

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (RIMS)
ATENÇÃO MATERNO INFANTIL
SERVIÇO SOCIAL**

JULIANA PAULAZZI CAVALLI

**A FEMINIZAÇÃO NA MATERNAGEM FRENTE AOS DETERMINANTES SOCIAIS:
VIVÊNCIAS DE MULHERES COM OS FILHOS INTERNADOS PARA
TRATAMENTO DE SÍFILIS CONGÊNITA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Porto Alegre

2021

Juliana Paulazzi Cavalli

A feminização na maternagem frente aos determinantes sociais: vivências de mulheres com os filhos internados para tratamento de sífilis congênita em um Hospital Universitário

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Atenção Materno Infantil, curso de pós-graduação *lato sensu* da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Orientadora: Dra. Vanessa Maria Panozzo

Co-orientadora: Ma. Ana Kelen Dalpiaz

Porto Alegre

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Cavalli, Juliana Paulazzi
A FEMINIZAÇÃO NA MATERNAGEM FRENTE AOS
DETERMINANTES SOCIAIS: VIVÊNCIAS DE MULHERES COM OS
FILHOS INTERNADOS PARA TRATAMENTO DE SÍFILIS CONGÊNITA
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO / Juliana Paulazzi
Cavalli. -- 2021.

60 f.

Orientadora: Vanessa Maria Panozzo.

Coorientadora: Ana Kelen Dalpiaz.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Atenção Materno Infantil,
Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Feminização. 2. Maternagem. 3. Sífilis. 4.
Determinantes Sociais da Saúde. I. Panozzo, Vanessa
Maria, orient. II. Dalpiaz, Ana Kelen, coorient. III.
Título.

Woman is not born; she is made. In the making, her humanity is destroyed. She becomes symbol of this, symbol of that: mother of the earth, slut of the universe; but she never becomes herself because it is forbidden for her to do so. (DWORKIN, 1981, p. 128).

RESUMO

Com o objetivo de refletir sobre a feminização na maternagem frente aos determinantes sociais, neste estudo abordou-se as vivências de mulheres com os filhos internados para tratamento de sífilis congênita em um hospital universitário, por meio da realização de uma pesquisa de enfoque quanti-qualitativo, do tipo documental, com finalidade descritiva e exploratória, embasada na realização de um perfil sociodemográfico e obstétrico, bem como na construção de narrativas dessas vivências. Foram revisados os prontuários eletrônicos de puérperas com recém-nascidos internados para tratamento de sífilis congênita na Unidade de Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), no período de março a setembro de 2020, após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 4.129.639. Foram analisados os prontuários de 29 puérperas e 29 recém-nascidos que se encaixaram nos critérios de inclusão. Dentre os resultados obtidos em relação ao perfil sociodemográfico e obstétrico, destacam-se a predominância de mulheres brancas e jovens; a baixa escolaridade; o desemprego ou vínculos informais de trabalho; a não vinculação a programas sociais; e a realização de pré-natal adequado, mas tratamento para sífilis de forma inadequada, principalmente por parte dos companheiros. A partir das narrativas sobre o processo gestacional e de acompanhamento da internação neonatal, repetiram-se relatos de sobrecarga das puérperas associados à necessidade de acompanhar o recém-nascido, mas também assistir aos filhos ou demais familiares que permaneceram em casa. Na impossibilidade de acompanhamento por parte da mãe, outras mulheres responsabilizaram-se pelo cuidado da criança durante a internação e após. Também verificou-se expressiva situação de vulnerabilidade social, principalmente associada ao uso de psicoativos; ao pré-natal incompleto e ao suporte familiar restrito. Assim, conclui-se que a atuação multiprofissional faz-se de suma importância na prevenção e tratamento de ISTs, como a sífilis, por fomentar uma visão mais ampliada, no sentido de (re)conhecer e compreender a influência dos determinantes sociais no acesso das gestantes aos serviços de saúde, bem como por possibilitar e estimular a inclusão da família durante o pré-natal, pré-parto e pós-parto.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Perfil <i>étnico-racial</i> das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA.....	30
Gráfico 2 - Perfil <i>religioso</i> das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA.....	31
Gráfico 3 - Perfil <i>etário</i> das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA.....	33
Gráfico 4 - Perfil <i>escolar</i> das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA.....	33
Gráfico 5 - Perfil de <i>procedência</i> das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA.....	35
Gráfico 6 - Perfil <i>conjugal</i> das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA.....	36
Gráfico 7 - Perfil <i>empregatício</i> das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA.....	37
Gráfico 8 - <i>Vínculo</i> das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA junto ao <i>PBF</i>	39
Gráfico 9 - <i>Uso de psicoativos</i> por parte das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA.....	40
Gráfico 10 - <i>Quais psicoativos?</i>	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil obstétrico.....41

Tabela 2 - Determinantes sociais associados à feminização da maternagem.....44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alojamento Conjunto
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CO	Centro Obstétrico
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
GERINT	Sistema de Gerenciamento de Internações
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HU	Hospital Universitário
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MEC	Ministério da Educação
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PN	Pré-Natal
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PBF	Programa Bolsa Família
RIMS	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde
SC	Sífilis Congênita
SUS	Sistema Único de Saúde

TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNeo	Unidade de Neonatologia
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
US	Unidade de Saúde
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 A FEMINIZAÇÃO NA MATERNAGEM: “QUEM PARIU MATHEUS QUE O EMBALE”.....	16
2.2 SÍFILIS: DO VELHO MUNDO AO SÉCULO XXI.....	18
2.3 OS DETERMINANTES SOCIAIS ASSOCIADOS À FEMINIZAÇÃO DA MATERNAGEM E À OCORRÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM RECÉM-NASCIDOS.....	19
3 OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GERAL.....	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
4 MÉTODO	23
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	23
4.2 CAMPO DE ESTUDO.....	23
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	24
4.4 COLETA DE DADOS.....	25
4.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	26
4.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	26
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	27
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	27
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	29
5.1.1 RAÇA/ETNIA.....	29
5.1.2 RELIGIÃO.....	31
5.1.3 IDADE E ESCOLARIDADE.....	32
5.1.4 PROCEDÊNCIA.....	34
5.1.5 SITUAÇÃO CONJUGAL.....	35
5.1.6 VÍNCULO EMPREGATÍCIO.....	37
5.1.7 VÍNCULO JUNTO AO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.....	38
5.1.8 USO DE PSICOATIVOS.....	40

5.2 PERFIL OBSTÉTRICO.....	40
5.3 PERFIL DE DETERMINANTES SOCIAIS ASSOCIADOS À FEMINIZAÇÃO DA MATERNAGEM.....	44
5.4 NARRATIVAS: A MATERNAGEM ENQUANTO TRABALHO INVISÍVEL.....	46
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICE A.....	58
APÊNDICE B.....	59
APÊNDICE C.....	60

INTRODUÇÃO

A motivação para a construção deste Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), bem como da temática escolhida, surgiu a partir da atuação enquanto Assistente Social Residente no Programa de Atenção Materno Infantil, vinculado à Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

O HCPA é uma instituição pública, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), bem como está integrado à rede de Hospitais Universitários (HU) do Ministério da Educação (MEC).

Sendo assim, por meio dos aprendizados oportunizados ao longo dessa trajetória, foi possível refletir e questionar sobre a feminização na maternagem¹ frente aos determinantes sociais, que foi expressa a partir da realização de um perfil sociodemográfico e obstétrico, bem da construção de narrativas das vivências de mulheres com os filhos internados para tratamento de sífilis congênita na Unidade de Neonatologia (UNeo) do Hospital supracitado, por meio da coleta de informações em prontuário².

Dito isso, ressalta-se que a feminização do cuidado foi potencializada por meio de um processo histórico calcado no surgimento dos Estados Nacionais e pelo desenvolvimento da industrialização e urbanização (YANNOULAS, 2011). Em vista disso, e a partir dos valores morais construídos na sociabilidade burguesa³, as atividades que correspondiam à obrigação de cuidar de alguém e/ou de algo foram naturalizadas como função inerente ao sexo feminino. (GUEDES; DAROS, 2009).

Portanto, atribuições como a maternagem permanecem atreladas ao

¹ Importante salientar as diferenças entre o conceito de maternagem e maternidade. A maternagem é uma construção sócio-histórica, que, enquanto atividade, pode ser desempenhada por homens e mulheres e compreende a habilidade de cuidar e educar uma criança. Já a maternidade consiste na capacidade de gestar e parir. (BADINTER, 1985; GUEDES e DAROS, 2009).

² Cabe destacar que, inicialmente, o projeto propunha-se à realização de entrevistas e grupo focal, porém, por conta da pandemia de COVID-19, as atividades acadêmicas e de pesquisa presenciais foram suspensas.

³ A sociabilidade burguesa constitui-se por meio de um sistema de normas, deveres e representações que visam favorecer, enquanto conjunto de ideias e valores, a criação de integração social e identidade social a fim de perpetuar o modo de produção capitalista. (ÁVILA, 2014).

cotidiano das mulheres, culminando, quando trabalhadoras formais ou informais, em duplas e até triplas jornadas de trabalho, dentre outros fatores sociais adoecedores. Esse aspecto, que ainda permeia o âmbito privado, comumente perpassa para a esfera pública em processos de adoecimento, nos quais as mulheres são responsabilizadas frente a necessidade de auxiliar um ou mais membros da família adoecidos e/ou que necessitem de atenção integral. (GUEDES; DAROS, 2009).

Dessa forma, é comum que, no ambiente hospitalar, em casos de pacientes que precisam ser assistidos por um familiar ou responsável legal, como crianças, as genitoras e/ou outras familiares mulheres sejam as encarregadas. Logo, é nesse contexto social que desenvolve-se o cuidado com os recém-nascidos internados para tratamento de sífilis congênita.

Cabe destacar que a sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), causada pela bactéria *Treponema Pallidum*⁴, e pode ser transmitida por meio de relação sexual desprotegida, contato direto com sangue contaminado ou transmissão vertical (mãe-bebê). Se não for tratada precocemente, a doença pode comprometer vários órgãos como olhos, pele, ossos, coração, cérebro e sistema nervoso. (VARELLA, 2017). Sendo assim, a sífilis congênita ocorre quando a gestante não tratada ou inadequadamente tratada transmite o agente *Treponema Pallidum* para o feto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A sífilis, dentre as várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo gravídico-puerperal, conta com as maiores taxas de transmissão e afeta cerca de um milhão de gestantes por ano no mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais. Na América Latina e Caribe, estima-se que entre 166.000 e 344.000 crianças nasçam com sífilis congênita anualmente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

No Brasil, em 2017, foram notificados 24.666 casos de sífilis congênita, com um aumento de 16,4% de notificações em relação ao ano anterior. Dentre as capitais, Porto Alegre apresentou a maior taxa de incidência, de 32,8 casos a cada 1.000 nascidos vivos, sendo 3,8 vezes mais alta que a média brasileira. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

⁴ Bactéria de nome científico *Treponema Pallidum Pallidum*, agente causadora da sífilis adquirida, em gestantes e congênita.

Dessa forma, destaca-se que fatores externos, como os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), podem impactar na descoberta do diagnóstico e no acesso e adesão ao tratamento de sífilis. De acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os DSS estão relacionados às condições de vida dos sujeitos, como emprego, moradia, renda e escolaridade, bem como compreendem fatores sociais associados à economia, cultura, raça/etnia, gênero, dentre outros. (FIOCRUZ, 2019). Sendo assim, tais aspectos influenciam no processo de saúde-doença, tanto individualmente quanto coletivamente.

Portanto, a sífilis congênita, resultante da contaminação do concepto durante a gestação, também ocorre sob a influência de determinadas condições provenientes dos genitores e do meio em que estão inseridos, e que podem interferir na efetivação do tratamento da sífilis. (LIMA, *et al.*, 2015).

Ademais, o tratamento de sífilis congênita exige um tempo médio de internação de dez dias. No HCPA, durante esse período, os recém-nascidos expostos à sífilis internam na UNeo para a realização de tratamento de saúde. No local, os genitores e/ou responsáveis legais têm acesso ao leito em tempo integral e são estimulados a acompanharem a internação.

Em vista disso, este trabalho visou contribuir com o debate acerca da feminização da maternagem e as suas implicações na vida de mulheres com filhos internados numa UNeo para tratamento de sífilis congênita, por meio da elaboração do seguinte **Problema de Pesquisa**:

- Como os determinantes sociais atrelados à feminização na maternagem, vivenciada por mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita na UNeo do HCPA, interferem no cuidado em saúde?

E das seguintes **Questões Norteadoras**:

- Qual o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita na UNeo do HCPA?

- Quais determinantes sociais estão atrelados à feminização na maternagem, vivenciada por mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita na UNeo do HCPA?
- Quais foram as repercussões associadas à feminização da maternagem no cotidiano gestacional e puerperal das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita na UNeo do HCPA?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A FEMINIZAÇÃO NA MATERNAGEM: “QUEM PARIU MATEUS QUE O EMBALE”

Nas sociedades pré-agrícolas, homens e mulheres formaram grupos, nomeados de tribos ou clãs, nos quais a economia era gerida coletivamente, sem que houvesse propriedade privada dos meios de produção. Nesses clãs, o trabalho era atribuído de acordo com características biológicas e fisiológicas, como: sexo, idade, força física, dentre outros. Essa distribuição originou a primeira divisão social do trabalho: a divisão sexual. (ENGELS, 1984).

No entanto, naquele período, as mulheres não eram, de modo geral, socialmente subordinadas aos homens, uma vez que regiam as relações de produção e distribuição de alimentos às tribos, devido à habilidade e disponibilidade para a caça e, principalmente, coleta de alimentos. Esse fator, junto à coletivização dos meios de produção, estabeleceu, à época, uma relação “igualitária” entre homens e mulheres. (ZERZAN, 2010).

À época, as constituições familiares ocorriam de diferentes formas - como a poliandria, poligamia, de forma poliamorosa, etc. -, bem como o cuidado dos filhos nascidos dessas uniões era comum a todos os membros do clã. (ENGELS, 1984).

Contudo, a partir do surgimento da propriedade privada, do acúmulo de bens e do incentivo à monogamia - a fim de preservar o caráter hereditário das heranças -, surgiram novas concepções de sociedade e de família, que dissolveram as características comunitárias do ciclo pré-agrícola e deram origem ao patriarcado e à família patriarcal. (ENGELS, 1984).

Os ideais patriarcais intensificaram-se na Idade Média, período em que predominavam os valores éticos cristãos. Tais princípios confinaram as mulheres ao espaço doméstico e restringiram seus ofícios às tarefas do lar e ao labor no campo. (MOREIRA, 2005). Destaca-se que a desigualdade entre os sexos também fomentou-se na descoberta de que o homem era necessário ao processo de

reprodução, já que nas sociedades caçadoras-coletoras, as mulheres eram vistas como “seres mágicos”, devido à sua capacidade de gestar e parir. (SAFFIOTI, 2004).

No Brasil Colônia⁵, os estereótipos acerca das atribuições do sexo feminino e masculino também seguiam a “cartilha” patriarcal. Às mulheres era imposto o cuidado dos filhos e os afazeres domésticos e aos homens era designado o papel de provedor e chefe de família, cuja dominação sobre as esposas e filhos era absoluta. (FOLLADOR, 2009).

Ressalta-se que, de acordo com Gradwohl *et al.* (2014), esse cuidado não se restringia a atender as necessidades básicas dos filhos, mas também a uma disponibilidade psíquica, que passou a ser denominada de maternagem.

Essas crenças potencializaram o surgimento do mito acerca do “instinto materno”, segundo o qual tanto a maternidade quanto a maternagem seriam uma competência inata ao sexo feminino, tendo em vista que, por conta da capacidade de gestar e amamentar, as mulheres também seriam as pessoas mais apropriadas para responsabilizar-se integralmente pelo cuidado dos recém-nascidos e crianças. (GRADVOHL, *et al.*, 2014).

Nos dias atuais, porém, existem diversas formas de constituição familiar, como a família nuclear, as famílias monoparentais (mães ou pais solteiros), as uniões homoafetivas, as famílias pluriparentais, as famílias comunitárias, casais sem filhos, entre outros modelos. Sobre esse assunto, Fávero (2007) destaca:

O modelo de família nuclear, que se estabeleceu como padrão no ocidente, começou a mudar, ainda que de forma desigual, em suas diversas regiões. Embora não tenha afetado todas as partes do mundo igualmente, de maneira geral aumentou a tendência de famílias chefiadas por mulheres e de pessoas vivendo sozinhas. A mudança na relação entre os sexos, um dos pontos centrais da revolução cultural, foi marcada pelo direito ao divórcio, nascimentos ilegítimos, aumento de famílias com apenas um dos pais (uma maioria de mães solteiras), além do aumento das uniões consensuais – com predomínio dos laços afetivos em detrimento da formalização da união. (FÁVERO, 2007, p. 120).

Portanto, com o avanço das tecnologias reprodutivas e das novas configurações familiares, é possível observar o desenvolvimento de diferentes possibilidades de exercer a maternidade e a maternagem, que questionam mitos

⁵ Século XVI ao século XIX.

referentes à predisposições biológicas e aos papéis de gênero no cuidado com os filhos.

2.2 SÍFILIS: DO VELHO MUNDO AO SÉCULO XXI

A sífilis é uma IST de origem milenar, causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, e que persiste até a atualidade. (ARAÚJO; MOY, 2019). De acordo com a OMS, a sífilis atinge cerca de 12 milhões de pessoas em todo mundo, embora seja uma doença prevenível, detectável e curável. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

No Brasil, nos últimos cinco anos, foi observado um aumento significativo no número de casos diagnosticados de sífilis adquirida, em gestantes e congênita. Esse crescimento pode ser atribuído, em partes, ao aumento da cobertura de testagem por meio dos testes rápidos⁶, mas também à falta de acesso a informações relacionadas às ISTs e suas formas de transmissão, à redução do uso de preservativos, à resistência de profissionais de saúde em administrar penicilina na Atenção Primária, dentre outros fatores. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Como descrito anteriormente, a sífilis, quando acomete gestantes e não é tratada ou é inadequadamente tratada, pode ocasionar a sífilis congênita, que é responsável por cerca de 40% das taxas de mortalidade perinatal, 25% de natimortalidade e 14% de mortes neonatais, além acarretar graves consequências para o feto e/ou recém-nascido. (CARDOSO, *et al.*, 2018).

Além da prematuridade e do baixo peso ao nascimento, as principais características da sífilis congênita são, excluídas outras causas: hepatomegalia⁷, lesões cutâneas, osteíte⁸, pseudoparalisia dos membros, sofrimento respiratório, rinite sero-sanguinolenta, icterícia, anemia, dentre outros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

⁶ De uma forma geral, a utilização de testes sorológicos permanece como sendo a principal forma de se estabelecer o diagnóstico da sífilis. Estes são divididos em testes não-treponêmicos (VDRL, RPR) e treponêmicos (TPHA, FTA-Abs, ELISA). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

⁷ Aumento anormal do tamanho do fígado.

⁸ Um termo geral para inflamação dos ossos.

Portanto, a fim de construir estratégias de prevenção e promoção de saúde, o Ministério da Saúde incluiu a sífilis adquirida, em gestantes e congênita na listagem nacional de doenças de notificação compulsória⁹. Também instituiu, mais recentemente, a Rede Cegonha, cujo objetivo, dentre outros, é “melhorar a qualidade da assistência prestada à mulher e à criança, facilitar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento oportuno da sífilis na gestante e, conseqüentemente, os indicadores de sífilis congênita no país”. (CARDOSO, *et al.*, 2018, p. 564).

Sendo assim, o enfrentamento à transmissão vertical da sífilis está associado, principalmente, às ações de prevenção, diagnóstico e tratamento adequado - tanto da gestante quanto do(a) companheiro(a), quando houver -, que são realizadas comumente no pré-natal e na assistência ao parto, o que justifica a necessidade de discutir, monitorar e avaliar essas ações nos diferentes serviços e em diferentes níveis de complexidade, a exemplo do campo deste estudo.

2.3 OS DETERMINANTES SOCIAIS ASSOCIADOS À FEMINIZAÇÃO DA MATERNAGEM E À OCORRÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA EM RECÉM-NASCIDOS

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, por meio de aspectos sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais. (BUSS; FILHO, 2007).

Portanto, os DSS também estão atrelados a uma questão política, que se materializa por meio da organização do trabalho, da distribuição de riquezas, do acesso aos bens e serviços públicos, dentre outros. Dessa forma, a valorização das abordagens que propõem a superação dos “olhares fragmentados” e da dicotomia

⁹ A notificação compulsória de sífilis congênita em todo território nacional foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986; a de sífilis em gestantes, mediante a Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005; e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010.

entre corpo/mente e indivíduo/ sociedade é extremamente necessária para a superação da atual crise de atenção à saúde. (ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

Referente às questões de gênero, a Organização das Nações Unidas (ONU), em 2018, revelou que as mulheres - e, principalmente, as mulheres negras e indígenas - compõe a população mais pobre e que mais passa fome no mundo. Esses dados indicam que há uma “feminização da pobreza” (DINIZ, 1999), transversalizada por diversas formas de discriminação, exclusão social, violações de direitos e violências. Sendo assim, as consequências desses desdobramentos afetam a vida de mulheres e seus familiares, e precisam ser consideradas no processo de internação de recém-nascidos para tratamento de sífilis congênita.

Sobre isso, Cardoso *et al.* (2018), numa pesquisa que analisou os casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza/CE, revelou que as mulheres com diagnóstico de sífilis não tratadas ou inadequadamente tratadas, em geral, tinham pouca escolaridade e baixa renda, aspectos que englobam uma série de fatores limitantes no processo de saúde-doença, como a falta de informações relacionadas aos fatores de risco e práticas de prevenção e promoção de saúde, bem como acesso restrito aos serviços de saúde e insumos. (CARDOSO, *et al.*, 2018).

Ressalta-se também que as estratégias e ações de saúde voltadas aos direitos reprodutivos, incluindo o acompanhamento da gestação por meio do pré-natal, centram-se quase que exclusivamente nas mulheres e/ou no binômio mãe-bebê. No entanto, tendo em vista que a sífilis é uma IST cuja forma de transmissão ou reinfecção mais comum é através de relação sexual desprotegida, faz-se necessário incentivar o envolvimento do(a) parceiro(a) - quando houver - e sua participação desde o teste de gravidez, passando pelo puerpério até o acompanhamento do desenvolvimento integral do filho(a). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Nesse contexto, tanto a Rede Cegonha¹⁰ quanto a Lei do Acompanhante¹¹ podem contribuir positivamente para a inserção dos(as) companheiros(as) nas consultas de pré-natal, e consolidar a mudança crucial do paradigma de binômio mãe-bebê para o trinômio parceiro(a)-mãe-bebê.

Logo, (re)conhecer essas mulheres e famílias em sua totalidade, identificando os aspectos históricos, sociais, econômicos e culturais presentes na feminização da maternagem e as questões políticas associadas a ela, pode e deve promover um olhar “integral” sobre as expressões da questão social no âmbito de cuidado em saúde, bem como fomentar ideias e ações transformadoras que visem qualificar as intervenções da equipe multiprofissional no atendimento às puérperas e recém-nascidos expostos à sífilis.

¹⁰ Estratégia lançada em 2011 pelo Governo Federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem estar durante a gestação, parto, pós-parto, bem como o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida. Tem o objetivo principal de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. A proposta visa qualificar os serviços ofertados pelo SUS no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

¹¹ A Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de pré-parto, parto e pós-parto. (BRASIL, 2005).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os determinantes sociais atrelados à feminização na maternagem, vivenciada por mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita na UNeo do HCPA, com vistas a dar visibilidade às implicações no cuidado em saúde e fomentar a construção de estratégias para o atendimento humanizado aos recém-nascidos e suas famílias.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Construir o perfil sociodemográfico e obstétrico das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita na UNeo do HCPA;
- 2) Identificar os determinantes sociais atrelados à feminização na maternagem vivenciada por mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita na UNeo do HCPA;
- 3) Problematizar as repercussões associadas à feminização da maternagem no cotidiano gestacional e puerperal de mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita na UNeo do HCPA.

4. MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de enfoque quanti-qualitativo, do tipo documental, com finalidade descritiva e exploratória.

Em relação aos estudos quanti-qualitativos, Schneider *et al.* (2017, p. 570) ressalta que “a pesquisa qualitativa pode ser apoiada pela pesquisa quantitativa e vice-versa, possibilitando uma análise estrutural do fenômeno com métodos quantitativos e uma análise processual mediante métodos qualitativos”.

A pesquisa documental abrange a análise de todas as espécies de documentos internos às instituições ou organizações, elaborados com diversas finalidades e constituídos de texto escrito no papel ou disponível em meio eletrônico. (GIL, 2016).

A pesquisa descritiva, objetiva a descrição das características de determinada população, situação, problema ou fenômeno, bem como podem ser elaboradas a fim de identificar possíveis relações entre variáveis. (GIL, 2016).

Já a pesquisa exploratória procura proporcionar maior familiaridade com o problema pesquisado, com vistas a torná-lo mais explícito ou construir hipóteses acerca do tema. (GIL, 2016).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado na Maternidade do HCPA, que é composta pelo Centro Obstétrico (CO), que encontra-se alocado no 12º andar do Hospital, e pela Unidade de Internação Obstétrica (UIO) e UNeo, que encontram-se localizados no 11º andar, respectivamente na Ala Sul e na Ala Norte.

Como já descrito anteriormente, o HCPA é uma instituição pública e

universitária, vinculada ao SUS, à UFRGS e à rede de HU do MEC. Atuando desde 1971, compõe um dos pilares da assistência pública à saúde no Rio Grande do Sul, fomentando o estudo e a pesquisa, bem como oferecendo atendimentos de média e alta complexidade em diversas especialidades e por meio de equipes multiprofissionais. (HCPA, 2019).

De acordo com o *site* da instituição, atualmente o CO conta com 10 leitos para assistência ao parto de gestações de alta e baixa complexidade. A UIO possui 38 leitos que são ocupados por gestantes ou puérperas e recém-nascidos clinicamente estáveis, com peso maior ou igual a 1.800 gramas e idade gestacional maior ou igual a 34 semanas. (BRASIL, 2016).

Já a UNeo possui 20 leitos exclusivos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), para o atendimento de recém-nascidos graves; 20 leitos de Unidade Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade; e 10 leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa), cujo objetivo é acolher os pais e/ou outros cuidadores e incentivá-los a realizar o Método Canguru¹², bem como acompanhar a internação durante o maior tempo possível.

Ademais, a equipe de saúde da Maternidade é composta por Assistentes Sociais, Médicos(as), Enfermeiros(as), Técnicos(as) de Enfermagem, Psicólogos(as), Fisioterapeutas, Nutricionistas, Fonoaudiólogos(as), Enfermeiros(as) Obstetras, dentre outros, cujo objetivo é prestar um atendimento multiprofissional e qualificado às gestantes, puérperas, recém-nascidos internados de baixo, médio e alto risco, e aos familiares.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

¹² O Método Canguru é um modelo de assistência ao recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso e sua família, que reúne estratégias de intervenção biopsicossociais e está voltado ao cuidado humanizado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Foram analisados os dados referentes às mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita na UNeo do HCPA. Cabe destacar que o tratamento de saúde desses recém-nascidos dura, em média, dez dias, nos quais os genitores e/ou responsáveis legais são estimulados a acompanharem a internação, o que configura uma aproximação com a equipe de saúde, e, portanto, maior possibilidade de registro de informações pertinentes à pesquisa. (TRIVIÑOS, 2008).

4.4 COLETA DE DADOS

A fonte documental explorada foi o prontuário eletrônico, instrumento de trabalho da equipe multiprofissional de saúde do HCPA. Já o universo da pesquisa foi constituído pelos prontuários de mulheres com recém-nascidos internados na UNeo do referido Hospital para tratamento de sífilis congênita.

O prontuário é a base de todos os atendimentos, procedimentos e encaminhamentos realizados ao/no paciente. Também é o local onde os profissionais de saúde registram suas impressões, condutas, diagnósticos, planos terapêuticos e demais informações pertinentes. (GUIMARÃES J. R. *et al.*, 2002). Cabe ressaltar que cada paciente possui um único prontuário, que está disponível em modo eletrônico, e cujas informações são sigilosas.

Durante a coleta de dados, foram revisadas nos prontuários as evoluções da equipe médica (Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Psiquiatria, entre outros), bem como de Enfermeiros(as), Psicólogos(as), Assistentes Sociais e demais profissionais, tendo em vista que a população alvo deste estudo é atendida por equipes multidisciplinares. Além disso, foram revisadas as notas em prontuário, a anamnese, os registros da equipe assistencial em internações anteriores e/ou consultas ambulatoriais, e os documentos legais encaminhados à rede intersetorial (Relatório Social, Laudo Médico, etc).

A localização destes prontuários eletrônicos ocorreu mediante consulta nos registros do Setor de Serviço Social, haja vista que a maioria das mulheres com

recém-nascidos internados na UNeo para tratamento de sífilis congênita são atendidas pelo Serviço Social durante a internação hospitalar, a partir da solicitação de consultoria realizada pelas equipes assistenciais da Maternidade.

Em relação à amostra deste estudo, foram analisados 29 prontuários de puérperas e 29 prontuários de recém-nascidos, no período de março a setembro de 2020.

Ademais, a metodologia utilizada para a extração de dados quantitativos envolveu a coleta em prontuário eletrônico, mediante formulário detalhado nos Apêndices A e B. Já a coleta de dados qualitativos¹³ compreendeu a construção de narrativas a partir da coleta em prontuário eletrônico, mediante formulário detalhado no Apêndice C.

4.4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

Para a pesquisa quantitativa e qualitativa, os critérios de inclusão compreenderam puérperas com mais de dezoito anos; com recém-nascidos internados para tratamento de sífilis congênita na UNeo do HCPA; e que foram atendidas e/ou acompanhadas pelo Serviço Social da instituição no período de março a setembro de 2020.

4.4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão abrangeram puérperas com menos de dezoito anos; pacientes diagnosticadas com sífilis, mas que realizaram o tratamento de forma adequada e, portanto, os recém-nascidos não necessitaram de internação para o

¹³ Salienta-se que, anteriormente, a coleta de dados qualitativos compreendia a realização de um grupo focal e entrevistas individuais. No entanto, devido às atuais restrições da instituição por conta da pandemia de COVID-19, priorizou-se a pesquisa documental.

tratamento de sífilis congênita; famílias que não foram atendidas e/ou acompanhadas pelo Serviço Social; e pacientes internados(as) e/ou tratados(as) em outros períodos do ano.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

As referências metodológicas de análise do conteúdo dos dados qualitativos utilizados nesta pesquisa foram fundamentadas nas contribuições de Minayo (2008), a qual prevê as seguintes fases:

1. Ordenação dos dados: mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo;
2. Classificação dos dados: identificação das estruturas relevantes das mensagens (categorias específicas);
3. Análise final: abrange dois níveis de interpretação (determinações estruturais/categorias gerais e conjunturais do fenômeno).

Já os dados quantitativos foram abordados por meio de uma análise descritiva, através de frequências absolutas (n) e relativas (%), para as variáveis categóricas e desvio padrão.

4.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O Projeto de Pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HCPA, mediante o cadastramento na Plataforma Brasil e AGHUse, visto que foram utilizados dados secundários referentes aos seres humanos, e foi aprovado sob o protocolo nº 4.129.639.

Frisa-se que este estudo esteve de acordo com os princípios e normas

estabelecidos pelo Código de Ética do(a) Assistente Social. Atendeu às exigências éticas preconizadas nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 emitidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamentam a pesquisa com seres humanos no Brasil, bem como as Normas Internas próprias para Utilização de Dados de Prontuários de Pacientes e de Bases de Dados em Projetos de Pesquisa realizados no Hospital Universitário (HCPA, 2018a) e o Código de Conduta Eticamente Adequada para Pesquisadores do Hospital Universitário (HCPA, 2018b), documentos disponíveis no site da instituição.

Os benefícios desta pesquisa referiram-se ao conhecimento da influência da feminização na maternagem e os determinantes sociais associados a esta no contexto de diagnóstico da sífilis congênita, podendo vir a qualificar os instrumentos técnicos e de cuidado em saúde atualmente ofertados pela instituição. Consideraram-se os riscos mínimos, como a quebra de confidencialidade, uma vez que para a análise dos dados priorizou-se a coleta em prontuário.

Os participantes tiveram seus direitos devidamente preservados. Não foi realizada nenhuma abordagem com os(as) pacientes internados no hospital universitário, nem com os(a) profissionais da saúde, por isso solicitou-se a dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No entanto, foi preenchido o Termo de Compromisso para Uso de Dados Institucionais.

Cabe destacar que os dados foram coletados em espaço adequado junto ao HU, mais precisamente na sala de estudos destinada à RIMS e/ou no Setor de Serviço Social, fora do horário de trabalho da Residente. Os dados coletados foram utilizados apenas para este projeto de pesquisa. Os dados e instrumentos utilizados também ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo, serão destruídos.

Ao final, os resultados do estudo serão divulgados mediante publicações científicas e apresentação do TCR para a comunidade acadêmica e instituição.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO¹⁴

A seguir, serão apresentados, de modo amplo, os resultados da pesquisa e a discussão acerca dos achados. Inicialmente, construiu-se um perfil sociodemográfico, cujos dados foram representados em forma de gráficos. Em seguida, os dados referentes ao perfil obstétrico foram analisados por meio de tabela. Os resultados sobre os DSS e a feminização da maternagem foram expostos em tabela e também através de trechos retirados dos prontuários, os quais compuseram as narrativas sobre as vivências das puérperas com filhos em internação neonatal.

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO¹⁵

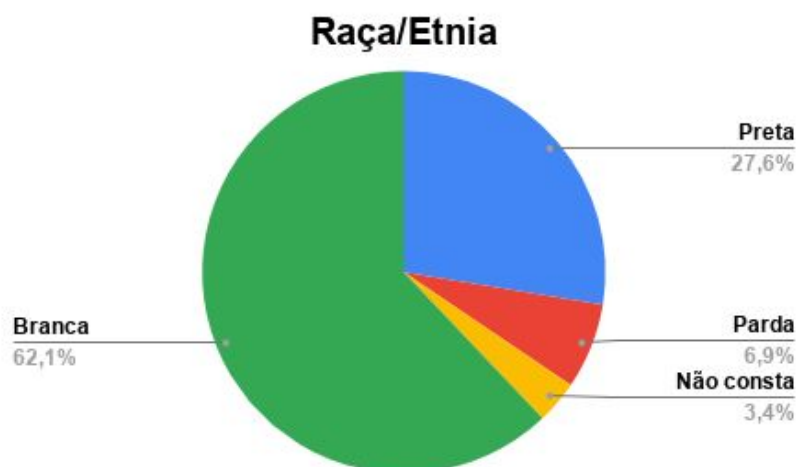
Caracterização do perfil sociodemográfico das participantes do estudo. Dados expressos por meio de proporções em forma de gráficos.

5.1.1 Raça/Etnia

Gráfico 1: Perfil *étnico-racial* das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA

¹⁴ Ressalta-se que os resultados desta pesquisa abordaram diversos dados que necessitam de maior aprofundamento em estudos futuros, o que não foi possível, no momento, em razão do tempo hábil para a conclusão do estudo.

¹⁵ O perfil sociodemográfico não possui dados relacionados ao gênero das participantes, haja vista que a amostra desta pesquisa foi totalmente constituída por mulheres, não sendo necessário representá-las em forma de gráfico.



Fonte: gráfico elaborado pela autora.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua de 2019¹⁶, 42,2% dos brasileiros(as) se autodeclararam como brancos(as), 47,3% como pardos(as), 9,5% como pretos(as) e 1,1% como amarelos(as) ou indígenas. (IBGE, 2019). Sendo assim, é possível inferir que o grupo de pessoas negras, formado por pardos(as) e preto(as), compõe a maioria da população brasileira, alcançando a proporção de 56,8%.

No entanto, em contraste com os dados nacionais, observa-se que no Rio Grande do Sul, 79,7% da população declarou-se como branca, enquanto 19,2% se autodeclarou como negra (13,8% como pardos e 6,1% como pretos). (IBGE, 2019). Já no município de Porto Alegre/RS, cidade na qual está situado o HCPA, 75,6% da população se declarou branca, enquanto 23,4% autodeclararam-se como negros(as) (13,2% pretos e 10,2% pardos). Tanto no Rio Grande do Sul quanto em Porto Alegre, o número de pessoas autodeclaradas indígenas ou amarelas é de em torno de 1%. (IBGE, 2019).

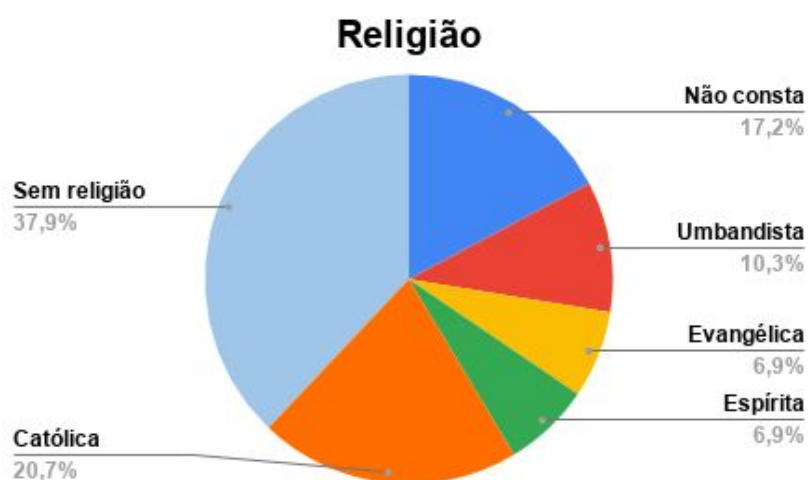
Comparando-se os números nacionais e regionais aos dados coletados e expressos no gráfico acima, é possível observar que o grupo majoritário é composto por mulheres brancas (62,1%). Porém, da mesma forma que na capital do RS, verifica-se que há mais mulheres pretas (27,6%) do que pardas (6,9%) entre as

¹⁶ As porcentagens foram retiradas de tabela relacionada à PNAD do 4º trimestre de 2019. Em comparação com outros trimestres ou anos, a proporção poderá variar.

puérperas com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA. Contudo, destaca-se que a *raça/etnia* que consta nos prontuários não refere-se à autodeclaração, mas sim ao que consta no registro de nascimento.

5.1.2 Religião

Gráfico 2: Perfil *religioso* das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA



Fonte: gráfico elaborado pela autora.

Segundo o Censo Demográfico de 2010, 64,6% dos(as) brasileiros(as) declaram-se católicos(as). Já os(as) evangélicos(as) compõe 22,1% da população, enquanto espíritas, umbandistas e candomblecistas compreendem, respectivamente, 2,2%, 0,2% e 0,09% dos habitantes. Também na pesquisa, 7,6% das pessoas identificaram-se como sem religião. (IBGE, 2010).

No Rio Grande do Sul, os números são semelhantes, sendo que 68,8% dos(as) moradores(as) informaram ser católicos(as). Evangélicos(as) representam 18,3%, enquanto espíritas, umbandistas e candomblecistas compõem,

respectivamente, 3,2%, 1,3% e 0,8% da população do RS. Ademais, 5,3% dos(as) gaúchos(as) identificaram-se como sem religião. (IBGE, 2010).

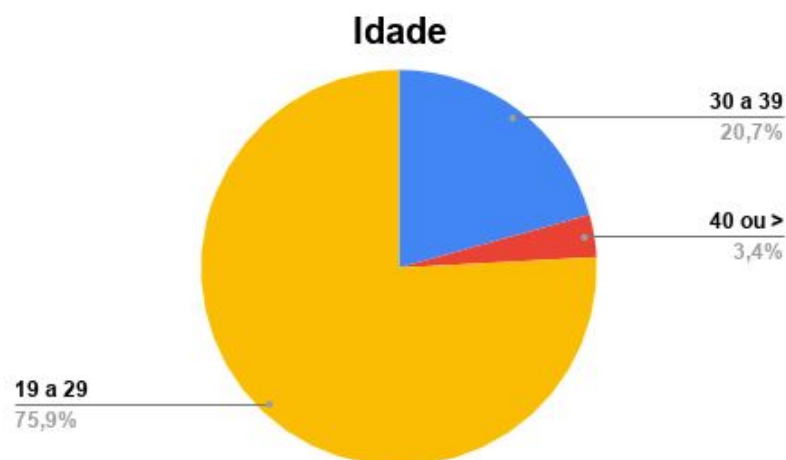
Já em Porto Alegre/RS, 63,6% dos(as) habitantes afirmaram ser católicos(as), enquanto 11,3% declararam ser evangélicos(as). Já 6,8% identificaram-se como espíritas e 2,9% e 0,1% referiram ser umbandistas e candomblecistas, respectivamente. No município, 9% dos(as) moradores(as) revelaram não ter religião. (IBGE, 2010).

Portanto, contrastando com o Censo Demográfico, a revisão de prontuários evidenciou que a maioria (37,9%) das mulheres com filhos internados para tratamento de SC no HCPA, declararam não ter religião na anamnese. Considerou-se esse número como surpreendente, tendo em vista que a maioria da população brasileira identifica-se como católica. Também observou-se a expressividade de mulheres umbandistas (10,3%), com números que diferem¹⁷ da porcentagem nacional, regional e municipal. Contudo, ressalva-se que um grande número (17,2%) de prontuários não continha essa informação, o que poderia alterar a dinâmica geral dos dados obtidos.

5.1.3 Idade e Escolaridade

Gráfico 3: Perfil *etário* das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA

¹⁷ Sobre isso, Homero (2016), pontua que os números de pessoas que se identificam como praticantes de religiões de matriz-africana parecem defasados em relação aos números reais, possivelmente devido ao preconceito e intolerância religiosa, fazendo com que os indivíduos não queiram ser estigmatizados ao responder o Censo do IBGE.



Fonte: gráfico elaborado pela autora.

Gráfico 4: Perfil *escolar* das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA



Fonte: gráfico elaborado pela autora.

No *gráfico 3*, relacionado à faixa etária das puérperas com filhos internados para tratamento de SC no HCPA, evidenciou-se que maioria expressiva (75,9%) é jovem¹⁸, com idades entre 19 e 29 anos. Já no *gráfico 4*, sobre a escolaridade, observou-se que número significativo (27,6%) dessas mulheres não completou o

¹⁸ Válido lembrar que a amostra desta pesquisa foi formada somente por mulheres a partir de 18 anos.

Ensino Fundamental, enquanto as que completaram o Ensino Superior compõe uma minoria (3,4%).

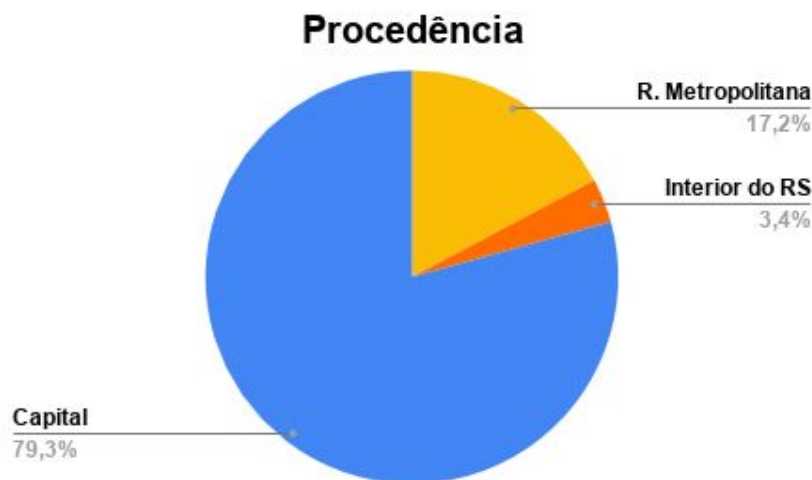
Associando-se os dados do *gráfico 3* e *gráfico 4*, verificou-se que as puérperas com o Ensino Fundamental incompleto são majoritariamente jovens, na faixa etária de 19 a 29 anos. Destas, a maioria tem mais de um filho vivo¹⁹. Tal associação incorre na possibilidade dessas mulheres terem gestado ainda na adolescência e, por esse motivo, terem evadido do ambiente escolar e/ou terem tido gestações próximas, o que também pode ser um empecilho para a conclusão dos estudos, haja vista que as mães, em geral, são as principais cuidadoras dos filhos.

Conforme dados da PNAD Contínua, no ano de 2016, 26,1% das mulheres jovens que não estavam estudando e/ou que evadiram do ambiente escolar justificaram a ausência pela demanda de cuidado com familiares ou afazeres domésticos. (IBGE, 2016). Em vista dessa sobrecarga, pontua-se que a gestação e a maternagem, principalmente na adolescência, aliadas a uma frágil rede de apoio e à falta de vagas em instituições educacionais para crianças, interfere não só na permanência, mas também no retorno dessas mães às escolas.

5.1.4 Procedência

Gráfico 5: Perfil de *procedência* das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA

¹⁹ Este dado pode ser visualizado na Tabela 1, referente ao perfil obstétrico das puérperas.



Fonte: gráfico elaborado pela autora.

No *gráfico 5*, foi possível observar que as puérperas com filhos internados para tratamento de SC no HCPA são, majoritariamente (79,3%), provenientes da capital. Sobre isso, salienta-se que, apesar ser uma instituição de abrangência estadual e nacional, a assistência ao parto do HU é referência para as mulheres que residem em territórios cujos serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) pertençam às Gerências Distritais do Centro, Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC), Sul/Centro Sul (SCS) e Restinga/Extremo Sul (RES) de Porto Alegre/RS.

No entanto, por tratar-se um hospital terciário e de referência para a alta complexidade, o HCPA também oferta atendimento especializado às mulheres que necessitam realizar pré-natal de alto risco na Região Metropolitana. Portanto, outras formas de encaminhamento para a Maternidade do HCPA incluem gestação de alto risco; realização de pré-natal nos ambulatórios da instituição; risco de parto prematuro e/ou solicitação de vaga via GERINT.

Dito isso, verificou-se que, além de Porto Alegre/RS, a segunda cidade com o maior número de puérperas procedentes foi Viamão/RS (17,2%), que foi classificado como Região Metropolitana no gráfico.

5.1.5 Situação Conjugal

Gráfico 6: Perfil *conjugal* das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA



Fonte: gráfico elaborado pela autora.

No *gráfico 6*, referente ao perfil conjugal das puérperas com filhos internados para tratamento de SC no HCPA, verificou-se um número expressivo de mulheres civilmente solteiras²⁰ (73,4%). Sobre isso, o IBGE revelou que os(as) brasileiros(as) estão casando menos e, quando casados, têm permanecido unidos civilmente por menos tempo. (SILVEIRA, 2020).

Na amostra coletada, também evidenciou-se que a maioria das pacientes que afirmaram estar numa união estável pertenciam à faixa etária de 19 a 29 anos. Ao analisar esses registros por faixa etária dos(as) cônjuges, o IBGE observou que, embora o número total de matrimônios tenha reduzido, aumentou o número de casamentos entre pessoas com mais de 40 anos de idade, bem como a formalização da união estável entre os mais jovens.

Além do número de uniões formais ter diminuído, em 2005, 10,5 milhões de famílias já eram compostas por mulheres sem cônjuge e com filhos, sendo elas as principais responsáveis pela criação dos mesmos. Também segundo o IBGE, nos

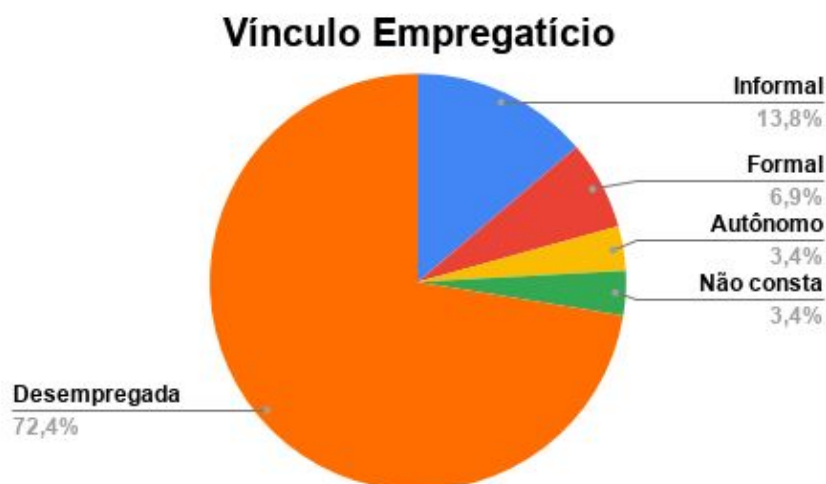
²⁰ Cabe destacar que estar solteira, neste caso, indica não ter formalizado o relacionamento através do casamento civil e/ou religioso. Ou seja, embora civilmente solteiras, as puérperas poderiam ter companheiro(a).

últimos 10 anos, o número de “mães solo” no Brasil aumentou em mais de um milhão. (LABEDU, 2018).

Tendo isso em vista, é possível inferir que o perfil conjugal observado nas puérperas participantes da pesquisa está de acordo com as mudanças ocorridas nas últimas décadas em relação à “família nuclear”, que hoje pode ser composta de inúmeras formas, já citadas anteriormente na revisão de literatura.

5.1.6 Vínculo Empregatício

Gráfico 7: Perfil *empregatício* das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA



Fonte: gráfico elaborado pela autora.

De acordo com a PNAD Contínua, o desemprego atingiu a taxa recorde de 14,6% no terceiro trimestre de 2020, atingindo 14,1 milhões de brasileiros(as). Entre as mulheres, a taxa de desocupação chegou a 16,9% em setembro, sendo maior do que a dos homens (11,8%). (IBGE, 2020). Tais números implicam na observação da aceleração do desemprego feminino frente à pandemia de COVID-19.

Tendo isso em vista, Fraga (2020) aponta que mulheres representam quase nove em cada dez trabalhadores(as)²¹ que vivem completamente sozinhos(as) com filhos(as) menores de 14 anos. No cotidiano dessas “mães solas”, cuja maioria é negra, o cuidado dos(as) filhos(as) é compartilhado apenas com o âmbito escolar. Porém, tendo em vista o fechamento das escolas em função da COVID-19, algumas mães não conseguem retornar ao trabalho, pois dependem das aulas presenciais para exercer função remunerada.

Sendo assim, observa-se que a maternagem constitui-se como empecilho para que a mulher permaneça vinculada ao mercado de trabalho. Um estudo da Fundação Getúlio Vargas (FGV), por exemplo, acompanhou 125 mil mulheres que tiraram licença-maternidade em 2012. Dois anos depois, quase metade delas, 48%, estava fora do mercado de trabalho.

Portanto, o que ocorre é que o cuidado integral às crianças é delegado inteiramente às mães, que sobrecarregadas com duplas ou triplas jornadas, sem garantias legislativas e sem o auxílio de políticas públicas de ensino e cuidado voltadas à primeira infância, não conseguem se manter e nem se realocar em funções com vínculo empregatício formal.

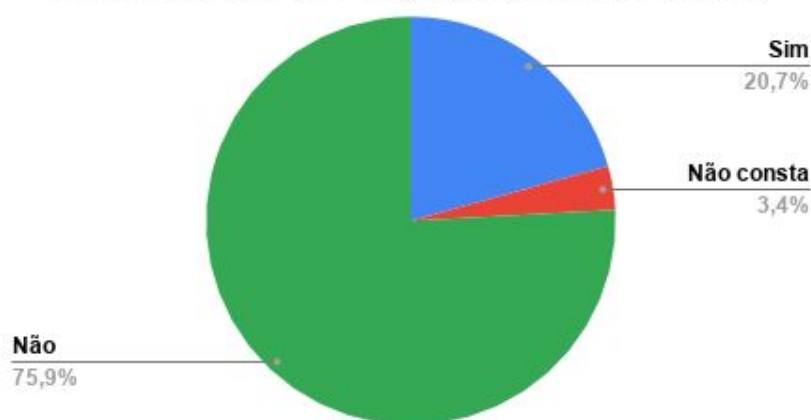
Dito isso, salienta-se que o perfil empregatício das mulheres com filhos internados para tratamento de SC no HCPA, exemplificado no *gráfico 6*, corrobora tal realidade, haja vista a enorme taxa de desemprego (72,4%) e trabalho informal (13,8%) entre as puérperas.

5.1.7 Vínculo junto ao Programa Bolsa Família

Gráfico 8: *Vínculo* das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA junto ao *PBF*

²¹ Neste caso, por trabalhador(a) entende-se a pessoa que está exercendo atividade remunerada ou à procura.

Beneficiária do Programa Bolsa Família



Fonte: gráfico elaborado pela autora.

O PBF é um programa social de transferência de renda direcionado às famílias em situação de extrema pobreza e pobreza²² em todo o país, visando a melhoria socioeconômica das famílias, bem como garantir o direito à alimentação, acesso à educação, saúde e assistência social. Em todo o Brasil, mais de 13,9 milhões de famílias são beneficiárias do PBF. (MDS, 2020).

Dito isso, cabe destacar que em 2016, 92% das famílias beneficiárias tinham mulheres como titulares do cartão no qual era depositada a transferência direta de renda. (BARTHOLO; PASSOS; FONTOURA, 2017).

No entanto, conforme é possível visualizar no *gráfico 7*, a maioria (75,9%) das puérperas com filhos internados para tratamento de SC no HCPA não é beneficiária do PBF, embora a maior parte também esteja desempregada, de acordo com o *gráfico 6* discutido anteriormente.

Sobre isso, ressalta-se que a média de novas inclusões no PBF de janeiro a maio de 2019 era de mais de 260 mil por mês. No entanto, esse número caiu drasticamente desde junho de 2019, quando era concedido em média pouco mais de cinco mil novos benefícios. Em janeiro de 2020, cerca de 500 mil famílias já cadastradas ainda aguardavam a inclusão na lista de beneficiários(as). (GLOBO,

²² De acordo com os critérios do PBF, as famílias extremamente pobres são aquelas que têm renda mensal de até R\$ 89,00 por pessoa, enquanto as famílias pobres são aquelas que têm renda mensal entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 por pessoa e contam com crianças ou adolescentes de 0 a 18 anos. (MDS, 2020).

2020). Porém, em razão da pandemia de COVID-19, novos cadastros no Cadastro Único, com fins de acesso ao PBF foram bloqueados pelo Governo Federal, em virtude da liberação do Auxílio Emergencial.

Contudo, tendo em vista que a renda das puérperas e familiares não consta em prontuário, não foi possível concluir se as famílias não estão vinculadas ao PBF por critérios de renda, se cadastraram-se e aguardam aprovação ou se desconhecem o programa social.

5.1.8 Uso de Psicoativos

Gráfico 9: *Uso de psicoativos* por parte das mulheres com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA



Gráfico elaborado pela autora.

De acordo com a OMS (1993), psicoativos tratam-se de substâncias capazes de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento. Cabe salientar que o termo *psicoativos* se refere às múltiplas substâncias, lícitas ou ilícitas, que causam alteração no sistema nervoso, como

álcool, tabaco, maconha, cocaína, crack, medicamentos controlados, drogas estimulantes, entre outros. (RIBEIRO, 2013).

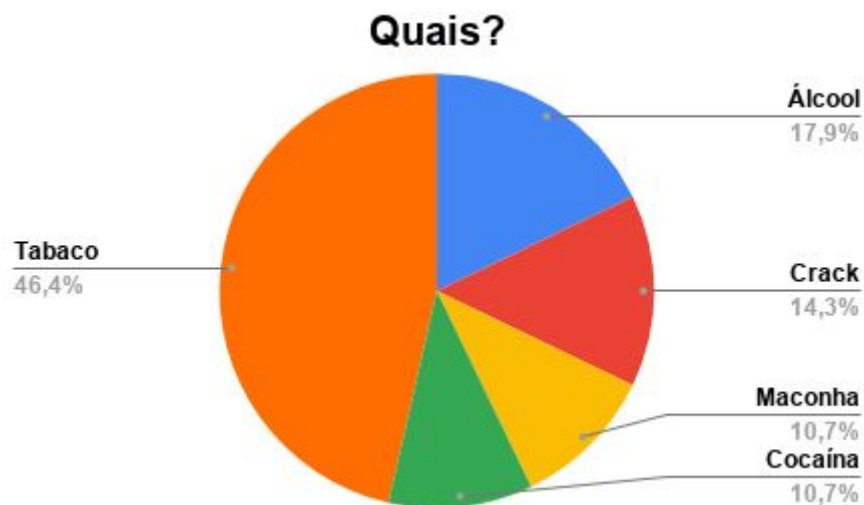


Gráfico elaborado pela autora.

Sendo assim, em revisão de prontuário, foi possível constatar que a maioria das puérperas (51,7%) relatou o uso de psicoativos na gestação, sendo os mais comuns tabaco (46,4%) e álcool (17,9%), seguidos de crack (14,3%), maconha (10,7%) e cocaína (10,7%).

Sobre isso, reforça-se a prevalência do uso de psicoativos lícitos, seguido de substâncias ilícitas. Ademais, compreende-se não ser possível inferir que o uso de psicoativos está atrelado às ISTs, por ser uma lógica estigmatizante, mas entende-se que o uso de psicoativos, a depender do efeito e padrão de consumo, pode dificultar a adesão ao pré-natal e o vínculo com os serviços de saúde. (LIMA, *et al.*, 2015). Portanto, reforça-se que quando identificado o uso de psicoativos, a equipe de saúde objetiva garantir o acompanhamento intersetorial dessas puérperas, a fim de que, quando possível e de desejo da mulher, exerçam o direito de marternarem seus recém-nascidos.

5.2 PERFIL OBSTÉTRICO

Caracterização do perfil obstétrico das participantes do estudo. Dados expressos por meio de números absolutos e proporções entre parênteses.

Tabela 1 - Perfil obstétrico

PERFIL OBSTÉTRICO Total (N = 29)	Número absoluto (porcentagem)
Nº de filhos vivos	
Um	7 (24,1)
Dois	8 (27,6)
Três	7 (24,1)
Quatro ou >	7 (24,1)
Aborto prévio	
Sim	7 (24,1)
Não	21 (72,4)
Não consta	1 (3,4)
Gestação Atual	
Planejada	10 (34,5)
Não planejada	17 (58,6)
Não consta	2 (6,9)
Nº de consultas de PN	
Nenhuma	4 (13,8)
Entre 1 a 3	7 (24,1)
Entre 4 a 6	11 (37,9)
7 ou >	7 (24,1)
Gerência Distrital da US de Referência	
Centro	1 (3,4)
Leste/Nordeste	4 (13,8)
Partenon/Lomba do Pinheiro	5 (17,2)
Norte/Eixo-Baltazar	1 (3,4)
Glória/Cruzeiro/Cristal	7 (24,1)
Sul/Centro Sul	2 (6,9)
Restinga/Extremo Sul	2 (6,9)
Região Metropolitana	4 (13,8)
Interior do RS	1 (3,4)
Sem vínculo	2 (6,9)
Tratamento para sífilis	
Sim (Adequado)	12 (41,4)
Sim (Inadequado)	6 (20,7)
Não	11 (37,9)
Tratamento do parceiro	
Sim (Inadequado)	5 (17,2)
Não	18 (62,1)
Não consta	6 (20,7)
Filho anterior com exposição à SC	
Sim	6 (20,7)
Não	13 (44,8)
Não consta	10 (34,5)

Coinfecção com HIV	
Sim	7 (24,1)
Não	22 (75,9)
Acompanhamento especializado pós AH	
Compareceu	13 (44,8)
Não compareceu	13 (44,8)
Não consta	3 (10,3)

Tabela elaborada pela autora.

Em relação ao *perfil obstétrico* das puérperas com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA, evidenciou-se que a maioria (27,6%) possui dois filhos vivos e nunca sofreu um aborto (72,4%). Sobre a gestação atual, a maior parte (58,6%) não foi planejada. Apesar disso, considerou-se expressivo o número de gravidezes planejadas (34,5%).

O número de consultas de pré-natal também foi considerado surpreendente, haja vista que, por conta da internação neonatal para tratamento de sífilis congênita, supunha-se que a maioria das puérperas não teria realizado acompanhamento de saúde ou realizado de forma inadequada. No entanto, destaca-se que a maior parte das mulheres (62%) realizou o pré-natal de forma adequada (em torno de seis consultas), segundo os critérios do MS. (SES, 2019). Acerca do território das Unidades de Saúde (US) de referência das pacientes, a maioria (24,1%) está vinculada aos serviços da gerência Glória/Cruzeiro/Cristal, ao qual a Maternidade do HCPA atua como serviço de referência.

Sobre o acompanhamento realizado, ressalta-se que a maioria (58,6%) das puérperas realizou de forma inadequada ou não realizou o tratamento para sífilis. No entanto, reforça-se que número relevante (41,4%) de gestantes completou o tratamento necessário. Porém, frisa-se que de acordo com os protocolos do MS, quando há parceiro(a) fixo(a), ele(a) deve ser tratado(a) concomitantemente, com vistas a evitar a reinfecção. Porém, observou-se que a maioria expressiva (62,1%) dos parceiros não realizou tratamento.

Sendo assim, infere-se que apesar do tratamento adequado realizado pelas gestantes, e tendo em vista que a maior parte dos companheiros não o realizou, houve um número significativo de reinfecções, fruto de relações sexuais sem

preservativo, que denotam falhas no acompanhamento de saúde, seja de comunicação entre equipe, paciente e familiar, seja de compreensão da gravidade da sífilis congênita e a importância de efetivar o tratamento da gestante e do(a) parceiro(a) fixo(a), bem como o uso de preservativo durante as relações sexuais, tanto com companheiro(a) ou parceiros(as) múltiplos(as).

Sobre isso, Guinsburg e Santos (2010) reiteram que dentre os principais problemas relacionados à sífilis congênita e ao acompanhamento de pré-natal, destacam-se a anamnese inadequada; sorologias não realizadas nos períodos preconizados (1º e 3º trimestres); interpretação inadequada da sorologia para sífilis; falha no reconhecimento dos sinais de sífilis; falta de tratamento do(a) parceiro(a) sexual e falhas na comunicação.

Ademais, verificou-se que 20,7% das puérperas já tiveram filhos expostos à sífilis congênita; que a coinfeção com HIV foi de cerca de 20,7%; e que quase metade das puérperas (44,8%) não efetivaram o acompanhamento especializado necessário ao/à recém-nascido/a após a alta hospitalar.

5.3 PERFIL DOS DETERMINANTES SOCIAIS ASSOCIADOS À FEMINIZAÇÃO DA MATERNAGEM

Caracterização dos determinantes sociais associados à feminização da maternagem. Dados expressos por meio de números absolutos e proporções entre parênteses.

Tabela 2 - Determinantes sociais associados à feminização da maternagem

Determinantes sociais associados à feminização da maternagem	Número absoluto (porcentagem)
Total (N = 29)	
Composição familiar	
Companheiro e filhos(as)	10 (34,5)
Companheiro(a)	4 (13,8)
Filhos(as)	5 (17,8)

Sem familiares	1 (3,4)
Outros	8 (27,6)
Não consta	1 (3,4)
Situação de vulnerabilidade	
Sim	18 (62,1)
Não	11 (37,9)
Situação de vulnerabilidade identificada	
PN incompleto	11 (19,6)
Suporte familiar restrito	9 (16,1)
Uso de psicoativos	15 (26,8)
Situação de violência	8 (14,3)
Transtorno mental	4 (7,1)
Situação de pobreza extrema	4 (7,1)
Abandono de tratamento especializado	2 (3,6)
Situação de rua	2 (3,6)
Privação de liberdade	1 (1,8)
Situação de violência	
Sim	8 (27,6)
Não	20 (69,0)
Não consta	1 (3,4)
Sobrecarga de trabalho ou cuidado	
Sim	16 (55,2)
Não	13 (44,8)
Sobrecargas identificadas	
Sobrecarga de familiar	5 (17,2)
Sobrecarga materna	5 (17,2)
Genitor não assumiu paternidade	7 (24,1)
Revezamento de visitas durante a internação	
Sim	8 (27,6)
Não	21 (72,4)
Desfecho	
Alta hospitalar com os pais	12 (41,4)
Alta hospitalar com a mãe	13 (44,8)
Alta hospitalar com familiar	3 (10,3)
Acolhimento institucional	1 (3,4)

Tabela elaborada pela autora.

Em relação aos *DSS* associados à *feminização da maternagem*, evidenciou-se que a maioria (48,3%) das puérperas com filhos internados para tratamento de sífilis congênita no HCPA, apesar de civilmente solteiras, convivem com companheiro(a) e/ou companheiro(a) e filhos(as). Porém, cabe destacar que número expressivo (45,4%) coabita apenas com os(as) filhos(as) e/ou outros familiares.

Também foi observado que a maior parte das mulheres e famílias (62,1%) encontra-se em situação de vulnerabilidade social, dado que reitera a importância

do acompanhamento do Serviço Social durante o processo de internação e organização para a alta hospitalar. Dentre as situações de vulnerabilidade identificadas, ressalta-se o uso de psicoativos (26,8%); a realização de pré-natal incompleto (19,3%); o suporte familiar restrito (16,1%); situação de violência atual ou prévia (14,3%); diagnóstico de transtorno mental (7,1%); situação de pobreza extrema (7,1%); abandono de tratamento especializado (3,6%); situação de rua (3,6%) e privação de liberdade (1,8%).

Referente à sobrecarga de trabalho e/ou cuidado, salienta-se que a sua ocorrência foi percebida, por meio dos escritos em prontuário, em cerca de 55,2% dos atendimentos. Tal dado foi corroborado pelo número de genitores que se recusaram a assumir a paternidade (24,1%), bem como pelo não revezamento de visitas entre os pais durante a internação neonatal (72,4%), cujo processo de acompanhamento, que é desgastante, ficou sob responsabilidade das puérperas.

Sobre isso, Beuter *et al.* (2009) assinala que a mulher é considerada a principal cuidadora quando um membro da família adoece, o que indica que a ação de cuidar transpõe o âmbito domiciliar, expandindo-se para o espaço hospitalar, no qual sua presença é cobrada até mesmo pela equipe de saúde.

Ademais, verificou-se que 44,8% dos recém-nascidos foram acompanhados apenas pela mãe na ocasião da alta hospitalar; 41,4% foram acompanhados pelos pais; 10,3% foram acompanhados por outros familiares e um (3,4%) foi acolhido institucionalmente.

5.4 NARRATIVAS: A MATERNAGEM ENQUANTO TRABALHO INVISÍVEL

A partir da revisão de prontuário, além dos dados quantitativos expressos acima, também analisou-se dados qualitativos, relacionados ao relato das puérperas e familiares à equipe de saúde diante da internação neonatal dos recém-nascidos.

Dito isso, as narrativas construídas apontaram que a maioria das mulheres²³ encarregou-se tanto do processo de acompanhamento da internação neonatal,

²³ Puérperas ou demais familiares, como avós, quando impossibilitada a presença da mãe.

quanto dos afazeres domésticos e cuidado com outros(as) filhos(as) e/ou familiares que permaneceram em casa.

Tendo isso em vista, a sobrecarga relacionada ao cuidado pôde ser observada a partir dos trechos²⁴ que seguem:

[...] “em relação à gestação, disse que não foi planejada e que de início teve dificuldades para aceitá-la, por já estar sobrecarregada com o cuidado do irmão e dos filhos”. (Puérpera A1).

[...] “genitora com dificuldade de comparecer diariamente por depender de transporte público e também por ser a única responsável pelos cuidados do filho mais velho, cujas aulas na EMEF estão suspensas em razão da pandemia de COVID-19”. (Puérpera A2).

[...] “relata que é responsável exclusiva pelos cuidados do paciente e se sente tranquila assim. Pai assumiu a paternidade e ajuda financeiramente”. (Puérpera A3).

[...] “destaca-se que trata-se de uma mulher usuária de crack, que deu à luz ao 4º filho, todos sob a guarda da avó (idososa), internada cinco vezes para tratamento de dependência química, todas sem sucesso, que não acessa a atenção básica em saúde e que manifesta o desejo de não gestar mais, diante a todo sofrimento vivido”. (Puérpera A4).

[...] “refere ter feito tratamento para sífilis e que iniciou acompanhamento para o HIV na Santa Casa, onde também permaneceu internada por dez dias por pré-eclâmpsia. Evadiu por não ter com quem deixar os filhos”. (Puérpera A5).

²⁴ Ressalta-se que os trechos em itálico foram retirados dos prontuários revisados e foram transcritos sem alterações e/ou edições.

Tais escritos evidenciam que a feminização da maternagem não atinge apenas as mães dos recém-nascidos, mas também as demais mulheres que compõem a rede de apoio dessas puérperas, as quais implicaram-se e responsabilizaram-se pelo cuidado dos recém-nascidos quando as mães, por questões associadas à vulnerabilidade social (uso de psicoativos, transtorno mental, situação de rua, etc.), não apresentavam, no momento, condições e/ou organização para tal.

Sendo assim, verificou-se que mesmo em situações em que a puérpera possuía um companheiro, eram familiares do sexo feminino (avós, irmãs, tias) que apresentavam-se como referência no suporte ao cuidado do recém-nascido, enquanto a maioria dos genitores, quando presentes, colocavam-se na posição de provedor, não envolvendo-se ativamente com os cuidados da criança.

Nos prontuários revisados, também evidenciaram-se relatos de culpa associados à internação neonatal dos recém-nascidos, bem como narrativas que expressaram a dificuldade de que os companheiros compreendessem a importância da efetivação do tratamento de sífilis durante o pré-natal.

[...] “sente-se apreensiva com os resultados dos exames de saúde da bebê, referindo ainda o sentimento de culpa frente a essas questões”. (Puérpera A6).

[...] “relata que discutiu com o companheiro sobre a necessidade dele buscar atendimento de saúde para iniciar seu tratamento. Disse que tentou conscientizá-lo sobre a importância de iniciar o tratamento, já que por conta disso ela e o RN estão tendo problemas de saúde (sic)”. (Puérpera A7).

[...] “refere que quando recebeu o diagnóstico do RN de sífilis, apresentou-se mais chorosa e permaneceu pouco comunicativa, tendo havido melhora dos sintomas assim que iniciado o tratamento do RN”. (Puérpera A8).

Sobre isso, Guimarães M. S. F. *et al.* (2019) pontua que diante do diagnóstico de sífilis congênita, comumente as puérperas apresentam sentimentos de culpa, medo, decepção, constrangimento e tristeza, associados ao desconhecimento sobre a doença.

Dentre esses achados, também destaca-se a narrativa da *puérpera A7*, que menciona o fato do companheiro não ter feito os exames indicados e, portanto, não ter realizado o tratamento de sífilis. Diante disso, ressalta-se que o incentivo à presença do parceiro(a) no pré-natal está associado à maior aderência do casal ao tratamento de sífilis e HIV, por facilitar e estimular o acesso às ações e serviços de saúde, assim aumentando o autocuidado e contribuindo com a melhoria da qualidade de vida num geral. (TELESSAÚDE, 2014).

Sendo assim, percebe-se que a inserção do(a) companheiro(a) no pré-natal é um direito reprodutivo que pode vir a melhorar a adesão do casal aos tratamentos de saúde propostos, prevenir a violência doméstica por meio do acesso à informação, bem como fomentar a construção de um vínculo precoce entre os pais e o bebê. (FONSECA; TABORDA, 2007).

Em suma, os resultados apontam, de acordo com o perfil sociodemográfico e obstétrico, a predominância de mulheres brancas e jovens; de baixa escolaridade; que trabalham informalmente ou estão desempregadas; que não estão vinculadas a programas sociais referentes à transferência de renda; e que realizaram pré-natal adequado, mas tratamento para sífilis de forma inadequada, assim como os companheiros.

Já a partir da análise dos prontuários e da construção de pequenas narrativas, procurou-se transversalizar questões biológicas, psicológicas e culturais que permearam as vivências, mesmo que resumidamente, das vinte e nove mulheres que compuseram a amostra desta pesquisa.

Dentre os resultados obtidos, destacam-se e repetem-se os relatos de sobrecarga das puérperas associados à necessidade de acompanhar o recém-nascido durante a internação neonatal, mas também assistir aos filhos ou demais familiares que permaneceram em casa. Na ausência ou impossibilidade do acompanhamento por parte da mãe, outras mulheres, principalmente avós maternas, responsabilizaram-se pelo cuidado da criança durante a internação e

após. Os genitores, mesmo quando presentes, não ocuparam papel ativo em relação ao cuidado dos recém-nascidos ou na relação com a equipe de saúde, sendo a mulher, independente da filiação, a figura de referência para/no espaço.

Também verificou-se significativa situação de vulnerabilidade social, principalmente associada ao uso de psicoativos; pré-natal incompleto; suporte familiar restrito; e situação de violência prévia ou atual.

Tendo isso em vista, objetivou-se, diante da exposição dos desdobramentos presentes do processo de interação neonatal, fomentar histórias que desvelem as experiências vivenciadas por essas mulheres, e como estas, associadas aos determinantes sociais expressos no perfil sociodemográfico, obstétrico e de feminização da maternagem, podem (ou não) interferir no cuidado em saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho procurou analisar os determinantes sociais atrelados à feminização na maternagem vivenciada por puérperas com filhos internados para tratamento de sífilis congênita na UNNeo do HCPA, com vistas a dar visibilidade às implicações no cuidado em saúde, bem como fomentar a construção de estratégias para o atendimento humanizado aos recém-nascidos e suas famílias. Para tal, selecionou-se e sistematizou-se as informações dispostas nos prontuários eletrônicos de vinte e nove mulheres e vinte e nove recém-nascidos, com o intuito de criar um perfil sociodemográfico e obstétrico, além de narrativas que revelassem e contextualizassem os aspectos sociais relacionados ao processo de sobrecarga vivenciado por essas mulheres.

Sobre isso, cabe ressaltar a qualidade das informações registradas em prontuário, principalmente no que refere-se ao atendimento multiprofissional, haja vista que os registros detalhados dos atendimentos facilitaram a elaboração desta pesquisa, considerando que o plano de entrevistas individuais e grupo focal foram suspensos em razão da pandemia de COVID-19.

Portanto, primeiramente realizou-se um breve aprofundamento teórico sobre a construção e consolidação do patriarcado e das desigualdades de gênero; a sífilis e formas de prevenção; e os DSS associados à feminização da maternagem. Sobre isso, pensou-se que, além de servir de base para reflexão, esses excertos auxiliaram na compreensão de certos paradigmas associados à responsabilização da mulher enquanto figura central de cuidado que precisam ser superados, inclusive no âmbito da saúde.

Ainda assim, a partir do perfil sociodemográfico, obstétrico e das narrativas construídas, os resultados da pesquisa apontaram que a feminização da maternagem está transversalizada por diversas questões relacionadas à classe social e aos papéis de gênero, como a baixa escolaridade; o desemprego; a pauperização; a dificuldade de acesso/vínculo com os serviços de saúde; o abandono parental e a importância das redes de apoio formadas por outras mulheres.

Dessa forma, os DSS que emergiram por meio dos resultados do estudo demonstraram que as vivências femininas, historicamente, são construídas com base numa série de violências e direitos violados, que ainda se fazem presentes no cotidiano e influenciam diretamente no âmbito da saúde.

Sendo assim, pode-se inferir que a efetividade do tratamento da sífilis está relacionada não apenas à qualidade do pré-natal, mas também está enraizada em fatores sociais, econômicos e culturais presentes no cotidiano das puérperas, companheiros(as) e demais familiares. Dito isso, é essencial que as políticas públicas atuem diante desses determinantes, visando melhorar/transformar as condições sociais e de saúde vigentes.

Em vista disso, destaca-se que a atuação multiprofissional faz-se de suma importância na prevenção e tratamento de ISTs, como a sífilis, por fomentar uma visão mais ampliada, no sentido de (re)conhecer e compreender a influência dos DSS no acesso das gestantes aos serviços de saúde, bem como por possibilitar e estimular a inclusão da família durante o pré-natal, pré-parto e pós-parto.

Logo reflete-se que, além do esforço para (re)conhecer a realidade dos(as) usuários(as) e refletir sobre as possibilidades e desafios que abarcam as ações de combate à sífilis, também se faz necessário haver o (re)conhecimento daquilo que mobiliza os profissionais da saúde (aqui inclui-se a autora desse trabalho), a fim de qualificar e humanizar o atendimento às mulheres, recém-nascidos e suas redes de apoio.

REFERÊNCIAS

- ÁVILA, L. N. Sociabilidade burguesa, consciência de classe e luta de classes: desafios do cenário contemporâneo. In: **VII COLÓQUIO INTERNACIONAL “TEORÍA CRÍTICA Y MARXISMO OCCIDENTAL - MARXISMO Y VIOLENCIA”**, 2014, Buenos Aires, Anais... Buenos Aires: Instituto Superior del Profesorado Dr. Joaquín V. González, 2014, n.p.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARTHOLO, L.; PASSOS, L; FONTOURA, N. **Bolsa Família, autonomia feminina e equidade de gênero**: o que indicam as pesquisas nacionais? Rio de Janeiro: IPEA, 2017. (Texto para Discussão).
- BEUTER, M; BRONDANI, C. M; SZARESKI, C; LANA, D; ALVIM, N. A. T. Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 28-33, 2009.
- BRASIL, Ministério da Cidadania. **Bolsa Família**. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social>> Acesso em: 23 out. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Brasília: Gabinete do Ministro [2016]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt2068_21_10_2016.html> Acesso em: 10 mai. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: Método Canguru/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o controle da Sífilis Congênita**. Brasília. 2016. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf> Acesso em: 10 mai. 2020.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sífilis 2017**. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE-2017-038-Bol-etim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf>> Acesso em: 10 out. 2019.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sífilis 2018**.

Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>>
Acesso em: 10 mai. 2020.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Governo do Estado de Goiás. **Pré-natal**. 2019. Disponível em:

<<https://www.saude.go.gov.br/biblioteca/7637-pr%C3%A9-natal>> Acesso em: 1 nov. 2020.

CARDOSO, A. R. P. *et al.* Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online], vol. 23, n. 2, p. 563-574, 2018.

DINIZ, G. Condição feminina: fator de risco para a saúde mental? In: PAZ, M. G. T.; TAMAYO, A. (Orgs). **Escola, saúde e trabalho: estudos psicológicos**. Brasília: UnB, p. 181-197, 1991.

DWORKIN, A. **Pornography: men possessing women**. Sem tradução. 1ª ed. Nova York: A Plume Book, 1981.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Tradução de Leandro Konder. 9ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1984.

FÁVERO, E. T. **Questão social e perda do poder familiar**. São Paulo: Veras, 2007.

FGV - Fundação Getúlio Vargas. **Mulheres perdem o trabalho após terem filhos**. 2015. Disponível em:
<<https://portal.fgv.br/think-tank/mulheres-perdem-trabalho-apos-terem-filhos>>
Acesso em: 22 out. 2020.

FIOCRUZ. Pense SUS. **Determinantes Sociais**. 2014. Disponível em:
<<https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>> Acesso em: 12 abr. 2020.

FOLLADOR, K. J. A mulher na visão do patriarcado brasileiro: uma herança ocidental. **Revista Fatos & Versões**, Campo Grande, v. 2, n. 1, p. 03-16, jan./jun., 2009.

FONSECA, P.; TABORDA, J. Paternidade: passado, presente e futuro. **Atlas Psico**, São Paulo. n. 5, p. 14-23, 2007.

FRAGA, E. **Reabertura da economia sem aula presencial pode elevar desigualdade**. Folha de S. Paulo, 2020. Disponível em:
<<https://www1.folha.uol.com.br/mercado/2020/07/reabertura-da-economia-sem-aula-presencial-pode-elevar-desigualdade.shtml>> Acesso em: 21 out. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2016.

GLOBO. **Fila para obter o Bolsa Família já chega a quase 500 mil pessoas**. 2020. Disponível em:
<<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/01/27/fila-para-obter-o-bolsa-famili>>

a-ja-chega-a-quase-500-mil-pessoas.ghtml> Acesso em: 24 out. 2020.

GRADVOHL, S. M. O. *et al.* Maternidade e formas de maternagem desde a Idade Média à atualidade. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 55-62, jun., 2014.

GUEDES, O. S.; DAROS, M. A. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 122-134, jul./dez., 2009.

GUIMARÃES, J. R. *et al.* Prontuário on-line do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. In: **VIII CBIS - Congresso da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde**, 2002, Natal/RN. Anais do CBIS 2002. São Paulo/SP: SBIS, 2002.

GUIMARÃES, M. S. F; SANTOS, I. M. M; SILVA, L. J; CHRISTOFFEL, M. M; SILVA, L. R. A parentalidade de pais de recém-nascidos hospitalizados por sífilis congênita à luz da teoria das transições. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, p. 1-11, 2019.

GUINSBURG, R; SANTOS, A. M. N. **Critérios diagnósticos e tratamento de sífilis congênita**. 2010. Disponível em:
<https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf>
Acesso em: 01 dez. 2020.

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Apresentação Institucional**. c2019. Disponível em:
<<https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao/institucional-apresentacao-caracteristicas>> Acesso em: 12 abr. 2020.

_____. **Código de Conduta Eticamente Adequada para Pesquisadores**. Porto Alegre: HCPA, 2018b. Disponível em:
<https://www.hcpa.edu.br/downloads/ccom/pes_area_do_pesq_etica_em_pesquisa/codigo_de_conduta_etica_para_pesquisadores_do_hcpa.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2020.

_____. **Ginecologia e Obstetrícia**. c2019. Disponível em:
<<https://www.hcpa.edu.br/assistencia-servicos-medicos-ginecologia-e-obstetricia>>
Acesso em: 12 abr. 2020.

_____. **Neonatologia**. c2019. Disponível em:
<<https://www.hcpa.edu.br/assistencia-servicos-medicos-neonatalogia>> Acesso em: 12 abr. 2020.

_____. **Normas Internas Próprias para Utilização de Dados de Prontuários de Pacientes e de Bases de Dados em Projetos de Pesquisa Realizados no HCPA**. Porto Alegre: HCPA, 2018a. Disponível em:
<https://www.hcpa.edu.br/downloads/ccom/pesquisa_area_do_pesq_normas/norma_para_utiliza%C3%A7%C3%A3o_de_dados_de_prontu%C3%A1rios.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2020.

HOMERO, V. **Crescimento em surdina: aumenta o número de terreiros em S. J. de Meriti**. FAPERJ, 2016. Disponível em: <<http://www.faperj.br/?id=3159.2.2>> Acesso em: 14 abr. 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>> Acesso em 18 out. 2020.

_____. **Desemprego**. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>> Acesso em: 18 out. 2020.

_____. **Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil**. 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101551_informativo.pdf>. Acesso em: 18 out. 2020.

_____. **População por cor ou raça**. 2019. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403#resultado>> Acesso em: 18 out. 2020.

_____. **População residente por religião**. 2019. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403#resultado>> Acesso em: 18 out. 2020.

LABEDU - Laboratório de Educação. **A realidade das mães solas no Brasil**. 2018. Disponível em. <<https://labedu.org.br/realidade-das-maes-solo-no-brasil/>> Acesso em: 21 out. 2020.

LIMA, V. C. *et al.* A sífilis congênita e seus determinantes sociais da saúde. **SANARE, Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 14, n. 1, p. 82, jan./jun., 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ª ed. São Paulo: Hucitec, ABRASCO, 2008.

MOREIRA, M. C. G. **A violência entre parceiros íntimos: o difícil processo de ruptura**. 2005. 102 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ), Rio de Janeiro.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Tradução: Dorgival Caetano, 1ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, p. 69 - 82, 1993.

RIBEIRO, T. M. **Do “você não pode” ao “você não quer”**: uma história de prevenção às drogas na Educação. 1ª ed. Curitiba: Prismas e Appris, v. 1, 2013.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 115-123, jan./jul., 2001.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu

Abramo, 2004.

SCHNEIDER, E. M. *et al.* Pesquisas quali-quantitativas: contribuições para a pesquisa em ensino de ciências. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 9, p. 569-584, dez., 2017.

SILVEIRA, D. **Brasileiros estão casando menos e ficando menos tempo casados, aponta IBGE**. G1, 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/2020/12/09/brasileiros-estao-casando-menos-e-ficando-menos-tempo-casados-aponta-ibge.ghtml>> Acesso em: 20 out. 2020.

TELESSAÚDE. **Pré-natal do homem e os benefícios para a família**. 2014. Disponível em: <<https://telessaude.prefeitura.sp.gov.br/pre-natal-do-homem-e-os-beneficios-para-a-familia/>> Acesso em 20 nov. 2020.

TRIVIÑOS, A. N. da S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.

VARELLA, D. **Sífilis**. 2017. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/doencas-e-sintomas/sifilis/>> Acesso em: 21 mar. 2020.

YANNOULAS, S. Feminização ou feminilização? Apontamentos em torno de uma categoria. **Revista Temporalis**, Brasília, v. 11, n. 22, p. 271-292, jul./dez., 2011.

ZERZAN, J. Patriarcado, civilização e as origens do gênero. Tradução de Loreley Garcia. **Revista Gênero & Direito**, Pernambuco, v. 1, n. 2, p. 82-102, jul./dez., 2010.

APÊNDICE A**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO**

Raça/Etnia: () Branca () Parda () Preta () Amarela () Indígena () NC

Idade: () 18 anos () 19 a 29 anos () 30 a 39 anos () > 39 anos () NC

Procedência: () Capital () Região Metropolitana () Interior do RS () Outros
() NC

Situação conjugal: () Solteira () União Estável () Casada () Separada
() NC

Escolaridade:

() Analfabeta () Ensino Fundamental Incompleto
() Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto
() Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto
() Ensino Superior Completo () NC

Vínculo empregatício: () Desempregada () Informal () Formal () Outros
() NC

Beneficiária do Programa Bolsa Família: () Sim () Não () NC

Uso de psicoativos: () Álcool () Tabaco () Maconha () Cocaína () Crack
() Outros () NC

APÊNDICE B
PERFIL OBSTÉTRICO

Número de filhos vivos: () 1 () 2 () 3 () 4 () > 5 () NC

Número de abortos: () 1 () 2 () 3 () 4 () > 5 () NC

Gestação atual planejada: () Sim () Não () NC

Nº de consultas pré-natal: () 0 () 1 a 3 () 4 a 6 () 7 a 9 () > 9 () NC

Unidade de Saúde de referência: () Centro () LENO () PLP () NEB

() GCC () SCS () RES () Região Metropolitana () Interior do RS () Sem
vínculo

Tratamento para sífilis: () Tratada () Inadequadamente tratada () Não tratada
() NC

Parceiro(a) tratou: () Sim () Não () NC

RN exposto ao HIV: () Sim () Não

RN realizou acompanhamento especializado após a alta hospitalar: () Sim
() Não

Outros filhos expostos à sífilis: () Sim () Não

APÊNDICE C

TÓPICOS GUIA PARA A CONSTRUÇÃO DE NARRATIVAS

- 1) No intuito de (re)conhecer os determinantes sociais associados à maternagem, buscarei as seguintes informações em prontuário:
 - a) Composição familiar;
 - b) Indicadores/narrativas relacionadas à sobrecarga de trabalho (formal, informal e doméstico);
 - c) Indicadores/narrativas de situação de violência (verbal, psicológica, física, sexual, entre outras) no âmbito familiar e/ou marital;
 - d) Se há familiar que reveza no acompanhamento da internação neonatal;
 - e) Dentre outros que poderão surgir ao longo das revisões de prontuário e/ou atendimentos de rotina do Serviço Social.