

**Itinerário terapêutico de mulheres com sífilis: do (des)conhecimento até as escolhas para  
o cuidado com a saúde**

**Therapeutic itinerary of women with syphilis: from (non)knowledge to choices for  
health care**

**Itinerario terapéutico de mujeres con sífilis: del (no)conocimiento a las opciones de  
atención de la salud**

Recebido: 11/11/2020 | Revisado: 15/11/2020 | Aceito: 21/11/2020 | Publicado: 26/11/2020

**Isis Vanessa Nazareth**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2504-2472>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [ivnenfermagem@gmail.com](mailto:ivnenfermagem@gmail.com)

**Leila Rangel da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1831-0982>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [rangel.leila@gmail.com](mailto:rangel.leila@gmail.com)

**Selma Villas Boas Teixeira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8799-0243>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [selma.villasboas@globo.com](mailto:selma.villasboas@globo.com)

**Inês Maria Meneses dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1057-568X>

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [inemeneses@gmail.com](mailto:inemeneses@gmail.com)

**Ana Beatriz Azevedo Queiroz**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2447-6137>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [abaqueiroz@hotmail.com](mailto:abaqueiroz@hotmail.com)

**Sabrina Ayd Pereira José**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1032-9259>

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: [sabrinaayd@gmail.com](mailto:sabrinaayd@gmail.com)

## Resumo

Itinerários terapêuticos são constituídos pelos movimentos desencadeados por indivíduos na escolha, avaliação e adesão (ou não) a formas de tratamento para resolver os problemas de saúde. Ao compreender que a cultura determina o tipo de cuidado desejado, intui-se tornar a prática da enfermagem culturalmente embasada na construção do itinerário terapêutico de mulheres com sífilis. Objetivou-se compreender o itinerário terapêutico das mulheres com diagnóstico de sífilis fora do ciclo gravídico puerperal. Baseado no método da Etnoenfermagem, realizado no Programa Municipal de DST/AIDS em Macaé/RJ. Participaram vinte mulheres com diagnóstico de sífilis e sete profissionais de saúde. A obtenção dos dados foi através da utilização de dois capacitadores da Teoria do Cuidado Cultural, além de entrevistas. A análise dos depoimentos fundamentou-se no método da Etnoenfermagem. Nos resultados descreve-se o perfil dos participantes e codificou-se duas categorias analíticas: A entrada no sistema de cuidado à saúde: construindo o itinerário terapêutico para a sífilis; e a trilha de interações sociais e culturais para o cuidado com a sífilis. Discute-se que o itinerário terapêutico das mulheres com sífilis está relacionado às questões sociais e culturais, remetendo-nos a uma responsabilidade como profissionais de saúde junto ao desafio de entender a cultura e o cuidado como dimensões inseparáveis. Conclui-se que é significativa a dúvida das mulheres em relação ao contexto da sífilis. Constatou-se a necessidade de discutir a problemática da sífilis não apenas no ciclo gravídico puerperal, sendo preciso unir esforços para o aconselhamento e tratamento desta infecção em todas as fases da vida.

**Palavras-chave:** Enfermagem transcultural; Saúde da mulher; Doenças sexualmente transmissíveis; Sífilis.

## Abstract

Therapeutic itineraries consist of the movements triggered by individuals in choosing, evaluating and adhering (or not) to forms of treatment to solve health problems. By understanding that culture determines the type of care desired, it is intended to make nursing practice culturally based on the construction of the therapeutic itinerary of women with syphilis. The objective was to understand the therapeutic itinerary of women diagnosed with syphilis outside the puerperal pregnancy cycle. Based on the Ethnonursing method, carried out in the Municipal STD/AIDS Program in Macaé/RJ. Twenty women diagnosed with syphilis and seven health professionals participated. The data was obtained through the use of two trainers from the Cultural Care Theory, in addition to interviews. The analysis of the

testimonies was based on the Ethnonursing method. The results describe the profile of the participants and two analytical categories were coded: Entry into the health care system; building the therapeutic itinerary for syphilis; and the trail of social and cultural interactions for the care of syphilis. It is argued that the therapeutic itinerary of women with syphilis is related to social and cultural issues, leading us to a responsibility as health professionals with the challenge of understanding culture and care as inseparable dimensions. It is concluded that the doubt of women in relation to the context of syphilis is significant. There was a need to discuss the problem of syphilis not only in the puerperal pregnancy cycle, and it is necessary to join efforts to advise and treat this infection in all stages of life.

**Keywords:** Transcultural nursing; Women's health; Sexually transmitted diseases; Syphilis.

### **Resumen**

Los itinerarios terapéuticos consisten en los movimientos que desencadenan los individuos al elegir, evaluar y adherirse (o no) a formas de tratamiento para solucionar problemas de salud. Al entender que la cultura determina el tipo de cuidado deseado, se pretende hacer la práctica de la enfermería culturalmente a partir de la construcción del itinerario terapéutico de la mujer con sífilis. El objetivo fue conocer el itinerario terapéutico de las mujeres diagnosticadas con sífilis fuera del ciclo del embarazo puerperal. Basado en el método de Etnoenfermería, realizado en el Programa Municipal de ITS/SIDA en Macaé/RJ. Participaron 20 mujeres diagnosticadas de sífilis y siete profesionales de la salud. Los datos se obtuvieron mediante el uso de dos capacitadores de la Teoría del Cuidado Cultural, además de entrevistas. El análisis de los testimonios se basó en el método etnoenfermería. Los resultados describen el perfil de los participantes y se codificaron dos categorías analíticas: Ingreso al sistema de salud: construcción del itinerario terapéutico para la sífilis; y el rastro de interacciones sociales y culturales para el cuidado de la sífilis. Se argumenta que el itinerario terapéutico de las mujeres con sífilis está relacionado con cuestiones sociales y culturales, lo que nos lleva a una responsabilidad como profesionales de la salud con el desafío de entender la cultura y el cuidado como dimensiones inseparables. Se concluye que la duda de las mujeres en relación al contexto de la sífilis es significativa. Era necesario discutir el problema de la sífilis no solo en el ciclo del embarazo puerperal, y es necesario aunar esfuerzos para asesorar y tratar esta infección en todas las etapas de la vida.

**Palabras clave:** Enfermería transcultural; Salud de la mujer; Enfermedades de transmisión sexual; Sífilis.

## 1. Introdução

Esta investigação tem como objeto de estudo o itinerário terapêutico (IT) das mulheres com sífilis fora do ciclo gravídico puerperal. O IT é constituído por todas as práticas desencadeadas por indivíduos ou grupos sociais na escolha, avaliação e adesão (ou não) a determinadas formas de tratamento para resolver os seus problemas de saúde (Alves, 2015).

Considerando que os estudos sobre IT relacionados às infecções sexualmente transmissíveis (IST) no Brasil ainda são recentes e minimamente possui a atenção voltada a mulher fora do ciclo gravídico puerperal, faz-se relevante a realização de pesquisas que desvelem as práticas para o cuidado com a sífilis, no intuito de subsidiar a implementação de programas ministeriais com estratégias públicas preventivas que possibilitem a qualidade do acesso integral para todas as mulheres, gestantes ou não e suas parcerias sexuais (Alves, 2015; Brasil, 2018; Leininger & McFarland, 2015).

Apesar do tratamento, no que diz respeito à terapêutica medicamentosa ser eficaz e de baixo custo, a sífilis vem se mantendo como um grave problema de saúde pública provocando reflexões sobre as dificuldades das estratégias de elaboração do IT na população, como mostra os dados divulgados pelo Boletim Epidemiológico em 2018. Este documento revela que a sífilis adquirida em mulheres aumentou de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 58,1 casos por 100 mil habitantes em 2017, ou seja, 169.339 casos de sífilis ocorreram em mulheres fora do ciclo gravídico puerperal no Brasil em um curto espaço de tempo (Brasil, 2018). Ao compreender que a cultura determina o tipo de cuidado desejado, Leininger & McFarland (2015) intuíram tornar o conhecimento, o princípio da integralidade, da universalidade e a prática profissional culturalmente embasada, conceituada e planejada para os consumidores dos serviços de saúde, compreendendo sua perspectiva, sua visão de mundo e seu conhecimento como base para o auxílio na construção do IT de mulheres com sífilis.

Assim, para dar direcionamento ao estudo obteve-se a seguinte questão norteadora: Como se dá o IT de mulheres com diagnóstico de sífilis fora do ciclo gravídico puerperal?

Tendo em vista o questionamento a respeito do IT de mulheres com diagnóstico de sífilis, foi proposto o seguinte objetivo: Compreender o IT das mulheres com diagnóstico de sífilis fora do ciclo gravídico puerperal.

## 2. Metodologia

Estudo qualitativo baseado no método da Etnoenfermagem e na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (Leininger & McFarland, 2015). Foi realizado no município de Macaé–Brasil no Programa Municipal DST/AIDS, com 20 mulheres com diagnóstico de sífilis adquirida e sete profissionais de saúde.

A coleta de dados ocorreu entre março de 2016 a fevereiro de 2017. Os critérios de inclusão foram mulheres com diagnóstico de sífilis adquirida que fizeram acompanhamento no Programa Municipal de Programa Municipal de DST/AIDS do município de Macaé/RJ e profissionais de saúde com nível de escolaridade técnico e superior do mesmo programa. Excluiu-se as mulheres gestantes ou puérperas e os profissionais que estavam de férias, afastamento ou qualquer impossibilidade de comparecer ao serviço durante a coleta de dados.

Para a coleta de dados, Leininger e McFarland (2015) através da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural propõem a ideia dos capacitadores (*enabler*) como meios de explicar ou descobrir os fenômenos complexos, como o cuidado humano. O uso dos capacitadores (*enabler*) indicam um meio participativo e cooperativo de obter as ideias dos participantes, por isso são condizentes com estudos qualitativos, além de oportunizem a elucidação do cuidado cultural.

Assim, para viabilizar a coleta de dados foi necessário desenvolver os seguintes capacitadores de acordo com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural: O Modelo de *Sunrise* através do questionário sócio-econômico-cultural, proposto pela teórica Madaleine Leininger. Com esse modelo é possível operacionalizar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, orientando o estudo para a diversidade e universalidade do cuidado de enfermagem e tem como objetivo descobrir, explicar, interpretar e predizer conhecimento do cuidado, bem como desenvolver cuidado de enfermagem culturalmente congruente (Leininger & Mcfarland, 2015).

O segundo capacitador é a Observação-Participação-Reflexão. Ao usar este capacitador, é possível mover-se gradualmente da observação para a participação e dela, para a reflexão, confirmando continuamente os resultados durante e após cada período de observação com os participantes (Leininger & Mcfarland, 2015). Além disso, utilizou-se duas entrevistas semiestruturadas, uma para as mulheres com diagnóstico de sífilis e outra para os profissionais de saúde.

Em respeito às normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas – CONEP, da Resolução 466/2012, esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, tento parecer aprovado sem ressalvas sob protocolo 1.463.248. Para garantir o anonimato dos participantes substituiu-se seus nomes pela letra – M e letra – P com numerais. Assim, tivemos a seguinte ordenação: M1 a M20, e P1 a P7.

A análise de dados foi fundamentada método da Etnoenfermagem e na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (Leininger & McFarland, 2015), sendo dividida em quatro fases. Na fase I houve coleta, descrição, registro e início da análise dos dados relativos aos objetivos e domínio de inquirição, neste caso IT de mulheres com sífilis. Na fase II houve a identificação e categorização de narradores. Na fase III realizou-se a análise contextual e na última fase (IV) foi requerida a síntese de pensamento, resultados de interpretação e formulação criativa de dados das fases anteriores (Leininger & McFarland, 2015).

### 3. Resultados e Discussão

Inicialmente, será exposto o perfil sócio-econômico-cultural com a caracterização dos fatores modo de vida, econômicos e educacionais (1º Nível do Modelo de *Sunrise*) das mulheres com diagnóstico de sífilis fora do ciclo gravídico puerperal (Quadro 1).

**Quadro 1.** Perfil Sócio-Econômico-Cultural das Mulheres com Sífilis.

Ident <sup>1</sup>	Idade (anos)	Situação Conjugal	Tipo de moradia	Renda da Família	Fonte de Renda	Escola - ridade	Motivo Interrupção dos Estudos
M1	26	Solteira	Própria	R\$ 2.360	M1/mãe/irmã	EMT <sup>2</sup>	Interrupção FIES <sup>7</sup>
M2	34	Viúva	Aluguel	R\$ 1.500	Pensão	EMT	Condição Financeira
M3	32	União Estável	Própria	R\$ 1.700	Parceiro	EFI <sup>3</sup>	Casamento/filhos
M4	32	União estável	Própria	R\$ 880	Mãe	EMT	Opção
M5	27	Casada	Própria	R\$ 1.100	Parceiro	EFC <sup>4</sup>	Gravidez
M6	19	União estável	Própria	R\$ 880	Parceiro /sogra	EFC	Gravidez
M7	33	União estável	Aluguel	R\$ 880	Parceiro	EMC <sup>5</sup>	Gravidez
M8	19	União	Aluguel	R\$	Parceiro	EMI <sup>6</sup>	Mudança

		estável		1.600	/Irmã		de cidade
M9	20	Solteira	Própria	R\$ 1.200	Mãe	EFC	Opção
M10	17	Solteira	Aluguel	R\$ 2.150	Pensão/mãe	EMI	Gravidez
M11	20	União Estável	Própria	R\$ 1.321	Padrasto/Parceiro	EMI	Gravidez
M12	22	Casada	Aluguel	R\$ 880	Própria	EFC	Trabalho
M13	23	União estável	Aluguel	Não sabe	Irmã/cunhado	EMC	Opção
M14	22	União estável	Própria	R\$ 880	Própria	EMI	Opção
M15	23	União estável	Aluguel	R\$ 1.300	Mãe	EMI	Trabalho
M16	25	Solteira	Aluguel	Não sabe	Mãe	EMI	Opção
M17	32	União estável	Própria	R\$ 480	Própria	EMC	Opção
M18	23	União estável	Aluguel	R\$ 880	Parceiro	EMI	Gravidez
M19	20	União Estável	Aluguel	R\$ 3.000	Parceiro / sogro	EMC	Gravidez
M20	20	Casada	Aluguel	Não sabe	Parceiro	EMC	Gravidez

<sup>1</sup>Identificação/ <sup>2</sup>Ensino Médio Técnico/ <sup>3</sup>Ensino Fundamental Incompleto/ <sup>4</sup>Ensino Fundamental Completo/ <sup>5</sup>Ensino Médio Completo / <sup>6</sup>Ensino Médio Incompleto/ <sup>7</sup>Fundo de Financiamento Estudantil.

Fonte: Formulário Perfil Sócio-Econômico-Cultural (2017).

A média de idade das 20 mulheres entrevistadas é de 24,3 anos. Ou seja, são mulheres em idade fértil e estão expostas às vulnerabilidades relacionadas à vida sexual e reprodutiva. Salienta-se que a variação da idade é importante para a pesquisa, já que, a cada década de idade, é possível vislumbrar mudanças culturais na sociedade e no que diz respeito à preocupação com a saúde (Chaves et al., 2019).

Com relação ao estado civil observa-se que 12 (60%) mulheres estão em união estável com seus parceiros e 3(15%) são casadas. Estudo realizado com mulheres brasileiras casadas e portadoras de IST revelaram que a maioria considerava a convivência prolongada com o parceiro como uma forma de segurança em relação a sífilis. (Vasconcelos et al., 2017). Mas o que se constata é que as mulheres se encontram em uma situação de grande vulnerabilidade em relação às IST, em decorrência de seu comportamento sexual desprotegido, creditando confiança nos parceiros.

Analisa-se que 9 (45%) entrevistadas possuem casa própria, mas somente uma possui o registro do imóvel. No entanto, todas residem em áreas periféricas fato que colabora para instalações em terrenos irregulares no que diz respeito à documentação. A característica de áreas de favelas, de acordo relatório da Prefeitura Municipal de Macaé (2011), são reflexos das atividades econômicas implantadas em Macaé/RJ que produziram um padrão espacial desordenado, tendo em vista a existência de uma legislação urbanística que não atendeu à dinâmica de crescimento da cidade.

Outro fator abordado com as mulheres é o econômico. A renda média calculada é de R\$ 1.382 sendo que 9(45%) possuem o companheiro como provedor financeiro principal. As demais ou recebem ajuda financeira da mãe, irmã, cunhado, ou em alguns casos, se mantêm com benefícios previdenciários. Isto deve ser destacado, uma vez que 5(25%) mulheres contribuem com a renda familiar. A dependência econômica da mulher, principalmente do companheiro, pode se converter em uma dependência também emocional. As duas juntas, atuam como um instrumento de submissão da mulher ao companheiro e à estrutura familiar. Isto é reflexo de uma situação social ainda orientada pela ideologia patriarcal que legitima e justifica a mulher na esfera somente doméstica onde ela desenvolve um trabalho invisível e não valorizado socialmente (Silva, 2018).

No tocante ao grau de escolaridade 8(40%) finalizaram o ensino médio, sendo que dessas, 3(15%) deram continuidade nos estudos ao concluírem o ensino técnico. A gravidez é citada por 8(40%) mulheres como o principal motivo para interrupção escolar. A baixa escolaridade, como se observa nestes dados, impede que as mulheres realizem escolhas mais adequadas para as suas necessidades em saúde e de vida. Esta constatação reforça ainda mais a necessidade premente da educação em saúde, baseada nos modos de vida de mulheres com sífilis para que este cuidado seja oferecido de acordo com a realidade individual. O direito de participar nos espaços e processos comuns de ensino e aprendizagem está previsto na legislação, e as políticas educacionais devem estar compatíveis com esses pressupostos que orientam para o acesso pleno e condições de equidade no sistema de ensino e saúde (Vicentim et al, 2020).

Assim, para abordar a entrada da mulher com sífilis no Sistema de Cuidado à Saúde para a construção do IT, com o intuito de interpretar a realidade social e buscando entender o mundo das interações humanas traçou-se o perfil do profissional de saúde que cuida das mulheres com sífilis no Programa Municipal de Programa Municipal de DST/AIDS do município de Macaé/RJ (Quadro 2).



**Quadro 2.** Perfil dos Profissionais da Saúde.

Profissional da Saúde	Idade	Sexo	Nível de Escolaridade	Tempo de serviço
P1	59 anos	Feminino	Superior	15 anos
P2	41 anos	Feminino	Superior	2 anos
P3	30 anos	Masculino	Técnico	4 anos
P4	45 anos	Feminino	Superior	4 anos
P5	38 anos	Feminino	Superior	8 anos
P6	37anos	Feminino	Superior	2 anos
P7	51 anos	Feminino	Superior	9 anos

Fonte: Entrevista profissionais de saúde, (2017).

Foram entrevistados sete profissionais de saúde que atendem mulheres com sífilis no Programa Municipal de DST/AIDS de Macaé/RJ. A média de idade dos profissionais de saúde é de 43 anos. Somente um profissional de saúde é do sexo masculino com nível técnico de escolaridade. A média do tempo de serviço foi de 6,2 anos.

Entende-se que o perfil profissional para trabalhar com doenças sexualmente transmissíveis deve ser voltado para a produção do cuidado integral com abordagem humanista, crítica e reflexiva; afinado com a realidade social e cultural, com o processo de saúde-doença e comprometido com o ser humano. Além disso, os profissionais devem desenvolver habilidades e competências gerais que ultrapassam os limites do conhecimento técnico, algumas delas são: comunicação, liderança, atuação de maneira colaborativa/em equipe, tomada de decisões, educação permanente, desenvolvendo atitudes voltadas para a saúde, cidadania, comunidade e a atuação em equipe (Galvão, Freitas, Casseiro, Pereira & Oliveira, 2014).

Após o conhecimento do perfil sócio-econômico-cultural das mulheres com sífilis e dos profissionais de saúde, a trajetória de aproximação com o objeto de pesquisa deu-se por meio da leitura das entrevistas que teve como fio condutor, o ponto de vista da mulher sobre o tratamento da sífilis e dos profissionais de saúde que cuidam dessas mulheres. Realizou-se análise dos dados relativos aos objetivos e domínio de inquirição, neste caso IT de mulheres com sífilis, codificando-se duas categorias analíticas: 1) A entrada no sistema de cuidado à saúde: Construindo o itinerário terapêutico para a sífilis; e 2) A trilha de interações sociais e culturais para o cuidado com a sífilis

## **A entrada no sistema de cuidado à saúde: construindo o itinerário terapêutico para a sífilis.**

O cuidado à saúde é descrito como um sistema constituído por três subsistemas: popular, *folk* (especialistas de cura não formais, não certificados legalmente que se utilizam de ervas, chás, cirurgias espirituais) e profissional (Alves, 2015), posto que para entender a saúde das mulheres e a maneira como encaram a sífilis é necessário considerar suas práticas a partir do cenário onde tomam forma, pois cada contexto é singular e os indivíduos moldam os seus pensamentos e as suas ações a partir do espaço social em que vivem (Leininger & McFarland, 2015).

Ao receberem o diagnóstico de sífilis as mulheres buscaram explicações para alívio de seu sofrimento, escolhendo dar sentido de acordo com o seu ambiente cultural<sup>1,3</sup>. Em muitos casos, a descoberta da infecção foi permeada de muitas dúvidas e especulações, pois desconheciam o agravo, como cita M3 e M11:

*Pior que eu não conheço. Eu nem sei o que é sífilis na verdade, achava que era como um câncer (M3).*

*Quando eu cheguei lá desesperada, a médica falou assim: 'Ah você está com sífilis.' Mas não explicou sífilis, gente, que doença é essa? É igual a AIDS?' (M11).*

Verificou-se que quando as mulheres são diagnosticadas com sífilis fora do Programa Municipal DST/HIV elas não passam por sessão de aconselhamento. Isto dificultou muito o entendimento delas sobre a IST.

Pondera-se que o aconselhamento para a sífilis é fundamental, e não deve ser realizado dentro de processos que necessitam de um momento único, ou seja, no momento do diagnóstico. A oferta de informação deve ser realizada em várias sessões, durante todo o curso do tratamento (Rocha, Ew, Moro, Zanardo & Pizzinato, 2018). É importante também atentar para qual público a orientação é repassada, pois os esclarecimentos devem ter simetria e clareza para melhor compreensão das informações (Previati, Vieira & Barbieri, 2019), como sugere M12:

*Essa conversa de médico que ninguém entende. Às vezes eles acham que o paciente é médico e falam como médico e não é assim! E eu só queria que alguém me ouvisse da forma como eu penso (M12)*

O cuidado individualizado na construção do IT é fundamental para garantir o acesso à saúde de forma igualitária e inclusiva, sendo que o direito à informação deve respeitar o nível de escolaridade, os valores culturais e a linguagem, para que todos se sintam apoiados e informados (Alves, 2015; Leininger & McFarland, 2015; Rocha, et al, 2018; Previati et al., 2019).

Refletindo sobre o tipo de (des)informação que tiveram, as mulheres ao receberem o diagnóstico de sífilis iniciaram as primeiras escolhas para o IT. Vale mencionar que todas elas descobriram a infecção em instituições de saúde, mas buscaram outros recursos terapêuticos, adentrando no subsistema popular.

Neste subsistema as primeiras decisões femininas foram efetuadas, uma vez que elas pesquisaram o início dos sintomas, fisiopatologia, curso da infecção e refletiram sobre a gravidade, agilizando e aderindo (ou não) ao processo terapêutico proposto por algum subsistema que compõe o sistema de cuidado à saúde (Alves, 2015; Lee, Hoti, Hughes & Emmerton, 2015; Millenson, Baldwin, Zipperer & Singh, 2018).

Duas mulheres (M1 e M10) adentraram no subsistema popular por meio de informações recebidas em atividades escolares ou nas empresas que trabalham. Isto caracteriza a diversidade do contexto social e cultural que as envolve, visto que apesar de já terem o diagnóstico em mãos, atentaram-se para esclarecimentos fora das instituições formais de saúde (Alves, 2015; Leininger & McFarland, 2015; Previati et al., 2019).

*No serviço teve palestra e eu já estava me sentindo incomodada com uma mancha e ferida, mas achei que não era relacionado a sífilis, lá que vi que era (M1)*

*Foi num seminário que a professora pediu na minha escola e eu já estava com sífilis, aí que conheci isso (M10)*

É necessário citar que nenhuma das mulheres entrevistadas referiu participação em educação em saúde sobre sífilis durante o acompanhamento de saúde do Programa Municipal de DST/Aids. O que é confirmado pelos profissionais P1 e P3 que ali atuam:

*Até agora não tem não (P1).*

*Eu, por exemplo, nunca presenciei (P3).*

Outras 12(60%) mulheres se apropriaram de outro possível recurso terapêutico, buscando possibilidades na rede mundial de computadores – a internet, como relatam M10 e M14:

*Pesquisei na internet que quando você tem sífilis você fica com uma doença muito forte e fica só deitada. Ela vai fazendo um rombo, um bicho comendo tudo (M10).*

*Porque eu não sabia o que era, eu comecei a pesquisar na internet para ver se tinha cura, qual o remédio, o que era bom (M14).*

Pressupõe-se então que o meio digital se tornou uma importante ferramenta na construção IT, pois para M1 e M15 a preocupação com a sífilis só aconteceu depois de fotos vistas no computador. Elas compararam as fotografias virtuais com o que experienciaram ou que poderiam experienciar, inclusive avaliando em si o estágio da sífilis.

*Eu pesquisei porque eu queria ver as imagens da doença, queria ver se em mim estava assim (M1).*

*Eu vi tanta coisa nas fotos, depois do terceiro estágio causa um monte de problema na vista, mas eu ainda não estava assim (M15).*

Por isso que para compreender a saúde das mulheres e a forma como elas enfrentam a sífilis torna-se necessário analisar suas práticas em busca de saúde (Alves, 2015; Leal et al., 2018). Se tivessem passado por sessões de aconselhamento sobre a infecção no momento do diagnóstico, teriam outro percurso no IT, que não fosse a internet, sanando suas dúvidas de maneira responsável, amenizando o sentimento de ansiedade (Rocha et.al., 2018; Previati et al., 2019), pois para M6 e M13 a rede mundial de computadores possui informações confusas e muitas das vezes errôneas.

*É que foi transmitida pela lâmina de barbear, a única que eu pesquisei na internet (M6).*

*A internet é meio complicada. Cada artigo fala uma coisa, acaba confundindo a cabeça, mas em mim estava igual na foto que vi, aí que fui tratar (M13).*

A falta de informação e a necessidade de buscar entender a infecção fez com que as participantes também relacionassem a sífilis com outros agravos, tais como: infecção urinária, quedas de cabelo, enfraquecimento dos ossos, e até com pelo encravado. Estes conceitos podem ser resultado da dinamicidade cultural (Leininger & McFarland, 2015), pois mediante influências externas as mulheres possuem uma imagem do agravo. Esta imagem pode influenciar no IT, ajudando a estabelecer critérios para buscar apoio profissional, ou permanecer no subsistema popular (Alves, 2015; Silva, Sancho & Figueiredo, 2016).

*Achei que fosse algum pelo encravado só que se agravou, estava descascando, só depois disso que procurei uma consulta (M7).*

*Eu achei que fosse alguma coisa haver com uma infecção urinária (M11).*

*Só estou lembrando a questão de cair cabelo e enfraquecimento dos ossos que eu usei vitamina em casa, mas não funcionou. Fui então ver o postinho (M12).*

Como aconteceu com as mulheres M7, M11 e M12, as pessoas com problemas de saúde em busca de explicação, diagnóstico ou tratamento recorrem a diversas alternativas existentes, escolhendo o que faz sentido culturalmente (Leininger & McFarland, 2015). Isto faz parte de adentrar também no subsistema *folk* onde se manifestam os diversos ambientes para o cuidado cultural (Alves, 2015; Silva et al., 2016; Siqueira, Jesus, & Camargo, 2016; Zuim & Trajman, 2018), entre eles estão o uso de ervas e banhos medicinais, como cita P15 e P17:

*Minha avó é curandeira e fala que tomar banho com frutas mais azedas as doenças passadas por sexo ficam curadas. Ela falou passar limão no corpo. Eu faço né? (M15).*

*Minha tia vende ervas medicinais e disse sobre a aroeira. Pode colocar a folha nas partes para tirar a sífilis. Acho que suga a doença e a doença passa para a folha (M17).*

Não raro, a prática de cuidado com a sífilis tende a ser estabelecida de acordo com especialistas de cura não formais (subsistema *folk*), por isso a sua característica cultural

(Leininger & McFarland, 2015; Siqueira et al., 2016; Zuim & Trajman, 2018; Luz et. al., 2019). Observa-se que as mulheres envolvidas no processo de cuidar cresceram e aprenderam umas com as outras (Leininger & McFarland, 2015), aspecto relevante para interpretar o dinamismo cultural na construção do IT para a IST (Alves, 2015).

Em relação ao subsistema profissional, 8(40%) mulheres só aderiram ao tratamento recomendado por profissionais de saúde após as comparações dos sinais e sintomas no próprio corpo (Alves, 2015; Millenson et al, 2018) ou seja, após visualizarem a roséola sífilítica ou terem lesões. Todavia, a sífilis é uma infecção silenciosa na fase primária, tornando difícil a adoção das práticas de saúde, aumentando as chances de morbidade na fase secundária e terciária (Mahmud, Clerici, Santos, Behar & Terra, 2019), como ocorreu com M4 e M16.

*No início eu não tive lesões na vagina, eu não sentia dor, então não tratei (M4).*

*É ruim saber que está doente e não dá pra ver, só depois que eu tive manchas que corri com o tratamento. O negócio ficou feio (M16).*

A situação de primeiro ter a imagem da doença para então entrar no subsistema profissional é bem esclarecido em estudos sobre IT (Alves, 2015; Luz et. al., 2019; Mahmud et al., 2019), pois a partir das projeções, as pessoas identificam situações e alternativas, a contar com a própria experiência, optam e definem caminhos de acordo com a especificidade do caso, a gravidade, o recurso mais disponível, num balanço entre saberes e práticas populares e científicos (Alves, 2015; Leininger & McFarland, 2015; Pasqual, Carvalhaes & Parada, 2015) como reflete o profissional P5.

*Às mulheres não gestantes só procuram mesmo quando já tem manchas nos membros, daí já é notificado como a fase secundária. Acho que elas precisam ver os sintomas de alguma doença no corpo para então começarem a se cuidar. Porque antes disso ou não fazem nada, ou procuram com algum conhecido um tratamento qualquer (P5).*

É importante que não se desconheça essa realidade, pois elas conversam com suas mães, seu parceiro ou vizinhos. Tal como aconteceu com M20, que ao partilhar vivências com outras pessoas, achou que a sífilis era uma infecção exclusiva da gestação.

*Mas eu só achei que essa doença era só quando estava grávida, porque minhas amigas me falam às vezes essas notícias (M20).*

Para os profissionais que atendem as mulheres com sífilis, a relação da IST com a gravidez acontece porque este é o período em que elas estão mais preocupadas com a saúde, pois pensam na saúde do filho, como citam os profissionais P6 e P7.

*Quando elas chegam aqui com sífilis e não estão gestantes, há um susto. Elas relacionam sífilis à gravidez. E se gesta, se preocupam né? Mas com o feto (P6).*

*Sífilis e gravidez na cabeça delas andam juntas. Tipo como se não pudesse estar com a doença sem estar gestando (P7).*

O fato é que a maioria dos programas públicos para IST possuem como abordagem principal as mulheres profissionais do sexo e as grávidas. Ou seja, a mulher só é vista pelas estratégias preventivas de saúde quando estão em situação real de multiplicidade de parceiros, ou durante o ciclo gravídico puerperal (Leal et al., 2018; Mahmud et al., 2019; Pasqual et al., 2015), pois não é rotina no município a solicitação de *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) nas consultas ginecológicas e o teste rápido está disponível somente para gestante.

Discute-se então que para assistir à mulher adequadamente, é necessário entender que não basta acolhe-la somente em determinado período de vida, há de se levar em consideração as especificidades de cada ser feminino, onde os aspectos culturais e modos de vida têm importância fundamental, e isto significa, muitas vezes, repensar práticas, valores e conhecimentos no processo de atenção à saúde (Leininger & McFarland, 2015; Leal et al., 2018; Mahmud et al., 2019).

Baseados nisso e por intermédio dos depoimentos percebe-se as especificidades pelas quais a IST é vivida, porque ao se referirem à sífilis, as mulheres exploram sistemas de significado desse fenômeno, seja por meio de buscar entender como pegaram a bactéria, ou na associação com algum sintoma. Elas elaboram suas interpretações, constroem sofisticados modelos explicativos, mas raramente compreendem na prática. Por isso, conhecer os IT não se limita aos percursos pelo sistema de saúde oficial (Alves, 2015; Leal et al., 2018; Mahmud et al., 2019).

Reforça-se então a importância da intensificação de ações promotoras da saúde sexual e reprodutiva na consulta ginecológica, com requisição rotineira de exames para rastreamento das

IST, inclusive o VDRL. É no espaço da consulta ginecológica que será possível dialogar sobre a adoção de comportamentos que incitem a vivência saudável e prazerosa da sexualidade sem associar a sífilis ao ciclo gravídico-puerperal (Pasqual et al., 2015; Lafetá, Martelli Júnior, Silveira & Paranaíba, 2016; Campos, Paiva, Mourthé, Ferreira & Fonseca, 2017).

Assim sendo, as escolhas para a construção do IT com a entrada no Sistema de Cuidado com à Saúde ocorrem por meio de representações e simbolismos culturalmente elaborados, pois as mulheres com sífilis se reconhecem como participante de uma rede de cuidados. Inclusive, analisa-se que a saúde junto com fatores sociais, econômicos, educacionais e culturais são parte do todo em um constructo caracterizado pelo ambiente no qual ela se encontra, ajudando fazer escolhas para o tratamento da infecção no âmbito dos subsistemas (popular, *Folk*, profissional) agregando ao IT o percurso que se sentir mais acolhida e confiante (Alves, 2015; Leininger & McFarland, 2015; Zuim & Trajman, 2018; Luz et. al., 2019; Mahmud et al., 2019; Pasqual et al., 2015).

### **A trilha de interações sociais e culturais para o cuidado com a sífilis**

As interações que funcionam como suporte social recebido e percebido pelas mulheres que estão com sífilis são fundamentais para a construção, a manutenção, e nas decisões para o IT, pois colaboram para o enfrentamento de situações difíceis bem como para o alívio dos estresses físicos e mentais (Alves, 2015; Luz et. al., 2019).

Várias são as pessoas que podem oferecer suporte para as mulheres, dentre elas, destacam-se os próprios familiares, parceiros e amigos que auxiliam de diversas maneiras: fornecendo apoio material ou financeiro, orientando ou prestando informações, e oferecendo suporte emocional (Silva & Tavares, 2015; Demori, Soares, Cremonese & Barreto, 2018).

A interação com outras pessoas, no que diz respeito ao apoio emocional, foi importante no IT de 13(65%) mulheres. Mães, parceiros e amigas ajudaram nas primeiras decisões efetuadas, ou seja, no incentivo ao tratamento para sífilis como citam M9 e M16

*Minha amiga ficou perguntando: Já se cuidou? Já foi no médico? Ela ficava muito preocupada comigo, ela e minha irmã (M9).*



*Meu marido mostra um caminho que ainda há solução, há busca, há o concerto. Como se ele tivesse com uma cola especial e ir colando aos poucos a minha vida (M16).*

Dois estudos realizados com intuito de descobrir a rede de apoio à mulher com IST encontraram o marido, a mãe e amigas, como as pessoas mais citadas (Silva, & Tavares, 2015; Demori et al., 2018). São os que ouvem as queixas, compartilham sentimentos, dão atenção, esclarecem dúvidas e incentivam o tratamento. Estes dados reforçam os resultados encontrados nesta pesquisa, pois a maioria das mulheres referiu o companheiro, a mãe e amigas como as principais pessoas com quem dividem sentimentos e angústias sobre a sífilis.

Há também aquelas mulheres que não tiveram apoio dos seus pares após o diagnóstico da infecção, sofrendo preconceitos por estarem com sífilis, como citam M4 e M13.

*Te olham, não querem beber no mesmo copo, o que você veste, não quer vestir, não quer te pedir nada emprestado. Então é muito complicado e doloroso (M4).*

*O preconceito é muito difícil, parece que perde a vontade de tratar e de melhorar. Eu fiz o início das injeções e parei. Só voltei seis meses depois para terminar (M13).*

A mulher M4 sentiu na pele a discriminação dos familiares por estar com sífilis, já M13 devido os julgamentos da família e amigos teve vontade de desistir do tratamento, sendo uma das situações mais preocupantes no IT, pois a falta de apoio dificulta a modificação de condutas, a escolha das estratégias e o desenvolvimento de uma ação madura e consciente para o cuidado com a saúde (Alves, 2015; Zuim & Trajman, 2018; Luz et al., 2019).

Sensações como medo e sentimentos de ambivalência entre contar e não contar e para quem contar sobre a sífilis, apareceram. Já prevendo a reação familiar, 7(35%) mulheres decidiram não compartilhar sobre a IST em seu meio. A preocupação delas era enfrentar rótulos e não serem aceitas, como citam M17 e M20.

*Não vou falar isso para meu pai. Até hoje ele não deixa ninguém encostar em mim, quanto mais contar uma coisa dessa para ele, acho que vai desmorrer toda a imagem que ele tem de mim (M17).*

*Não comentei porque eu fiquei muito constrangida, falei “minha mãe vai ser a primeira a sapatear na minha alma” (M20).*

Neste cenário é fundamental não responsabilizar as mulheres com sífilis pela sua transmissão. Se, em vez de reforçar sua culpa, houver a adoção de um diálogo franco, sem rodeios, as decisões serão tomadas com mais segurança e a adesão ao tratamento talvez se torne mais eficaz, posto que para o processo de escolha terapêutica é preciso que o sujeito compartilhe com os outros um estoque de crenças e receitas práticas para lidar com o mundo, atitudes que podem significar apoio, longe de discriminação e julgamentos de familiares ou de amigos (Alves, 2015; Silva & Tavares, 2015; Demori et al., 2018).

Nenhum profissional entrevistado constatou nos seus atendimentos a participação da família no tratamento das mulheres com sífilis como relatam os profissionais P2 e P5.

*Olha aqui é complicado, não tenho muito contato com a família na maior parte das vezes vem ela sozinha e o parceiro sempre inventa uma desculpa (P2).*

*Eu percebo a mulher muito sozinha nesse momento e acaba que, por causa disso, voltam reinfectadas (P5).*

Entende-se que cabe aos profissionais de saúde planejar e direcionar ações que implementem e desenvolvam novas e criativas maneiras de trabalhar diante das dificuldades sociais que emergem da sífilis (Silva & Tavares, 2015). Conversar sobre a criação e estreitamento de vínculos com pessoas próximas é de extrema relevância, uma vez que quando as mulheres entendem a importância de ter uma rede de apoio, o profissional tem a oportunidade de expor formas de cuidar integrada, através da colaboração no IT, avaliando as escolhas delas nos subsistemas de saúde, seja o cultural, *folk* ou profissional (Alves, 2015; Lemos et al., 2016).

Uma repercussão importante nas decisões para a construção do IT é a disposição de comunicar ao parceiro sobre a sífilis, limitando sua cadeia de transmissão. Constata-se que a IST pode ter efeito no relacionamento conjugal da mulher que muitas das vezes, encontra-se fragilizada e temerosa quanto às implicações da notícia na sua vida com ao companheiro (Lemos et al., 2016). As mulheres M5 e M6 ao revelarem a situação de saúde para os cônjuges tiveram medo da separação.

*Meu medo na hora de comunicar foi, ele me virar às costas e eu ficar sozinha (M5).*

*Foi uma conversa difícil né? Porque iria pensar que eu teria traído e me largar (M6).*

Os parceiros de M5 e M6 também fazem o acompanhamento para sífilis e a escolha de estarem junto com suas parceiras fez parte das primeiras decisões do casal na construção do IT, o que representa um grande desafio para eliminação da infecção, pois das 20 mulheres deste estudo, 7(35%) parceiros não foram tratados para a sífilis, o que remete uma responsabilidade para aproximação entre homens e o serviço de saúde, pois o que se observa é pouco espaço oferecido aos homens nas políticas públicas de saúde e na agenda de ações de tais serviços (Leal et al., 2018; Mahmud et al., 2019).

O profissional P6 relata que para amenizar a notícia, os casais criam crenças culturais<sup>3</sup> em torno da infecção e assim tentam diminuir a desconfiança da infidelidade conjugal. Para P6 a criação dessas crenças é um dos motivos que dificultam a adesão ao tratamento, com uso concomitante do preservativo, pois homens e mulheres acreditam em outras vias de transmissão que não seja a sexual.

*Eles chegam com histórias difícil contornar. Falam que pegaram por compartilhar copo, vaso sanitário, cera de depilação. São muitas as desculpas para justificar a pulada de cerca. Mas eu sempre deixo claro, a camisinha é o mais importante e isso é o mais difícil deles captarem (P6).*

Por outro lado, para 8(40%) mulheres com sífilis o isolamento foi uma das opções na construção do IT. Isso porque esta construção em seus componentes inter-relacionados com os sistemas de cuidados à saúde, fornecem às pessoas caminhos possíveis para interpretação da sua vivência na busca opções de tratamento e cura (Alves, 2015; Luz et al., 2019).

*Não quero mais me envolver com ninguém. Nada de relacionamento profissional, social, nada! (M1).*

*Ah, antes eu namorava. Hoje em dia melhor ficar solteira para não passar para os outros (M16).*

Quando a interação social é muito restrita os profissionais de saúde podem contribuir com um contato mais permanente, por meio de consultas ambulatoriais, visitas domiciliares e até mesmo com grupos de autoajuda (Lemos et al., 2016). É neste ambiente cultural que se pode lançar mão de métodos baseado no cuidado cultural, respeitando as escolhas, proporcionando ambiente e estratégias que promovam o desenvolvimento pessoal, tornando-a capaz de superar suas necessidades de saúde (Hallal, Raxach, Barcellos & Maksud, 2015).

É comum encontrarmos mulheres com sífilis que por perder a confiança no parceiro, ter hesitação em se relacionar, como citam M14 e M10.

*A gente não sabe com quem a gente lida dentro de casa, a gente fica com medo de estar com ele (M14).*

*Eu tinha confiança nos parceiros. Agora muitas vezes eu não olho mais na cara ( M10).*

Essas duas mulheres antes de receberem o diagnóstico da sífilis não usavam o preservativo de forma regular nas relações sexuais por confiarem nos parceiros. Em estudo sobre planejamento reprodutivo de mulheres convivendo com IST também confirma que, com um parceiro fixo, parece ser mais difícil negociar sexo seguro, o que dificulta o controle inclusive da sífilis (Silva, Oliveira, Campos, Oliveira & Vargens, 2018).

Logo, torna-se imprescindível sensibilizar as mulheres com seus parceiros esclarecendo que o preservativo não envolve confiança e sim proteção e saúde, como cita o profissional P7.

*A gente fala de preservativo, faz campanha de rua, mas com parceiros antigos elas não usam. Usam no início, mas depois... isso dificulta o tratamento da sífilis. Acaba nisso, uma IST e elas com medo de arrumar parceiro novamente (P7).*

Apesar disso, o passo para se sentir segura novamente na vida sexual é melhor e mais consciente quando há mais tempo decorrido entre o diagnóstico e o tratamento, sendo fundamental o apoio do profissional de saúde (Hallal et al., 2015; Silva et al., 2018), como cita profissional P5.

*As palavras delas em torno da sexualidade são de desprezo, sujeira e incapacidade. A gente vai contornando e com o tempo elas voltam a se relacionar (P5).*

É importante ressaltar que o profissional de saúde deve incentivar a mulher a pôr em prática aquilo que é seguro para ela no momento, apoiando-a emocionalmente, informando-a sobre escolhas saudáveis para cuidar do seu corpo (Silva et al., 2018).

E é justamente porque possuem a possibilidade de escolha que, durante as interações sociais, profissionais de saúde e as mulheres podem expressar as parcelas importantes da vivência com IST, compartilhando o ambiente cultural um com o outro, transformando-se num grupo, fazendo com que elas possam se sentir acolhidas, reconhecendo-se parte de uma totalidade dentro do sistema de cuidado a saúde, que envolve o IT para a sífilis (Lemos et al., 2016; Hallal et al., 2015; Silva et al., 2018; Lôbo et al., 2019).

Presume-se então que a sífilis em mulheres atinge dimensões que perpassam o campo biológico, podendo haver conotações sociais, culturais e econômicas. Permanecer na pretenciosa projeção da realidade biologista consiste em um obstáculo epistemológico que fragmenta a multidimensionalidade do fenômeno, que no caso desta investigação, uma IST, agravo que pode ser potencializado ou minimizado pelas circunstâncias de vidas individuais, onde cada um deles é capaz de influenciar nas escolhas para construção do IT (Alves, 2015; Bachelard, 1996; Silva, Paiva, Nazareth, Silva & Macedo, 2019).

#### **4. Considerações Finais**

Os resultados desse estudo ratificam que às mulheres possuem muitas dúvidas em relação ao seu cuidado para se proteger da sífilis, haja vista que elas assumem condutas diferentes diante da sífilis, dado o conhecimento incorporado pelas mensagens veiculadas na internet, com o intercâmbio de conhecimentos e experiências da rede de apoio, determinando as escolhas de recurso para construção do IT.

É fundamental discutir a problemática da sífilis não apenas no ciclo gravídico puerperal visando apenas os baixos índices de transmissão vertical. É preciso unir esforços para o aconselhamento e tratamento desta infecção em todas as fases da vida.

Cabe salientar que este estudo possui limitações, não sendo possível generalizar seus achados para outras localidades e outros participantes. Sugere-se a realização de outras pesquisas a fim de que seja possível refletir acerca de novas estratégias para uma melhor qualidade de vida de mulheres com sífilis fora do ciclo gravídico puerperal.

## Referência

Alves, P. C. (2015). Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Revista Ciências Sociais Política e Trabalho*, 42 (28), 29-43.

Bachelard, G. (1996). *A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. Rio de Janeiro: Contraponto.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2018). *Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais*. Boletim Epidemiológico HIV/Aids.

Campos, H. M., Paiva, C. G. A., Mourthé, I. C. D. A., Ferreira, Y. F., & Fonseca, M. D. C. (2017). Direitos humanos, cidadania sexual e promoção de saúde: diálogos de saberes entre pesquisadores e adolescentes. *Saúde em Debate*, 41(113), 658-669.

Chaves, A. C. P., Sousa, C. S. P., Almeida, P. C., Bezerra, E. O., Sousa, G. J. B., & Pereira, M. L. D. (2019). Vulnerabilidade à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana entre mulheres em idade fértil. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (Rev. RENE)*, e40274.

Demori, C. C., Soares, M. C., Cremonese, L., & Barreto, C. N. (2018). De mulheres para mulheres: rede social de apoio às adolescentes grávidas. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 8(2), 247-262.

Galvão, M. H. R., Freitas, C. H. S. D. M., Casemiro, L. L., Pereira, I. L., & Oliveira, M. G. PET-saúde: gestão e atenção à saúde potencializando mudanças na formação. (2014). *Revista da ABENO*, 14 (1), 57-65.

Hallal, R. C., Raxach, J. C., Barcellos, N. T., & Maksud, I. (2015). Estratégias de prevenção da transmissão do HIV para casais sorodiscordantes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 18 (1), 169-182.

Lafetá, K. R. G., Martelli Júnior, H., Silveira, M. F., & Paranaíba, L. M. R. (2016). Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 19(1), 63-74.

Leal, M. D. C., Szwarcwald, C. L., Almeida, P. V. B., Aquino, E. M. L., Barreto, M. L., Barros, F., & Victora, C. (2018). Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 3 (6), 1915-1928.

Lee, K., Hoti, K., Hughes, J. D., & Emmerton, L. M. (2015). Consumer use of “Dr Google”: a survey on health information-seeking behaviors and navigational needs. *Journal of medical Internet research*, 17(12), e288.

Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2015). *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory* (3a ed.). New York: Jones and Bartlett Publishers.

Lemos, T. S. A., Pereira, E. R., Costa, D. C., Silva, R. M. C. R. A., Silva, M. A., Oliveira, D. C. (2016). Atuação do profissional de saúde junto à família com HIV/aids. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4), 33-48.

Lôbo, M. P., Penna, L. H. G., Carinhanha, J. I., Vilela, A. B. A., Yarid, S. D., & Santos, C. S. (2019). Ações de prevenção e enfrentamento das IST/AIDS vivenciadas por mulheres encarceradas. *Revista Enfermagem UERJ*, 27, e40203. Recuperado de: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/40203/29603>

Luz, R. D. O., Pieszak, G. M., Arrué, A. M., Gomes, G. C., Neves, E. T., & Rodrigues, A. P. (2019). Itinerário terapêutico de famílias de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Rene*, 20 (1), e33937. Recuperado de: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/33937/pdf>

Mahmud, I. C., Clerici, D. J., Santos, R. C. V., Behar, P. R. P., & Terra, N. L. (2019). Sífilis adquirida: uma revisão epidemiológica dos casos em adultos e idosos no município de Porto Alegre/RS. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*, 9(2): 177-184.

Millenson, M. L., Baldwin, J. L., Zipperer, L., & Singh, H. (2018). Beyond Dr. Google: the evidence on consumer-facing digital tools for diagnosis. *Diagnosis*, 5(3), 95-105.

Pasqual, K. K., Carvalhaes, M. A. B. L., & Parada, C. M. G L. (2015). Atenção à saúde da mulher após os 50 anos: vulnerabilidade programática na Estratégia Saúde da Família. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(2), 21-27. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.44822>

Prefeitura Municipal de Macaé. Programa Macaé Cidadão. (2011). *Pesquisa domiciliar do programa Macaé cidadão 2006/2007: Relatório Geral*. Macaé: Prefeitura Municipal de Macaé/ Programa Macaé Cidadão.

Prevati, S. M., Vieira, D. M., & Barbieri, M. (2019). A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal. *Journal of Health & Biological Sciences*, 7(1), 75-81.

Rocha, K. B., Ew, R. D. A. S., Moro, L. M., Zanardo, G. L. P., & Pizzinato, A. (2018). Aconselhamento na perspectiva de profissionais da atenção básica: desafios na descentralização do teste rápido HIV/Aids. *Ciências Psicológicas*, 12(1), 67-78.

Silva, C. M., Oliveira, V. S., Campos, T. J., Oliveira, I. D. N., & Vargens, O. M. C. (2018). Enfermeiras do planejamento familiar frente a vulnerabilidade as IST/HIV: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 17(1), 66-75.

Silva, L. M. S. D., & Tavares, J. S. C. (2015). A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4), 1109-1118.

Silva, L. R., Paiva, M. S., Nazareth, I. V., Silva, M. D. B., & Macedo, E. C. (2019). Sífilis na mulher e no homem: uma revisão integrativa das publicações científicas. *Revista Enfermagem UERJ*, 27, e26496. Recuperado de: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26496>



Silva, L. L. T. (2018). Risco e vulnerabilidade social feminina. *RELACult - Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade*, 4, (972). Recuperado em: <http://dx.doi.org/10.23899/relacult.v4i0.972>

Silva, N. E. K., Sancho, L. G., & Figueiredo, W. D. S. (2016). Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (3), 843-851.

Siqueira, S. M. C., Jesus, V. S. D., & Camargo, C. L. D. (2016). Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (1), 179-189.

Vasconcelos, M. I. O., Oliveira, K. M. C., Magalhães, A. H. R., Guimarães, R. X., Linhares, M. D. S. C., Queiroz, M. V. O., & Albuquerque, I. M. A. N. (2017). Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29, 85-92.

Vicentim, A. L., Queiroz, A. M. de A., Sasaki, N. S. G. M. dos S., Santos, M. de L. S. G., & Souza, L. H. (2020). Influence of socioeconomic, demographic and sexual behavior variables on school dropout among pregnant adolescents. *Research, Society and Development*, 9(11), e3399119968. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9968>

Zuim, R. C. B., & Trajman, A. (2018). Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28 (2), e280205. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n2/0103-7331-physis-28-02-e280205.pdf>

#### **Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito**

Isis Vanessa Nazareth – 50%

Leila Rangel da Silva – 10%

Selma Villas Boas Teixeira – 10%

Inês Maria Meneses dos Santos – 10%

Ana Beatriz Azevedo Queiroz – 10%

Sabrina Ayd Pereira José – 10%