iamamoto (2007),

A questão social expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas sociais públicas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização (IAMAMOTO, 2007, p. 160).

Nesse contexto, é possível identificar na profissão a discussão relativa à desigualdade de raça e gênero. Partindo da premissa de que a classe trabalhadora tem sexo, raça e etnia, dizemos que as relações de classe são atravessadas pelas relações de poder e dominação de um sexo sobre o outro, sendo o sexo masculino sobreposto ao sexo feminino.

Diante destas considerações, a escuta com as mulheres puérperas com diagnóstico de sífilis gestacional é considerado importante seja do ponto de vista comparativo com os dados

epidemiológicos existentes, seja para compreender a complexidade que perpassa as determinações sociais, a condição da mulher na sociedade de classes e possibilitar a escuta para as percepções e interpretação sobre as suas vivências.

A INTERLOCUÇÃO COM AS PUÉRPERAS ENTREVISTADAS E AS QUESTÕES MAIS PREPONDERANTES

Dados epidemiológicos brasileiros e o perfil identificado nas mulheres entrevistadas

Em relação aos dados, o recente Boletim Epidemiológico de Sífilis do Brasil de 2022 aponta que, apenas no ano de 2021 foram notificados 74.095 casos de sífilis em gestantes e 27.019 casos de sífilis congênita. No que se refere à faixa etária, percebe-se a prevalência de casos de ISTs, especialmente a sífilis, na população jovem de 20 a 30 anos, ou seja, a população jovem do país está mais vulnerável à infecção de ISTs, apresentando os mais variados motivos (BRASIL, 2022a). Mesmo não sendo uma pesquisa com amostragem representativa, é possível perceber esse padrão no perfil das mulheres que foram entrevistadas, apresentando idades entre 20 a 37 anos. Há também um perfil de raça que se revela: mais de 66% dos casos de sífilis na gestação foram em mulheres pardas ou negras, de acordo com o Boletim Epidemiológico de 2022. Os dados da nossa pesquisa revelam que a maioria das mulheres participantes são pardas ou negras.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos das entrevistadas

IDADE	COR	IDENTIDADE DE GÊNERO	ORIENTAÇÃO SEXUAL	NÍVEL DE FORMAÇÃO	RELIGIÃO/ PRÁTICA ESPIRITUAL	ESTADO CIVIL
37	PARDA OU PRETA ⁷	MULHER CIS	HÉTERO	ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	EVANGÉLICA	CASADA
25	BRANCA	MULHER CIS	HÉTERO	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CATÓLICA	SOLTEIRA
19	PARDA	MULHER CIS	HÉTERO	ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	EVANGÉLICA	SOLTEIRA
34	BRANCA	MULHER CIS	HÉTERO	ENSINO MÉDIO COMPLETO	CRISTÃ	SOLTEIRA

⁷ A entrevistada apresentou dificuldade em autodeclarar sua cor, afirmando estar em dúvida entre as cores parda e preta. Sabendo que essa dificuldade de autodeclarar sua cor é um dado relevante para analisar as violências e desigualdade racial no Brasil, as autoras decidiram manter essa incerteza da participante como dado da pesquisa.

Fonte: De autoria própria.

Da mesma forma que pensamos nessa desigualdade de gênero, há também de se refletir sobre como a questão étnico-racial atravessa as classes, visto que “o racismo é também um dos elementos fundamentais para desvelarmos os mecanismos de dominação e exploração de classe” (CISNE, 2018, p. 28). Um explícito exemplo de como as implicações de gênero e raça na mesma classe se materializam, é a proporção salarial desigual a depender do perfil de trabalhador: se é mulher ou homem, se é preta ou branca, bem como se é hétero ou LGBTQIAPN+.

A discussão acerca das desigualdades de gênero, raça e classe está associada ao debate interseccional, ou ainda ao que Saffioti (2004) teoriza a respeito do *nó*, pensando as relações sociais na sociedade capitalista a partir da ideia de “contradições na condição de fundidas e enoveladas ou enlaçadas em um nó” (SAFFIOTI, 2004, p. 125).

As relações sociais são consubstanciais: elas formam um nó que não pode ser sequenciado ao nível das práticas sociais, apenas em uma perspectiva analítica da sociologia; e elas são coextensivas: implantando as relações sociais de classe, de gênero e de “raça”, se reproduzem e se coproduzem mutuamente (KERGOAT, 2012, p. 126-127 apud CISNE, 2018, p. 222).

Desta forma, Cisne (2018) defende que essas categorias devem ser pensadas como um “nóvelo dialético” das relações sociais de sexo, raça, etnia e classe. Já a discussão de interseccionalidade, inaugurada por Kimberlé Krenshaw, provém do movimento feminista negro da América Latina e dos Estados Unidos que se caracteriza por

Uma perspectiva analítica pós-colonial (decolonial) que congrega os múltiplos sistemas de opressão ou dominação que convergem reiterando subordinações cruzadas entre gênero, raça, classe, dentro outros marcadores sociais. Não se trata simplesmente de um somatório desses atributos, conforme muitas vezes se costuma supor, mas da interação entre eles, da relação que estabelecem entre si em diferentes situações sociais potencializando tais opressões (BRANDÃO; ALZUGUIR, p. 76, 2022).

Delimitando que não é objetivo deste trabalho realizar uma discussão quanto ao melhor entendimento e linha de reflexão analítica, afirmamos que somos influenciadas por ambos pensamentos, que coadunam a afirmar que há contradições e desigualdades nas relações sociais dentro da sociedade capitalista. Que as marcas de gênero, sexo, cor, etnia, idade, classe social e outros, precisam ser pensadas na perspectiva de atravessamentos e

determinantes para a produção de desigualdade social e, portanto, da vulnerabilização de grupos da sociedade no acesso a bens e serviços (barreiras estruturais).

Uma questão de relevância que se revela no perfil dessas mulheres é a sua identificação enquanto mulheres cis, que se relacionam exclusivamente com homens e são adepta de religiões cristãs. Como vimos anteriormente neste trabalho, Moura *et al.* (2021) afirmam que os dogmas religiosos e implicações morais acentuam a vulnerabilidade das mulheres frente à exposição de IST's, especialmente por as posicionarem de forma subalterna dentro das relações heteronormativas. Esse dado também é de relevância ao profissional que atua na perspectiva de emancipação humana e luta pelos direitos das mulheres.

Partindo para a discussão do acesso ao tratamento adequado, com base no número total de casos de sífilis na gestação notificados, o Boletim Epidemiológico de Sífilis do Brasil de 2022, aponta que 81,4% deles receberam tratamento adequado, mas ressalta: “para eliminar a sífilis congênita, faz-se necessário envidar esforços para alcançar 95% ou mais de cobertura de tratamento materno adequado, de acordo com recomendações da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS)”.

O diagnóstico de sífilis pode ser realizado a partir de testes rápidos disponíveis nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Os testes rápidos do SUS permitem a detecção de infecções como HIV, sífilis, hepatites B e C, e fornecem o resultado em até trinta minutos. Durante a gestação, o Ministério da Saúde preconiza, desde 2012, a testagem rápida para ISTs no pré-natal, devendo ser realizado teste rápido na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação), no início do 3º trimestre (28ª semana), no momento do parto, ou em caso de aborto/natimorto (BRASIL, 2022b). A falta de tratamento ou a sua realização de forma inadequada em casos de sífilis congênita, pode resultar em abortamento, prematuridade, complicações agudas e outras sequelas fetais (SONDA et al., 2013).

As medidas de controle da sífilis congênita consistem em oferecer a toda gestante uma assistência pré-natal adequada, com captação precoce e vinculação nos serviços de assistência pré-natal, oferta de testagem para sífilis no primeiro trimestre (idealmente na primeira consulta) e no terceiro trimestre de gestação (em torno da 28ª semana), instituição de tratamento oportuno e adequado para as gestantes e suas parcerias sexuais, seguimento após o tratamento, busca ativa de faltosas, documentação dos resultados das sorologias e tratamento da sífilis na caderneta da gestante, além da notificação dos casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita. Ações articuladas de programas materno-infantis e de infecções sexualmente transmissíveis com a Atenção Primária à Saúde e a instituição de Comitês de Investigação de casos de transmissão vertical de HIV e sífilis contribuem para melhorar a resposta brasileira no enfrentamento da sífilis (BRASIL, 2022a, p. 9).

Em relação ao momento do diagnóstico de sífilis, o último Boletim Epidemiológico de sífilis de 2022 evidencia que, no ano de 2021, cerca de 63% das mulheres grávidas foram diagnosticadas no primeiro ou segundo trimestres de gestação, e que a região Sul do país apresentou maior percentual de diagnósticos no primeiro trimestre de gestação, com 49,4% dos casos totais. Essa também é a realidade mostrada pela nossa pesquisa, todas as mulheres entrevistadas realizaram o teste no primeiro trimestre de pré-natal e receberam o diagnóstico positivo para a sífilis. Nesse momento, iniciaram o tratamento indicado para a infecção.

A partir das informações suscitadas na pesquisa, especialmente sobre o número de testes para ISTs que as entrevistadas realizaram durante o pré-natal, foi possível identificar que duas entrevistadas (E) realizaram dois testes, (E1 e E5); E2 realizou quatro testes; E3 efetuou seis testes e E4 mais de 3 testes, totalizando uma média de 3,4 testes ao longo do pré-natal. Vale informar que algumas mulheres, como a E2, E3 e E4 iniciaram o pré-natal após o segundo semestre de gestação. De acordo com o Boletim Epidemiológico de sífilis de 2022, o diagnóstico de sífilis no primeiro trimestre gestacional propicia o tratamento e combate da transmissão vertical em tempo oportuno.

Outro dado interessante coletado nas entrevistas que vai nos possibilitando aproximações com a política de saúde é de que todas as entrevistadas realizaram pré-natal na rede pública de saúde, bem como o tratamento adequado completo, evitando a transmissão do vírus para o bebê. Esse dado sinaliza a potencialidade da atuação da Atenção Primária em Saúde (APS) no SUS, bem como a importância de rastreamento de ISTs durante o pré-natal. O Ministério da Saúde no Brasil preconiza a notificação compulsória de sífilis congênita desde 1986, pela Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; e de sífilis em gestantes desde 2005, pela Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005.

Há também de se perceber que o HU-UFSC-EBSERH é um hospital público, 100% SUS e que, por esse motivo, pode ser um local propício para receber pacientes da rede

pública de saúde da região⁸. Em 2023, Maliska et al. (2023) publicaram um estudo realizado com 756 mulheres que tiveram filhos na maternidade do HU-UFSC-EBSERH, desse número total, 91% realizou pré-natal no serviço público de saúde.

Ainda que tenhamos avançado na cobertura de testagem e tratamento, ao compararmos os dados atuais com os Boletins Epidemiológicos dos últimos anos, é possível perceber que o número de novos casos de Sífilis no país mantêm-se em uma crescente. Segundo os dados evidenciados pelo Boletim Epidemiológico de Sífilis publicado em 2022, a pandemia por covid-19 pode ter impactado no aumento da taxa de incidência de casos de sífilis congênita, relacionado ao comprometimento de ações preventivas na assistência pré-natal.

O que dizem as mulheres entrevistadas

Na sistematização em tabelas das perguntas qualitativas apresentadas às entrevistadas, foi possível, após sucessivas aproximações, identificar algumas questões que foram consideradas de maior destaque e recorrentes nas falas delas e que apresentavam questões mais comuns na experiência do relato. Nesse sentido, os dados direcionam para a identificação de três questões mais preponderantes que foram consideradas para a análise no presente trabalho: 1. *o medo e a insegurança que as mulheres sentem na possível ocorrência de consequências negativas para a saúde dos bebês*; 2. *a relação de apoio com o companheiro e com figuras femininas* e; 3. *a tomada de consciência do seu processo de cuidado em saúde a partir da experiência vivida*.

1) O medo e a insegurança frente às consequências negativas para a saúde do bebê

Quando questionadas sobre a recepção do diagnóstico de sífilis, as mulheres trouxeram duas reações principais, o medo e o estranhamento, especialmente relacionadas à saúde do bebê. A E1 afirmou: *“De primeira me deu um susto, porque falou que o bebê corria risco de vida, de aborto devido à sífilis, foi muito estranho. A médica falou que não era um bicho de sete cabeças, mas que teria risco para o bebê, risco do bebê nascer com sífilis”*. Da mesma forma, a E4 compartilhou que *“na hora foi estranho né, tipo, dá um baque na gente,*

⁸ Cabe pontuar, que a partir de agosto de 2023, os atendimentos na maternidade do HU-UFSC-EBSERH foram territorializados, o que significa que a maternidade passou a ser referência de atendimento para determinados bairros no município de Florianópolis e não mais porta-aberta à toda população como era anteriormente. Essa decisão pode ter influência com o número de atendimentos realizados na maternidade.

mas depois conforme já recebeu o diagnóstico não tem o que fazer né, só tratar e pronto”. Já a E5 verbalizou: *“Bem assustador (risos), bem assustador mesmo. A questão do google, é.. eu sabia um pouco, né? Mas, a gente vai pesquisar; aí o google mostrou aquela coisa horrível, aquela coisa bem complicada, né? Bem assustador mesmo, para resumir”*. Nesse sentido, é possível identificar que o sentimento de medo e a reação de susto fizeram parte desse momento de diagnóstico, muito relacionado à falta de informação, sendo que após o atendimento com profissionais da área da saúde, puderam entender melhor o que é a sífilis e como deve ser tratada. Podemos entender que o atendimento profissional com as orientações e o acesso à informação adequada favorece a adesão ao tratamento e tranquiliza a mulher nesse momento difícil.

Em relação à compartilhar o diagnóstico com o companheiro e/ou com outras pessoas, todas as mulheres entrevistadas indicaram que compartilharam com o seu parceiro sexual, tratando-se de uma prerrogativa do tratamento que o casal o faça em conjunto, para que não haja reinfecção. A maioria das entrevistadas informou que ao contar para o seu parceiro, houve também uma reação de susto por parte deles, contudo, os parceiros aderiram ao tratamento. Alguns parceiros apoiaram suas companheiras nesse momento, como é o caso das entrevistadas E1, E3 e E4:

Foi um baque, porque quando ele fez o exame, ele não tinha, como eu ia saber como eu tinha pegado? não me culpei, nem ele me culpou. Nós dois tratamos (E1).

No primeiro dia que eu descobri, eu falei (para ele) que deu alterações e que a médica pediu para ele fazer exames e ir na próxima consulta. Ele ficou assustado, mas fez o exame (deu negativo). Foi tranquilo, ele disse que independente do resultado nós ficaríamos juntos, pois não houve traição (E3).

Foi normal, a gente tem um convívio bom, né. A gente fala de tudo um para o outro, é aberto para.. então não foi, assim, um bicho de sete cabeças "ah tem que contar, tem que..." a gente fez o tratamento todo juntos certinho (E4).

Outros companheiros já não receberam bem o diagnóstico, se ausentando desse processo:

Ele achou estranho, porque ele disse que não foi ele que passou para mim, foi eu que passei para ele (E2);

É bem complicado, eu acho que se fosse para viver de volta, assim, eu teria escondido, para ser bem sincera. Porque eu não achei que seria tão difícil, porque como a gente é o interior; então para eles é um tabu, é uma coisa que nossa é o fim do mundo que aí é como se fosse um doença para morte, digamos assim. Para ele (inaudível), tanto é que até hoje, né, digamos assim... a culpada sou eu (E5).

Chama atenção aqui como a recepção da notícia pelo parceiro pode influenciar o emocional da mulher, bem como na eficácia do tratamento. As entrevistadas que receberam o apoio do parceiro, verbalizaram terem aceitado o diagnóstico e tratado com tranquilidade. Já nos casos em que o parceiro não aceitou bem o diagnóstico, as mulheres demonstraram uma decepção e afirmaram ter sido difícil o momento do diagnóstico e a necessidade de tratamento, com resistência de adesão por parte do parceiro. O relato final da entrevistada E5 revela o quanto esse processo de partilha com o companheiro sexual pode ser cruel e desvendar raízes de cunho machista e misógino:

Eu espero que eu ajude assim, porque é bem importante assim, ainda mais principalmente as meninas da minha idade né, as meninas da minha idade é complicado. Eu sei porque eu passei, principalmente pela questão do meu parceiro. Por mais que ele seja mais velho, eu achei que ele ia entender, reagir, né... então eu imagino um casal novo, um casal novinho... é a mulher não tem nem como conversar, então prefere esconder como a minha amiga fez. Aí se reinfecta, aí tem que fazer de novo e o sofrimento e daí mais o psicológico também, porque abala bastante por o parceiro não entender, dizer que é só culpada a mulher, mas ele também tem um pouco de culpa, entendeu? Então é bem complicado... porque a culpa é da mulher, porque foi ela que pegou. Eu fiquei também sabendo que não pega só a mulher, o homem também pega na relação sexual, então é virce e versa, né? Então, coisa que têm que ser discutida não só com as mulheres, com os homens também. Tirar um pouco desse tabu, que é culpa da mulher, não! Porque eles também se reinfectam, eles também tem que tratar. Não é só a gente, né? Tem que tirar um pouco desse machismo, eu acho assim. Porque nessa questão de doença sexualmente transmissível, o machismo é grande, muito grande. A culpa é só da mulher. Não, às vezes a maioria da culpa nem é tanto da mulher, mas deles também (E5).

De acordo com Cisne (2018), a partir dos escritos de Engels, a opressão do sexo feminino pelo sexo masculino nasce de um contexto de criação da propriedade privada, onde o ambiente doméstico é apropriado por esse pensamento, que necessita ser reproduzido e protegido para atender aos interesses dominantes, bem como a força de trabalho. Dessa forma, entende-se como vantagem a mulher estar no âmbito privado, realizando o serviço doméstico para que o homem pudesse estar na vida pública trabalhando. Há aí, uma exploração do trabalho doméstico exercido por uma mulher, sem remuneração, o que torna

ainda mais crítica essa relação de sexos. Assim, inicia-se uma desigualdade entre homens e mulheres pertencentes a uma mesma classe.

Para Cisne (2018, p. 27), “negar a dimensão de sexo no trabalho é negar a realidade em que vive a classe trabalhadora, em especial a das mulheres, em sua relação com o capital”. Dessa forma, “trata-se de analisar como as mulheres sofrem uma exploração particular, ainda mais intensa do que a dos homens da classe trabalhadora e que isso atende diretamente aos interesses dominantes” (CISNE, 2018, p. 28). Sendo assim, a autora defende que devemos olhar para as classes entendendo-as enquanto heterogêneas, visto que “as formas de submissão e revolta são atravessadas sempre pelas relações de gênero e pela divisão sexual do trabalho” (Cisne, 2018, p. 28, apud Souza-Lobo, 2011, p. 98). E isso nos ajuda a compreender melhor a complexidade que envolve os sujeitos de nossa pesquisa: as mulheres puérperas com diagnóstico de sífilis gestacional.

2) A relação de apoio com o companheiro e com figuras femininas

Outro personagem que aparece nesse primeiro momento, como apoio às mulheres, são figuras femininas próximas, como a mãe. Quando questionadas com quem mais elas compartilharam o diagnóstico, as entrevistadas E1, E3 e E4 responderam:

Para a minha madrasta, porque ela sabe muito de chá, vai que tem algum tipo de cura, né? (E1);

Com a minha mãe. por segurança, eu não sabia o que fazer e estava com medo por estar grávida e acontecer algo com o bebê (E3);

A minha mãe. Porque ela me acompanhava, como ele sempre trabalhou, [...] era sempre ela que me acompanhava nas consultas de pré-natal, tudo, aí praticamente já sabia, porque estava sempre junto, né (E4).

Ao referirem terem compartilhado esse diagnóstico com figuras maternas, podemos refletir sobre o papel de cuidado e apoio que as mulheres exercem dentro das relações familiares, bem como com as outras mulheres. Nesse cenário, é possível dizer o quanto a dimensão do cuidado em nossa sociedade tem ficado a cargo das figuras femininas, gerando esgotamento e adoecimento físico e mental nas mulheres, que são obrigadas, por esse ideário social de feminização do cuidado, a largarem sua vida profissional, seus desejos e anseios e até mesmo o seu direito da vida pública, em prol do exercício do cuidado na vida privada, com filhos, pais, avós e demais integrantes da família. Refletindo sobre o cenário da

feminização do cuidado, Brandão e Alzuguir (2022) suscitam a discussão acerca da divisão sexual do trabalho e a subalternidade do trabalho doméstico exercido pelas mulheres frente às atividades masculinas no espaço público. Quando falamos de mulheres pobres, essa problemática é mais latente, visto que não há a possibilidade de se contratar mão de obra para o exercício do trabalho doméstico.

Sendo o diagnóstico de IST interpretado e recebido historicamente como algo ruim, relacionado à promiscuidade, relação extraconjugal e que carrega consigo estigma e vergonha, nem sempre as pessoas que contraem alguma IST sentem-se confortáveis em compartilhar essa informação com alguma pessoa, como é o caso das entrevistadas Ee e E5.

Não, porque eu não queria que outras pessoas soubessem que eu estava com sífilis e espalhassem (E2);

Não, só eu e ele mesmo. Pouco de vergonha, porque se o meu marido pensou assim (inaudível), eu, para mim as pessoas sabem, independente de vínculo, para mim elas me julgariam de uma forma como se fosse algo mais... como se fosse mais, como se fosse assim... então, para mim seria vergonhoso. Então preferi ficar só eu e ele, pela reação dele, que é uma coisa que hoje em dia tem que ter muita cabeça para saber que não é o fim do mundo, né? (E5).

Esses relatos demonstram o quanto o tema ISTs é permeado por tabus e julgamentos, ainda que a sífilis seja uma infecção que acomete 78,5 pessoas a cada 100.000 habitantes (segundo dados do Boletim Epidemiológico de 2022). Segundo Santana *et al.* (2021), o contexto social, o estigma e o escasso acesso às políticas e programas sociais e de saúde, influenciam no estado de vulnerabilidade que certos grupos da sociedade se encontram para contrair ISTs. Ao falarmos de grupos como as mulheres e a população LGBTQIAPN+, entendemos que são pessoas que passam por processos vulnerabilizadores, que estão em condições inferiores a outros grupos, como de homens brancos e héteros.

3) A tomada de consciência no processo de cuidado em saúde a partir da experiência vivida

Foi possível perceber que a vivência das mulheres participantes desta pesquisa, que precisaram tratar a infecção de Sífilis durante a gestação, desenvolveram e ampliaram a sua consciência e seus entendimentos a respeito das ISTs. Quando questionadas sobre o que achavam sobre o uso de preservativo nas relações sexuais, quatro das cinco participantes responderam que, após terem sido infectadas pela Sífilis e entenderem o que é essa infecção e seus rebatimentos, entenderam a importância do uso do preservativo.

É melhor usar do que ficar pegando essas DST e correr o risco de adoecer, morrer e passar para outras pessoas. Engravidar também (E2);

Acho bastante importante. Como eu digo, às vezes a gente olha alguém bonitinho na rua e pensa "que bonitinho" e às vezes é uma pessoa bem contaminada (E3);

Eu não gosto muito, mas depois dessas... é que a gente diz que vai usar, mas casada tanto faz assim. Eu acho é bom, né, mas aí depois que a gente casa a gente não usa direto não. Não adianta eu dizer "ah vou usar" e é mentira. (E4);

Uma boa.. ah a gente vai aprender depois, que...né. Mas é uma coisa que tem que ser usada mesmo, né? Eu desde nova nunca aprendi a usar, assim, a minha mãe não me ensinou mesmo a usar, o que que era preservativo, o que não era. Tanto é que eu engravidei com 16 anos do meu primeiro filho, né? Mas é uma coisa que tem que ser falado também, principalmente com essa galera nova aí. Essa galera nova tem que ser falado, porque para a mulher é bem mais difícil você chegar e falar sobre uma camisinha, um anticoncepcional, sobre... né. Mas, tem que ser falado, conversado (E5).

As entrevistadas também falaram sobre essa tomada de consciência acerca do seu processo de cuidado em saúde e de prevenir ISTs ao final da entrevista, quando tiveram um espaço livre para falar.

No meu ponto de vista, ainda bem que conseguimos tratar. O quão triste seria se ela (bebê) viesse com a doença de um erro que eu que cometi (E1);

A única mensagem que eu deixo é que as mulheres usem camisinha, que não aceitem serem forçadas pelos homens a não usar, pois isso é uma traição. Até para tomar as três doses de injeção é difícil (E2);

Seria mais a questão de se cuidar mesmo, agora eu me cuido mais. Não só em relação ao preservativo, mas até um machucado que pode estar encostando em algum lugar (E3);

Dessa forma, podemos compreender a importância dos momentos de reflexão no processo de prevenção de ISTs e, principalmente, no processo de tomada de poder e controle das mulheres sobre o seu corpo e o seu processo de cuidado em saúde. É de utilizar os atendimentos prestados às mulheres no SUS para promover essa reflexão e contribuir para a promoção de autonomia e controle do seu próprio corpo. Contudo, Brandão e Alzuguir (2022, p. 84) advertem:

Não podemos considerar a abordagem da sexualidade nos espaços de saúde ou de educação apenas na perspectiva dos riscos, tão propalados, seja pela violência, seja pelas IST, seja pela gravidez. A vivência da sexualidade desde a adolescência até a velhice traz dúvidas e aflições a homens e mulheres em razão de estereótipos de gênero e de geração, o que demanda, dos profissionais da saúde, gestores e educadores, sensibilidade e habilidades para tomá-la como um *idioma* social, uma forma de estabelecer trocas afetivas ou relacionais que integram a vida humana.

Essa perspectiva nos indica também a dimensão dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (DSR). Na saúde pública brasileira os profissionais que atuam com ações em saúde sexual e reprodutiva são orientados e respaldados pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e pela Política Nacional dos Direitos Sexuais e dos Direitos Reprodutivos (TELO; WITT, 2018). Para os autores Telo e Witt (2018), trabalhar no campo da promoção dos direitos sexuais e reprodutivos é um desafio aos profissionais de saúde, “[...] uma vez que implica em transformações culturais da sociedade e necessita estar focada na educação em saúde e no protagonismo dos atores envolvidos com o cuidado, através do diálogo, corresponsabilização e reflexão acerca dos mesmos” (TELO; WITT, 2018, p. 3482). Desta forma, o modo como os serviços e os profissionais concretizam o debate sobre o assunto é que irá garantir o direito dos usuários e propiciar um processo de reflexão crítica e autonomia dos sujeitos.

Neste sentido, torna-se importante para propiciar o diálogo, entre os sujeitos envolvidos com o cuidado, de uma proposta educativa que não considere apenas o modelo biomédico, mas que pondere questões relativas ao gênero, à sexualidade, à autonomia e à liberdade para a construção de práticas não discriminatórias que garantam a promoção, a proteção e o exercício da sexualidade e da reprodução como um direito, pautadas na integralidade da atenção, como norteadoras das práticas assistenciais no âmbito da atenção à saúde (TELO; WITT, 2018, p. 3482).

Essa perspectiva coaduna com a atuação profissional do Serviço Social na saúde e com a dimensão pedagógica e ético-política da profissão. Entendendo o/a assistente social enquanto peça fundamental na promoção de saúde e prevenção de agravos, bem como na defesa intransigente pela garantia e ampliação dos direitos da população usuária, é possível afirmar que este se coloca em lugar privilegiado de ação frente ao acesso da população aos bens e serviços, como a política pública de saúde. Para além de um comprometimento ético e político, a busca pela efetivação dos direitos da população usuária, a ruptura com o conservadorismo na profissão e a luta contra todas as desigualdades e formas de opressão é um dever de cada assistente social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante desses compromissos e diversos outros em que a categoria profissional firma com a população usuária do SUS, entende-se que cabe ao/à assistente social promover um trabalho de promoção e prevenção em saúde com os usuários atendidos. No processo de promover a autonomia dos usuários, incorporar aos seus atendimentos prestados a dimensão pedagógica e socioeducativa da profissão. De acordo com Abreu e Cardoso (2009, p. 1) “a função pedagógica desempenhada pelo assistente social inscreve a prática profissional no campo das atividades educativas formadoras da cultura, ou seja, atividades formadoras de um modo de pensar, sentir e agir, também entendido como sociabilidade”.

Durante os atendimentos realizados na maternidade do HU/UFSC/EBSERH, na vivência como residente multiprofissional em saúde, as profissionais têm a oportunidade de, ao realizar os atendimentos às usuárias puérperas e/ou gestantes, trazer a dimensão pedagógica em sua abordagem, potencializando esse processo de reflexão e conscientização da população. Entende-se que é um espaço privilegiado de atuação e de promoção em saúde, bem como de prevenção de agravos e infecções, como o caso das ISTs. Durante os atendimentos, a equipe costuma ter abertura para abordar o assunto sobre direitos sexuais e reprodutivos, planejamento reprodutivo e prevenção de ISTs.

Ao refletir e discorrer acerca da saúde pública brasileira, é necessário pautar a diversidade da população brasileira e as implicações históricas que culminam em desigualdades e preconceitos estruturais. O machismo, o racismo, o capacitismo, o etarismo, e o preconceito de classe posicionam grupos populacionais à uma condição desigual de acesso e atendimento aos bens e serviços no Brasil. Tais determinações estruturais, geram vulnerabilidades e desigualdades, que atravessam as realidades de cada indivíduo social. Desta forma, estar mais vulnerável às ISTs está diretamente relacionado às condições e relações desiguais, de exploração e dominação da sociedade em que vivemos.

Na aproximação com os estudos associados à temática das IST's, é possível observar que a categoria vulnerabilidade é recorrente nas reflexões associadas ao tema. Diante disto, torna-se imperativo ao presente trabalho compreender de forma mais aproximativa as discussões em torno desta categoria, considerando, especialmente, que o lugar de partida da atuação profissional se faz à luz dos conhecimentos teóricos do Serviço Social, orientados pelo chamado projeto ético-político do Serviço Social⁹.

⁹ Sobre o projeto ético-político do Serviço Social ver Teixeira e Barata (2009).

Nesse contexto, identifica-se que as mulheres formam um grupo populacional vulnerável, tendo em vista o papel cultural e social ao qual ela é submetida ao longo dos anos, de desigualdade, exclusão, violação de direitos, falta de autonomia e emancipação (MOURA *et al.*, 2017).

Levando em conta os dados de realidade estudados nessa pesquisa e a vivência do cotidiano na maternidade de um hospital público no Brasil, foi possível identificar e refletir como as determinações estruturais de desigualdades impactam na saúde das mulheres. Em especial neste estudo, pudemos entrar em contato com a realidade e as experiências das mulheres com diagnóstico de sífilis gestacional e problematizar os empasses vividos no cotidiano e os impactos dessa condição de saúde, frente à desigualdade de gênero, classe e raça.

Coadunando com os dados nacionais e regionais¹⁰, identificamos que as mulheres que têm realizado o acompanhamento de pré-natal, especialmente no sistema público de saúde, conquistam um desfecho favorável, com o tratamento precoce da doença, impedindo a transmissão vertical da sífilis para o bebê. Outra questão que não pudemos abordar neste trabalho, mas que foi identificada por meio das falas das mulheres entrevistadas, é a potencialidade do trabalho na Atenção Primária em Saúde (APS) durante o pré-natal. Identifica-se, então, o quanto o acompanhamento da equipe da APS, seja durante o pré-natal ou no cotidiano dos atendimentos às mulheres, é potente e um local privilegiado de intervenção no sentido de promover autonomia e emancipação desse público.

As três questões identificadas como mais latentes diante dos relatos das entrevistadas, foram analisadas considerando as condições concretas para a elaboração do presente trabalho - especialmente de tempo para a pesquisa. Nesse sentido, elas nos revelaram o quanto esse processo de infecção por uma IST no período gestacional tem rebatimentos emocionais significativos às mulheres, que permeiam as suas relações sociais, especialmente com o parceiro. Tendo uma amostra populacional onde todas as participantes da pesquisa afirmaram-se ser héterossexuais e ter relacionamentos monogâmicos com homens, pudemos conhecer e desvelar o papel que o homem ocupa nesse processo. O apoio do companheiro durante o tratamento da sífilis foi identificado como um ato relevante para a efetivação do cuidado e como apoio emocional às mulheres. Assim como, o contrário se revelou pelo julgamento preconceituoso daqueles que não se visualizaram corresponsáveis pela infecção.

¹⁰ De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis do Brasil publicado em 2022, dos casos registrados no ano de 2021, 81,4% das mulheres receberam o tratamento adequado, sendo que mais de 60% dos casos foram diagnosticados no primeiro ou segundo trimestre gestacional. A região Sul do país apresentou mais percentual de diagnósticos no primeiro trimestre (49,4%).

O papel de apoio emocional e material de mulheres, especialmente as mulheres da família, foram identificados como uma prática comum na experiência das entrevistadas. Mães, madrastas e outras mulheres do círculo social das entrevistadas foram indicadas como pessoas de suporte nesse processo de diagnóstico e tratamento. Essa realidade nos exprime a função de cuidado que recai, de forma recorrente e incontestável, para as mulheres dentro dessa sociedade. Há um cenário de feminização do cuidado, que muito se relaciona com a estrutura de uma sociedade capitalista, onde o trabalho de cuidar é extremamente funcional à reprodução de riqueza, contudo não é valorizada. É também uma função historicamente delegada às mulheres, que sempre tiveram o direito à vida pública negado em prol de servir à vida privada no cuidado da família (BRANDÃO; ALZUGUIR, 2022).

O medo de julgamento pelo estigma das ISTs também foi um ponto identificado nos relatos das entrevistadas, contudo a vivência dessa experiência de tratamento da sífilis proporcionou às mulheres uma necessidade de reavaliar o seu cuidado em saúde. De acordo com as falas das entrevistadas, foi possível perceber a potencialidade dos momentos de reflexão no processo de prevenção de ISTs exercidos pelos profissionais da saúde.

Enquanto assistente social residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HU/UFSC, ao longo do ano de 2022 e 2023 foi possível vivenciar o trabalho das equipes multiprofissionais da área da Saúde da Mulher e da Criança, sob a ótica do Serviço Social. Atendemos mulheres com diversas demandas de saúde, mas especialmente àquelas relacionadas à vida sexual e reprodutiva: vítimas de violência sexual, gestantes e puérperas.

No cotidiano do trabalho na Saúde da Mulher, escutamos as mulheres se queixarem de não poderem escolher um método contraceptivo, serem violentadas sexualmente, psicologicamente, fisicamente, patrimonialmente, se sentirem oprimidas e violentadas pelo fato de serem mulheres. Essas e outras tantas queixas, muitas não evidenciadas no processo direto de pesquisa aqui tratado, porém, em contexto mais gerais, elas demonstram relação direta com a discussão do machismo e de uma sociedade patriarcal, que valida ao homem o poder sob os corpos e vidas femininas (SCOTT, 1995; SAFFIOTI, 2004; CISNE, 2014).

Essas são considerações que precisam ser compreendidas teoricamente e aprofundadas pelos profissionais no sentido cotidiano de qualificarem suas respostas profissionais. Portanto, o desvelamento da realidade, através da prática de pesquisa na atividade profissional, é um elemento essencial que converge o projeto ético-político profissional com o conhecimento da realidade e a qualificação da atuação profissional.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Marina Maciel; CARDOSO, Franci Gomes. Mobilização social e práticas educativas. In: ABEPSS; CFESS (Org.). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: Cfess/Abepss, UnB, 2009. Disponível em <http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/zD3ifq80Dt7Az49Q4j7x.pdf> Acesso em 12 dez. 2023
- ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 2, p. 229–235, mar. 2015. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reesp/a/z9rTZYFb9C6Bx98Hd3qHYbj/?lang=en#> Acesso em 24 nov. 2023
- AYRES *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 4ª reimpressão, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 117-137
- BRANDÃO, Elaine Reis; ALZUGUIR, Fernanda de Carvalho Vecchi. **Gênero e Saúde: uma articulação necessária**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2022. 139 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCCI. **Boletim epidemiológico de Sífilis** – Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Out. 2022a. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022/view> Acesso em 15 dez. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Testes rápidos no SUS permitem diagnósticos em até 30 minutos**. Out. 2022b. Disponível em <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/10/testes-rapidos-no-sus-permitem-diagnosticos-em-ate-30-minutos> Acesso em 15 mar. 2023.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A.. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, jan. 2007. Disponível em <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/abstract/?lang=pt#> Acesso em 23 nov. 2023.
- CISNE, Mirla. **Feminismo e consciência de classe no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2014.
- CISNE, Mirla. Feminismo e marxismo: apontamentos teórico-políticos para o enfrentamento das desigualdades sociais. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 132, p. 211-230, maio/ago. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/kHzqt9vwyWmMyFd6hZjDmZK/?lang=pt> Acesso em 13 set. 2023
- ESTAVELA, A. J.; SEIDL, E. M. F. Vulnerabilidades de gênero, práticas culturais e infecção pelo HIV em Maputo. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 569–578, set. 2015. Disponível

em <https://www.scielo.br/j/psoc/a/3zYbPFGYyNcr6VcBvfkyRkd/?lang=pt#> Acesso em 25 nov 2023

FILGUEIRAS, S. L.; MAKSUD, I.. Da política à prática da profilaxia pós-exposição sexual ao HIV no SUS: sobre risco, comportamentos e vulnerabilidades. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 30, p. 282–304, set. 2018. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sess/a/wr7r88qvqxkXBQsnrZMqtj/?lang=pt#> Acesso em 18 out. 2023.

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em tempos de capital fetiche**. São Paulo: Cortez, 2007.

MALISKA, I. C. A. *et al.* Práticas no alojamento conjunto e satisfação com o atendimento segundo alta em aleitamento materno exclusivo. **Texto Contexto Enferm [Internet]**. 2023. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0082pt> Acesso em 20 nov. 2023.

MICHELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. UOL. Disponível em <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=vulnerabilidade> Acesso em 12 set. 2023.

MONTEIRO, Simone Rocha da Rocha Pires. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.17, n.2, pp. 29-40, jul-dez, 2011. Disponível em <https://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/695> Acesso em 23 set. 2023.

MOURA, S. L. O. *et al.*. Percepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 1, 8p, 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ean/a/MPPjTYjH8c6Nb4BwKRMmxdh/#> Acesso em 18 out. 2023.

MOREIRA, Márcia Chaves. **Determinação Social da Doença: fundamento teórico-conceitual da reforma sanitária brasileira**. 2013. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível em <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/5569/1/000452446-Texto+Completo-0.pdf> Acesso em 12 dez. 2023.

PEIXOTO, M. F. *et al.*. Hermeneutic comprehensions on female vulnerabilities belonging to the collective of lesbians, bisexuals, and transexuals. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 12p, 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/tfnRzD3FVNNf5Sh4368mXsJ/?lang=en#> Acesso em 25 nov. 2023

ROCHA, M. M.; RIGOTTO, R. M.. Produção de vulnerabilidades em saúde: o trabalho das mulheres em empresas agrícolas da Chapada do Apodi, Ceará. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe2, p. 63–79, jun. 2017. Disponível em <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8sHrWvR48V6wCrG3z6ZzCpq/?lang=pt#> Acesso em 10 out. 2023

SANTANA, A. D. S. *et al.* Vulnerabilidades em saúde das pessoas transgênero profissionais do sexo: revisão integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 30, 2021. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tce/a/WKCPGCjjOSkgsbpgjRVGZLS/abstract/?lang=pt#> Acesso em 23 nov. 2023.

SOARES FILHO, M. M.; BUENO, P. M. M. G.. Demografia, vulnerabilidades e direito à saúde da população prisional brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 7, p. 1999–2010, jul. 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/MztrXvhhdHyWD8GNn8hfT4h/?lang=pt#> Acesso em 25 nov. 2023

SONDA, Eduardo Chaida et al. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 3, n. 1, p. 28-30, jan. 2013. Trimestral. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=570463904006>. Acesso em: 17 abr. 2023.

TAVARES, Maria Augusta. Acumulação, trabalho e desigualdades sociais. *In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*, Brasília, CFESS/ABEPSS, 2009.

TEIXEIRA, Joaquim Barata; BRAZ, Marcelo. O projeto ético-político do Serviço Social. *In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. CFESS/ABEPSS/CEAD/Unb. 2009.

TELO, Shana Vieira; WITT, Regina Rigatto. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2018, v. 23, n. 11, pp. 3481-3490. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.20962016> Acesso em 28 out. 2023.