**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANA PAULA ALMEIDA BRITO

**A EXPERIÊNCIA DE TER UM FILHO INTERNADO EM
UNIDADE NEONATAL PARA TRATAMENTO DE SÍFILIS
CONGÊNITA**

**SÃO PAULO
2008**

ANA PAULA ALMEIDA BRITO

**A EXPERIÊNCIA DE TER UM FILHO INTERNADO EM
UNIDADE NEONATAL PARA TRATAMENTO DE SÍFILIS
CONGÊNITA**

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção de título
de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Amélia Fumiko Kimura

SÃO PAULO

2008

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____ Data ____ / ____ / ____

Catálogo na Publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Brito, Ana Paula Almeida.

A experiência de ter um filho internado em uma unidade
neonatal para tratamento de sífilis congênita / Ana Paula Almeida
Brito. – São Paulo, 2008.

111 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Amélia Fumiko Kimura.

1. Sífilis (tratamento) 2. Enfermagem obstétrica 3. Enfermagem
neonatal. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Ana Paula Almeida Brito

Título: A experiência de ter um filho internado em unidade neonatal para tratamento de sífilis congênita.

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção de título
de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, a quem eu devo minha vida e força para lutar.

A meus pais, os maiores amores de minha vida a quem dedico todas as minhas vitórias.

Ao Wellington, companheiro de todos os momentos, por acreditar em mim, pela compreensão e carinho ao longo do período de elaboração deste trabalho.

Às mães que, gentilmente, cederam um pouco de suas vivências ao longo da internação de seus filhos.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Dr.^a Amélia Fumiko Kimura, orientadora deste trabalho, quem despertou em mim a paixão pela pesquisa, compartilhou de minhas inquietações e introduziu-me no universo da investigação científica.

Às Professoras Dr.^a Isabel Cristina Bonadio e Maria Aparecida de Jesus Belli, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

A Ilva, mais que chefe uma amiga com quem pude contar ao longo desta caminhada.

A meus irmãos de sangue e de coração, com quem sempre dividi minhas angústias e momentos felizes.

A tia Maria (Bá), pelo amor e carinho durante toda minha vida.

A Kelly, por me mostrar como Deus é bom.

Às amigas queridas, que acompanharam minha trajetória desde muito: Selma, Elaine, Eny.

Às colegas do Hospital Universitário da USP, pelo convívio diário, pelas sugestões, compreensão, paciência e apoio recebidos ao longo da construção deste trabalho.

Ao grupo de amigos, que sempre está em minha casa, tornando meu cotidiano mais alegre e divertido.

Aos sogros, pelo amor e carinho dedicado durante todos estes anos.

A todos os funcionários da Secretária do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, da Secretária da Pós-Graduação, Serviço de Biblioteca e Documentação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, muito obrigada pela atenção e disponibilidade.

À Prof^a Ivone Borelli, pela cuidadosa revisão de língua portuguesa.

A todas as pessoas que, de uma forma ou outra, contribuíram para a concretização deste estudo, minha gratidão.

Muito obrigada!

**“Bendito seja o Senhor, minha rocha,
que adentra as minhas mãos para peleja
e meus dedos para a guerra.”
(Salmo 144:1)**

Brito APA. A experiência de ter um filho internado em unidade neonatal para tratamento de sífilis congênita. [dissertação]. São Paulo. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

O estudo foi realizado com mães que viveram a experiência de ter um filho internado em uma unidade neonatal para tratamento de sífilis congênita e teve como objetivo compreender a experiência de mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal submetidos ao tratamento de sífilis congênita. Os referenciais teórico e metodológico adotados foram, respectivamente, o Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos Dados. O estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo e os dados foram obtidos por meio de entrevista em profundidade com dez puérperas, mães de recém-nascidos submetidos ao tratamento de sífilis congênita, internados no período de abril de 2006 a dezembro de 2007. Os relatos foram codificados e agrupados, de acordo com o significado atribuído em subcategorias, categorias e tema. Dois temas emergiram dos dados que retratam a vivência materna estudada. O tema **VIVENCIANDO O IMPACTO DA DESCOBERTA DA DOENÇA** descreve o impacto inicial da descoberta da doença e o tema **VIVENCIANDO A INTERNAÇÃO DO FILHO** relativo à vivência materna de estar com o filho internado durante o período de tratamento da doença. O estudo revelou que a experiência materna é dinâmica e repercute na interação que estabelece com os familiares, não se restringindo à vivência da internação do bebê. Descobrir-se com sífilis envolve reações emocionais, como: medo e sentimentos de angústia e sofrimento e cognitiva traduzida sob a forma de dúvidas relativas ao contágio da doença e tratamento. A experiência materna é melhor enfrentada quando conta com apoio da família e quando a abordagem assistencial dos profissionais de saúde é isenta de preconceitos e julgamentos.

Palavras-chave: sífilis congênita, pré-natal, enfermagem obstétrica, enfermagem neonatal.

Brito APA. The experience of having a child admitted to a neonatal unit in order to treat congenital syphilis. [Dissertation]. Sao Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

The study was carried out with mothers who had the experience of having a child admitted in a neonatal unit in order to treat congenital syphilis and its goal is to understand such experience. Symbolic Interactionism and the Grounded Theory are respectively the methodological and theoretical referential. The study was carried out at São Paulo University School Hospital and the data were collected through the interview with ten mothers whose newborns underwent congenital syphilis treatment, admitted from April 2006 to December 2007. The reports were codified and grouped according to the meaning attributed into subcategories, categories and theme. Two themes emerged from the data related to the maternal experience under study. A) The theme EXPERIENCING THE IMPACT OF DISCOVERING THE DISEASE which describes the first impact and the theme EXPERIENCING THE CHILD'S ADMISSION, related to the mother's experience of having a child admitted during the period of treatment. The study revealed that the maternal experience is dynamic and reverberates in the interaction with the families, not being restricted to the experience of the baby's admission. Finding out about syphilis involves emotional reactions such as fear, distress and suffering as well as cognitive emotions such as doubts related to infection and treatment. Maternal experience is better when shared and supported by the family and also when the health professional approach is free from prejudice and judgment.

Key words: congenital syphilis, prenatal, obstetric nursing, neonatal nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Primeiro critério para definição de caso de sífilis	18
Figura 2 – Segundo critério para definição de caso de sífilis	19
Figura 3 – Terceiro critério para definição de caso de sífilis	20
Figura 4 – Resumo dos critérios para definição de caso de sífilis	21
Figura 5 - Categorias que compõem o tema VIVENCIANDO O IMPACTO DA DESCOBERTA DA DOENÇA	49
Figura 6 – Subcategorias que compõem a categoria DESCOBRINDO ESTAR COM SÍFILIS	50
Figura 7 - Subcategorias que compõem a categoria SENDO SURPREENDIDA COM O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DO FILHO	53
Figura 8 – Subcategorias que compõem a categoria BUSCANDO INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA	56
Figura 9 – Subcategorias que compõem a categoria TEMENDO ABALAR O RELACIONAMENTO CONJUGAL	61
Figura 10 – Subcategorias que compõem a categoria TEMENDO SOFRER PRECONCEITOS	65
Figura 11 – Categorias que compõem o tema VIVENCIANDO A INTERNAÇÃO DO FILHO	71

Figura 12 – Subcategorias que compõem a categoria SENDO SEPARADA DO FILHO	72
Figura 13 – Subcategorias que compõem a categoria DANDO PRIORIDADE AO FILHO	75
Figura 14 – Subcategorias que compõem a categoria SENTINDO-SE MUITO EXIGIDA	78
Figura 15 – Subcategorias que compõem a categoria TENDO APOIO	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Códigos das subcategorias que compõem a categoria DESCOBRINDO ESTAR COM SÍFILIS	52
Quadro 2 - Códigos das subcategorias que compõem a categoria SENDO SURPREENDIDA COM O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DO FILHO	55
Quadro 3 – Códigos das subcategorias que compõem a categoria BUSCANDO INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA	58
Quadro 4 – Códigos que compõem a categoria PREOCUPANDO-SE COM A SAÚDE DO COMPANHEIRO	59
Quadro 5 – Códigos que compõem a categoria PERDENDO A CONFIANÇA NO COMPANHEIRO	60
Quadro 6 - Códigos das subcategorias que compõem a categoria TEMENDO ABALAR O RELACIONAMENTO CONJUGAL	62
Quadro 7 - Códigos que compõem a categoria CRITICANDO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	64
Quadro 8 - Códigos das subcategorias que compõem a categoria TEMENDO SOFRER PRECONCEITOS	68

Quadro 9 - Códigos que compõem a categoria SENTINDO CULPA POR TRANSMITIR A DOENÇA AO FILHO	70
Quadro 10 – Códigos das subcategorias que compõem a categoria SENDO SEPARADA DO FILHO	74
Quadro 11 – Códigos das subcategorias que compõem a categoria DANDO PRIORIDADE AO FILHO	77
Quadro 12 – Códigos das subcategorias que compõem a categoria SENTINDO-SE MUITO EXIGIDA	82
Quadro 13 – Códigos das subcategorias que compõem a categoria TENDO APOIO	86
Quadro 14 - Códigos que compõem a categoria TENDO FÉ E ESPERANÇA	88

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1 Motivação para o Estudo	16
2 Revisão da Literatura sobre sífilis congênita	18
2.1 Definição da doença	18
2.2 Transmissibilidade da doença	21
2.3 Sinais e sintomas	22
2.4 Diagnóstico	22
2.5 Tratamento	24
2.6 Políticas públicas voltadas ao controle da sífilis no período gravídico	26
2.7 Repercussão do diagnóstico e tratamento do filho sobre o comportamento materno	27
3 Justificativa e finalidade do estudo	29
4 Objetivo do estudo	30
REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	31
1 A opção pelo método qualitativo	31
2 O Interacionismo Simbólico como referencial teórico adotado	32
2.1 Símbolo	33
2.2 Self	34
2.3 Mente	34
2.4 Assumir o papel do outro	35
2.5 Ação Humana	35
2.6 Interação Social	36
3 A Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico adotado	37

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	38
1 Local da Pesquisa.....	38
2 Participantes e contexto.....	39
3 Coleta, Registro e Organização dos Dados.....	44
4 Aspectos éticos.....	45
5 Procedimento de Análise dos Dados e Elaboração dos Resultados.....	46
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	48
1 VIVENCIANDO O IMPACTO DA DESCOBERTA DA DOENÇA	48
1.1 DESCOBRINDO ESTAR COM SÍFILIS.....	50
1.2 SENDO SURPREENDIDA COM O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DO FILHO.....	53
1.3 BUSCANDO INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA.....	56
1.4 PREOCUPANDO-SE COM A SAÚDE DO COMPANHEIRO.....	58
1.5 PERDENDO A CONFIANÇA NO COMPANHEIRO.....	60
1.6 TEMENDO ABALAR O RELACIONAMENTO CONJUGAL.....	61
1.7 CRITICANDO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	63
1.8 TEMENDO SOFRER PRECONCEITO.....	65
1.9 SENTINDO CULPA POR TRANSMITIR A DOENÇA AO FILHO.....	69
2 VIVENCIANDO A INTERNAÇÃO DO FILHO.....	71
2.1 SENDO SEPARADA DO FILHO.....	72
2.2 DANDO PRIORIDADE AO FILHO.....	75
2.3 SENTINDO-SE MUITO EXIGIDA.....	77
2.4 TENDO APOIO.....	83
2.5 TENDO FÉ E ESPERANÇA.....	87
DISCUTINDO OS RESULTADOS.....	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	100
REFERÊNCIAS.....	103
ANEXOS.....	108

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1 Motivação para o Estudo

Durante o Curso de Graduação em Enfermagem, ao realizar estágios em unidades de internação na área de saúde da mulher, descobri que o período da maternidade despertava-me grande interesse. Esta fase, tanto na vida da mulher como na do bebê, é única e extremamente marcante para ambos, pois ocorrem mudanças nos aspectos físicos, sociais e emocionais (Kimura, 1999).

Nesse período de minha vida acadêmica, busquei obter mais conhecimento a respeito dessas mudanças e percebi o quanto era difícil para aquelas mães separarem-se de seus filhos quando estes necessitavam permanecer internados para tratamento.

Atualmente, sou enfermeira obstetra na unidade de Alojamento Conjunto do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) e continuo assistindo mães de recém-nascidos que são submetidos a tratamento de sífilis congênita, muitas vezes, diagnosticados no período pós-parto.

A situação causa reações maternas de angústia e preocupação quando são informadas da necessidade de submeter o recém-nascido a tratamento, o que implica interná-lo na unidade neonatal e separar-se, temporariamente, no tratamento do bebê, que dura cerca de dez dias.

As reações das mães que vivenciam a situação, inquietavam-me, então, passei a refletir e questionar quais fatores intervenientes estariam envolvidos e que lhes tornavam a experiência tão angustiante. Para poder propor intervenções de enfermagem efetivas, precisaria identificar os elementos que determinam as reações maternas. Assim, seria imprescindível conhecer e compreender o significado atribuído pelas mães à vivência de ter um filho submetido a tratamento de sífilis congênita. Dessa forma, fui buscar respostas na literatura para minhas indagações.

Realizei levantamento bibliográfico nas bases de dados informatizadas: Lilacs, Medline, Biblioteca Cochrane e Banco de Teses da Capes, em um período de dez anos. Identifiquei publicações voltadas aos aspectos

epidemiológicos, clínicos, laboratoriais, de vigilância epidemiológica e comportamento materno que apresento, resumidamente, a seguir.

2 Revisão da Literatura sobre sífilis congênita

2.1 Definição da doença

Para o Ministério da Saúde, a sífilis congênita resulta da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum* da gestante infectada não-tratada ou inadequadamente tratada para seu conceito, via transplacentária (Brasil, 2005).

Nas últimas duas décadas, a definição de “caso de sífilis congênita” sofreu modificações. Em 2004, na reunião dos Comitês Assessores de Epidemiologia e de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Programa Nacional de DST/Aids, foram fixadas diretrizes para controle da sífilis congênita e quatro critérios foram adotados para sua definição (Brasil, 2005):

1. Todo conceito ou produto de aborto, natimorto de mãe com evidência clínica para sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis independente do resultado da titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico realizado no pré-natal, parto ou curetagem, que não tenha sido tratado ou tenha recebido tratamento inadequado (Figura 1).

Figura 1 – Primeiro critério para definição de caso de sífilis, Brasil - 2005

Fonte: Diretrizes para controle de sífilis congênita, Brasil. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocumentsmanual_de_s%EDfilis_cong%EAnit a_2005.pdf. Acesso em: 12 jan. 2006.

2. Todo indivíduo com menos de treze anos de idade com evidências sorológicas, titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); e/ou testes não-treponêmicos reagentes, após 6 meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores que os da mãe. Em caso de evidência sorológica, apenas deve ser afastada a possibilidade de sífilis adquirida (Figura 2).

Figura 2 – Segundo critério para definição de caso de sífilis, Brasil - 2005

Fonte: Diretrizes para controle de sífilis congênita, Brasil. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocumentsmanual_de_s%EDfilis_cong%EAnit_a_2005.pdf. Acesso em: 12 jan. 2006.

3. Todo indivíduo com menos de treze anos, com teste não-treponêmico reagente, com evidência clínica ou líquórica, ou radiológica de sífilis congênita (Figura 3).

Figura 3 – Terceiro critério para definição de caso de sífilis, Brasil - 2005

Fonte: Diretrizes para controle de sífilis congênita, Brasil. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocumentsmanual_de_s%EDfilis_cong%EAnit a_2005.pdf. Acesso em: 12 jan. 2006.

4. Toda situação de evidência de infecção pelo *T. pallidum* na placenta ou no cordão umbilical e/ou em amostras de lesão, biópsia ou necropsia de criança, produto de aborto ou natimorto, por meio de exames microbiológicos, aborto ou natimorto pelos exames microbiológicos.

O Fluxograma 4 apresenta esquematicamente os critérios para definição de casos de sífilis congênita (Figura 4).

Figura 4 – Resumo dos critérios para definição de caso de sífilis, Brasil - 2005

Fonte: Diretrizes para controle de sífilis congênita, Brasil. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocumentsmanual_de_s%EDfilis_cong%EAnit_a_2005.pdf. Acesso em: 12 jan. 2006.

A sífilis congênita apresenta dois estágios de classificação. O estágio precoce, até 2 anos de idade da criança e tardio após esse período. Mais da metade de todas as crianças é assintomática ao nascimento, naquelas com expressão clínica, os sinais podem ser discretos ou pouco específicos.

2.2 Transmissibilidade da doença

A transmissão materna para o filho pode ocorrer em qualquer fase gestacional. A taxa de transmissão vertical da sífilis, em mulheres não tratadas, nas fases primária e secundária é de 70% a 100% e nas fases latente e terciária da doença de 30%. (Brasil, 2005).

Quando ocorre a transmissão via transplacentária materno-fetal, podem se verificar o aborto espontâneo e o óbito fetal ou neonatal precoce em 40%, com possibilidade de transmissão ao feto na presença de lesões genitais maternas e na passagem fetal pelo canal de parto. Pode haver também transmissão materna para o filho pelo aleitamento materno, na presença de lesão mamária por sífilis (Brasil, 2005).

2.3 Sinais e sintomas

Além da prematuridade e do baixo peso ao nascimento, as características dessa síndrome, excluídas outras causas, incluem a hepatomegalia com ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas, periostite ou osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serossanguinolenta, icterícia, anemia, linfadenopatia generalizada e neurosífilis (Brasil, 2005).

2.4 Diagnóstico

De forma geral, empregam-se testes sorológicos não-treponêmicos, *Venereal Diseases Research Laboratory* (VDRL) e o Rapid Plasma Reagin (RPR) e os treponêmicos, Treponema Pallidum Hemagglutination (TPHA), FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption) e o Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) para o diagnóstico da sífilis.

O VDRL e o RPR são os testes utilizados para a triagem sorológica da sífilis em gestantes e da sífilis adquirida, tendo em vista sua elevada sensibilidade (RPR – 86% a 100% e VDRL – 78% a 100%) e a possibilidade de titulação, o que permite o acompanhamento sistemático do tratamento (Brasil, 2005).

Além de elevada sensibilidade, esses testes são de realização técnica simples, rápida e de baixo custo. As principais desvantagens referem-se aos resultados falsos-positivo e falsos-negativo.

No Brasil, o VDRL é o teste mais empregado. O resultado é descrito qualitativamente com o uso dos termos “reagente” e “não reagente” e, quantitativo com descrição das titulações, tais como: 1:2, 1:32, etc.

Sem o tratamento, há uma redução progressiva na titulação ao longo dos anos. Com o tratamento, verifica-se queda, tendendo a se negativar, porém, pode se manter reagente por longos períodos, mesmo após a infecção ter sido tratada em razão da “memória imunológica”. Se a titulação da criança estiver maior que a da mãe, haverá forte suspeita de se diagnosticar sífilis congênita.

Os testes TPHA, FTA-Abs e o ELISA são utilizados para confirmação da infecção pelo *T. pallidum*, permitindo a exclusão dos resultados falsos-positivo dos testes não-treponêmicos, tendo em vista sua elevada especificidade, sendo de 98% a 100% ao TPHA, de 94% a 100% ao FTA-Abs e de 97% a 100% ao ELISA.

Estes testes não são úteis para monitoramento, já que não permitem diferenciar uma infecção recente de uma passada (Brasil, 2005).

No estudo realizado por Barsati et al.(1999) com 1.000 parturientes e seus conceptos, foram avaliados os testes treponêmicos e não-treponêmicos e encontrados 24 casos de VDRL positivo. Não se verificaram casos de reatividade nos recém-nascidos sem correspondência materna nem todos os soros maternos de VDRL reativos foram positivos aos métodos TPHA e Elisa. Mas houve plena concordância de resultado entre ambos, levando os autores a concluírem que na necessidade de optar-se por uma única amostra para o diagnóstico de sífilis gestacional e/ ou sífilis congênita, a sorologia materna deve ser a de escolha pela equipe.

Em razão da neurosífilis ser a complicação mais importante da sífilis congênita, recomenda-se coletar amostra de líquido cefalorraquidiano (LCR) em crianças para se avaliar a celularidade, o perfil protéico e o VDRL (Brasil, 2005).

Alterações radiológicas indicativas do envolvimento das metáfise e diáfise de ossos longos (tíbia, fêmur e úmero) são encontradas em 75% a 100% das crianças que se apresentam com evidências clínicas de sífilis congênita recente. Assim, uma avaliação radiológica de ossos longos apresenta grande importância diagnóstica em razão da frequência e do aparecimento precoce de alterações ósseas (Brasil, 2005).

Busby et al. (2002) radiografaram os ossos longos de 44 recém-nascidos de mãe com VDRL positivo e encontraram em 12 deles resultados que revelaram sinais de sífilis congênita, todos com títulos de VDRL maiores que 1:8.

2.5 Tratamento

Walker (2006) realizou uma revisão sistemática e mostrou que o antibiótico de escolha para o tratamento de sífilis durante a gravidez ainda é a penicilina.

No Brasil, para sífilis primária, o Ministério da Saúde adota a penicilina G benzatina, como esquema terapêutico para tratamento da sífilis na gravidez, em dose única de 2.400.000 UI. Para sífilis secundária ou latente, com menos de um ano de evolução, adota-se o esquema de duas séries de penicilina G benzatina de 2.400.000 UI, totalizando 4.800.000 UI com intervalo de uma semana. Para sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução, ou com duração ignorada, devem ser feitas três séries de 2.400.000 UI, totalizando 7.200.000 UI. A recomendação para o tratamento é aplicar 1.200.000 UI em cada glúteo e realizar VDRL mensalmente em todos os casos (Brasil, 2005).

O Ministério da Saúde também determina o tratamento para o recém-nascido, durante o período neonatal nos filhos de mães com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada. Independente do resultado do VDRL do recém-nascido, recomenda-se coletar amostra de sangue para hemograma, radiografar ossos longos e coletar amostra de líquido por

punção lombar. Na impossibilidade de se examinar o líquido, o caso deve ser tratado como neurosífilis (Brasil, 2005).

De acordo com a avaliação clínica e o resultado dos exames complementares obtidos, o seguinte protocolo de tratamento é indicado:

- 1º esquema: se houver alterações clínicas, sorológicas, radiológicas ou hematológicas, tratar com penicilina G cristalina por via endovenosa na dose de 50.000 UI/Kg a cada 12 horas nos primeiros 7 dias de vida e após, a cada 8 horas, durante 10 dias ou tratar com penicilina G procaína em dose única diária de 50.000 UI/Kg por via intramuscular por 10 dias;
- 2º esquema: se houver alteração líquórica, o tratamento indicado é a penicilina G cristalina endovenosa, 50.000 UI/Kg/dose, a intervalos de 12 horas, nos primeiros 7 dias de vida e após, a intervalos de 8 horas durante 10 dias;
- 3º esquema: se não houver alterações clínicas, radiológicas, hematológicas ou líquóricas e com sorologia negativa, indica-se administrar dose única de 50.000 UI/kg de penicilina G benzatina intramuscular. Recomenda-se seguimento com solicitação de exame de VDRL sérico, após a conclusão do tratamento. No caso da impossibilidade de se garantir o acompanhamento, o recém-nascido deverá ser tratado seguindo o primeiro esquema.

Aos recém-nascidos, filhos de mães adequadamente tratadas com resultado de VDRL reagente, cuja titulação seja maior que a materna com qualquer alteração clínica, radiológica ou hematológica, sem alteração no resultado do exame de líquido, o esquema de tratamento a ser adotado é o primeiro e com a alteração líquórica o esquema de tratamento indicado, o segundo.

Aos recém-nascidos assintomáticos, filhos de mães adequadamente tratadas com resultado não reagente do VDRL, deve-se proceder o seguimento clínico-laboratorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento, o tratamento a ser adotado é administrar penicilina G benzatina intramuscular em dose única de 50.000 UI/Kg. Aos recém-nascidos com resultado de VDRL reagente, com titulação igual ou inferior ao materno, é

recomendado acompanhamento clínico. Na impossibilidade de marcar seguimento clínico diante do resultado de exame de líquido não reagente, seguir o primeiro esquema de tratamento. Para os casos de resultado de líquido reagente, adotar o segundo esquema de tratamento.

Crianças com mais de vinte e oito dias de vida, com quadro clínico e sorológico sugestivo de sífilis congênita, devem ser cuidadosamente investigadas, seguindo o protocolo referido. Confirmado o diagnóstico, o esquema de tratamento a ser adotado é administrar penicilina G cristalina endovenosa a cada 4 horas ou penicilina G procaína a intervalos de 12 horas, mantendo-se os mesmos esquemas de doses recomendadas para o grupo etário dos recém-nascidos.

O Ministério da Saúde ressalta a importância do seguimento definindo que as consultas devem ocorrer mensalmente nos ambulatórios, até o sexto mês de vida e bimensais do sexto mês ao primeiro ano de vida. A solicitação de exames de VDRL é indicada nos primeiro, terceiro, sexto e 18º meses de idade, interrompendo o seguimento quando forem constatados dois resultados consecutivos de sorologia negativa do exame de VDRL (Brasil, 2005).

2.6 Políticas públicas voltadas ao controle da sífilis no período gravídico

Em razão da magnitude da incidência da sífilis congênita no País, em 24 de novembro de 1986, o Ministério da Saúde baixou a Portaria nº 542 determinando a notificação compulsória de todos os casos identificados de sífilis congênita (Brasil, 1986).

Em 1993, o Ministério da Saúde com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançaram o projeto da eliminação da sífilis congênita, até o ano de 2000, tendo como meta reduzir a incidência da doença para menos de um caso em mil nascidos vivos.

A meta estabelecida não foi alcançada e os dados epidemiológicos mostraram que o diagnóstico e o controle da sífilis deveriam ocorrer no pré-natal.

Assim, foi instituída a Portaria nº 5 em 21 de fevereiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União em 22 de fevereiro de 2006, que inclui a sífilis em gestantes na listagem nacional de doenças de notificação compulsória, devendo ser incluídas as gestantes que no pré-natal apresentarem evidências clínicas de sífilis ou sorologia não-treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não (Brasil, 2006).

A inclusão da sífilis na gestação, como doença sexualmente transmissível de notificação compulsória, justifica-se por suas elevadas taxa de prevalência e de transmissão vertical. Vale lembrar o compromisso mundial assumido pelo Brasil de erradicar a sífilis congênita no País, pois esta doença ainda continua como um problema de saúde pública não só aqui como também em outros países.

2.7 Repercussão do diagnóstico e tratamento do filho sobre o comportamento materno

Silva e Santos (2004) realizaram estudo com puérperas, mães de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita, internadas na unidade de alojamento conjunto de uma maternidade pública do Rio de Janeiro com os objetivos de identificar o conhecimento materno sobre a sífilis e identificar os sentimentos envolvidos em relação à transmissão vertical. Os resultados mostraram que as mães atribuem a responsabilidade pela transmissão da doença ao filho, ao marido ou a si próprias.

As autoras apontam a necessidade de uma intervenção familiar para que a assistência seja efetiva. Os resultados do estudo, também, mostraram que as mães apresentam conceitos equivocados a respeito da doença e do tratamento. Embora o diagnóstico tenha ocorrido durante o período gestacional, as mulheres não foram sensibilizadas para adotar um adequado tratamento durante o pré-natal. Em decorrência da sífilis não apresentar

sinais ou sintomas evidentes da doença, muitas mulheres só se deram conta de sua repercussão quando seus filhos tiveram de permanecer internados para submeter-se a tratamento.

3 Justificativa e finalidade do estudo

Na revisão de literatura realizada nas bases de dados informatizadas, apenas um estudo abordou os aspectos subjetivos da vivência de mães com filho soropositivo para sífilis. Contudo, o estudo citado limitou-se a identificar o conhecimento e os sentimentos das mães, cujos filhos tiveram o diagnóstico de sífilis congênita e que permaneceram internados na unidade de alojamento conjunto com elas.

No Hospital Universitário da Universidade da São Paulo (HU-USP), os recém-nascidos que necessitam de antibioticoterapia não ficam em alojamento conjunto com suas mães, são internados na unidade neonatal do próprio hospital. Mas após 60 horas de internação da mãe, esta recebe alta e seu filho fica internado por cerca de dez dias.

Diante disto, outros aspectos da experiência materna ainda necessitam ser explorados e compreendidos, justificando a realização de novas investigações com este enfoque.

Frente ao exposto, com a finalidade de trazer subsídios para aprimorar a assistência de enfermagem às mães de recém-nascidos internados para tratamento de sífilis congênita, propus a realização do presente estudo.

4 Objetivo do estudo

- Compreender a experiência de mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal submetidos ao tratamento de sífilis congênita.

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

1 A opção pelo método qualitativo

Para responder ao objetivo proposto, optou-se pela abordagem metodológica qualitativa, que oferece ao pesquisador a possibilidade de apreender, como os indivíduos pensam, sentem e agem frente às situações vivenciadas, do ponto de vista dos próprios atores sociais, auxiliando, assim, na compreensão das expressões de sentimentos, dos valores, das atitudes e temores, explicando suas ações diante de um problema ou situação (Praça, Merighi, 2003).

O método qualitativo busca revelar o que existe por trás de algum fenômeno sobre o qual pouco se conhece. Também é empregado como recurso para obter uma nova visão do fenômeno estudado, por desvelar detalhes de propriedades e dimensões do objeto estudado, que não se poderia alcançar com o emprego de métodos quantitativos (Strauss, Corbin, 1990).

Dentre os diversos métodos qualitativos existentes, minha escolha recaiu sobre o Interacionismo Simbólico e a Teoria Fundamentada nos Dados. O Interacionismo Simbólico valoriza o sentido que as coisas têm para os indivíduos em um determinado contexto e, assim, possibilita compreender os significados atribuídos pelos sujeitos do estudo, compatível e adequado para adotar no presente estudo referente à experiência materna de ter um filho internado para tratamento de sífilis congênita. O método Teoria Fundamentada nos Dados derivou do Interacionismo Simbólico e consiste em um referencial sistemático e flexível de coleta e análise de dados com o propósito de elaborar uma teoria baseada nos dados empíricos obtidos. Mais do que seguir regras formuladas, este método fornece princípios gerais e dispositivos heurísticos, ou seja, trata-se de um método científico que visa ao descobrimento de verdades, no qual os dados compõem a fundamentação da teoria e a análise desses dados gera conceitos e construtos (Charmaz, 2006).

2 O Interacionismo Simbólico como referencial teórico adotado

O Interacionismo Simbólico nasceu na Escola de Chicago, sendo George H. Mead um dos sociólogos que mais contribuiu para formular essa teoria. Herbert Blumer, discípulo de Mead, foi quem descreveu os pressupostos básicos da abordagem interacionista (Bogdan, Biklen, 1982; Charon, 1989; Haguete, 1992; Kimura, 1999).

O Interacionismo Simbólico é uma teoria sobre o comportamento humano, que busca o significado que os acontecimentos ou eventos têm para a pessoa em seu próprio contexto (Chenitz, Swanson, 1986).

As premissas básicas da teoria interacionista, segundo Blumer (1969) são:

- O ser humano age com relação às *coisas* com base no sentido que elas têm para ele. *Coisas* incluem os objetos físicos, outros seres humanos, instituições, idéias, atividades dos outros no cotidiano;
- O sentido das *coisas* é derivado ou surge da interação social que o ser humano estabelece com seu semelhante;
- O sentido atribuído é manipulado e modificado, no meio de um processo interpretativo usado pela pessoa ao interagir com algo ou alguém.

Estas premissas aplicadas às questões que pretendo estudar, podem ser expressas assim: a puérpera, mãe de recém-nascido soropositivo para sífilis pensa, sente e age consigo mesma e com os outros, segundo o significado que atribui à experiência e com base nos elementos de seu contexto e na situação vivida.

Conforme cita Charon (1989), as quatro idéias centrais do Interacionismo Simbólico são:

- Foco na natureza da interação e não no indivíduo e suas características de personalidade ou na própria estrutura social. O indivíduo é um sujeito ativo, cujas ações não são previsíveis ou determinadas pelo ambiente;

- O indivíduo é um ser que age no presente, influenciando e sofrendo influências dos acontecimentos do momento, as interações ocorridas no presente influenciam suas ações;
- A interação com os outros e consigo transformam constantemente os significados simbólicos, de acordo com os próprios princípios e interesses do indivíduo;
- Segundo o Interacionismo Simbólico, o ser humano é imprevisível e ativo em seu mundo e age, conforme suas próprias definições e exerce escolhas conscientes.

As explicitações de alguns conceitos do Interacionismo Simbólico são necessárias para melhor compreender este referencial teórico.

2.1 Símbolo

“Símbolo” é o conceito central do Interacionismo Simbólico. Por meio de símbolos, as pessoas interagem umas com as outras e consigo mesma. Símbolos são objetos sociais, isto é, objetos físicos, ações humanas, outros seres humanos, animais, passado, futuro, idéias e perspectivas usadas pelo ser humano para representar e comunicar algo (Charon,1989).

Para serem considerados símbolos, a ação, os objetos e as palavras precisam ser revestidos de significado e intencionalidade ao indivíduo que os usa. Este se comunica por meio de símbolos e é capaz de comunicar-se consigo (pensar) a respeito do mundo e das experiências vividas (Blumer, 1969).

A linguagem é, portanto, um tipo especial de símbolo. Mais do que qualquer outro, ela pode produzir e representar a realidade que outros símbolos não podem (Charon,1989).

2.2 Self

Define-se Self como a consciência de si, ou seja, essa consciência reflete as experiências das relações que o indivíduo tem consigo e com o mundo exterior (Bazilli et al.,1998).

Trata-se de um objeto social por meio do qual o indivíduo age. Por possuí-lo, o sujeito mantém o autocontrole e a autodireção, porém não é completamente livre, já que as ações são movidas, conforme a perspectiva que o indivíduo assume na situação em que se encontra (Charon, 1989).

O “Self” representa o processo social interiorizado no indivíduo, que é composto de duas fases: o “Eu” e o “Mim”. O Eu é a resposta do organismo às atitudes dos outros, é espontâneo e não é subjugado por regras sociais estabelecidas. Por sua vez, o Mim são as atitudes organizadas que o indivíduo adota, fruto da interiorização de normas sociais que constitui a pessoa como objeto. O Eu impulsiona o indivíduo, e o Mim representa a incorporação do outro indivíduo. Portanto, toda ação começa impulsionada pelo Eu, mas é o Mim que direciona o ato (Bazilli et al.,1998).

O Self muda constantemente, de acordo com as interações que o indivíduo vivencia não só com os outros, mas também consigo mesmo, é um processo que se manifesta sempre que o indivíduo interage consigo mesmo, usando símbolos significantes e surge do processo de comunicação social (Blumer, 1969).

2.3 Mente

Outro conceito da teoria interacionista é “Mente”, definido como a ação simbólica em relação ao “Self” (Charon, 1989).

A mente surge da interação com os outros, depende do “Self” e dos “Símbolos”. Toda ação que se toma em relação ao “Self”, é ação da “Mente” que permite que os indivíduos desenvolvam um relacionamento ativo com

seu meio ambiente. Por meio da “Mente”, o sujeito entende o outro, e os outros entendem o “Self” de cada um, podendo determinar as ações em relação aos objetos e situações.

2.4 Assumir o papel do outro

É a habilidade de colocar-se fora de si próprio, imaginar o mundo por meio da perspectiva do outro, vendo a si próprio, como um objeto na interação.

Para que a interação ocorra, é preciso utilizar-se dos Símbolos, do Self e da Mente em todas as ações. É necessário, ainda, que cada indivíduo assuma o papel do outro, havendo uma interdependência em seu desenvolvimento. Assumir o papel é preciso para entender o outro e ser entendido pelo outro. Assumir o papel do outro, pode influenciar a ação do sujeito, tal como amar, sentir pena, explorar, tolerar, entender, manipular, entre outras ações (Charon, 1989).

2.5 Ação Humana

Blumer (1969) afirma que a ação humana é a capacidade que o ser humano tem para fazer indicações para si mesmo, dando sentido às suas ações e diferenciando-o de outros animais.

A ação significa escolhas que são determinadas em torno de seus objetivos, redefinindo e revisando suas linhas de ação, sempre considerando as ações passadas e fazendo um balanço das conseqüências futuras de seus atos (Charon, 1989).

A ação humana resulta da decisão tomada após a interação com o self e com o outro, é um processo livre e ativo para tomada de decisão.

2.6 Interação Social

Todos os conceitos já citados surgem da Interação social, pois a ação de cada ser humano tem significado, tanto para quem a criou como para seu receptor da ação. O indivíduo comunica-se quando age, e os outros interpretam, o que ele faz (Kimura 1999).

Na interação simbólica, os seres humanos estão de modo constante agindo em relação ao outro, comunicando-se simbolicamente em tudo que fazem, interagindo consigo mesmo e com os outros.

Para alcançar o objetivo deste estudo, o Interacionismo Simbólico é pertinente, pois permitiu desvelar os significados atribuídos pelas mães soropositivas para sífilis que têm seu filho internado para tratamento terapêutico no contexto hospitalar.

Busquei, assim, entender seu comportamento e ações com base nos significados que ela atribui à situação, interagindo consigo própria, com seu bebê, com o tratamento e com os outros elementos de seu contexto, ao vivenciar esta experiência.

3 A Teoria Fundamentada nos Dados como referencial metodológico adotado

A Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) é um método de análise de dados qualitativos, desenvolvido pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss, originalmente, chamada de Grounded Theory e suas raízes estão no Interacionismo Simbólico (Strauss, Corbin, 1990).

Chenitz e Swanson (1986) afirmam que o Interacionismo Simbólico e a TFD relacionam-se entre si, pois ambos têm como foco o estudo da experiência do comportamento humano e das ações humanas em seu contexto. A TFD é uma linha metodológica que consiste em um processo sistemático de coleta e análise dos dados qualitativos, com objetivo de gerar teorias que possibilitem a compreensão dos fenômenos socioculturais.

O pesquisador necessita compreender as ações na perspectiva que o sujeito as entende; estas devem ser observadas e analisadas no contexto em que ocorrem (Kimura, Tsunehiro, Ângelo, 2003).

Na TFD, os dados são sistematicamente coletados para produzir uma teoria conceitual multivariada, sendo obtidos por intermédio de entrevista, observação, análise de documentos e publicações e, sobretudo, pela junção de algumas dessas técnicas (Glaser, 1999).

Glaser e Strauss (1967) afirmam que a “sensibilidade teórica” é a capacidade de compreender ou discriminar, o que é ou não pertinente ao fenômeno em estudo, a habilidade de dar significado e de ter idéias “insight”. Está em contínuo desenvolvimento e, normalmente, aumenta durante a pesquisa.

A TFD envolve várias etapas não-lineares que proporcionam um contínuo desenvolvimento às etapas seguintes, até que a análise seja concluída e a teoria elaborada. O método é caracterizado pelo fato da coleta dos dados ocorrer concomitante à análise dos dados, por meio de comparações constantes (Glaser, Strauss, 1967).

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

1 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), localizado na zona oeste da cidade de São Paulo.

O HU-USP é um órgão complementar da Universidade, destinado ao ensino e à pesquisa e oferece assistência integral, multidisciplinar e de média complexidade, com base no perfil epidemiológico do Distrito Sanitário do Butantã. Atende habitantes do distrito citado além de funcionários, docentes, discentes e respectivos dependentes da comunidade USP (Universidade de São Paulo - USP, 2005).

O HU-USP é um hospital público, cujos recursos financeiros provêm de dotação orçamentária da Universidade de São Paulo e do Sistema Único de Saúde (SUS). O Hospital conta com 258 leitos, sendo 32 destinados à internação de recém-nascidos na unidade neonatal (USP, 2005).

Nessa unidade, são internados os recém-nascidos com patologias diagnosticadas ou aqueles que aguardam definição do diagnóstico, em estado clínico que contra-indica sua permanência em alojamento conjunto. São internados, também, os recém-nascidos que não necessitam mais de tratamento em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, porém demandam de cuidados especiais ou semi-intensivos, ou ainda, aqueles recém-nascidos transferidos de outras instituições hospitalares.

Na unidade neonatal, os profissionais de saúde têm a oportunidade de observar, auxiliar e orientar as mães dos recém-nascidos que permanecem internados na unidade neonatal.

2 Participantes e contexto

Este estudo teve como participantes puérperas que apresentaram sorologia positiva para sífilis, com idade igual ou superior a 18 anos que tiveram seus filhos recém-nascidos internados na unidade neonatal para tratamento de sífilis congênita.

Dois pressupostos norteiam a coleta e a análise dos dados no método da TFD; a amostragem teórica e a saturação das categorias. A amostragem teórica não obedece a um número preestabelecido, resulta da saturação das categorias, quando os dados que a compõem, tornam-se repetitivos, e novas informações não são encontradas (Glaser, Strauss, 1967).

No método da TFD, a coleta e a análise dos dados ocorrem concomitantemente, assim, os dados são coletados e, a seguir, procede-se sua análise e as categorias são elaboradas, no início, provisórias pois necessitam ser consolidadas para sua validação. Os dados obtidos vão sendo analisados, codificados e agrupados em categorias por semelhança de significado.

O pesquisador verifica se os dados coletados estão se tornando repetitivos e as categorias saturadas. A inclusão de novos sujeitos no estudo é interrompida, quando se constata que os dados coletados tornaram-se repetitivos, não emergindo dados inéditos, aos já identificados. Assim, o que determina a amplitude da amostra do estudo, é a saturação das categorias.

O pesquisador determina o primeiro grupo amostral e à medida que as hipóteses provisórias são elaboradas e as categorias identificadas, são levantados novos dados em diferentes amostras com a finalidade de testar estas hipóteses e expandir as categorias existentes (Glaser e Strauss, 1967; Kimura, Tsunehiro, Ângelo, 2003).

No presente estudos, participaram dez mães de recém-nascidos submetidos ao tratamento de sífilis congênita, divididas em três grupos amostrais.

O primeiro grupo amostral constituiu-se de duas mães que vivenciaram a internação do filho para tratamento de sífilis congênita. Esta

não foi uma escolha proposital; simplesmente, foram as duas primeiras mães a serem entrevistadas. Na análise das entrevistas, percebeu-se que havia uma diferença na trajetória delas. Uma teve o diagnóstico de sífilis no pré-natal e a outra só no pós-parto. Diante da análise das entrevistas, criou-se a hipótese de que estas mães vivenciaram de forma diferenciada a internação do filho, direcionando a nova coleta de dados e a formação de outros dois grupos amostrais.

O segundo grupo amostral constituiu-se de quatro puérperas com diagnóstico de sífilis, após o nascimento de seus filhos, durante a internação no alojamento conjunto.

Fizeram parte do terceiro grupo amostral, quatro puérperas com diagnóstico de sífilis, antes do nascimento de seus filhos, no pré-natal ou em outro período de suas vidas.

Os dois grupos formaram-se com o objetivo de comparar as similaridades e diferenças encontradas na vivência de ter um filho internado para tratamento de sífilis congênita.

A fim de preservar a identidade das participantes, o nome delas foi substituído, sendo reconhecidas por flores que cada uma escolheu para a respectiva identificação, cujos perfis são apresentados, a seguir:

Entrevista 1 - ROSA BRANCA, é do lar, 20 anos, mantém união estável, deu à luz a seu primeiro filho do sexo masculino, pesando 3.420g, de parto fórceps. Compareceu a oito consultas no pré-natal e teve resultado de VDRL não reagente no pré-natal. O resultado da sorologia de VDRL do recém-nascido foi não reagente e o TPPA e o FTA-abs foram reagentes no alojamento conjunto. O recém-nascido foi transferido à unidade neonatal onde permaneceu internado por quatro dias para tratamento com penicilina cristalina. No quinto dia, recebeu penicilina bezantina e teve alta hospitalar no sétimo dia, com agendamento para retorno ambulatorial. A entrevista com a mãe foi realizada no momento do retorno ambulatorial de pediatria.

Entrevista 2 – JASMIM, é do lar, 26 anos, casada teve parto normal de seu quarto filho, do sexo feminino, pesando 3.485g. Compareceu a sete consultas no pré-natal e o exame de VDRL realizado na gestação foi

reagente com titulação de 1/8 não tendo sido tratada. A titulação da sorologia de VDRL no pós-parto foi de 1/32, TPPA e o FTA-abs reagentes. A titulação da sorologia de VDRL do recém-nascido foi 1/8 com TPPA reagente. O recém-nascido permaneceu internado por dez dias na unidade neonatal, sendo tratado com penicilina cristalina. Teve alta com agenda de retorno para seguimento ambulatorial. A entrevista com a mãe foi realizada no momento do retorno ambulatorial de pediatria.

Entrevista 3 - FLOR DE MAIO, é do lar, 35 anos, mantém união estável, multípara (dois abortos, três partos, dois vivos e um natimorto) e deu à luz de parto normal a um recém-nascido do sexo masculino, pesando 3.950 g. Compareceu a cinco consultas no pré-natal, e a sorologia do VDRL durante a gestação foi não reagente. O resultado do VDRL do recém-nascido foi não reagente com TPPA e o FTA-abs reagentes. O recém-nascido foi submetido a tratamento com penicilina cristalina por dez dias e teve alta hospitalar do berçário com data de retorno para seguimento ambulatorial. A entrevista foi realizada na unidade neonatal no dia da alta hospitalar.

Entrevista 4 – VIOLETA, 25 anos, é do lar e teve seu primeiro filho do sexo masculino, pesando 3.300 g, por parto fórceps. Compareceu a cinco consultas no pré-natal e teve resultado do exame de VDRL não reagente. A sorologia de VDRL do recém-nascido foi não reagente com TPPA reagente. O recém-nascido foi submetido a tratamento por dez dias com penicilina cristalina na unidade neonatal e teve alta com data de retorno para seguimento ambulatorial. A entrevista foi realizada na unidade neonatal no dia da alta hospitalar.

Entrevista 5 - MARGARIDA 28 anos, é vendedora com união estável, deu à luz a seu terceiro filho por parto cesárea, a um recém-nascido do sexo feminino, com peso de 2.435 g. Compareceu a cinco consultas no pré-natal

e teve resultado do VDRL $\frac{1}{4}$, sendo submetida a tratamento no pré-natal. A sorologia positiva para sífilis foi constatada, em 1998, na primeira gestação. A titulação da sorologia de VDRL do recém-nascido foi de 1/1 e o TPPA e o FTA-abs foram reagentes. O recém-nascido foi submetido a tratamento com penicilina cristalina por dez dias e teve alta hospitalar com data agendada para retorno ambulatorial. A entrevista foi realizada na unidade neonatal no dia da alta hospitalar.

Entrevista 6 - ROSA VERMELHA, 34 anos, mantém união estável e trabalha como empregada doméstica. Deu à luz ao quinto filho, do sexo masculino com peso de 4.570 g por parto cesárea. Compareceu a oito consultas no pré-natal, e o resultado da sorologia de VDRL foi não reagente durante a gravidez. O resultado da sorologia do VDRL do recém-nascido foi não reagente e TPPA e o FTA-abs reagentes, sendo submetido a tratamento com penicilina cristalina por dez dias. Teve alta hospitalar com data de retorno para seguimento ambulatorial. A entrevista foi realizada na unidade neonatal no dia da alta hospitalar.

Entrevista 7 – CAMÉLIA, 39 anos, é casada, do lar, teve seu segundo filho por parto cesárea, recém-nascido, do sexo masculino, pesando 3.045 g. Compareceu a oito consultas no pré-natal, e o resultado da sorologia de VDRL foi não reagente. O resultado da sorologia de VDRL do recém-nascido foi não reagente e o TPPA e o FTA-abs reagentes. Foi tratado com penicilina cristalina, durante cinco dias e no sexto dia recebeu penicilina bezantina em função do resultado do exame de líquido cefalorraquidiano ter sido normal. Teve alta hospitalar com data agendada para seguimento ambulatorial. A entrevista foi realizada no ambulatório de pediatria na data da consulta.

Entrevista 8 - GIRASSOL, 33 anos, mantém união estável e trabalha como empregada doméstica. Deu à luz a seu segundo filho de parto fórceps, recém-nascido do sexo feminino com peso de 3.450 g. Compareceu a oito consultas no pré-natal e a sorologia de VDRL realizada no pré-natal

encontrou titulação de 1/8, sendo tratada com esquema completo durante a gestação. A sorologia do VDRL no pós-parto foi de 1/8 e foi submetida a tratamento pela segunda vez. O resultado da sorologia do VDRL do recém-nascido foi de 1/2 e do TPPA e o FTA-abs foram reagentes. O recém-nascido foi submetido a tratamento com penicilina cristalina por dez dias e recebeu alta hospitalar com data agendada para consulta de seguimento ambulatorial. A entrevista foi realizada na unidade neonatal no dia da alta hospitalar.

Entrevista 9 – ORQUÍDEA, 19 anos, estudante, mantém união estável e deu à luz a seu primeiro filho do sexo feminino, pesando 2.500 g de parto cesárea. Compareceu a duas consultas do pré-natal. O resultado da sorologia do VDRL acusou titulação de 1/64 no oitavo mês de gestação e não recebeu tratamento no pré-natal. A sorologia de VDRL do recém-nascido acusou titulação de 1/16 e o TPPA e o FTA-abs foram reagentes. O recém-nascido foi tratado com penicilina cristalina durante dez dias e teve alta hospitalar com data de retorno para consulta para seguimento ambulatorial. Mas o recém-nascido foi reinternado uma semana após ter tido alta hospitalar por apresentar quadro febril, e a entrevista foi realizada na unidade neonatal durante a segunda internação.

Entrevista 10 – AZALÉIA, 30 anos, é do lar e mantém união estável. Deu à luz a seu segundo filho, do sexo masculino, pesando 3.640 g por parto normal. Compareceu a sete consultas de pré-natal, e o resultado do exame de VDRL colhido no pré-natal acusou titulação de 1/1, não tendo sido tratada no pré-natal. A sorologia de VDRL do recém-nascido teve como resultado titulação de 1/1 e o TPPA e o FTA-abs foram reagentes. O recém-nascido foi tratado com penicilina cristalina por três dias e recebeu alta após ter sido checado que a sorologia paterna foi negativa. O recém-nascido recebeu penicilina benzantina e foi marcada consulta para seguimento ambulatorial. A entrevista foi realizada no ambulatório de pediatria no dia da consulta de seguimento ambulatorial.

3 Coleta, Registro e Organização dos Dados

Os dados foram coletados no período de abril de 2006 a dezembro de 2007, obtidos por meio de entrevista em profundidade. A principal vantagem desta técnica de coleta de dados é que os próprios atores sociais proporcionam os dados relativos a suas condutas, opiniões, desejos e expectativas (Beck, Gonzáles, Leopardi, 2001).

As entrevistas foram realizadas com questões abertas, de modo a possibilitar às participantes relatarem suas próprias experiências. A seguinte questão norteadora foi dirigida às participantes do presente estudo:

- Conte-me como foi viver a experiência de ter um filho internado para tratamento de sífilis congênita?

No decorrer do estudo, outras questões complementares foram acrescentadas a fim de esclarecer as dúvidas e obter a validação dos conceitos e categorias que emergiram da análise dos dados até então realizados:

- Conte-me como foi para você receber a notícia de estar com sífilis?
- Conte-me como foi para você receber a notícia de que seu bebê precisou se tratar da sífilis congênita?

As entrevistas foram realizadas em local privativo, atendendo a sugestão da participante ou definidas em comum acordo com a pesquisadora e foram gravadas em fita cassete, com anuência das participantes. Os registros foram realizados sob a forma de notas de observação, dados relativos à data, horário, local da entrevista e as manifestações não-verbais observadas.

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, respeitando o anonimato das participantes e o nome substituído por flores. No caso de se repetir o pseudônimo pela escolha de uma mesma flor, a diferenciação foi por cor. Nomes de pessoas do convívio das participantes citadas foram substituídos por pseudônimos para garantir o anonimato.

4 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo para avaliação do mérito, tendo sido aprovado para iniciar a coleta dos dados (ANEXO 1). Em razão da coleta de dados ter sido temporariamente adiada e necessitar de modificações no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o projeto foi submetido, pela segunda vez, à avaliação desse Comitê, conforme consta no documento (ANEXO 2).

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, deu-se início à coleta de dados, cumprindo os procedimentos descritos, a seguir.

As participantes da pesquisa foram informadas sobre a finalidade e os objetivos do estudo, bem como sobre sua forma de participação, sendo-lhes assegurado que seriam mantidos sigilo e anonimato, bem como sua segurança e integridade no estudo.

Além disso, foram esclarecidas sobre a livre decisão de participar ou não da pesquisa e que sua decisão seria respeitada sem sofrer danos ou prejuízos na assistência recebida. Antes de iniciar a entrevista, as participantes que concordaram com o estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3), assim uma cópia permaneceu em seu poder e a outra com a pesquisadora.

5 Procedimento de Análise dos Dados e Elaboração dos Resultados

As entrevistas foram transcritas na íntegra e adotados os procedimentos definidos pela TFD descritos, a seguir, para elaboração dos resultados (Glaser, Strauss, 1967; Charmaz, 2006).

1.Codificação Aberta é a decomposição das informações em fragmentos denominados incidentes. Nesta primeira etapa, o pesquisador desmembra e decodifica as entrevistas. Os códigos são unidades básicas de análise. Os incidentes são codificados, como conceitos e comparados entre si, gerando as categorias;

2.Categorização - os códigos foram agrupados por similaridades e diferenças conceituais, reunidos os dados, cujos conceitos mostravam-se relevantes que indicavam propriedades e dimensões do objeto estudado. Alguns conceitos iniciais que emergiram dos dados, deram origem às categorias. Este processo de análise originou novos questionamentos e levou à saturação dos dados que delinearam as categorias. No processo de análise as questões que surgiram foram registradas sob a forma de memorando, onde a pesquisadora anotou as impressões, os grupos amostrais, as hipóteses e as reflexões sobre o processo de coleta e a análise dos dados.

3.Codificação teórica: nesta etapa, buscou-se identificar as relações entre as categorias e subcategorias em grupos que pertencessem ao mesmo fenômeno. No processo, foram identificadas categorias abrangentes que melhor representassem o conceito, sendo empregada a elaboração de diagramas que auxiliaram a visualizar as conexões entre as categorias.

Glaser (1978) afirma que existem dezoito modalidades de codificação teórica que proporcionam maior sensibilidade sobre o que explorar e descrever em cada ponto da análise. O autor ainda afirma que os dados vão mostrar, qual modalidade pertence e o pesquisador não deve fazer o “encaixe” dos dados na modalidade que melhor lhe convier.

Após a obtenção do modelo teórico, a etapa seguinte é submetê-lo aos sujeitos do estudo para validação dos resultados do modelo teórico elaborado. A validação poderá ser realizada com os próprios sujeitos do estudo ou com os que tenham vivenciado a experiência, objeto do estudo.

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A comparação e a análise dos dados permitiram compreender que a experiência que a mãe vivencia ao ter o filho internado para tratamento de sífilis congênita, não se limita apenas à fase em que ele permanece na unidade neonatal, mas também a uma etapa anterior caracterizada pela descoberta de estar com a doença.

A análise dos dados obtidos identificou dois temas: **VIVENCIANDO O IMPACTO DA DESCOBERTA DA DOENÇA** e **VIVENCIANDO A INTERNAÇÃO DO FILHO**.

A seguir, os temas serão apresentados sob a forma descritiva e por representação diagramática. Categorias, subcategorias e componentes com os respectivos códigos que as compõem, serão mostradas sob a forma de quadros.

1 VIVENCIANDO O IMPACTO DA DESCOBERTA DA DOENÇA

É o tema que retrata a trajetória das mães que vivenciaram a experiência de descobrir-se estar contaminada pela sífilis, relatando seus medos, dúvidas em relação à confirmação do diagnóstico da doença, envolvendo seu companheiro e avaliando a qualidade do atendimento pré-natal recebido.

Este tema compõe-se das seguintes categorias: 1. DESCOBRINDO ESTAR COM SÍFILIS 2. SENDO SURPREENDIDA COM O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DO FILHO 3. BUSCANDO INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA 4. PREOCUPANDO-SE COM A SAÚDE DO COMPANHEIRO 5. PERDENDO A CONFIANÇA NO COMPANHEIRO 6. TEMENDO ABALAR O RELACIONAMENTO CONJUGAL 7. CRITICANDO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL 8. TEMENDO SOFRER PRECONCEITO e 9. SENTINDO CULPA POR TRANSMITIR A DOENÇA AO FILHO.

Figura 5 - Categorias que compõem o tema VIVENCIANDO O IMPACTO DA DESCOBERTA DA DOENÇA, São Paulo - 2008

1.1 DESCOBRINDO ESTAR COM SÍFILIS

Muitas vezes ao receber a notícia de que seu filho precisará submeter-se ao tratamento de sífilis, a mãe é surpreendida, pois o exame laboratorial acusou que ela esta contaminada e é portadora de sífilis. A informação de estar com a doença, também, foi notificada em consulta pré-natal ou em período anterior à gravidez atual.

Figura 6 – Subcategorias que compõem a categoria DESCOBRINDO ESTAR COM SÍFILIS, SÃO PAULO - 2008

Recebendo o diagnóstico anteriormente ao parto

Esta subcategoria compõe-se das mães que descobriram que tinham sífilis, antes do parto ou durante o pré-natal, ou em outra fase de suas vidas.

“... Foi no pré-natal do meu primeiro filho que eu descobri que eu tinha sífilis, saiu umas manchas no meu corpo. Ai a médica me disse que era sífilis, que era uma doença sexualmente transmissível, e que eu ia ter que tomar bezetacil,..(Margarida)

“...na verdade eu não sabia que estava grávida, então, eu fui doar sangue, quando foi com um dez dias chegou uma correspondência para mim, pedindo para eu ir lá. Então, o médico me falou que tinha dado esta doença no meu exame...” (Girassol)

“....quando eu estava de oito meses que eu descobri, eu fiz a primeira consulta com oito meses, e aí eu descobri...” (Orquídea)

Recebendo o diagnóstico após o parto

A presente subcategoria compõe-se das mães que obtiveram o diagnóstico de sífilis após o parto, quando estavam internadas no alojamento conjunto. Elas foram surpreendidas, pois já tinham feito pré-natal e não tinham apresentado esse diagnóstico anteriormente.

“...Eu não sabia que eu tinha sífilis, quando eu ganhei nenê e que a médica me falô que eu tinha sífilis, e que o bebê também tinha e que tinha que fazer o tratamento...”(Violeta)

“...Eu fiz o pré-natal todinho, mais não tinha dado nada, o médico daqui que me disse...”(Camélia)

**Quadro 1 – Códigos das subcategorias que compõem a categoria
DESCOBRINDO ESTAR COM SÍFILIS**

DESCOBRINDO ESTAR COM SÍFILIS	
	Recebendo o diagnóstico anteriormente ao parto
2.2	sendo informada pela médica sobre a sífilis no fim do pré-natal
2.9	sendo informada que tinha sífilis com nove meses
2.21	descobrendo no final do pré-natal
2.76	sendo informada do resultado do exame com nove meses quando já estava para ganhar a menina
2.80	sendo constatado nos últimos exames
5.7	dizendo para a médica que já tinha tomado as injeções no pré-natal
5.25	descobrendo que tinha sífilis no pré-natal do primeiro filho
8.18	sendo informada pelo médico que tinha dado esta doença no seu exame do pré-natal
9.1	descobrendo que estava com sífilis com oito meses
9.2	descobrendo com oito meses, não dando mais para tratar durante o pré-natal
9.13	dando positivo com oito meses quando retornou ao pré-natal
9.14	sendo chamada três dias antes da consulta de pré-natal para ser avisada que tinha sífilis
10.1	descobrendo que estava com sífilis, há quatro anos no clínico geral que pediu exames para sífilis
10.4	já tendo realizado tratamento há anos
	Recebendo o diagnóstico após o parto
1.25	nunca tinham feito nenhum exame
1.26	não sabendo quem tinha a doença primeiro
3.34	ignorando se tinha sífilis antes do parto
3.36	relatando ter feito exame três vezes e não ter dado nada
4.2	sendo informada que tinha sífilis após ter neném
4.6	não tinha dado nada nos exames que tinha feito no pré-natal
4.7	não sendo informada da doença no pré-natal, tendo feito direitinho o pré-natal e não sendo informada de nada, apesar de ter feito três exames de sangue
4.35	não sabendo, porque nunca sentiu nada
6.15	tendo feito o pré-natal direitinho
6.16	tendo ido a todas as consultas
6.17	tendo feito todos os exames que pediram
6.18	sendo informada pelo médico do hospital que este exame não é feito no pré-natal
7.27	sendo uma surpresa, pois já tinha feito um monte de exames e não tinha dado nada

1.2 SENDO SURPREENDIDA COM O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DO FILHO

No pós-parto, quando as mães receberam a notícia de que o filho iria ser encaminhado à unidade neonatal para tratamento de sífilis congênita, elas ficaram surpresas, pois independente de terem conhecimento ou não antes do parto que tinham sífilis, elas não sabiam ou não esperavam que o filho também poderia contrair a doença.

Esta categoria é compreendida pelas seguintes subcategorias: **sofrendo o impacto ao receber o diagnóstico** e **sendo inexperiente**.

Figura 7 - Subcategorias que compõem a categoria SENDO SURPREENDIDA COM O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DO FILHO, São Paulo - 2008

Sofrendo o impacto ao receber o diagnóstico

Quando estas mães recebem o diagnóstico do filho, elas perderam o chão, pois não esperavam ter um filho internado.

“...Ah, foi terrível, o médico falou pra mim que minha filha vai ficar internada. Ai eu perguntei por quê? Foi aí que ele falou que foi por causa da sífilis congênita...”(Jasmim)

“...foi horrível! Primeiro, eu não sabia, só me falaram que meu bebê ia descer para tomar antibiótico e depois o médico subia para conversar comigo. Então, ele me disse que era uma doença e que o nome dela é sífilis...”(Flor de Maio)

Sendo inexperiente

Muitas vezes, ao receber o diagnóstico da doença do filho, a mãe sente-se inexperiente ou pelo fato de ser o primeiro filho, ou por não ter tido outros filhos com essa doença.

“...Porque é o meu primeiro filho e para mim é minha vida, eu só vivo ao redor dele...”(Rosa Branca)

“...Ah! Foi a primeira experiência que eu tive, porque eu já tive outro filho e ele não teve isso. Então, para mim, foi difícil, porque quando a gente sai e o bebê fica é como se a gente estivesse deixando metade da gente aqui...”(Camélia)

Quadro 2 - Códigos das subcategorias que compõem a categoria SENDO SURPREENDIDA COM O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DO FILHO

SENDO SURPREENDIDA COM DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DO FILHO	
	Sofrendo o impacto ao receber o diagnóstico
1.1	levando um susto ao receber a notícia
1.7	sendo um baque
1.8	sendo um baque bem grande
1.17	sendo um susto bem grande
1.74	não sabendo expressar o que sentiu no hospital
2.1	levando um choque
2.18	descobrimo que tinha passado a doença para a filha no hospital
2.20	sendo um choque na hora da notícia
2.28	sendo terrível não dando nem para explicar
2.31	ficando desesperada
2.50	sendo informada que a filha ia ter que ficar internada
3.1	sendo horrível
3.1	não sabendo no começo
3.3	sendo informada que o bebê ia descer para tomar antibiótico
3.9	sendo informada que o neném ia ficar internado
3.23	sendo uma sensação horrível, nada boa! Uma sensação que nem sabe descrever direito
3.59	sendo complicado falar no filho
4.3	sendo informada que o bebê também tinha e que tinha que fazer o tratamento
4.37	sendo informada no dia da alta que o bebê iria ficar internado e que ela teria que ir embora
5.4	sendo informada pela médica que a neném ia ter que ir para o berçário, quando já estava pronta para ir embora
5.11	sendo informada que a filha tinha que fazer o tratamento com o antibiótico por dez dias
6.10	de repente sendo separada do filho que ficou nove meses na sua barriga nunca tinha acontecido isto com ela, apesar de ter cinco filhos
6.11	sendo informada pela médica que o filho teria que fazer um exame para ver se
7.45	tinha alguma coisa, e que o filho teria que ficar
7.46	você sai quer levar seu filho para casa e de repente a médica chega e fala que ele vai ter que ficar
9.4	sendo informada na sala de parto que a filha ia fazer tratamento e repetir os exames
	Sendo inexperiente
1.40	sendo o primeiro filho
4.29	Também pelo fato de ser o primeiro filho
7.1	sendo a primeira experiência que teve
7.2	tendo outros filhos que não tiveram este problema
7.10	tendo outro filho com 12 anos que nunca teve problema
8.1	ficando um pouquinho abalada por ser o primeiro filho
8.40	não sendo fácil ficar aqui, por ser a minha primeira filha

1.3 BUSCANDO INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Ao se descobrir com sífilis e que seu filho também pode ter contraído a doença, a mãe começa a buscar informações. Ela se pergunta de onde veio a doença, como é transmitida, de quem pegou, e se seu companheiro tem ou não a mesma doença?

Figura 8 – Subcategorias que compõem a categoria BUSCANDO INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA, São Paulo - 2008

Sendo esclarecida sobre a transmissão da sífilis

Ao saberem que estavam com sífilis, estas mulheres começaram a buscar esclarecimentos. Muitas, depararam-se com esse diagnóstico que desconheciam, e que se trata de uma doença sexualmente transmissível, que podem ter transmitido a seu filho.

“...eu nem sabia como era essa doença, porque ela(médica) me perguntô se eu peguei, fazia tempo ou se foi agora. Então eu disse que não sabia...quando eu descobri que eu tinha, eu não sabia se era grave ou não. Então, a médica me explicou que era uma doença sexualmente transmissível...”(Violeta)

“...Não sabia que podia passar para o neném, que ele podia ter seqüela...”(Camélia)

Tendo dúvidas de quem contraiu a doença

Quando estas mulheres descobriram-se com sífilis, elas se questionaram-se, quando já tiveram mais de um relacionamento sexual, de quem contrairam a doença? Algumas vezes, elas se perguntam quem pegou de quem?

“...Para meu marido, também, foi um susto, porque ele também não imaginava que teria isso aí. Então, fica aquela coisa, será que foi eu? Será que foi ele? Quem que teve a culpa? Da onde que saiu isso? E como a gente nunca tinha feito exame nenhum, então, quem tinha primeiro, a gente não sabe...”(Rosa Branca)

“...Eu não sei como eu peguei, se foi eu ou se foi ele. Eu também já tive outro namorado. Alguém passou para alguém, mais fica essa dúvida, sem saber se foi eu que peguei dele ou se foi ele que pegou de mim, é chatol.”(Orquídea)

Quadro 3 – Códigos das subcategorias que compõem a categoria BUSCANDO INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

BUSCANDO INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA	
	Sendo esclarecida sobre a transmissão da sífilis
2.19	ignorando a possibilidade de transmitir a doença à filha
3.5	sendo informada que a sífilis é transmitida através de relação sexual
3.16	ficando sabendo que não tinha sido transmitida pelo marido atual
4.4	não sabendo como era essa doença
4.5	dizendo que não sabia, o que era essa doença
4.8	não sabendo se era grave ou não
4.9	recebendo explicação da médica que é uma doença sexualmente transmissível
5.29	sendo informada pela médica que era sífilis, uma doença sexualmente transmissível
6.27	sendo informada pela médica que pegou esta doença, há muitos anos
7.32	Não sabendo que podia passar para o neném, que podia ter seqüela
8.31	perguntando para o médico, como o marido não pegou esta doença, porque ela já estava com ele, há oito anos
8.33	recebendo a notícia que deve ter pego antes do companheiro atual
8.34	sendo informada que esta doença pode ficar muitos anos no organismo
9.5	não sabendo que podia passar para a filha
	Tendo dúvidas de quem contraiu a doença
1.19	percebendo que para o marido, também, foi um susto
1.20	o marido também não imaginava que tinha sífilis
1.21	não sabendo se foi ela que tinha sífilis
1.22	não sabendo se foi o marido que tinha sífilis
1.24	Perguntando-se de onde saiu esta doença?
4.14	não sabendo se ela já tinha a doença ou se pegou do companheiro
4.17	sendo o marido o primeiro companheiro para morar junto, porém já teve outros namorados
4.18	informando que já teve outras relações sexuais
4.20	não dando para julgar quem pegou de quem
6.26	Não sabendo de quem pegou esta doença
7.40	acreditando que tanto pode ter sido ela que pegou quanto o companheiro ou foi eu ou foi ele
7.42	não sabendo como pegou a doença, se foi ela ou o companheiro
9.8	já tendo tido outro namorado
9.9	ficando na dúvida de quem pegou com quem

1.4 PREOCUPANDO-SE COM A SAÚDE DO COMPANHEIRO

Quando a mulher descobriu-se com sífilis e que é uma doença sexualmente transmissível, começou a questionar se o marido também estaria com a doença e referiu que o companheiro também estava se tratando.

“...eu já tratei aqui, agora ele tem que tratá o dele...”(Jasmim)

“...O meu marido também está tomando (injeções). Ele fez o exame de sangue, mas não deu nada no exame dele. Ele está tomando bezetacil nós estamos fazendo o tratamento, o que o médico pediu nós estamos fazendo...”(Camélia)

“...O meu marido está tratando, vai tomar a última dose...”(Orquídea)

Quadro 4 – Códigos que compõem a categoria PREOCUPANDO-SE COM A SAÚDE DO COMPANHEIRO

PREOCUPANDO-SE COM A SAÚDE DO COMPANHEIRO	
1.27	o marido já está tratando
2.37	o companheiro tendo que fazer o tratamento
2.38	o companheiro sendo submetido ao tratamento
2.45	o companheiro dizendo que vai realizar o tratamento
2.47	o companheiro tendo que fazer o tratamento
2.48	o companheiro tendo que ter consciência
3.11	Sendo informada que o marido também tem que fazer o tratamento
3.15	ficando mais tranqüila por não ter contaminado o companheiro
4.15	o companheiro também tendo que fazer exames
4.21	o companheiro precisando saber se tem ou não a doença
5.37	a médica do postinho pediu para o meu marido fazer o VDRL
5.38	não dando nada no exame dele (companheiro)
6.28	o marido também está tratando
6.29	o marido tendo que fazer o exame depois
6.30	Sendo informada pela médica que dá para saber se ele também tinha esta doença
7.35	O meu marido também está tomando (injeções)
7.36	não dando nada no exame de sangue do companheiro
7.37	ele está tomando benzetacil
7.38	nós estamos fazendo o tratamento
8.31	ele também vai repetir o exame de novo
9.7	o marido está tratando
10.14	achando que o ex-marido também tratou
10.17	avisando para o ex-marido que ele pode ter que tratar novamente

1.5 PERDENDO A CONFIANÇA NO COMPANHEIRO

Quando a mulher descobriu-se com sífilis, questionou seus relacionamentos. Quando teve certeza de que ela não tinha antes e que pegou do seu companheiro, ela perdeu a confiança nele. Vale ressaltar que, das dez mulheres entrevistadas, apenas uma se separou do marido.

“...E o fato do meu outro filho não ter tido, e ela ter tido balançou minha relação bastante. Eu falo assim com ele, nós moramos juntos, mais não é aquela confiança, como era antes. Que nem ontem mesmo, ele chegou tarde, quase uma hora da manhã, eu mesmo falei que o chifre estava rolando...”(Jasmim)

“ ...depois de 12 anos de casamento, você confia na pessoa e ela faz isso com você... Então, veio o resultado positivo, foi um choque tão grande, eu só queria me separar dele, viver com um inimigo em casa, é melhor viver separada...”(Azaléia)

Quadro 5 – Códigos que compõem a categoria PERDENDO A CONFIANÇA NO COMPANHEIRO

PERDENDO A CONFIANÇA NO COMPANHEIRO	
2.34	desconfiando do companheiro
2.35	mas, vai fazer o que, né? Homem é fogo!
2.39	sentindo a relação com o companheiro abalada
2.159	sentindo a relação com o companheiro abalada porque os outros filhos não tiveram
2.161	não tendo a mesma confiança no companheiro
2.162	dizendo que o companheiro continua chegando tarde
2.163	dizendo para o companheiro que o chifre estava rolando
2.164	companheiro negando a traição
2.181	esperando que o companheiro tenha consciência
2.182	Culpando o marido
2.183	não sabendo se ele (companheiro) fez alguma coisa
3.6	não acreditando que o companheiro podia ter feito isto
3.7	com ela tendo certeza de si própria
10.7	depois de 12 anos de casamento, você confia na pessoa e ela faz isso com você
10.12	querendo se separar do ex-marido, quando descobriu que tinha sífilis, há quatro anos atrás

1.6 TEMENDO ABALAR O RELACIONAMENTO CONJUGAL

Quando a mulher descobriu-se com sífilis, teme abalar seu relacionamento. Quando teve dúvida de quem contraiu a doença, sentiu receio de perder a confiança do companheiro. Ao saber que pegou do companheiro, ela poderá agir de duas formas: ou romper o relacionamento conjugal, ou evitar discutir com o companheiro, pois nesse momento seu filho é a prioridade.

Esta categoria compõe-se das seguintes subcategorias: **Tendo receio de perder a confiança do companheiro** e **Evitando discutir com o companheiro**.

Figura 9 – Subcategorias que compõem a categoria TEMENDO ABALAR O RELACIONAMENTO CONJUGAL, São Paulo - 2008

Tendo receio de perder a confiança do companheiro

Ao receber a notícia de que estava com sífilis, após avaliar seus relacionamentos sexuais, a mulher quando já teve mais de um companheiro sexual, receou perder a confiança do companheiro atual, temendo, muitas vezes, abalar seu relacionamento conjugal. Ela sentiu medo de contar para o companheiro, temendo por sua reação.

“...eu fiquei sabendo que não era do meu esposo, era do primeiro. E veio aquela coisa e como eu vou contar para o meu marido que eu estou com isso? Além de eu ter, ainda passei para ele e para filho dele, como vai ser a reação dele?”(Flor de Maio)

“ ...Eu fiquei com medo dele pensá que eu tinha outra pessoa...”(Girassol)

Evitando discutir com o companheiro

Outras vezes, quando a mulher deduziu que a doença veio do companheiro, porém temeu abalar seu relacionamento conjugal, pois o filho internado agora é a prioridade, ela evitou discutir com o companheiro, por acreditar que este não era o melhor momento.

“...tá assim, eu estou falando com ele tudo, mas não é mais aquela mesma coisa. Todos meus filhos são dele, eu não queria discuti, fala, né?”(Jasmim)

Quadro 6 - Códigos das subcategorias que compõem a categoria TEMENDO ABALAR O RELACIONAMENTO CONJUGAL

TEMENDO ABALAR O RELACIONAMENTO CONJUGAL	
	Tendo receio de perder a confiança do companheiro
3.17	ficando com medo de contar para o marido
3.20	pensando como vai ser a reação do marido
5.40	não falando para o marido que acha que pegou de um ex- namorado
8.35	pensando o que o companheiro ia pensar dela, que ela tinha ficado com outra pessoa
8.36	explicando tudo para ele(companheiro), que podia ter pego antes, que podia ter pego da mãe, do pai, que este problema pode ter vindo da família.
8.37	Ficando com medo dele, pensando que ela tinha outra pessoa
	Evitando discutir com o companheiro
2.36	evitando discutir com o companheiro
2.40	ficando com o pé atrás com companheiro
2.41	evitando discutir com o companheiro
2.165	indo dormir com as crianças para não dormir com o companheiro
2.166	falando com o companheiro, porém, não da mesma forma de antes
2.167	tendo todos os filhos com o mesmo companheiro
3.168	evitando discutir com o companheiro
2.160	continuei morando com o companheiro

1.7 CRITICANDO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Quando a mãe descobriu-se com sífilis, e a doença foi transmitida para seu filho, independente de ter descoberto ou não no pré-natal, fez uma crítica à assistência recebida no pré-natal, pois tomou conhecimento que seu filho não estaria passando por essa internação, se ela tivesse descoberto durante a gestação.

“...Eu não estou tendo coragem nem de ir no postinho, de olhá na cara da médica. Elas vão lá em casa, mas eu fico só, assim, sabe porque como tava de três meses, dava, né? Era só falar se não tinha como eu tomar a injeção... A minha raiva foi mais porque tava ali desde os três meses de gravidez. Ai quando a médica viu, já era de nove meses, ai minha filha teve que ficá internada...”(Jasmim)

“ ...Sabe, eu fiz o pré-natal desde o primeiro mês. Eu fiz direitinho e não descobriram nada. Eles não falaram, eu fiz três exames de sangue, mais acho que eles não descobriram...”(Violeta)

“ ...eu já tinha me tratado e tinha passado com obstetra que me falo que não ia passar para a criança...”(Azaléia)

Quadro 7 – Códigos que compõem a categoria CRITICANDO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

CRITICANDO A ASSISTÊNCIA RECEBIDA NO PRÉ-NATAL	
2.8	revoltando-se por não ter sido informada pelo médico no terceiro mês de gestação
2.10	a médica do pré-natal foi perguntar ao outro médico, porque ele não tinha me tratado antes
2.12	sendo prescrito as injeções apenas com nove meses de gestação
2.17	percebendo que não ia dar tempo de concluir o tratamento
2.23	achando que mesmo que tivesse tomado as injeções, não teria resolvido
2.56	acreditando que dava para ser tratada antes durante o pré-natal
2.57	não tendo coragem de retornar ao posto onde fez o pré-natal
2.58	não tendo coragem de olhar para a médica que fez o pré-natal
2.60	sentindo-se mal com a visita da equipe do posto de saúde
2.61	sabendo que dava para ser tratada com três meses de gravidez
2.62	acreditando que podia ter tomado as injeções durante o pré-natal
2.73	não tendo vontade de retornar ao pré-natal
2.75	percebendo que o resultado do exame já estava alterado no terceiro mês de gravidez
2.76	sendo informada do resultado do exame apenas com nove meses, quando já estava para ganhar a menina
2.77	realizado o exame no começo do pré-natal
2.81	acreditando que eles deviam ter visto o resultado do exame
2.82	não sendo informada do resultado do exame pela médica do pré-natal no início
2.83	passando batido o resultado do exame
2.84	tendo que tomar as injeções na semana de ganhar a filha
2.86	percebendo que não ia dar tempo de concluir o tratamento
2.92	refletindo que se tivesse tomado as injeções antes não teria resolvido
2.96	vendo o resultado de 1:8 na carteira do pré-natal
2.97	não conseguindo mais olhar na cara da médica do pré-natal
2.99	mandando a mãe dizer à médica do pré-natal que ela não estava em casa
2.100	ficando com raiva da equipe do posto de saúde
2.101	dizendo que não está para equipe do posto de saúde
2.104	ficando com raiva porque o resultado do exame já estava alterado no terceiro mês de gravidez
2.105	sendo informada do resultado do exame apenas com nove meses
2.106	tendo que deixar a filha internada por não ter dado tempo de realizar o tratamento durante o pré-natal
2.156	já estando com nove meses de gestação
2.158	não se sentindo culpada porque não ia dar tempo
3.35	fazendo o pré-natal direitinho neste filho
3/36	relatando ter feito exame três vezes durante o pré-natal e não ter dado nada
4.34	referindo que fez o pré-natal desde o primeiro mês
5.232	tendo um filho prematuro, com peso de sete meses, apesar de ter feito o tratamento
5.35	mas ao mesmo tempo não, porque tinha feito todo o tratamento
8.29	só que os dois exames dele(companheiro) deu negativo
10.5	Sendo informada pelo obstetra que não ia passar para o filho

1.8 TEMENDO SOFRER PRECONCEITO

Ao descobrir-se com sífilis, uma doença sexualmente transmissível, cheia de estigmas e preconceitos, a mulher sentiu-se constrangida por ser portadora de uma doença desse tipo. Muitas vezes foi indagada sobre sua doença e a doença de seu filho, porém, por temer sofrer preconceitos, muitas vezes, omitiu o diagnóstico verdadeiro.

Figura 10 – Subcategorias que compõem a categoria TEMENDO SOFRER PRECONCEITOS, São Paulo - 2008

Sentindo-se constrangida

Pelo fato de ter sido acometida de uma infecção, cuja forma de contaminação é sexual, as mulheres sentiram-se constrangidas e envergonhadas, preocupando-se com os comentários e julgamentos que as pessoas de seu convívio diário viessem a emitir e divulgar a respeito da doença que contraiu e acometeu seu filho. Visando a evitar comentários que denegrissem

sua imagem ou a de seu companheiro, as mães omitiram o real motivo da internação do bebê, alegando outros para a internação de seu filho.

“...Eu digo para elas que a neném está internada para ganhar peso, por que a gente não pode dizer estas coisas lá na favela. Se não as pessoas vão pensar o que de mim? Que eu ando por aí com outros homens ou que meu marido anda me chifrando? Lá eles não podem nem sonhar que eu tenho esta doença, eu tenho vergonha...”(Margarida)

“...Eu não quero que as outras pessoas saibam e fiquem me julgando...”(Orquídea)

Tendo de dar explicações

Ao se descobrir que está infectada, com sífilis e que seu filho terá de se submeter a tratamento, as mães foram questionadas pelos familiares e pessoas de seu convívio sobre as razões do filho ter permanecido internado na maternidade e precisaram dar explicações sobre os motivos da internação de seu bebê.

“...as pessoas perguntam, eu falo que é uma infecçãozinha que deu nela, porque falar que é sífilis, eu não falo, não! Desde o primeiro dia que ela ficou internada, eu falo que é uma infecção...”(Jasmim)

Omitindo o diagnóstico

Pelo temor de sofrer preconceitos, discriminação ou de se tornar alvo de comentários que possam afetar sua reputação e a de seu companheiro, além de desejar preservar o bebê de discriminações, as mães omitiram o diagnóstico da doença do filho.

“...Porque minha mãe perguntava, e pra eu falar pra minha mãe o que era! Até hoje, eu não falo o que é. Ela sabe que é uma infecção mas, eu não falo o que é, por causa da vergonha, também. Eu falo que é um negócio que eu e ele têm que tratar mas, eu não falo, o que é não ...”(Jasmim)

“ ...As outras pessoas acabam discriminando, eu não conto para qualquer um ...”(Flor de Maio)

Quadro 8. Códigos das subcategorias que compõem a categoria
TEMENDO SOFRER PRECONCEITOS

TEMENDO SOFRER PRECONCEITO	
	Sentindo-se constrangida
2.170	sentindo-se envergonhada devido à doença
3.57	preocupada se os outros vão pensar que o companheiro não presta
5.53	preocupada com o que as outras pessoas vão pensar, que ela anda por aí com outros homens ou que seu marido anda chifrando ela
5.54	lá (na favela) eles não podem nem sonhar que ela tem esta doença, tendo vergonha
9.32	não querendo que as pessoas fiquem sabendo e a julguem
10.6	sendo humilhante ter de passar por esta situação novamente
10.9	sendo humilhante as pessoas saberem que o filho não saiu de alta por causa da sífilis
10.28	a vizinha escutou que seu filho estava internado por causa da sífilis
10.29	sendo horrível ter de olhar na cara da vizinha, após ela saber que seu filho estava internado por causa da sífilis
2.169	sendo indagada pela mãe a respeito da sífilis
2.177	sendo indagada pelas outras pessoas a respeito da sífilis
4.13	explicando por que o bebê ficou internado ao companheiro
4.49	explicando para mãe que era por causa da sífilis que o bebê estava internado
4.50	explicando para a mãe que também está fazendo tratamento
10.25	sendo indagada pela filha quando o irmão teria alta
	Omitindo o diagnóstico
2.170	não falando o que a filha tem
2.171	dizendo à mãe que é uma infecção
2.174	falando que é uma doença que ela e o companheiro têm de tratar
2.178	falando que é uma infecçãozinha que deu na filha
2.179	não falando que é sífilis
3.53	tendo de estar mentido
3.54	não podendo contar a verdade pra todo mundo
3.55	não podendo estar contando essa situação para os vizinhos
3.94	não podendo contar pra uma amiga de quarto
3.50	não contando para qualquer um
5.52	não podendo dizer estas coisas lá na favela
5.40	não falando isso para ele, ele não precisa saber
5.51	dizendo para elas (mãe e irmã) que a neném está internada para ganhar peso
6.47	tendo de dizer para elas (prima e cunhada) que foi um vírus que deu no exame do bebê e que, por isso, ele ia ter de ficar internado
9.29	nem um familiar está sabendo que ela tem sífilis por ela ter vergonha
9.30	nem um familiar está sabendo por que a filha está internada
10.26	tendo de mentir para a filha sobre o motivo da internação do irmão
10.27	não podendo falar para a filha que o motivo da internação do irmão era por causa do pai dela

1.9 SENTINDO CULPA POR TRANSMITIR A DOENÇA AO FILHO

Muitas mulheres ao se descobrirem infectadas e que seu filho também foi, sentiram culpa e atribuíram a responsabilidade do filho ter adquirido a doença a si.

“...Eu fiquei com culpa, eu me senti culpada, porque eu fiquei pensando. Ah! Se eu tivesse tomado a injeção, ela não teria ficado no hospital...”(Jasmim)

“...Eu me senti mal, porque (lágrimas, silêncio), porque é mais culpa minha que ele ficou aqui. Eu me senti muito mal. Se eu tivesse descoberto antes, ele não tinha ficado aqui estes dez dias. (lágrimas, silêncio)...”(Violeta)

Quadro 9. Códigos que compõem a categoria SENTINDO CULPA POR TRANSMITIR A DOENÇA AO FILHO

SENTINDO CULPA POR TRANSMITIR A DOENÇA AO FILHO	
1.86	Percebendo que foi irresponsável
1.96	Percebendo que faltou um pouco de responsabilidade
1.89	Percebendo a sua irresponsabilidade e a do marido
1.85	Aprendendo que tem de ter um pouco mais de responsabilidade
1.90	mostrando para si própria e para quem está ao seu redor que precisa ter um pouco mais de responsabilidade
1.91	que tem de prestar mais atenção
1.94	Percebendo, que às vezes, acontece coisas na vida para crescer
1.95	Percebendo ,que às vezes, precisa prestar mais atenção
2.87	ficando com culpa
2.88	se sentindo culpada
2.90	achando que se ela tivesse tomado as injeções, a filha não teria ficado internada
2.94	se achando culpada
2.157	se sentindo culpada
3.76	se perguntando por que Deus está fazendo isso comigo?
3.77	se perguntando por que isso está acontecendo com ela, já que ela tenta ajudar todo mundo, adoro criança, os idosos?
3.78	Perguntando se Deus não gosta dela
4.26	se sentindo culpada por ter seu filho internado
5.34	se sentindo culpada, por o filho estar internado
6.25	Acreditando que se algo de ruim acontecesse com seu filho, não iria se perdoar
9.11	começando o pré-natal com oito meses
9.13	dando positivo com oito meses, quando retornou ao pré-natal
9.15	não tendo tempo suficiente para tratar a sífilis durante o pré-natal
9.17	não tendo feito o pré-natal de preguiça, de relaxo, se arrependendo disto
9.18	Acreditando que se tivesse feito o pré-natal, não tinha passado a doença para filha
9.19	se sentindo culpada por ter passado a doença para a filha
9.27	sendo muito ruim saber que a filha está internada por sua culpa
10.3	ficando traumatizada porque não esperava ter passado a doença para o filho

2 VIVENCIANDO A INTERNAÇÃO DO FILHO

É o tema que sucede o **VIVENCIANDO O IMPACTO DA DESCOBERTA DA DOENÇA** e que diz respeito à vivência materna de ter seu filho separado de si na maternidade, que precisou ser internado na unidade neonatal para tratar da doença. As categorias analíticas que compõem este tema, são: SENDO SEPARADA DO FILHO, DANDO PRIORIDADE AO FILHO, SENTINDO-SE MUITO EXIGIDA, TENDO APOIO e TENDO FÉ E ESPERANÇA descritas, a seguir:

Figura 11 – Categorias que compõem o tema **VIVENCIANDO A INTERNAÇÃO DO FILHO**, São Paulo, 2008

2.1 SENDO SEPARADA DO FILHO

A indicação médica de tratar o bebê impõe à mãe a necessidade de transferi-lo à unidade neonatal, uma vez que tanto as mães como os bebês permanecem em alojamento conjunto no pós-parto no serviço onde o estudo foi realizado. Quando o recém-nascido foi internado no berçário aguardando resultado dos exames ou para iniciar o tratamento de sífilis, a mãe sofreu frustração, pois, esperava ter um filho saudável, que pudesse sair de alta hospitalar sem nenhuma intercorrência e retornar ao domicílio com o filho nos braços.

As subcategorias que compõem esta categoria são: **Tendo de deixar o filho internado no berçário** e **Sofrendo com a internação do filho**.

Figura 12 – Subcategorias que compõem a categoria SENDO SEPARADA DO FILHO, São Paulo - 2008

Tendo de internar o filho

Quando as mães precisaram deixar seu filho internado no berçário, separando-se delas, suas expectativas são frustradas, uma vez que esperavam permanecer ao lado dele após o nascimento, saindo de alta hospitalar e indo embora para casa levando, também, o bebê.

“...você espera nove meses; então, minha expectativa é que ao nascer, eu pudesse levá-lo para casa. Mas no dia que eu ia ter alta, a médica me vira e me fala, você tem alta, seu filho, não! Eu tinha que deixar um pedaço meu lá dentro...” (Rosa Branca)

“...o pior é ter que me separar dele (filho)! Eu acho que deveria ter uma enfermeira que levasse o antibiótico lá em cima (alojamento conjunto), por que só era de 12 em 12 horas. Por que desde a hora que ele nasceu, ele já mamou, sentiu o calor do meu corpo e de repente, ser separado da mãe, foi muito difícil...” (Azaléia)

Sofrendo com a internação do filho

A hospitalização do bebê na unidade neonatal é uma vivência materna de sofrimento. Ter de separar-se de seu filho, gerou grande sofrimento e tristeza, após nove meses, precisar separar-se fisicamente de seu bebê, foi terrível.

“... não é nada fácil e ver ele sofrendo daquele jeito, me mata por dentro. Não é nada bom pra ninguém, eu espero que ninguém passe, o que eu estou passando...” (Flor de Maio)

“... Eu fiquei muito triste, porque você quer ter o bebê e ir para casa e não ficar aqui no hospital...” (Orquídea)

Quadro 10 – Códigos das subcategorias que compõem a categoria
SENDO SEPARADA DO FILHO

SENDO SEPARADA DO FILHO	
	Tendo de internar o filho
1.68	tendo expectativa de levar o filho para casa logo ao nascer
1.69	tendo a notícia que teria de deixar seu filho no hospital, ter de deixar um pedaço seu
2.123	não desejando para ninguém ter filho internado
3.51	planejando as coisas, porém, dando tudo errado
3.52	sendo esperada pela família em casa
4.30	sendo difícil porque esperava um filho saudável
4.38	esperava levar o filho para casa no dia da sua alta
4.44	querendo ter levado o filho para casa no primeiro dia
6.1	só sendo mãe mesmo para agüentar a internação do filho
6.12	sendo a pior experiência de sua vida ter de internar o filho
6.20	não querendo deixar o filho ir para o berçário para colher um exame
6.21	não querendo se separar dele(filho)
6.42	chorando bastante quando foi informada que tinha de descer para o berçário não querendo ir embora
6.43	tendo de deixar sua metade quando o bebê fica internado
7.3	sendo complicado não poder ir embora para casa com o filho
8.2	querendo ter o filho e ir para casa, não ficar no hospital
9.5	dor pior do que ter que se separar de seu filho, ela nunca sentiu
10.18	o pior não sendo nem pelo antibiótico e, sim, por ter de se separar de seu filho
10.19	acreditando que se tivesse uma forma dele tomar o antibiótico no quarto ao lado dela, seria melhor
10.20	o pior é ter de se separar de seu filho
10.30	acreditando que se tivesse uma enfermeira que pudesse dar o antibiótico no quarto, ao lado dela, seria melhor
10.31	sendo horrível ter de se separar de seu filho, após ter tido ele o tempo todo a seu lado
10.32	
	Sofrendo com a internação do filho
1.36	querendo que o filho não tivesse a doença
1.38	preferindo que acontecesse com ela própria
1.76	não tendo palavras para explicar o que sentiu quando a filha foi internada
1.84	doendo ter de deixar o filho internado
2.55	sendo difícil ter filho internado
2.107	chorando no dia que viu a filha no berçário
3.39	doendo mais pela filha
3.64	não sendo nada fácil ver o filho sofrendo daquele jeito
3.70	sendo muito dolorido ter filho internado
4.25	se sentindo mal de ter filho internado
5.2	sofrendo bastante por ter de internar o filho
9.6	ficando triste por não poder levar a filha para casa
10.2	achando que ia ficar louca de ter de deixar o filho

2.2 DANDO PRIORIDADE AO FILHO

Ao se perceber sendo separada do filho, sua prioridade deslocou-se para a recuperação do filho, mesmo sentindo a dor decorrente do parto, priorizou o filho, permanecendo a maior parte do tempo com ele na unidade neonatal. Compõem a categoria DANDO PRIORIDADE AO FILHO, as subcategorias: **Preocupando-se com a saúde do filho** e **Permanecendo perto do filho**.

Figura 13 – Subcategorias que compõem a categoria DANDO PRIORIDADE AO FILHO, São Paulo - 2008

Preocupando-se com a saúde do filho

Apesar do sofrimento de precisar internar seu filho, as mães relataram que, nesse momento, a prioridade é a saúde do bebê. Elas colocaram seus sentimentos, seus problemas na espera, pois nesse momento a prioridade é o filho internado. Elas se concentram no bem estar do filho e desejam o melhor à criança.

“...eu já nem pensava mais em mim, pensava nele. Eu queria que não tivesse ... que saísse tudo negativo nos exames dele, porque eu preferia que acontecesse qualquer coisa comigo, mas, com ele não...”(Rosa Branca)

“... Agora o que importa mesmo é o neném, depois a gente vê isso melhor (relação com companheiro)...”(Violeta)

Permanecendo perto do filho

No momento da internação de seu filho, inclusive, após ter recebido alta hospitalar da maternidade, as mães permaneceram ao lado de seu filho na unidade neonatal. Elas procuraram permanecer o maior tempo possível ao lado dele.

“... Eu fiquei lá os dez dias. Só um dia que eu fui para casa tomar banho e buscar roupa, mas voltei no mesmo dia. Eu não queria desgrudar dela, ela precisa de mim...”(Margarida)

“... Eu fiquei direto aqui. Eu estou aqui no berçário desde quarta-feira. Eu dormi aqui três noites, passava o dia inteiro e a noite. Só ia em casa na outra noite...”(Girassol)

Quadro 11 – Códigos das subcategorias que compõem a categoria
DANDO PRIORIDADE AO FILHO

DANDO PRIORIDADE AO FILHO	
	Preocupando-se com a saúde do filho
1.34	não pensando em si própria
1.35	pensando só no filho
1.41	o filho sendo o motivo de sua própria vida
1.42	vivendo ao redor do filho
2.43	querendo saber primeiro da filha
2.44	deixando para resolver as coisas com o companheiro depois
4.24	se importando com o bebê primeiramente deixando para depois se o companheiro tem ou não sífilis
6.22	tendo de pensar no que é melhor para seu filho
6.36	acreditando que a relação com o companheiro não vem ao caso, se importando que o filho não tenha nada
8.6	ficando preocupada com o filho
10.21	não conseguindo sair de perto do filho nem quando estava internada
	Permanecendo perto do filho
1.56	permanecendo o tempo todo com o filho
1.57	indo para casa só tomar banho
1.58	não querendo sair de perto do filho
1.59	querendo ver tudo que estava acontecendo
1.71	estando com o filho durante toda a internação
1.72	saindo só quando o filho sair
2.117	não comendo por ter de deixar a filha internada
2.118	ficando doída para voltar para o hospital
2.131	não desgrudando da filha
2.132	ficando grudada na filha
4.40	indo para casa e voltando todo dia
5.15	indo só um dia para casa tomar banho e buscar roupa
8.3	ficando direto no hospital
8.4	passando o dia inteiro e a noite no hospital, só ia em casa na outra noite
8.44	querendo a filha perto dela apesar de saber que iam cuidar bem dela
9.21	ficando o dia no berçário e indo para casa à noite
9.23	ficando o tempo todo com a filha mesmo quando estava internada
9.24	indo para casa e voltando todo dia
10.21	não conseguindo sair de perto do filho nem quando estava internada
10.22	ficando o tempo todo no berçário
10.23	ficando o tempo todo com o filho, não indo para casa nem um dia

2.3 SENTINDO-SE MUITO EXIGIDA

Durante o período em que o recém-nascido permaneceu internado, recebendo tratamento, as mães perceberam-se muito exigidas em função de ter outros filhos para cuidar e desdobraram-se para permanecer ao lado do bebê. O fato de residirem em locais distantes do hospital fez com que optassem por

continuar ao lado do bebê internado na unidade neonatal, após receber alta hospitalar. Resignadamente, as mães aguardaram a conclusão do tratamento do recém-nascido com antibiótico, mesmo sentindo o desconforto físico e a dor que comumente acometem as mulheres no pós-parto. Sacrifício e esforço para permanecer ao lado do filho contribuíram para que se sentissem muito exigidas. A categoria SENTINDO-SE MUITO EXIGIDA é compreendida pelas subcategorias: **Tendo outros filhos para cuidar, Tendo desconforto físico, Sentindo-se exausta, Sentindo-se impotente e Sentindo-se desamparada.**

Figura 14 – Subcategorias que compõem a categoria SENTINDO-SE MUITO EXIGIDA, São Paulo - 2008

Tendo outros filhos para cuidar

Quando a mulher tem outro(s) filho(s), além desse que se encontra internado, sente-se muito exigida, tendo de dividir seu tempo para dedicar-se a cuidar de todos, particularmente, quando os demais são dependentes e a mulher não conta com a colaboração ou ajuda de familiares, ou de pessoas de sua confiança.

“... É ruim também deixar meus outros filhos, eles também precisam de mim...”(Margarida)

“... eu tenho outro filho e como eu podia deixar ele sozinho em casa? Então, eu tinha que ir e voltar todo dia... Então, era difícil para ir e ter de deixar o outro com alguém, voltar e vai e volta e você fica com a cabeça quente ... ” (Camélia)

Tendo desconforto físico

O fato de ter um filho internado durante seu puerpério gerou em algumas mães desconforto físico ou pelo tipo de parto, ou em razão de não encontrar um local adequado para descansar durante a internação do filho.

“... Tive mais uma vez que quebrar o resguardo, todos os meus partos foram cesárea...”(Margarida)

“... Eu estou muito cansada, não agüento mais dormi naquela poltrona ... ”(Rosa Vermelha)

Sentindo-se exausta

A experiência de estar com um filho internado impõe uma rotina de ir e vir ao hospital, muitas delas com dificuldade de acesso, por não possuírem veículo próprio, o que obriga a locomover-se com transporte coletivo e caminhar para chegar. Algumas não contam com recursos financeiros para dispender com transporte coletivo, o que as leva a optar pela permanência no hospital até o bebê receber alta hospitalar. Enquanto ficam no hospital, a instituição oferece poltronas, colocadas ao lado dos berços dos recém-nascidos, para que possam amamentar e repousar ao lado do filho. Entretanto, o hospital não dispõe de quartos e leitos, para que as mães possam dormir, enquanto seus filhos

permanecem internados. Assim, sentir-se exausta, trata-se de uma percepção comum entre as mães com filhos internados na unidade neonatal.

“... eu ia para casa e voltava todo dia. Eu estou muito cansada, da minha casa para cá é muito contramão. Eu tinha de subir uma ladeira muito grande, todos os dias foi bem complicado, não foi bom...”(Violeta)

“... Eu não fui nenhum dia para casa. Você sabe, eu moro longe, lá em Guarulhos, depois do aeroporto. A condução é muito cara. Eu não tenho dinheiro para isso e, também, é muito longe. Quando eu chegava lá, já era hora de voltar...”(Rosa Vermelha)

Sentindo-se impotente

Diante da internação do filho e dos procedimentos a que o recém-nascido foi submetido, a mãe sentiu-se impotente, embora reconhecesse ser necessário e benéfico. Entretanto, acreditou nada poder fazer para impedir ou atenuar o sofrimento do filho internado e receber os medicamentos para tratamento da sífilis.

Todas as mães entrevistadas referiram sentimentos de impotência e resignação frente ao sofrimento que acreditam o filho estar sendo submetido.

“...Quando as meninas vão furar ele, elas já pedem pra eu sair da sala, porque não dá pra elas furarem ele comigo ali perto. Não dá! Ai eu começo a chorar e quando elas não conseguem e têm de furar de novo ai é que eu choro. Ai as meninas me tiram da sala e pedem para eu sair da sala e ir passear um pouco, se eu fico, eu fico pior. O choro dele fica na cabeça da gente por horas...”(Flor de Maio)

“...Ah, é muito ruim! Porque o fato dele perder a veia é muito ruim, eu não agüentava. Vê quando ele perdia a veia, ai não achava a

veia! Tinha de furar ele. Ele chorava bastante! Isso me deixava muito mal. Às vezes, quando ia furar ele, eu já saía, já ia lá pra fora para não ouvi ele chorar. Porque ele é muito ruim de veia, já raspavam a cabecinha dele. Ai, quando não conseguiam achar, eu chorava muito...”(Violeta)

Sentindo-se desamparada

Algumas mães relataram sentimentos de solidão e desamparo e não contaram com a presença de familiares ou pessoas de sua confiança e intimidade para lhes fazer companhia e ajudar nesse momento.

“ .. .Eu não tenho ninguém aqui em São Paulo que eu possa contar. Só uma prima minha e minha cunhada que vieram me ver e ver o nenê ...”(Rosa Vermelha)

“ ... Na verdade, eu não tenho ninguém aqui, minha família é do Piauí...”(Girassol)

Quadro 12 – Códigos das subcategorias que compõem a categoria SENTINDO-SE MUITO EXIGIDA

SENTINDO-SE MUITO EXIGIDA	
	Tendo outros filhos para cuidar
5.48	sendo ruim ter de deixar seus outros filhos
5.49	acreditando que eles(outros filhos), também, precisam dela
7.5	sendo difícil também porque tinha de ir e voltar todos os dias
7.6	sendo difícil por ter outro filho
7.14	tendo de deixar o outro fiho com alguém
	Tendo desconforto físico
5.19	tendo todos os partos cesárea
6.2	estando muito cansada, não agüentando mais dormi naquela poltrona
8.5	sendo um pouquinho desconfortável dormir no hospital
	Sentindo-se exausta
4.40	estando muito cansada porque ia e voltava para casa todo dia
4.41	sendo muito contramão da sua casa, tendo de subir uma ladeira muito grande todos os dias
6.37	não indo nenhum dia para casa
6.38	morando longe
6.39	não tendo dinheiro para ir para casa, pois a condução é muito cara
5.40	sendo melhor nos primeiros dias, porque podia ficar lá em cima (alojamento conjunto)
7.11	não sendo fácil ter de vir todo dia
7.12	tendo de acordar cedo
7.13	não dormindo direito, só conseguindo dar uns cochilos
8.14	morando longe e ficando muito difícil ir e voltar todo dia
9.22	não ficando no hospital por ser ruim dormir na cadeira
9.24	indo para casa e voltando todo dia
7.7	tendo de ir e voltar todo dia
7.11	não sendo fácil ter de vir todo dia
7.12	tendo de acordar cedo
7.13	não dormindo direito, só conseguindo dar uns cochilos
8.14	morando longe e ficando muito difícil ir e voltar todo dia
9.20	indo para casa quando teve alta hospitalar
9.22	não ficando no hospital por ser ruim dormir na cadeira
9.24	indo para casa e voltando todo dia
	Sentindo-se impotente
1.78	vendo o sofrimento do filho ao ser furado
1.80	sentindo dó quando o bebê perde a veia
2.116	sendo desesperador ver a filha no berçário com a mãozinha furada
2.129	só voltando quando a filha já estava furadinha
2.130	sendo difícil ver a filha naquela situação
3.40	sentindo dor de ver o filho sofrendo
3.42	ver o filho sofrendo, dói muito!
3.69	o pior é ver o filho sofrendo
3.70	sendo muito dolorido
3.84	chorando mais quando não conseguem furar a neném da primeira vez
3.87	ficando pior de ver o sofrimento da filha
3.88	ficando com o choro da filha na cabeça por horas
4.52	o filho perder a veia é muito ruim
4.54	não agüentando ver quando o filho perdia a veia
4.56	saindo quando ia furar o filho para não ouvi ele chorá
4.58	tendo de raspar a cabecinha do filho
4.59	chorando quando não conseguiam achar a veia
5.45	sofrendo em ver o filho ser furado

(continua)

Quadro 12 8.11 6.46	<div style="text-align: right;">(continuação)</div> Sentindo-se desamparada não tendo ninguém aqui, a família toda sendo do Piauí não tendo ninguém que possa contar em São Paulo, só uma prima e uma cunhada
--------------------------------------	--

2.4 TENDO APOIO

Esta categoria retrata as pessoas que as mães consideram, como significativas ao vivenciar a internação de seu filho. Contar com o apoio seja do companheiro, dos profissionais que atuam na unidade neonatal, dos familiares e amigos, é uma forma de compartilhar a dor e amenizar o sofrimento, além de ajudar a suportar e superar esse momento.

Figura 15 – Subcategorias que compõem a categoria TENDO APOIO, São Paulo, 2008

Conversando com as outras mães

Ao acompanhar o filho internado no berçário, muitas vezes, estas mães buscam apoio em outras mães que se encontram na mesma situação.

“... eu fui vendo as outras mães, tudo ali no quarto, e aquilo lá que foi me dando força. A gente ia pro refeitório, falando dos bebês e aquilo lá que foi me dando força...”(Jasmim)

Confiando no tratamento instituído

Durante a internação do filho, ao se relacionar com os profissionais que o atendem, as mães vão desenvolvendo um vínculo de credibilidade na equipe e adquirindo confiança no tratamento instituído.

“... Eu sei que é para o bem dela, de tem que sair daqui só quando estiver bem de verdade. É triste, mas a gente tem de saber que é para o bem. Eu soffro, mas eu entendo. A gente vê furar e é muito ruim. Mas a gente sabe que é para o bem dela. As pessoas que aqui me ajudaram muito, foram vocês aqui, que me deram apoio ... ”(Girassol)

Tendo apoio da família e pessoas significantes

Durante a vivência de ter um filho internado, estas mães buscaram apoio em seus familiares e pessoas significantes, tanto apoio psicológico

como para deixar sua casa e seus outros filhos aos cuidados dessas pessoas.

“... a primeira pessoa para quem eu falei, foi para meu marido, depois contei para minha sogra e para minha irmã, que contou para minha mãe que está em casa para cuidar de mim... Eu recebi o apoio de toda minha família ...”(Flor de Maio)

“... A minha mãe mesmo, que fico com meu outro filho. Nestas horas, só mesmo a própria avó. Nessas horas, é só ela mesmo...”(Camélia)

Quadro 13 – Códigos das subcategorias que compõem a categoria TENDO APOIO

TENDO APOIO	
	Conversando com as outras mães
1.65	vendo as outras mães na mesma situação
1.66	independente do motivo, é difícil ter um filho internado
2.108	vendo as outras mães
2.109	vendo tudo que estava no quarto
2.110	recebendo força das outras mães
2.111	indo para o refeitório falando dos bebês
2.112	sendo um caso pior que o outro
2.115	recebendo força das outras mães
4.63	conversando com as outras mães
	Confiando no tratamento instituído
1.81	acreditando que o antibiótico deixa a criança mais forte
1.82	deixando o filho mais forte
1.83	prejudicando a dentição do filho
2.71	tendo confiança nos médicos do hospital
2.66	percebendo que no hospital foi diferente do pré-natal
4.60	sabendo que elas (equipe de enfermagem) sabem o que fazem
5.46	sabendo que é para o bem dela(filha)
6.19	agradecendo a Deus, por ter descoberto neste hospital
6.23	acreditando que podia ser pior se não tivesse deixado o filho fazer o tratamento
6.24	acreditando que o filho podia ficar cego ou manco
6.49	acreditando que fez a escolha certa e que o bebê não vai ter nenhuma seqüela
7.22	sabendo que é para o bem do filho
7.50	sendo tratada com respeito, muito bem, eu e meu filho!
7.51	só tendo de agradecer mesmo
8.2	sabendo que é para o bem da filha, que só pode sair quando estiver bem de verdade.
8.9	sabendo que é para o bem da filha, apesar de ser triste
8.10	sofrendo, mas, entendendo que apesar de ser muito ruim ver furá a filha é para o bem dela
8.16	sendo ajudada e tendo apoio da equipe do hospital
	Tendo apoio da família e pessoas significantes
1.50	sendo acalmada pela mãe
1.52	não tendo pai, só tendo a mãe para ajudá-la
1.53	sendo ajudada pela mãe
1.54	mãe mantendo-se ao meu lado
1.55	recebendo apoio da mãe
3.22	sendo entendida pelo marido, pela sogra e pela família
3.44	falando primeiro para o marido, depois contando para sogra e para irmã, que contou para a mãe
3.46	recebendo apoio de toda minha família
4.45	tendo ajuda da mãe que chegou da Bahia
4.46	contando para a mãe que ela teve sífilis a mesma doença da sua irmã
5.50	tendo ajuda da mãe e da irmã para olhar eles(os outros filhos)
7.24	deixando o filho com a mãe
7.25	Nestas horas só mesmo a própria avó
8.12	tendo bastante ajuda do pai dela(companheiro)
8.13	tendo ajuda da patroa
8.15	dormindo na casa da patroa
9.28	recebendo ajuda da tia, avó, da sogra e do marido
9.31	o pai da nenê sabe porque a filha está fazendo tratamento
10.16	sendo compreendida pelo marido atual
10.24	sendo ajudada pela mãe e pelo marido com os outros filhos

2.5 TENDO FÉ E ESPERANÇA

Durante toda a vivência de ter um filho internado, as mães manifestaram confiança na Providência Divina e força para continuar enfrentando o processo de internação. Elas ficaram na esperança de que os exames do seu bebê acusassem resultados negativos e que pudessem conceder a alta do recém-nascido.

“ ... Ah! O mundo caiu, eu fiquei mal, mal mesmo! Percebi que só Deus na minha vida! Foi difícil! Ele queria que não tivesse, que saísse tudo negativo nos exames dele...”(Rosa Branca)

“ ...eu orei também bastante, minha mãe é evangélica... Eu chorava tanto. Eu ia lá naquela sala de tirar leite, pegava a Bíblia e ia orar...”(Jasmim)

“ ...A gente sofre de ver nossos filhos ser furado. Eu sei que é para o bem dela. Nessas horas, só Deus mesmo dá força! Mas, graças a Deus acabou! Estou indo embora, com minha bebê bem...”(Margarida)

Quadro 14. Códigos que compõem a categoria TENDO FÉ E ESPERANÇA

TENDO FÉ E ESPERANÇA	
1.13	graças a Deus é uma doença que dá pra cuidar
1.30	percebendo que só Deus na vida dela
1.37	esperando que os exames do filho fossem negativos
1.60	na expectativa dos exames do filho serem negativos
1.92	sendo uma doença que tem cura
1.93	podendo ser uma doença pior
2.113	ficando feliz pela doença da filha poder ser tratada com antibiótico
2.114	percebendo que as outras crianças têm algo mais
2.120	orando bastante
2.121	tendo a mãe evangélica
2.125	indo orar na sala de tirar leite
2.127	pedindo a Deus para não raspar o cabelo da filha
2.143	mas graças a Deus passou
2.189	tendo de ter fé para não desabar
3.58	agradecendo a Deus já tá acabando
3.71	tendo fé em Deus que irá sair dessa situação
4.61	mas graças a Deus que já acabou
5.43	Só Deus para ajudar a gente nestas horas
5.47	nessas horas só Deus mesmo dá força
5.58	Mas graças a Deus acabou!
6.3	mas graças a Deus está indo embora hoje!
5.48	Mais graças a Deus está indo embora!
7/4	agradecendo a Deus por não ter dado mais nada com o filho e ele estar bem
7.8	agradecendo a Deus por estar tudo bem com o filho e com ela
7.9	feliz porque o filho saiu do hospital antes do Natal e passou o Natal em casa
7.31	feliz por não ser nada sério
7.43	agradecendo a Deus porque os dois estão fazendo tratamento
7.47	pensando que era uma coisa mais grave
7.49	agradecendo a Deus por estar num lugar bom

CAPÍTULO V

DISCUTINDO OS RESULTADOS

O estudo possibilitou compreender o significado atribuído pelas mães à experiência de ter seu filho recém-nascido internado para tratamento de sífilis congênita e revelou que as experiências vividas por elas são dinâmicas, repercutem na interação que estabelecem com os familiares e não se restringem à vivência da internação do bebê. Em razão disso, identificam-se reações emocionais mais eloqüentes.

Ao longo do processo de coleta, análise dos dados e elaboração dos resultados deste estudo, fui compreendendo que a experiência materna de ter o filho internado para tratamento de sífilis congênita não se centrava ao período que ela vivenciava, nos relatos que vinha obtendo. As mães referiam-se ao período prévio ao parto e nascimento, buscando situar o contexto onde viviam, incluindo as percepções e experiências que receberam no atendimento pré-natal, levando-me a compreender que sua vivência atual era justificada por ocorrências que se verificaram previamente.

Os dados mostravam-me que a experiência de ter um filho internado para tratamento de sífilis congênita começava muito antes da internação, os significados emergiam, muitas vezes, da vivência do período pré-natal ou mesmo de anos atrás.

Da análise dos relatos, desvelaram-se categorias conceituais que compuseram dois temas que retratam a experiência de ter o filho internado para tratamento de sífilis congênita: **VIVENCIANDO O IMPACTO DA DESCOBERTA DA DOENÇA** e **VIVENCIANDO A INTERNAÇÃO DO FILHO**.

A experiência de descobrir a doença 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 de alguns aspectos, uma vez que a sífilis é proveniente de transmissão sexual, revestida de significado simbólico que repercute nas internações maternas consigo e com os outros significantes.

Poucos estudos qualitativos foram identificados na busca bibliográfica realizada a respeito do tema.

Embora haja um grande número de pesquisas sobre os aspectos biológico, terapêutico, modos de prevenção e transmissão das DST/AIDS, pouco se tem estudado a respeito das repercussões emocionais trazidas por essas doenças (Pereira, Chaves, 1999).

VIVENCIANDO O IMPACTO DA DESCOBERTA DA DOENÇA, descreve a trajetória que a mulher gestante que se torna mãe, desenvolve a partir do momento que se descobre contaminada, com diagnóstico de estar com sífilis.

A categoria **DESCOBRINDO ESTAR COM SÍFILIS** desvela a momento da notícia de ser soropositiva para sífilis e o impacto em sua vida. A informação de que está com a doença, ocorreu para um grupo de mulheres na consulta do pré-natal e para outro, após o nascimento do filho quando estava internada na maternidade.

Para o primeiro grupo, ao ter a notícia de que seu filho teria de submeter-se a tratamento de sífilis congênita, a primeira reação foi de surpresa, embora elas já tivessem ciência de que estavam com a doença, visto que haviam sido informadas no final da gravidez, pelo médico do pré-natal. De alguma forma, já estavam na expectativa da possibilidade de contaminação do bebê, embora guardassem alguma esperança da criança não ser afetada pela doença.

Assim tanto o grupo de mães com o diagnóstico de sífilis materna no pré-natal como as que receberam o diagnóstico nos primeiros dias de pós-parto foram surpreendidas com a doença do filho.

A enfermeira que atua em alojamento conjunto, deve estar atenta às alterações emocionais que possam ocorrer nas mulheres portadoras de sífilis no momento do diagnóstico, agindo de forma compreensiva, esclarecendo e eliminando falsos conceitos e tabus que ainda persistem em relação à sífilis (Silva, Santos, 2004).

As mulheres desconheciam a possibilidade de transmissão vertical da doença e sofreram um impacto ao receber a notícia de que seu filho teria de ser submetido a tratamento. As mães justificaram sua reação, alegando inexperiência por ser o primeiro filho e por nunca terem tido filho internado para tratamento.

BUSCANDO INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA, é a ação materna de obter informações e esclarecimentos sobre a doença, o tratamento instituído e a forma de contágio. Algumas referiram já ter tido alguma informação sobre a doença e não se percebiam vulneráveis a ela.

Estudo realizado em Ribeirão Preto com 129 adolescentes de baixa renda levantou o conhecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis, mostrou que 65,5% não sabiam do risco de adquirir uma DST. No entanto, 57,8% relataram sintomas relacionados e 36,7% nunca haviam buscado atendimento ginecológico (Doreto, Vieira, 2007).

Outro estudo com 249 mulheres atendidas pela rede básica de saúde verificou que mais da metade da população afirmou desconhecer sintomas de DSTs e 18% desconheciam a forma de transmissão das DSTs (Fernandes et al., 2000).

Tendo dúvidas de quem contraiu a doença, corrobora com os resultados encontrados em vários estudos que demonstraram que homens e mulheres iniciam a atividade sexual cada vez mais cedo. Dados do Ministério da Saúde apontam que o valor mediano de início da vida sexual entre as mulheres, em 1984, era 16 anos, e em 1998, 15 anos (Brasil, 2000).

Borges (2007) estudou 222 mulheres adolescentes e verificou que o início da atividade sexual independe do matrimônio.

Estudo realizado com 20 mulheres infectadas pelo Papiloma vírus humano (HPV) verificou que estar com a doença interfere no relacionamento do casal, sobretudo, porque gera um conflito advindo da questão “quem contaminou quem” (Queiroz, Pessoa, Souza, 2005).

A mesma questão é retratada nos dados do presente estudo, as mulheres entrevistadas que já tiveram outros relacionamentos sexuais antes do atual, que gerou esta gravidez, mostraram o mesmo questionamento. Entretanto, nos relatos apresentados, a internação do filho sobrepuja esta preocupação. Algumas mulheres reagem com apreensão, zelando pela saúde do companheiro e buscando a adesão dele ao tratamento, como é retratado na categoria PREOCUPANDO-SE COM A SAÚDE DO COMPANHEIRO.

Esta categoria cita que, para a mulher, independente de quem foi o responsável por transmitir a doença e contaminá-la e, conseqüentemente, passar para o bebê, ela busca pela adesão do companheiro ao tratamento da sífilis.

TEMENDO ABALAR O RELACIONAMENTO CONJUGAL, retrata o sentimento de medo do julgamento do companheiro ou, até mesmo, de uma separação. Estar com o filho internado deixa a mulher vulnerável, sem forças de enfrentar a dor e o sofrimento gerados por uma possível separação.

Estar contaminada por uma DST pode deixar a mulher fragilizada, repercutindo com complicações emocionais, como: crises pessoais e/ou conjugais, angústia e depressão (Oriá, Alves, 2004).

Vale ressaltar que algumas mulheres atribuem à responsabilidade de ter adquirido a doença do marido, uma vez que é seu primeiro e único parceiro sexual, gerando desilusão e conflito, visto que a confirmação do diagnóstico de estar com sífilis significa para elas o ato de infidelidade do parceiro que as leva a se perceber PERDENDO A CONFIANÇA NO COMPANHEIRO.

Diante da confirmação de traição, a mulher que sofre as conseqüências do comportamento do marido percebe-se como vítima no relacionamento com seu parceiro, transferindo a responsabilidade ao companheiro (Queiroz, Pessoa, Souza, 2005).

As reações emocionais frente à descoberta de estar com DST podem gerar disfunções sexuais por mágoa de um dos parceiros, ocasionadas pela desconfiança ou convicção de ter sido iludida ou traída pelo companheiro infectado (Passos, 2000).

Com a descoberta da doença, vem a dolorosa descoberta da traição do parceiro, confirmando a fragilidade da relação conjugal vivida, gerando a morte simbólica do mito do amor ideal (Amaro, 2005).

Diante desses resultados, concordo com Silva e Santos (2004) que defendem que a enfermagem deve adotar uma abordagem humanística no cuidado da mulher com diagnóstico de sífilis. Neste contexto, o cuidado não deve ser focalizado apenas no tratamento da infecção da mulher, mas deve

alcançar sua família para que todos possam ser cuidados e acolhidos em suas necessidades.

Para entender as DST, é necessário ampliar além do foco da biologia da doença, suspender as próprias crenças e valores, verdades provisórias e parciais e ir além da rotina diagnóstica e terapêutica, para promover saúde em seu sentido integral (Bruno, 2002).

A categoria CRITICANDO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL focaliza a questão do atendimento pré-natal e da abordagem assistencial profissional em relação à sífilis e não retrata apenas a vivência de mulheres, que se descobriram com sífilis após o parto e nascimento. Inclui as mulheres que tiveram a doença diagnosticada no pré-natal e que perceberam que o atendimento limitou-se ao cumprimento de rotinas diagnósticas e terapêuticas.

No Brasil, mais de 70% das mães de bebês com diagnóstico de sífilis congênita notificada foram atendidas em consulta pré-natal e por diferentes motivos não foram diagnosticadas ou tratadas adequadamente como gestantes (Paz et al., 2004).

Estudo de vigilância epidemiológica dos casos de sífilis na gestação e de sífilis congênita realizado em 2004, no Município do Rio de Janeiro, com dados de 1999 e 2004, encontrou proporção de sífilis entre parturientes mais alta do que entre mulheres do pré-natal. A transmissão vertical da sífilis não tratada foi de 60,6%, em 1999, e de 45,8%, em 2004 (Saraceni et al., 2007).

Estudo realizado em um hospital universitário da região Sul do Brasil verificou que 85,2% das mães de bebês com sífilis congênita haviam realizado acompanhamento pré-natal, das quais 70,4% com diagnóstico realizado no pré-natal; entretanto, 91,3% delas sem ter recebido tratamento ou com tratamento inadequado (Lorenzi, Madi, 2001).

Estudo realizado com os neonatos atendidos em hospital público do Pará concluiu que os programas de controle da sífilis e os cuidados pré-natais não estão conseguindo evitar a sífilis congênita (Araújo et al., 1999).

Para a erradicação da sífilis congênita, é necessário implementar ações educativas de orientação sexual, planejamento familiar e, sobretudo, melhorar o acompanhamento pré-natal, por meio de investigação

aprofundada sobre a história pregressa de DST em gestantes e em seus parceiros sexuais (Rodrigues, Guimarães, 2004).

Os protocolos do Ministério da Saúde voltados para o combate das DST são considerados bem estruturados e redigidos, entretanto não têm alcançado as gestantes com sífilis. O modelo biomédico voltado para a cura da doença é insuficiente para dar conta das reais necessidades das mulheres contaminadas (Silva et al., 2006).

É pelo conhecimento do significado que o ser humano atribui a sua experiência que o profissional de saúde conseguirá prestar uma assistência de qualidade (Dupas, Oliveira, Costa, 1997).

A categoria CRITICANDO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL chama a atenção dos profissionais de saúde responsáveis pela assistência obstétrica e neonatal a avaliar os significados que as mulheres atribuem à assistência recebida.

Vale ressaltar que as doenças, especialmente, as sexualmente transmissíveis, como a sífilis e a AIDS, no decorrer da história e ainda hoje, levaram e levam à exclusão social do sujeito e são utilizadas como forma de reprimir e estigmatizar grupos minoritários (Silva et al., 2006).

Estudo de Silva et al. (2006), também, encontrou resultado semelhante ao apresentado pela categoria TEMENDO SOFRER PRECONCEITOS. Os autores obtiveram relatos da história de vida de mães com sífilis que evidenciaram um enraizamento cultural, relacionando as DST às “mulheres da vida”, “às pecadoras” e às “infieis”. Em virtude dessas crenças, a reação das mulheres infectadas pela doença é de vergonha, buscando justificativas para sua contaminação.

Outro estudo que utilizou o método da história oral sobre a reorganização social de portadores de aids, os relatos evidenciaram que diante da descoberta da contaminação pelo HIV o portador preocupa-se com a expectativa do que a família e as outras pessoas pensam e reagem com temor de vir a sofrer preconceito, assim, omite publicamente que é portador do vírus (Fernandes, Neman, 2002).

O temor de sofrer discriminação por mães de portadoras de HIV/Aids surge da própria discriminação, levando-as, freqüentemente, ao isolamento

social para escaparem do julgamento moral da sociedade (Dupas, Oliveira, Costa, 1997).

A subcategoria **omitindo o diagnóstico do filho** mostra que esta ação materna é desenvolvida, como uma estratégia para escapar do julgamento moral da sociedade e, até mesmo, de suas próprias avaliações.

A ação humana é vista como resultado formado da auto-interação, isto é, é construída pelas indicações que a pessoa faz a si e a interpretação do que indica para agir. Isso acontece quando a pessoa se vê pelo lado de fora, colocando-se na posição do outro, vendo-se ou agindo em relação a si nessa posição (Blumer, 1969).

Embora a sexualidade, seja vista com mais naturalidade, ainda é difícil falar aberta e claramente sobre as DST, sem que haja um constrangimento para médicos e pacientes, quanto mais ao parceiro e à parceira. Apesar da mudança do nome de “doença venérea” para “doença sexualmente transmissível”, com finalidade de retirar um pouco da culpa historicamente associada ao termo, isto não foi alcançado. Ainda, o termo DST associa-se à culpa, à falta de higiene, à moralidade e ao pecado (Bruno, 2002).

Nos diversos estudos que analisam a experiência de mães que têm filhos internados pelos mais diversos motivos, o sentimento de culpa permeia toda a sua experiência. Neste estudo, os significados atribuídos a esse sentimento geraram a categoria SENTINDO CULPA POR TRANSMITIR A DOENÇA AO FILHO.

Belli (1999) estudou as representações sociais de mães com filhos internados na unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal e identificou que as mães relataram sentimento de culpa pelo fato de terem um filho com problemas de saúde, atribuindo culpa a si ou buscando um culpado para justificar o fato de não terem conseguido gerar uma criança de termo, saudável.

A sociedade modela e reprime a mãe por meio da cultura da culpa. No contexto da maternidade, associa-se entre si, de forma tão intrínseca, que acaba sendo vista como algo natural. Concomitantemente, os profissionais de saúde acabam por reforçar a culpa ao tratar a mulher, mãe,

atribuindo a responsabilidade às mães por terem transmitido a sífilis a seus filhos. A postura de acolhimento, por meio da adoção de um diálogo franco e esclarecedor, resulta em partilhar a responsabilidade pelo tratamento da doença (Silva, Santos, 2004).

VIVENCIANDO A INTERNAÇÃO DO FILHO, descreve a trajetória que essa mãe desenvolve a partir do momento que seu filho é internado na unidade neonatal para iniciar o tratamento da sífilis congênita, até o momento da alta hospitalar.

O puerpério é um período bastante vulnerável, carregado de emoções intensas e variadas, e o sistema de alojamento conjunto traz consigo a vantagem de evitar a separação de mães e filhos, numa época crucial para desenvolvimento do vínculo mãe e filho (Maldonado, 2002). Quando o recém-nascido é submetido a tratamento médico e necessita de recursos materiais de maior complexidade, como nos casos de sífilis congênita, é internado na unidade neonatal.

Nos primeiros dias após o parto, a mãe depara-se com uma grave ameaça a seu bem-estar psicológico decorrente da nova situação em que se encontra que inclui a inesperada internação do filho e de suas expectativas que não se confirmaram. A situação gera incertezas, frustrações, confusão, sentimento de desapontamento e culpa. (Afeck, Tennen, 1991).

Estudo que buscou compreender a vivência materna de separar-se do filho em situação de hospitalização da criança identificou que os sentimentos são expressos por meio de desejos, expectativas, angústias, medo e ansiedade, em um ir e vir de sentimentos, na tentativa de tomar ciência da situação vivenciada (Schneider, Machado, Collet, 2002). Estes sentimentos também foram identificados na subcategoria **sofrendo com a internação do filho**.

Resultados semelhantes foram descritos, como “Atravessando uma situação difícil” em estudo publicado por Oliveira e Ângelo (2000) que buscou compreender os significados que o familiar acompanhante atribui à experiência de ter um filho internado. A mãe enfrenta tudo para cumprir o que ela define, como sendo seu dever, buscar proteger e poupar o filho de mais sofrimento, mantendo-se vigilante a tudo que acontece com ele.

DANDO PRIORIDADE AO FILHO, demonstra que diante do fato de ter um filho internado, a mãe se vê como responsável pela saúde do bebê e isso implica, muitas vezes, abrir mão de si e assumindo integralmente o papel de cuidadora e acompanhante do filho internado. Elas permanecem a maior parte do tempo, ou mesmo, em tempo integral ao lado do filho, mesmo que ainda estejam sentindo desconfortos e dores próprias do período pós-parto.

Durante a vivência de ter um filho internado para tratamento de sífilis congênita, por vezes sentem-se muito exigidas, por diferentes motivos, tais como: ter outros filhos para cuidar, ter desconfortos físicos do pós-parto, ter condições financeiras limitadas, residirem longe do hospital, sentirem-se sozinhas e sobrecarregadas, sentirem-se impotentes diante dos procedimentos que o filho sofre ao longo de sua internação.

Na vivência de ser mãe acompanhante, a percepção de não estar dando conta de responder às demandas do papel materno, esposa, dona de casa, é descrita em estudo publicado (Oliveira, Ângelo, 2000)

SENTINDO-SE MUITO EXIGIDA, foi uma percepção identificada nos relatos das mães que acabaram de dar à luz. As demandas multiplicam-se, levando-as a pensar que estão no limite para conseguir dar conta das solicitações.

O pós-parto é um período de vivências, caracterizado pela acomodação de novos papéis a serem assumidos pelo fato de terem se tornado mães. As funções exercidas até então necessitam ser revistas para a acomodação do papel materno (Kimura, 1999).

As dúvidas a respeito da real situação do filho internado originam a sensação de impotência na família que se percebe à mercê da decisão de outras pessoas. À situação leva a família a ter percepções que do ponto de vista do profissional podem ser reais ou fantasiosos, que são manifestadas em ações, pensamentos e sentimentos que refletem a dificuldade para lidar com a situação, tais como nervosismo, choro, falta de apetite e outras alterações comportamentais (Pinto, Ribeiro, Silva, 2005).

A categoria TENDO APOIO, também, corrobora os dados encontrados em outros estudos que estudaram vivências de ter um filho

internado (Belli, 1999; Oliveira, Ângelo, 2000). A rede social em torno da mãe é fundamental para que ela possa enfrentar esta situação.

A subcategoria **tendo apoio de familiares e de pessoas significativas** relata a importância do apoio do companheiro em primeiro lugar, seguido da avó materna corroborando com os dados encontrados por Dessen e Braz (2000), que descrevem a rede social de apoio nas transições familiares decorrentes do nascimento de filhos.

O suporte da rede de apoio é fundamental nas transições decorrentes do nascimento de um filho. Dessen e Braz (2000) relatam que várias são as pessoas que oferecem suporte à família, destacando-se os próprios familiares, outros parentes da família extensa (avós, tios e primos), amigos, vizinhos e profissionais que auxiliam de diversas formas, tanto pode ser fornecendo apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas como cuidando dos outros filhos, orientando e prestando informações e oferecendo suporte emocional.

Com a necessidade de reorganizar o cotidiano diante da hospitalização do filho, a família busca estratégias de enfrentamento e uma delas é a rede de apoio que se origina na própria rede social incluindo a instituição hospitalar onde se encontra internada a criança (Pinto, Ribeiro, Silva, 2005).

A convivência e a solidariedade com outras mães são elementos necessários, para que haja o enfrentamento da situação, vivida por ela. A ajuda mútua no grupo de mães que estão vivenciando a mesma situação é fundamental para enfrentamento e superação da dor e sofrimento vivido nestes momentos. O papel de confiança e entrega atribuído aos profissionais que cuidam da criança hospitalizada, cujas mães por acreditarem no saber dos profissionais e, sobretudo, no saber médico, buscam forças para enfrentar essa realidade (Belli, 1999).

A sífilis é uma doença estigmatizada, e o preconceito atribuído a ela leva essas mães a acessarem menos sua rede de apoio, pois temem sofrer preconceito por parte dos seus ao revelar que têm a doença, além de querer preservar o filho, também, de sofrer preconceitos.

Outra estratégia de enfrentamento utilizada por essas mães é a fé em Deus evidenciada pela categoria TENDO FÉ E ESPERANÇA.

Por meio da fé em Deus, as mães encontram conforto e força para superar o sofrimento do processo de ter o filho internado (Belli, 1999). A fé é manifestada por orações, petições e rezas.

Os resultados apresentados levam a concluir ser necessário um novo olhar dos profissionais que atendem mulheres com sífilis e seus filhos com sífilis congênita, conforme defendem Silva e Santos (2004).

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi compreender a experiência de mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal submetidos ao tratamento de sífilis congênita. As questões que motivaram sua realização relacionaram-se ao modo de pensar, sentir e agir dessas mães ao vivenciarem essa experiência.

Os resultados obtidos, descritos sob a forma de temas, categorias e subcategorias, mostraram que a experiência ocorre de forma processual, com a identificação de elementos que interagem e possibilitam compreender a vivência materna representada pelos temas: **VIVENCIANDO O IMPACTO DA DESCOBERTA DA DOENÇA** e **VIVENCIANDO A INTERNAÇÃO DO FILHO**.

A experiência de descobrir a doença e ter o filho internado para tratamento de sífilis congênita é revestida de significado simbólico que repercute nas interações maternas consigo e com os outros significantes.

Com base no olhar interacionista e adotando o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados, foi possível revelar e compreender a experiência materna que me inquietava pelas suas atitudes que atribuía como uma fase de conflito e sofrimento, porém não compreendia o que significava para a mãe a vivência de ter contaminado o filho que teria de receber tratamento e para isso, precisar permanecer internado por mais dias no hospital. Atitudes de julgamento preconceituosas foram adotadas por mim, sem antes conhecer o significado que esta experiência representava à mulher.

Estudar a experiência da mãe que vivencia a internação de seu filho com sífilis congênita, permitiu compreender o impacto do diagnóstico e as repercussões do tratamento sobre a vida da mulher e família, e o significado atribuído por ela a esta experiência, apontando as necessidades da mulher e os problemas enfrentados por ela que necessitam de uma abordagem assistencial diferenciada ao planejar a assistência de enfermagem.

VIVENCIANDO O IMPACTO DA DESCOBERTA DA DOENÇA, descreve a trajetória da mulher, gestante que se torna mãe e que se descobre contaminada com diagnóstico de sífilis.

O tema revelou que a experiência de ter um filho internado para tratamento de sífilis diferencia-se da experiência de ter um filho internado em razão de outro tipo de doença. Por se tratar de uma doença sexualmente transmissível, a experiência materna é carregada de estigma e preconceitos. Os dados encontrados levam a refletir sobre a assistência que vem sendo prestada às mulheres em relação à abordagem diagnóstica e ao tratamento implementado na assistência pré-natal e pós-natal.

Algumas conclusões emergem dos dados apresentados: a assistência prestada prioriza a redução das taxas de sífilis e não considera o sentido que a doença tem para as mulheres e seus parceiros, ou seja, o modelo de assistência implementada pelos serviços de saúde às gestantes e seus parceiros consideram-nos como objetos da assistência e não os tratam como atores sociais, sujeitos e protagonistas do próprio corpo e história.

Desse modo, suas crenças, valores e expectativas não são objetos de cuidado do profissional, desconsiderando o significado simbólico atribuído por estes atores ao se elaborar e implementar o acompanhamento pré-natal e pós-natal.

VIVENCIANDO A INTERNAÇÃO DO FILHO, descreve a trajetória que esta mãe desenvolve a partir do momento que seu filho é internado na unidade neonatal para iniciar o tratamento da sífilis congênita, até o momento da alta hospitalar.

Compreender como estas mães vivenciam a internação de seu filho para tratamento de sífilis congênita leva-me a refletir sobre a assistência materno-infantil prestada.

Ao compreender a trajetória vivida pela mulher que tem um filho submetido a tratamento de sífilis congênita, os seguintes pontos destacam-se na experiência materna:

- A reação à descoberta da doença é de medo, angústia, dúvidas e sofrimento;
- O significado atribuído à doença reveste-se de preconceito por estar relacionado à promiscuidade sexual que pode repercutir sobre o relacionamento conjugal;

- A abordagem assistencial que se limita à detecção e tratamento da sífilis em gestantes e parceiro no atendimento pré-natal, não se mostrou efetiva;
- A rede de apoio social com a qual a gestante conta, facilita a mulher a enfrentar o processo de internação e tratamento do bebê.

Neste estudo o método adotado permite ampliar o modelo teórico ou encerrar quando se alcança a compreensão da experiência estudada.

Este estudo limitou-se a investigar a experiência de mulheres com a doença diagnosticada durante o período perinatal. Estudos com o objetivo de apreender o significado de estar com sífilis em outros períodos da vida de mulheres poderão revelar as especificidades, semelhanças e diferenças nas vivências e com isso subsidiar uma proposta de abordagem assistencial que considere as necessidades da mulher em diferentes fases do curso vital.

A Teoria Fundamentada nos Dados pontua que todo fenômeno é dinâmico e pode ser modificado, assim que outros dados emergirem e forem acrescentados à compreensão dessa experiência.

CAPÍTULO VII

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Afeck G, Tennen H. The effect of newborn intensive care on parents psychological well-being. *Children's Health Care*. 1991;20(1):6-14.

Amaro STA. A questão da mulher e a Aids: novos olhares e nova tecnologia de prevenção. *Saúde Soc*. 2005;14(2):89-99.

Araújo EC, Moura EFA, Ramos FLP, Holanda VGDA. Sífilis congênita: incidência em recém-nascidos. *J Pediatr (Rio J)*. 1999;75(2):119-25.

Barsati C, Valderato F, Diniz EMA, Succi RCM. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém-nascido. *Rev Soc Bras Med Tropical*. 1999;32(6):605-11.

Bazilli C, Rentería E, Duarte JC, Franciscatti KVS, Andrade LF, Rala LA. *Interacionismo simbólico e teoria dos papéis: uma aproximação para a psicologia social*. São Paulo: EDUC; 1998.

Beck CLC, Gonzales RMB, Leopardi MT. Detalhamento da metodologia. In: Leopardi MT. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria (RS): Palotti; 2001.

Belli MAJ. *Mães com filho internado na UTI neonatal: um estudo sobre representações sociais [tese]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Blumer H. *Symbolic interactionism: perspective and method*. London: University of California Press; 1969.

Bogdan R, Biklen SK. *Qualitative research for education: an introduction for the theory and method*. Boston: Allyn and Bacon; 1982.

Borges ALV. Relação de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(4):597-604.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 542, de 22 de fevereiro de 1986, Inclui a sífilis congênita e a Síndrome Imundeficiência Adquirida Sida/ Aids na relação de doenças de notificação compulsória [legislação na Internet]. Brasília; 1986. [citado 2006 jan. 12]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/geral/lc0304.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa sobre comportamento sexual da população brasileira e percepção sobre HIV/Aids [texto na Internet]. Brasília; 2000. [citado 2008 fev. 5]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/168comportamento.pdf> (05 fev. 2008).

Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita [texto na Internet]. Brasília; 2005. [citado 2006 jan. 12]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocumentsmanual_de_s%EDfis_cong%EArita_2005.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 5, de 21 de fevereiro de 2006. Inclui a sífilis na relação de doenças de notificação compulsória [legislação na Internet]. Brasília; 2006. [citado 2006 mar. 28]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS59BBE9C1PTBRIE.htm>

Bruno ZV. A sexualidade e as doenças sexualmente transmissíveis [carta]. J Bras Doenças Sex Transm. 2002;14(2):63-4.

Busby G, Ali Z, Simeon DT, Khan O, Abhang V. Value of routine long bone radiographs in management of babies with a positive VDRL at the Mount Hope Women's Hospital. West Indian Med J. 2002;51 (4):225-7.

Charmaz K. Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis. London: Sage; 2006. Coding in grounded theory practice; p. 42-71.

Charon JM. Symbolic interactionism. 3rd ed. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1989.

Chenitz WC, Swanson JM. From practice to grounded theory: qualitative research in nursing. California: Addison-Wesley; 1986.

Dessen MA, Braz MP. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicol Teoria Pesq.* 2000;16(3):221-31.

Doreto DT, Vieira EM. O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis entre adolescentes de baixa renda em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(10):2511-6.

Dupas G, Oliveira I, Costa TNA. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 1997;31(2):219-26.

Fernandes AMS, Antonio DG, Bahamondes LG, Cupertino CV. Conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cad Saúde Pública.* 2000;16(1):103-12.

Fernandes H, Neman FA. A (re)organização do querer viver social-familiar: uma história oral de portadores de aids. *Rev Paul Enferm.* 2002;21(2):126-32.

Glaser BG. *Theoretical sensitivity*. Mill Valley: The Sociology Press; 1978.

Glaser BG. The future of grounded theory. *Qualit Health Res.* 1999;9(6):836-45.

Glaser BG, Strauss AL. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine; 1967.

Haguette TMF. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes; 1992.

Kimura AF. *Enfrentando desafios e transformações para vir a ser mãe e profissional [tese]*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Kimura AF, Tsuneschiro MA, Ângelo M. Teoria fundamentada nos dados. In: Merighi MAB, Praça NS. *Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.39-45.

Lorenzi DRS, Madi JM. Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal. RBGO. 2001;23(10):647-52.

Maldonado MT. Psicologia da gravidez. 16ª ed. São Paulo: Saraiva; 2002. Aspectos psicológicos da gravidez, do parto e do puerpério; p.15-139.

Oliveira I, Ângelo M. Vivenciando com o filho uma passagem difícil e reveladora – a experiência da mãe acompanhante. Rev Esc Enferm USP. 2000;34(2):202-8.

Oriá MOB, Alves MDS. Adolescentes com papiloma vírus humano no contexto familiar. Rev Enferm UERJ. 2004;12(1):44-8.

Passos MRL. Fatores que interferem na prevenção de DST/Aids. J Bras DST. 2000;11(3):3-20.

Paz LC, Pereira GI, Matilda LH, Saraceni V, Ramos Júnior AN. Vigilância epidemiológica da sífilis no Brasil: definição de casos. Bol Epidemiol Aids DST. 2004;17(1):10-5.

Pereira MLD, Chaves EC. Ser mãe e estar com Aids: o revivescimento do pecado original. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(4):404-10.

Pinto JP, Ribeiro CA, Silva CV. Procurando manter o equilíbrio para atender suas demandas e cuidar da criança hospitalizada: a experiência da família. Rev Lat Am Enferm. 2005;13(6):974-81.

Praça NS, Merighi MAB. Pesquisa Qualitativa em Enfermagem. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p.1-3.

Queiroz DT, Pessoa SMF, Souza RA. Infecções pelo papiloma vírus humano (HPV): incertezas e desafios. Acta Paul Enferm. 2005;18(2):190-6.

Rodrigues CS, Guimarães MDC. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Rev Panam Saúde Pública. 2004;16(3):168-75.

Saraceni V, Domingues RMSM, Vellozo V, Lauria LM, Dias MAV, Ratto KMN, et al. Vigilância da sífilis na gravidez. *Epidem Serv Saúde*. 2007;16(2): 103-11.

Schneider JF, Machado MA, Collet N. Separação mãe-filho; aspectos emocionais da mãe. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2002;6(2):145-50.

Silva LR, Gomes Cardim M, Macedo EC, De Luca Nascimento MA, La Cava AM. Os aspectos culturais na história de vida de mães com sífilis: a enfermagem desvendando as influências para o cuidado. *Enferm Global* [periódico na Internet]. 2006 maio [citado 2008 fev. 10];8. Disponível em: <http://www.um.es/eglobal/>

Silva LR, Santos RS. O que as mães sabem e sentem sobre a sífilis congênita: um estudo exploratório e suas implicações para a prática de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2004;8(3):393-401.

Strauss A, Corbin J. *Basic of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Califórnia: Sage; 1990.

Universidade de São Paulo (USP). Hospital Universitário [home page na internet]. São Paulo; 2005. [citado 2008 mar. 10] Disponível em: <http://http://www.hu.usp.br/>.

Walker GJA. Antibióticos para sífilis diagnosticada durante el embarazo (Cocharane Review). In: *The Cocharane Library*, issue 1, [texto na Internet]. 2006. [citado 2006 abr. 4]. Disponível em: <http://cocharane.bireme.br/cocharane/show.php?db=esreview>

CAPÍTULO VIII

ANEXOS

ANEXO 1

São Paulo, 3 de outubro de 2003.

Il^{mo}(a). Sr^a(a).

Profa. Dra. Amélia Fumiko Kimura
Escola de Enfermagem
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Referente: Projeto de Pesquisa "A experiência de ter um filho internado para tratamento de sífilis congênita" - Cadastro: 398/03

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião de 3 de outubro de 2003, analisou o projeto de pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como, seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196 de 10-10-1996, item VII.13.d.

O primeiro relatório do referido projeto está previsto para **3 de outubro** de 2004.

Atenciosamente,

Dra. Maria Teresa Zulini da Costa
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

c.c. Departamento de Enfermagem

ANEXO 2

São Paulo, 17 de março de 2006.

$\Pi^{\text{m(a)}} \cdot S^{\text{r(a)}}$

Dra. Amélia Fumiko Kimura

Depto. de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica

Escola de Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: Projeto de Pesquisa "*A experiência de ter um filho internado para tratamento de sífilis congênita*" - Registro CEP: 398/03

Prezado(a) Senhor(a)

Em 17 de março de 2006 durante reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, foi apresentada e aprovada a alteração conforme solicitado em carta datada de 16 de fevereiro de 2006 (cópia anexa).

Atenciosamente,

Dra. Maria Teresa Zulini da Costa
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa – HU/USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP
Avenida Professor Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05308-900 São Paulo - SP
Tel.: (11) 3039-9457 ou 9479 – Fax: (11) 3039-9452 – Email: cep@hu.usp.br

ANEXO 3

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Sou Ana Paula Almeida Brito, enfermeira obstetra, número USP 3308224, estou fazendo uma pesquisa que tem como título do projeto “A experiência de ter um filho internado para tratamento de sífilis congênita”, sob orientação da Profa. Dra. Amélia Fumiko Kimura da Escola de Enfermagem da USP. A finalidade do estudo é poder aprimorar o atendimento de enfermagem às mães de recém-nascidos submetidos a tratamento de sífilis congênita, cujos objetivos são: descrever a experiência materna de descobrir-se soropositiva para sífilis; descrever a experiência materna de ter seu filho recém-nascido internado para realizar tratamento de sífilis congênita; identificar as ações que esta mãe desenvolve na vivência de ter seu filho internado.

Nesta pesquisa, necessito entrevistar as mães de bebês internados que estão em tratamento de sífilis congênita e faço perguntas sobre a experiência de ter exame positivo para sífilis e de ter o bebê internado para realizar tratamento.

Venho solicitar sua colaboração para participar do estudo e permitir que eu possa gravar a entrevista em fita cassete.

Saliento que a entrevista será realizada em local privativo, de sua escolha e seu nome será mantido em sigilo.

Você é livre para decidir se aceita ou não participar deste estudo. Caso concorde participar e depois queira desistir, poderá fazê-lo a qualquer momento, sem sofrer prejuízos na continuidade da assistência qualquer que seja sua decisão.

Os resultados desta pesquisa serão divulgados em publicações e eventos científicos. A previsão de término da pesquisa é para o segundo trimestre de 2008. Estamos disponíveis para esclarecimentos e informações adicionais nos seguintes endereços e telefones:

Ana Paula Almeida Brito: Rua Manoel Gaia 1535,Vila Mazzei –02011-001– São Paulo –SP - Telefone:6262-1260 ou 8147-1260- E-mail:aninhapaulaaalmeida@ig.com.br

Amélia Fumiko Kimura: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 05403-000 - São Paulo – SP -
Telefone: 3085-7602 - Fax:3088-8213 - E-mail: fumiko@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU: Av. Prof. Lineu Prestes 2565,
Cidade Universitária – 05508-900- São Paulo- SP - Telefones: 3039-9457 ou
3039-9479 – E-mail: cep@hu.usp.br

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAR DE PESQUISA CIENTÍFICA**

(Resolução do Conselho Nacional de Pesquisa –10/10/1996)

Dados de identificação do sujeito da pesquisa

Nome:

Data de nascimento:

Endereço:

RG:

Telefone:

Assino este documento em duas vias, sendo que uma ficará em meu poder e a segunda com a pesquisadora que será encaminhada ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da USP.

Declaro que, após convenientemente esclarecida pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto participar do presente projeto de pesquisa.

São Paulo, de de 2006.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Ana Paula Almeida Brito
Enfermeira Obstetra
Hospital Universitário