

TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS: TRAJETÓRIAS FEMININAS EM UMA PERSPECTIVA INTERSECCIONAL¹

Gisele Cristina Tertuliano²

Introdução

Durante séculos a sífilis foi construída como uma doença relacionada ao comportamento sexual tido como desviante e foi vinculada a um “castigo dos deuses” (Vásquez, 2018; Batista, 2014). Em estudos contemporâneos, a construção da sífilis no cotidiano das pessoas remete a estereótipos de gênero, que colocam as mulheres numa vulnerabilidade moral, vistas como perigosas, sujas, transmissoras de doenças (Osada; Costa, 2016; Henrique; Amador, 2016; Carrara, 1994).

No Sul Global, pode-se entender a sífilis na trama de relações coloniais, nas dinâmicas de gênero, sexualidade e raça através do fenômeno histórico imperialista, baseado na dominação e na violência masculina sobre o corpo social colonizado, e materializado na violência sexual sobre os corpos femininos negros e indígenas (Connell, 2016; Connell, 2017; Nascimento, 2019).

No cenário neoliberal contemporâneo de austeridade econômica e retração de direitos, vemos como a colonialidade persiste e se expressa no aprofundamento de violências estruturais, com efeitos na produção do fenômeno de feminilização da sífilis, que tem como foco as desigualdades de gênero interseccionadas com desigualdades de classe e raça, vivenciadas por mulheres.

1 Este trabalho é oriundo da tese de doutorado defendida em junho de 2021 junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, sob orientação da professora Laura Cecilia López.

2 Enfermeira e Cientista Social. Especialista, Mestra e Doutora em Saúde Coletiva. Trabalhadora do SUS. Professora Substituta da Escola de Enfermagem – UFRGS. Cofundadora do Grupo de Trabalho para Promoção da Equidade Cachoeirinha-RS. Membro do GT Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva; da Articulação Nacional da Enfermagem Negra; Membro do Coletivo do Pensamento de Mulheres Negras Atinúkê, Membro do Comitê de Igualdade Racial do Grupo Mulheres pelo Brasil. E-mail: gisatertuliano@gmail.com.

Conforme os dados do Boletim Epidemiológico de 2022, do Ministério da Saúde (Brasil, 2022), a taxa de detecção de sífilis em gestantes no ano de 2021 foi de 27,1 casos novos para cada 1.000 nascidos vivos, enquanto que a taxa de sífilis congênita no mesmo ano foi de 9,9 casos novos para cada 1.000 nascidos vivos, enquanto que no ano de 2021.

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

A sífilis é uma doença que pode ser controlada com facilidade, devido à existência de exames diagnósticos altamente sensíveis e de fácil realização, bem como tratamento eficaz e de baixo custo. No entanto, mulheres jovens, de baixa escolaridade e pobres caracterizam o perfil da maioria das mulheres (gestantes ou não) com sífilis no Brasil; a média de idade das mulheres com sífilis foi de 28 anos, com maior proporção na faixa etária entre 19 a 35 anos (53,7%) (Magalhães *et al.*, 2013; Cardoso *et al.*, 2018; De Lorenzi; Madi, 2001; Cavalcante *et al.*, 2012; Nonato; Melo; Guimarães, 2015; Teixeira *et al.*, 2018).

A socialização das mulheres ainda se estabelece sobre a regra de que a relação sexual com um homem faz parte do papel dela no casamento, independentemente de sua vontade, e esse contexto aumenta a situação de vulnerabilidade das mulheres heterossexuais às doenças já que elas têm pouca ou nenhuma possibilidade para negociar a frequência das relações sexuais ou o uso de preservativos (Terra; Oliveira, 2015; Barbosa; Parker, 1999a; Barbosa; Parker, 1999b; Monteiro *et al.*, 2015).

Nesse contexto, este artigo aborda a experiência de mulheres que vivenciaram a sífilis durante a gestação e a decorrente transmissão vertical. Com o intuito de ampliar o olhar para as dinâmicas sociais que envolvem a transmissão vertical da sífilis, questionamos como e em que medida a produção de cuidado com a gestação abarca (e tem efeitos sobre) as trajetórias reprodutivas de mulheres, cujas vidas estão atravessadas por várias desigualdades.

Adotamos uma perspectiva interseccional para analisar a trajetória social dessas mulheres e a produção do cuidado. Compreendemos as interseccionalidades não apenas como a articulação dos marcadores sociais da diferença (de gênero, raça, classe, idade, entre outros), mas como dinâmicas sociais entrecruzadas (Viveros Vigoya, 2018; Crenshaw, 2002).

Analizamos como a assistência prestada na rede de saúde e como as políticas públicas que atendem a saúde sexual e reprodutiva contemplam e atuam no cuidado a essas mulheres, levando em consideração a produção de vulnerabilidade institucional (Ayres *et al.*, 2009; 2003; Ayres, 2007).

Metodologia

Utilizou-se de uma pesquisa qualitativa cuja ferramenta metodológica central foi a entrevista narrativa. Ela é considerada uma forma de entrevista não estruturada e em profundidade, objetivando acessar as experiências dos indivíduos (Flick, 2009; Smith; Sperb, 2007).

Através dessa ferramenta abordaram-se as experiências de mulheres em relação à transmissão vertical da sífilis em uma cidade da Região Metropolitana de Porto Alegre nos anos de 2019-2020 (Gomes; Mendonça; Pontes, 2002; Silva; Trentini, 2002).

Nosso universo de pesquisa foi constituído por sete mulheres cis, acompanhadas pelo Protocolo de Investigação de Sífilis Congênita Precoce a partir da notificação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação por circunstância da transmissão vertical. Utilizou-se a logística da Secretaria Municipal de Saúde para acompanhar o seguimento das crianças e realizar as entrevistas.

Foi criada uma agenda de visitação programada com a agente visitadora que atendeu os critérios de baixa adesão ao pré-natal, exames laboratoriais alterados, visita no primeiro trimestre de vida da criança. Barreiras de acesso, tais como recusa, ausências de pessoas no domicílio, mudanças de endereço, tráfico de drogas, violência doméstica, desencadearam dias improdutivos em busca de mães e crianças para as entrevistas. Nesses momentos, a primeira autora e realizadora das entrevistas personificou o papel de pesquisadora, buscando se desvincular do papel de profissional de saúde que ela também cumpre no município em estudo, num contexto de observação das frágeis estruturas dos serviços de saúde.

O projeto que originou esta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Todas as mulheres assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), atendendo à regulamentação da pesquisa com seres humanos, Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A condução das entrevistas narrativas teve como guia as recomendações dos autores Jovchelovitch e Bauer (2010) e aconteceu a partir de um roteiro com questões abertas que estimularam os relatos de vivências e percepções das mulheres sobre suas experiências sexuais e reprodutivas ao longo da vida, suas vivências sobre a transmissão da sífilis e a relação com os serviços de saúde na gestação e parto. Cabe destacar que os nomes das entrevistadas foram trocados para preservar o anonimato das participantes.

As análises dos dados consistiram na transcrição dos áudios gravados. Após foi feita a leitura flutuante de todo material produzido que

resultaram em três eixos temáticos intitulados a) Trajetórias Sexuais e Reprodutivas; b) Experiência da Sífilis e Transmissão Vertical; e c) Relação com os Serviços de Saúde.

Resultados e Discussão

O município onde residem as entrevistadas possui uma área geográfica de 43,782 km² onde a população recebe 2,5 de salário médio mensal conforme o IBGE (IBGE, 2012) e 96% dos munícipes estudou dos 6 a 14 anos. O índice de desenvolvimento humano é considerado médio, pois representa 0,75 a relação entre saúde, educação e renda.

As mulheres entrevistadas estavam na faixa etária entre 20 e 40 anos. Cinco entrevistadas relataram união estável com um parceiro e três se autodeclararam negras. A maior parte do grupo das entrevistadas possui o ensino fundamental. Todas estavam no período da licença maternidade, no entanto duas estavam desempregadas no período anterior à gestação. A maioria das entrevistadas estava gestando pela primeira vez.

Trajetórias Sexuais e Reprodutivas

As vivências da sexualidade estão intimamente entrelaçadas ao gênero, sendo que características distintas entre homens e mulheres no tocante à vida sexual e na interface desta com a esfera reprodutiva, produzem fenômenos complexos entre os gêneros (Farias; More, 2012). Notou-se que as entrevistadas traziam narrativas de dificuldade de abordar o tema da sexualidade feminina com a família, como narrou *Tatiane*, mulher negra de 23 anos: “*era proibido essas conversas aqui em casa, por causa do meu pai. O meu pai é lá do interior e tudo que você falar para ele, ele vai te soltar as patas...*”.

Se considerarmos a faixa etária em que ocorreu a primeira gestação de cada uma das entrevistadas, teremos um recorte que varia entre os 14 e 21 anos, sendo que algumas gestações podem ser entendidas como uma experiência do exercício da sexualidade com parceiro (Heilborn *et al.*, 2002; Heilborn, 1999). É o caso de Paula, mulher branca de 29 anos, que teve seu primeiro filho aos 15 anos. Hoje ela é mãe de 3 crianças e conta como aconteceu sua primeira gravidez:

A primeira relação que eu tive foi com quinze anos, dessa relação até então, não entendia nada, não sabia como eu deveria

me cuidar como fazia e aí eu engravidei na primeira transa, com o meu namoradinho da praia engravidei de gêmeos, dois meninos mas eu acabei perdendo com seis meses de gestação e eles faleceram dentro da barriga (Paula).

Na adolescência e na juventude, a sexualidade trata-se de um processo de experimentação pessoal e de grupo, através da constituição de uma cultura sexual e um aprendizado composto de representações familiares, valores, papéis de gênero, rituais de interação e de práticas (Brêtas *et al.*, 2008).

A gravidez, tal como relatada pelas entrevistadas, pode ser entendida nesse contexto de experimentação. Depois de descobrir a primeira gravidez, a maioria das entrevistadas continuaram morando na casa dos pais, junto com os outros irmãos e companheiros. *Tatiane* mora com o atual companheiro em uma casa construída no mesmo pátio da casa dos seus genitores. *Renata*, 20 anos, branca, pela primeira vez mãe, mora numa casa com o filho, que fica no mesmo pátio da casa da madrinha. Dentre as entrevistadas, foi a que apresentou a condição socioeconômica mais vulnerável, morando numa casa precária de madeira, que estava caindo e sendo reformada por um vizinho. Ela autorizou a entrevista na casa da sua madrinha. Ela falou sobre o pai da sua filha:

a gente não tá mais junto... Visitei ele por um período e depois não tive mais como ver ele na cadeia, não deixaram. Quando ele sair não quero mais nada com ele. Foi o meu segundo namorado (Renata).

Nas realidades das entrevistadas, a gestação contribui para constituir uma rede feminina, particularmente dentro da família, que passa a ser a principal rede de apoio após a descoberta da gravidez, um espaço de acolhida e manutenção socioeconômica (Montiel; López, 2020). *Renata*, mulher branca de 20 anos conta sobre sua relação com as mulheres da família:

Sempre tive o apoio da minha dinda. Eu sempre conversei com ela, a gente se ajuda bastante. Aqui a gente se ajuda, se conversa. Quando eu descobri da sífilis quando eu estava grávida, fiquei assim, como eu estou agora ... chorei bastante. Aí todo mundo conversou, disse que iria passar (Renata).

Bozon, Heilborn (Bozon *et al.*, 2006) verificaram em sua pesquisa sobre gênero e sexualidade na adolescência, que quanto mais elevado o

nível social dos jovens, mais aparece a busca da família como fonte de informação no que diz respeito à vida sexual e reprodutiva. As autoras também constataram que as jovens de grupos populares buscavam mais informações junto às amigas e, em segundo lugar, junto à mãe e à escola. *Samanta*, mulher negra de 23 anos relata como ocorriam as orientações sobre sexualidade na família:

Eu sempre fui mais na minha. Não sou de muita conversa, sou mais na minha, sou mais reservada, mais quieta. Não sou de tanta conversa. Converso mais com a minha mãe, claro, o principal. Mas em relação a outras pessoas da família, não. Sempre fui eu e ela (Samanta).

Beatriz, mulher negra de 27 anos, preferia compartilhar a sua intimidade com a mulher que foi responsável pela a sua criação, sua madrinha: “*minha mãe não queria me aceitar muito na época. Não me dava muita bola. Então, quem me cuidava mais era a minha dinda, minha avó*”.

A organização familiar de *Karen*, mulher branca de 40 anos, retrata dicotomias e hierarquias nas relações de gênero:

A gente vem de uma família onde o homem é a figura central, mas quem executa as coisas são as mulheres. É uma questão bem machista. O homem poderia fazer o quê bem queria e a mulher fica a mercê, fazendo as coisas de casa, cuidando dos filhos às vezes trabalhando e sustentando a casa. [...] Tive muitos relacionamentos assim, mas agora eu estou tentando mudar. Com filho a gente muda... (Karen).

No período da adolescência, as mulheres se encontram em posição de menor poder de negociação de práticas sexuais seguras, além de não terem reconhecida a legitimidade de seu exercício sexual por parte dos pais e dos profissionais da saúde (Marques Júnior, 2010).

Segundo Amorim; Andrade (2006), a não-adesão a medidas preventivas (ou adesão apenas no início do relacionamento), verificada entre todas as participantes do seu estudo sobre relações afetivo-sexuais e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis entre mulheres do município de Vitória, foi justificada pela crença de estarem engajadas em relações afetivo-sexuais estáveis, nas quais pressupunham a exclusividade sexual mútua. Sustentaram que esse cuidado preventivo era dispensável em suas relações, uma vez que tinham um único parceiro e acreditavam que este não tivesse outra(s) parceira(s).

A narrativa de *Samanta*, mulher negra de 23 anos, expõe outro fator intrínseco à descontinuidade do uso do preservativo: *“agora eu entendo, não é porque pessoa é bem arrumada, é bonita, não vai ter nada né! Isso é um dos principais. A gente não pode confiar por aparência. Isso eu aprendi com isso agora”*.

Nesse contexto, como em alguns exemplos anteriores, observa-se a vivência de confiança nas relações afetivo-sexuais pautada em avaliações morais e tradicionais sobre o parceiro, respaldadas, no caso, pelo entorno familiar.

Ao lado dessa lógica tradicional aparece a tensão, explicitada na fala com os valores contemporâneos que apelam para relações dialógicas e decisões mais “responsáveis” entre o casal. *Karen*, mulher branca, pós-graduada aos quarenta anos diz que prefere ficar sozinha ao invés de reproduzir a subordinação das mulheres de sua família:

Eu agora, eu estou assim não acabou o meu relacionamento totalmente, porque nós temos um filho, mas eu já percebo que não dá, [...] as pessoas querem ter um relacionamento comigo, e não querem se doar para isso, querem ter uma liberdade que não existe [...] prefiro ficar sozinha! (Karen).

Beatriz, mulher negra de 27 anos falou muito pouco com o microfone ligado. Falou baixinho, pois o atual companheiro, que não é o pai das suas 3 filhas não sabe que ela tem sífilis. Conta história de estupro aos 9 anos. O estuprador era o seu tio. Ela e a prima eram abusadas e disse que ele tinha cara de tarado. Disse que ele abusou de outras mulheres da família. Sua tia depois que descobriu que ele havia estuprado as sobrinhas, pediu a separação. Conta que a sua avó não acreditou na história. Os outros homens da família ameaçaram o estuprador de morte. Disse que sempre teve o sono pesado e acordou com ele tocando-a e com o grito da sua prima. A prima mais velha disse que era sempre para gritar muito alto e fazer escândalo e não deixar ninguém tocar sem permissão. É preocupada com a filha de oito anos que já tem “corpinho”.

Apontamos experiências similares no sentido de experimentação da sexualidade e confiança nas relações estáveis, que leva ao não uso de preservativo, por exemplo. Também notamos a presença de mulheres da família tanto para abordar temas de sexualidade, quanto de apoio nos casos de gravidez produto das primeiras experimentações sexuais. A presença dos homens nas famílias, quando mencionada, e as relações com os parceiros aparecem marcadas por hierarquias que valorizam masculinidades impositivas, e em alguns casos produtoras de violências, como expresso na última narrativa mencionada. Podemos entender este gradiente de violência arti-

culado com a dimensão racial, sendo que a experiência mais marcante foi expressa por uma mulher negra.

Experiência da sífilis e transmissão vertical

Durante séculos, a sífilis foi encarada como uma doença relacionada ao comportamento tido como desviante e essa interpretação tem continuidade no tempo. Em um estudo (Viana *et al.*, 2017), em uma comunidade popular de um bairro da região metropolitana de Buenos Aires (Argentina), sobre a identificação de significados leigos e estereótipos de gênero relacionados às IST's, ficou evidenciado nas falas masculinas que as infecções sexualmente transmissíveis são doenças “de mulheres”: “mulheres da rua”, “mulheres da noite”, “mulheres sujas” que “apodrecem” os homens.

Samanta em sua narrativa, conta a sua experiência de mulher negra que vivenciou a transmissão vertical da sífilis aos 23 anos:

Na verdade, eu nem esperava, [...] foi uma surpresa para mim, um susto bem grande, nem sei muito o que dizer. [...] Eu falei para ele, por ele ser casado né! Ele falou que quando a ex engravidou não tinha nada, que seria da minha parte[...]. mas foi tranquilo a gente conversou e fomos fazer o exame de sangue. Foi o que aconteceu [...] quando saiu o resultado a gente conversou, eu disse que de mim não poderia ser, por que foi logo que a gente se conheceu acabou casando. Então a princípio não seria da parte dele, mas a questão era resolver, foi o que a gente fez, tratamento e vida que segue (Samanta).

Esta narrativa de suspeitas de traição e de atribuição de culpas desvenda tramas complexas apontadas também no estudo citado anteriormente. No caso da pesquisa citada, as mulheres argentinas apresentaram um conhecimento menor sobre a importância do uso do preservativo, sobre as infecções sexualmente transmissíveis e o fato de aceitarem os corrimentos vaginais e os pruridos como circunstâncias inevitáveis da vida sexual e do fato de terem nascido mulheres (Ramos; Gogna, 1999). Há ainda a vergonha e o medo de serem consideradas infiéis ou traídas o que impediram a iniciativa de buscar atendimento nos serviços de saúde e de ter a contribuição masculina no tratamento. *Renata*, mulher branca de vinte anos, relata a sua culpa em relação a infecção:

Por causa de um negócio que eu não me cuidei deixei prolongar muito, foi bem difícil [...] as mulheres que não se cuidam, não usam preservativo, deveriam usar. Nem sempre a gente sabe quem é a pessoa que a gente se relaciona.

Fatores econômicos e sociais, como a escolaridade, renda; a alta transitoriedade associada ao difícil acesso à moradia; além dos fatores familiares, culturais e relacionais contribuem para o agravamento das experiências da sífilis entre as mulheres, formando os chamados contextos de vulnerabilidade no cenário feminino (Viana *et al.*, 2017).

A dificuldade e falta de oportunidade de discutir as questões de gênero com os serviços de saúde e as relações de domínio do parceiro para o exercício da sexualidade protegida é um dos fatores apontados nas narrativas das entrevistadas. Karen, narra a sua trajetória de sofrimento:

Você vai aprendendo a vida vai te dando umas cacetadas fortes. Tu vai aprendendo eu vejo que quanto mais a gente estuda a gente fica com a consciência [...] a gente precisa ter um posicionamento. Se você não tem conhecimento você vai levando, e você vai deixando. [...] Não vou ser permissiva (Karen).

Pensando na interseccionalidade de gênero e classe, denotada esta última pelo nível de escolaridade da entrevistada, podemos esboçar que, embora a mobilidade social não garanta relações de gênero mais igualitárias, o acesso à educação permite um maior empoderamento para tomar decisões sobre a sua vida.

O sofrimento social (Kleinman; Das; Lock, 1998) presente na transmissão da sífilis congrega uma grande variedade de experiências de dor, trauma e distúrbios que envolvem, simultaneamente, situações de saúde, bem estar, justiça, moralidade. Beatriz, mãe negra de três crianças, aos 27 anos conta um pouco sobre o impacto da notícia da transmissão vertical:

Nossa! Quando eu descobri foi um choque. E eu tinha me separado do pai dela... Fiquei bem chateada, porque eu nunca tive nada. Sempre tive bem... é complicado [...]. É, imagina! Eu sempre me cuidei, nunca tive nada, fazia exame de rotina, sempre. Nunca tive essas coisas. É complicado (Beatriz).

A liberdade de negociação e abertura, tão necessária e fundamental nas relações igualitárias (não somente de gênero), continua sendo um tema que provoca tensionamentos.

A crença na proteção do casamento; a confiança no parceiro; a dependência socioeconômica e afetiva, bem como as condições de educação e emprego mais precárias, acaba por restringir as possibilidades de muitas mulheres de negociar relações sexuais seguras, levando-as à infecção e limitando sua capacidade de lidar com a doença (Bellotto *et al.*, 2019).

A experiência de descobrir da sífilis e ter o filho internado para tratamento de sífilis congênita guarda semelhança com a vivência materna de ter o filho internado por outras doenças, com exceção dos aspectos carregados de estigma, preconceito e culpa, pois a sífilis é proveniente de transmissão sexual, revestida de significado simbólico que repercute nas interações maternas consigo e com os outros significados, especialmente a confiança com seu cônjuge ou outro parceiro que possa ter-lhe transmitido a infecção. Karen pesquisava na internet as informações sobre a sífilis congênita e isso aumentava seu medo, culpa e apreensão:

Foi horrível saber diagnóstico da sífilis, saber o que poderia acontecer com ele. Fui pesquisar na internet, eu queria matar ele... Horrível. Depois a gente coloca a cabeça no lugar... O tratamento depois quando ele nasceu estava tudo certinho (Karen).

Muitas mães, ao serem informadas sobre diagnóstico da sífilis congênita do seu filho, enfrentam momentos de tristeza, culpa e algumas atribuem a si próprias a responsabilidade pela transmissão da doença ao filho, ampliando sua corresponsabilização no cumprimento do tratamento a ser realizado na criança (Lima *et al.*, 2016). Tatiane narra em poucas palavras os momentos de aflição: “Preocupação, eu estava muito preocupada com ela. A doutora disse que do cordão iam tirar um líquido para fazer exame e isso me deixou mais preocupada...”.

A hospitalização de um filho recém-nascido por sífilis congênita gera um sofrimento maior e uma experiência mais dolorosa devido ao fato de ser uma doença transmitida da mãe para o filho, portanto a mulher se sente culpada e fica se questionando sobre o que poderia ter feito para evitar, se responsabilizando pelo adoecimento do filho. Renata chorou várias vezes ao lembrar o sentimento de culpa que sente até hoje pela questão da transmissão vertical da sífilis: “Por causa de um negócio, por culpa minha, que é eu não me cuidei, não soube procurar saber mais, né! E daí, aconteceu... A gente deixar um filho lá e saber que ele vai ser furado, ele teve que tirar água da espinha”.

A mulher/mãe precisa tratar da infecção com seu companheiro tendo o cuidado de não acusar o parceiro, pela incerteza da fonte de transmissão, trazendo desconfiança na relação conjugal. Embora haja muitas

pesquisas sobre os aspectos biológicos, terapêuticos, modos de prevenção e transmissão das IST/AIDS, pouco se tem estudado a respeito das repercussões emocionais trazidas por essas doenças (Pereira; Chaves, 1999).

Ao se deparar com a notícia que seu filho tem sífilis e ficará internado para tratamento, o sentimento de culpa permeia toda a experiência por ter ciência de que ela transmitiu a infecção, o que lhe traz sentimento de culpa, além da incerteza se não foi ela quem transmitiu a infecção ao seu companheiro. *Renata*, além de conviver com a culpa, vive com a incerteza sobre a infidelidade:

Foi dele. Até então ele fez o tratamento, no mesmo lugar que ele está e eu fiz aqui.[...] Ele não sabia. Sabia por que eu falei, na verdade eu comentei com ele. Eu falei que tinha pego e que não tinha antes. Então ele falou deve ser de mim. Aí, aí ele fez o tratamento direitinho e tudo (Renata).

Diante do exposto, a desigualdade de gênero apresenta-se como fator de vulnerabilidade para as mulheres, e com maior risco de aparecimento de enfermidades principalmente as Infecções Sexualmente Transmissíveis outros agravos a sua saúde.

Relações com o serviço de saúde

Do ponto de vista dos serviços de saúde, as discussões vinculadas à transmissão de ISTs e principalmente quando envolvem gestação e transmissão vertical das doenças, tem como foco as mulheres. Poucos estudos investigam quais as dificuldades relacionadas ao tratamento dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis (Domingues *et al.*, 2013).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Rede Cegonha, também com intuito de garantir atendimento de qualidade a todas as gestantes, disponibilizando exames clínicos e laboratoriais, suplementação de vitaminas e sais minerais, avaliação odontológica e outras ações para saúde do binômio mãe-bebê, durante a gestação, parto e pós-parto, garantindo atendimento humanizado e nascimento seguro (Brasil, 2011).

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

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

Medos, incertezas, angústia, vergonha, violência doméstica são fatos que circundam a vida dessas mulheres. *Kely*, que foi a que fez a narrativa mais curta, cheia de pausas e uma linguagem não verbal que silenciava dor e angústia, relatou que precisou pedir ajuda: “*Não tive coragem de contar para ele, pedi para a enfermeira chamar ele no posto, contar o que aconteceu, por que eu tive medo*”.

As narrativas presentes no estudo (Viana, *et al.*, 2017), destacam que apesar das uniões estáveis e a existência de namorados, o homem não esteve presente durante as consultas de pré-natal, sendo essa uma oportunidade para os exames de saúde, tratamentos necessários e a vinculação do parceiro no processo de tratamento da sífilis entre o casal. As mulheres tornam-se mais fragilizadas no papel de transmissoras da informação sobre o diagnóstico, devido ao pouco conhecimento sobre o tema e a dificuldade de abordar esse assunto em cenários de traição, violência, suspeitas. *Kely* conta em sua narrativa que o parceiro não havia feito o tratamento completo nem o exame de VDRL. Passados cinco meses do nascimento da filha ela falou:

Ele não gosta de médico ... Ele fez duas, mas a última ele não fez, não quis... Meu marido não vai poder fazer porque antes ele estava sem trabalho, agora está trabalhando de carteira assinada e não pode faltar (*Kely*).

Na pesquisa de Montiel e López (2020) sobre assistência pré-natal, apresentaram-se situações similares em relação aos homens. Horários de trabalho que impedem a presença deles nos serviços de saúde, sendo que não contam com direito de justificar o dia ou o turno no emprego. Também, chamamos a atenção de que, embora se tenha as diretrizes para o pré-natal do homem, os serviços de saúde são percebidos por eles como espaços femininos e/ou não acolhedores, muitas vezes vistos pelas e pelos trabalhadores de saúde, como “violentos”, “perigosos”, não existindo a criação de vínculo com a atenção primária.

O cuidado centrado na criança promove um apagamento das ações de seguimento no tratamento da sífilis em ambiente hospitalar e na atenção primária em saúde, uma vez que a maioria das mulheres, que estavam numa gestação de “risco” perderam o vínculo com a unidade básica de saúde e os homens sequer foram atendidos em sua integralidade pelos serviços.

A principal ferramenta para um cuidado adequado é o diálogo sendo uma forma de apoio e criação de vínculos com a equipe, a fim de permitir o estabelecimento de divisão entre responsabilizações no cuidado (Araújo *et. al.*, 2020). Dialogar significa saber ouvir, escutar, estar atento ao que o outro diz, pois através da escuta é possível conhecer as necessidades de cuidado que irão nortear a prática:

[...] Tá bem. Agora ela faz o que quer, mas foi um susto. Mas ela está bem, com saúde Graças a Deus... Bem gordinha. Esperta. Mas, graças a Deus, esse pediatra foi a melhor coisa na nossa vida, desde o início. Doutor maravilhoso. Na primeira semana era todo dia, piora, cada vez que a gente ia visitar ela, diziam que era muito grave, que ela tinha piorado. No meio da segunda semana que ela foi começar a melhorar, foi melhorando e a cada dia mais, mas foi um mês horrível. Tá bem gorda. Forte, né filha! (Samanta).

O diálogo é um fator de extrema importância, sempre ouvindo e esclarecendo as dúvidas da família, promovendo assim uma assistência humanizada. A interação entre os profissionais e a criança/família facilita a prestação do cuidado e pode diminuir os traumas causados pela interação, promovendo um cuidado humanizado. Esta narrativa nos oferece uma ideia de demanda, que atenderia a dimensão do sofrimento e desgaste de mulheres que tem seus filhos na UTI neonatal:

A única coisa para as mães que estão com filhos na UTI é que não tem um quarto para gente ficar tem que vir para casa é muito difícil. Deveria ter uma estrutura melhor para as mães que estão no filho no UTI [...]. É muito desgastante [...] Nem é tanto pela parte física, mas pelo psicológico. Você psicológico da gente fica bem abalado (Kely).

Inúmeros são os relatos de mulheres que, em um dos momentos mais singulares de sua vida, ao gerarem um novo ser, acabam sofrendo com atos abusivos praticados por profissionais e instituições que deveriam prezar pelo seu bem-estar e atender às suas necessidades, vivenciando a chamada violência obstétrica (Mascarenhas; Pereira, 2017).

A narrativa de *Samanta* remete a uma violência interseccionada por classe e a raça:

Isso foi bem complicado porque eu não esperava [...] quando aconteceu a gente desmoronou. Ainda mais no ponto que

chegou, foi horrível. Eu recebi medicamento para sentir dor, por eu não tinha dilatação. A minha mãe disse que iria sentir uma dor suportável de parto. Ok. Beleza. Sabia que ia sentir dor. O problema foi quando eu perguntei, foi minha mãe que perguntou para a doutora duas ou três vezes, mas é normal? É normal essa dor? Essa dor não aconteceu comigo. Não era dessa cor que saía. E a doutora: “Mãezinha”, é normal [...] Eu estava gritando com muita dor, a doutora disse para eu não gritar, porque eu ia perder as minhas forças [...] no final, elas não estavam dando tanta bola para os meus chamados, até que eu dei o último berro, infernal, insuportável, eu acho que o hospital inteiro escutou, até que eu falei para a enfermeira: não tô bem! A enfermeira olhou, chamou a médica, tá saindo, tá nascendo. Nisso estava só eu e a minha mãe na sala. Aí a doutora disse para mim parar de fazer força, eu disse que não conseguia parar de fazer força. Daí ela veio, puxou as minhas pernas para baixo, que eu estava numa salinha antes da sala de parto, já, puxou para baixo. Eu disse: eu não consigo. Se você fizer isso... eu não esqueço... se você fizer força seu bebê vai cair no chão, foi o que ela me disse. Ai minha mãe falou, ela não vai cair no chão por que eu seguro (Samanta).

Esta narrativa coaduna com o apontamento de de que um dos indicadores de iniquidade racial na atenção ao parto no Brasil (Leal *et al.*, 2017) é a menor oferta de analgésicos/anestésicos no parto vaginal para as mulheres negras, fato que já tinha sido constatado em estudo (Leal; Gama; Cunha, 2005) em maternidades do Rio de Janeiro.

Mulheres são cotidianamente violentadas num contexto social de dominação em função de sua condição feminina e dos seus papéis socialmente designados, ficando suscetíveis às relações de poder do patriarcado. Karen, na condição de mulher branca, graduada, pagando pelo pré-natal no convênio, foi vítima também da violência de gênero durante a gestação:

Os homens são grossos, uns cavalos. Eu estava grávida, ele é obstetra, ele não sabe que a gente fica sensível.? É porque eu não vou levar às últimas consequências [...], na verdade eu tinha vontade de colocar na justiça , mas eu não quero ficar remoendo. [...] O acolhimento deles para mim foi péssimo [...] do próprio convênio: um deles me disse eu não vou cuidar de ti, você é uma pessoa que tem uma doença (trombose), e tu é uma “louca” de ter ficado grávida (Karen).

A violência constitui um fenômeno que gera tensão nas vidas das mulheres resultando em processos adoecimento, como podemos observar nas narrativas das participantes. A luta pela ampliação dos espaços de liberdade e de produção social da vida das mulheres deve ter como eixo norteador uma ruptura com a tradição do modelo assistencial hegemônico e das relações abusivas, de modo que a superação dessa realidade implica luta, enfrentamento nos planos político, ideológico, técnico, cultural e social.

Considerações Finais

Como resultados do estudo destacam-se as experiências femininas em relação a sua sexualidade e suas trajetórias reprodutivas ao longo da vida, considerando os efeitos da violência estrutural que conjuga desigualdades de gênero, classe e raça. Observamos trajetórias diferenciadas conforme o pertencimento racial dessas mulheres, sendo que a violência de gênero aparece de maneira mais acentuada sobre os corpos femininos negros ao longo de todo o ciclo de vida.

As narrativas das mulheres apresentaram importantes marcas relacionadas às dimensões de classe e raça em sua vida reprodutiva quando consideramos suas trajetórias de vida na adolescência, na gestação, parto e em decorrência da transmissão vertical da sífilis. As desigualdades de gênero se fizeram presentes nas famílias de origem e nas relações com os parceiros, com gradientes de violência que se intensificaram conforme o pertencimento racial da mulher; assim como no exercício da maternidade, que em muitos casos parecia ser exercida de maneira solitária.

Nesse sentido, a atenção deslocaria efetivamente o foco da saúde reprodutiva para a saúde da mulher, possibilitando de forma mais eficaz seus direitos sexuais e reprodutivos. Diante de tantos desafios é preciso mudar a concepção dos serviços de saúde quando aborda questões maternas e infantis.

A atenção dispensada à criança na transmissão vertical é uma das ações executadas pelos serviços de saúde. É urgente entender que a epidemia de sífilis congênita é um problema social, pois suscita muitas reflexões: as práticas hegemônicas que permeiam as políticas públicas; a paternidade ausente que é fruto de uma sociedade machista e patriarcal; a maternidade invisibilizada e o exercício da sexualidade feminina que reproduz ao longo de toda a vida, as práticas daquela adolescente que não exerce a sua autonomia para exercer uma prática sexual prazerosa e segura.

No que diz respeito à produção de cuidado, observamos um vínculo e um sentimento de gratidão aos profissionais da saúde responsáveis

pelo cuidado às crianças recém-nascidas. Notamos que o pré-natal reproduz certas noções de mulher-mãe-pobre que centraliza as responsabilidades reprodutivas e de cuidado dos filhos, sobrepondo estas noções às desigualdades de gênero, classe e raça. Essas desigualdades apareceram (re)produzidas e potencializadas no conjunto da rede de saúde, com negligências (como a ausência de busca ativa dos parceiros não tratados no pré-natal) e violação de direito reprodutivos (na violência sofrida no pré-natal de alto risco e no parto).

Esperamos contribuir para uma assistência integral e equânime na atenção à transmissão vertical da sífilis. Há necessidade de estudos qualitativos nessa área para que os profissionais produzam um cuidado capaz de promover a autonomia das mulheres dos diversos momentos de sua vida reprodutiva e colaborar para a educação para a sexualidade, assim como se aponta a necessidade dos serviços pensarem estratégias de engajamento dos homens na saúde sexual e reprodutiva e numa paternidade consciente. Desta forma esperamos que seja possível contribuir para a construção de uma lógica saudável de sexualidade e proteção para meninas e mulheres.

Referências

- AMORIM, M. M.; ANDRADE, A. N. Relações afetivo-sexuais e prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis e aids entre mulheres do município de Vitória – ES. *Psicologia em Estudo*, v. 11, n. 2, p. 331-339, aug. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200012>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- ARAÚJO, S. R. *et al.* A vivência das mães frente a ocorrência de sífilis congênita em seus filhos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 28, n. 42, e2760, fev. 2020. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2760.2020>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/2760>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001528349>. Acesso em: 16 jan. 2024.

- AYRES, J. R. C. M. *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* (org.). *TRATADO de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2009. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001851472>. Acesso em: 16 jan. 2024.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis*, v. 17, n. 1, p. 43-61, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hSgv4n6yzC76Hsv3rmHVS5y/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- BARBOSA, R. M.; PARKER, R. Sexualidades pelo Averso direitos, identidades e poder. In: BARBOSA, M. R. *Negociação sexual ou sexo negociado?* Poder, gênero e sexualidade em tempos de Aids. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999a.
- BARBOSA, R. M.; PARKER, R. Sexualidades pelo Averso direitos, identidades e poder. In: RAMOS, S.; GOGNA, M. *Crenças Leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DSTs*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999b.
- BATISTA, R. S. *Mulheres livres: uma história sobre prostituição, sífilis, convenções de gênero e sexualidade*. Salvador: EDUFBA, 2014. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/25393>. Acesso em: 15 jan. 2024.
- BELLOTTTO, P. C. B. *et al.* Entre a mulher e a salvação do bebê: experiências de parto de mulheres com HIV. *Interface*, Botucatu, v. 23, e180556, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/Interface.180556>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/kc5DrDzZhwNmqHsJV5qgs7k/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- BOZON, M.; HEILBORN, M. L. Iniciação à sexualidade: modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais. In: HEILBORN, M. L. *et al.* (org.). *O Aprendizado da Sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, p.156-205, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico da Sífilis 2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-nu-mero-especial-out-2022/view>. Acesso em: 14 jan. 2024.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria N.º 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 23 jan. 2024.
- BRÊTAS, J. R. S. *et al.* Os rituais de passagem segundo adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 21, n. 3, p. 404-411, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002008000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Rfnfx983KNHBzXhtN7Vdkqj/?lang=pt>. Acesso em 23 jan. 2024.
- CARDOSO, A. R. P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 563-574, fev. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.01772016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Vj48x4jCTfP3jsRvgwrbBfd/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2024.
- CARRARA, S. Entre cientistas e bruxos: ensaio sobre os dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. In: ALVES, P. C., MINAYO, M. C. (org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Cap. 2, p. 33-45.
- CAVALCANTE, A. E. S. *et al.* Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Ceará, v. 4, n. 24, p. 239-245, 2012. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-4-2012/4-Diagnostico%20e%20Tratamento%20da%20Sifilis.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.
- CONNELL, R. *Gênero em termos reais*. São Paulo: nVersos; 2016.
- CONNELL, R. Usando a teoria do sul: descolonizando o pensamento social na teoria, na pesquisa e na prática. *Epistemologias do Sul*. Foz do Iguaçu/PR, v. 1, n. 1, p. 87-109, 23 maio 2017. Disponível em: <https://revistas.unila.edu.br/epistemologiasdosul/article/view/783>. Acesso em: 14 jan. 2024.
- CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2024.

- DE LORENZI, D. R. S.; MADI, J. M. Sífilis Congênita como Indicador de Assistência Pré-natal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 647-652, dez. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032001001000006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/j8tvmvPSKV9qvV7DdS3KycB/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2024.
- DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev. Saúde Publ.*, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/bsJrGNxmFyqqdNKtGSDjxhz/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 29, n. 4, p. 171-174, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000400001>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/Z3v8fgxWCRsrTvMCjrHTYBh/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- FARIAS, R.; MORE, C. O. O. Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. *Psicol. Refl. Crit.*, v. 25, n. 3, p. 596-604, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000300020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/DC8YLNWQynVr6Mkm6BLCxMR/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- GOMES, R.; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 5, p. 1207-1214, 2002. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/412>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- HEILBORN, M. L. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias juvenis. In: HEILBORN, M. L. *et al.* (org.). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006. p. 155-206.
- HEILBORN, M. L. *et al.* Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horiz. Antropol.*, v. 8, n. 17, p. 13-44, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832002000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/py75RPTb5wdBdQcFnQpXHyK/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2024.

- HEILBORN, M. L. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, M. L. *Sexualidade: o olhar das ciências sociais*. Rio de Janeiro: J. Zahar; 1999. p. 40-59. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/publicacoes/contrucao_de_si.pdf. Acesso em: 23 jan. 2024.
- HENRIQUE, M. C.; AMADOR, L. H. M. Da *Belle Époque* à cidade do vício: o combate à sífilis em Belém do Pará, 1921-1924. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 23, n. 2, p. 359-378, abr. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015005000014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/NrBXCNMFDZ6Qwf9Z6yg4dbv/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2024.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (org.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 90-113. Disponível em: <https://tecnologiamidiaeinteracao.files.wordpress.com/2017/10/pesquisa-qualitativa-com-texto-imagem-e-som-bauer-gaskell.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. (org.). *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press; 1998. DOI: <https://doi.org/10.1525/9780520353695>.
- LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, Suppl 1, e00078816, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vvqBZLqQ3gjjbGNt3mR6PvS/>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- LIMA, V. C. *et al.* Percepção de mães acerca da sífilis congênita em seu conceito. *Espac. Saúde*, v. 17, n. 2, p. 118-125, 2016. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2016v17n2p118>. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/292>. Acesso em: 10 jun. 2021.

- MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/WM4wjfcJBy9Yb4FTvjhvCDz/?lang=pt>. Acesso em: 14 jan. 2024.
- MARQUES JÚNIOR, J. S. Aids e juventude: gênero, classe e raça. [resenha]. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 4, p. 2251-2253, jul. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YZDM38YWjVsNHPQ3LDfNNNc/?lang=pt>. Acesso em: 24 jan. 2024.
- MASCARENHAS, A. C. S. S.; PEREIRA, G. R. A. A Violência obstétrica frente aos direitos sociais da mulher. *Revista Eletrônica de Estudos Jurídicos e da Sociedade*, Guaxupé, v. 6, n. 1, p. 1-80, 2017. Disponível em: https://www.unifeg.edu.br/revista/artigos-docentes/2017/A_Violencia_Obstetrica.pdf. Acesso em: 23 jan. 2024.
- MONTEIRO, M. O. P. *et al.* Fatores associados à ocorrência de sífilis em adolescentes do sexo masculino, feminino e gestantes de um Centro de Referência Municipal/CRM – DST/HIV/AIDS de Feira de Santana, Bahia. *Adolesc. Saúde*, v. 12, n. 3, p. 21-32, jul./set. 2015. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciaesaude.com/pdf/v12n3a03.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.
- MONTIEL, C. P., LÓPEZ, L. C. Trajetórias reprodutivas femininas e produção do cuidado em saúde orientado às gestantes na cidade de São Leopoldo/RS: um olhar interseccional. *Revista Gênero*, v. 20, n. 2, p. 300-322, 2020. DOI: <https://doi.org/10.22409/rg.v20i2.44580>. Disponível em: https://periodicos.uff.br/revista_genero/article/view/44580. Acesso em: 23 jan. 2024.
- NASCIMENTO, T. G. Primavera para as rosas negras: Lélia Gonzalez em primeira pessoa. *Lutas Sociais*, São Paulo, v. 23 n. 43, p. 367-371, jul./dez. 2019. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/ls/article/viewFile/52208/34406>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- NONATO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARAES, M. D. C. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 24, n. 4, p. 681-694, dez. 2015. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000400010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 jan. 2024.

- OSADA, N. M.; COSTA, M. C. Biopolítica de uma “sífilis” hereditária no sertão nordestino: resistências à modernidade? *Redes*, Bernal, v. 22, n. 42, p. 133-151, jun. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/313660359_BIOPOLITICA_DE_UMA_SIFILIS_HEREDITARIA_NO_SERTAO_NORDESTINO_RE SISTENCIAS_A_MODERNIDADE. Acesso em: 15 jan. 2024.
- PEREIRA, M. L. D.; CHAVES, E. C. Ser mãe e estar com AIDS: revivescimento do pecado original. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 33, n. 4, p. 404-410, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62341999000400012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/kLLZkYW3WWnfgc99tpDTWZh/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- RAMOS, S.; GOGNA, M. *Crenças Leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DSTs*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1999.
- SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 423-432, 2002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000300017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfZzTLGbF7qtpC9wGZT6YRc/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2024.
- SMITH, V. H.; SPERB, T. M. A construção do sujeito narrador: pensamento discursivo na etapa personalista. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 12, n. 3, p. 553-562, set./dez. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/ZT9YVyN5FjdgBpHCsr8SBkb/?lang=pt&-format=pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.
- TEIXEIRA, L. O. *et al.* Tendência temporal e distribuição espacial da sífilis congênita no estado do Rio Grande do Sul entre 2001 e 2012. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 2587-2597, ago. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.25422016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pjk7yrJVjwxjHjSGQkhFXt/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2024.
- TERRA, M. F.; OLIVEIRA, A. F. K. Prevenção às DST/HIV/Aids para mulheres em situação de violência doméstica de gênero: uma análise sobre a vulnerabilidade programática. *Arq. Med. Hosp. Fac. Cienc. Med. Santa Casa*, São Paulo, v. 60, p. 117-21, 2015. Disponível em: <https://arquivosmedicos.fcmsantacasasp.edu.br/index.php/AMSC SP/article/view/140>. Acesso em: 14 jan. 2024.

- VÁSQUEZ, G. G. H. Vênus nos braços de mercúrio, bismuto e arsênio. Notas históricas sobre sífilis gestacional antes da penicilina. *Sex. salud. soc.*, Rio Janeiro, v. 28. p. 226-245, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.28.12.a> Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sess/a/sbPJ9hNBtYfXM8ct4YfsQvf/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2024.
- VIANA, P. V. C. *et al.* Sífilis congênita, um evento sentinela: narrativas de mães de filhos nascidos com sífilis em uma cidade metropolitana paulista. *Revista Univap*, São José dos Campos-SP, v. 23, n. 42, jul. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.18066/revistaunivap.v23i42.1779>. Disponível em: <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/1779>. Acesso em: 4 jun. 2021.
- VIVEROS VIGOYA, Mara. *As Cores da Masculinidade: experiências interseccionais e práticas de poder na Nossa América*. Tradução Allyson de Andrade Perez. Rio de Janeiro, RJ: Papéis Selvagens, 2018.