



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ - UEPA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-PPGENF**



NÁDIA CRISTINA COELHO SOBRAL COSTA

**ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DA
SÍFILIS ADQUIRIDA EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL**

**MANAUS
2018**

NÁDIA CRISTINA COELHO SOBRAL COSTA

**ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DA
SÍFILIS ADQUIRIDA EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas associado à Universidade Estadual do Pará como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, linha de pesquisa: Enfermagem em Saúde Pública e Epidemiologia das Doenças na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

Coorientadora: Prof^ª. Dra. Gilsirene Scantelbury de Almeida

**MANAUS
2018**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C837a Costa, Nádia Cristina Coelho Sobral
Análise da Representação Social do processo saúde-doença da
Sífilis adquirida em mulheres em idade fértil / Nádia Cristina Coelho
Sobral Costa. 2018
71 f.: 31 cm.

Orientador: David Lopes Neto
Coorientador: Gilsirene Scantelbury de Almeida
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal
do Amazonas.

1. Saúde Pública. 2. Saúde da Mulher. 3. Ist. 4. Sífilis. I. Lopes
Neto, David II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

NÁDIA CRISTINA COELHO SOBRAL COSTA

**ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DA
SÍFILIS ADQUIRIDA EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL**

Esta DISSERTAÇÃO será submetida à avaliação pela Banca examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

Banca Examinadora:

Prof. Dr. David Lopes Neto
Presidente

Prof^a. Dr^a. Maria Suely de Sousa Pereira
Membro

Prof^a. Dr^a. Arinete Vêras Fontes Esteves
Membro

MANAUS
2018

RESUMO

A sífilis adquirida é doença infectocontagiosa de transmissão sexual produzida pelo *Treponema pallidum*. No campo da saúde pública é um grave problema. As mulheres apresentam maiores vulnerabilidades relacionadas à aquisição de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), situação implicada pela questão de gênero e por questões sociais e culturais. Neste estudo, o referencial da teoria das representações sociais tornou possível interpretar a compreensão de mulheres sobre o processo saúde-doença da sífilis desvelando suas crenças, conceitos e julgamentos. **Objetivo:** Analisar as representações sociais de mulheres em idade fértil sobre o processo saúde-doença da sífilis adquirida. **Método:** Pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, conduzida pelo referencial da Teoria das Representações Sociais. O estudo foi realizado na Fundação Alfredo da Mata, instituição vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Amazonas. O período de coleta de dados foi de dezembro 2017 a janeiro de 2018. A amostra foi composta por 10 mulheres diagnosticadas e acompanhadas por profissionais de um centro de referência de assistência a pessoas com IST na cidade de Manaus. A coleta de dados ocorreu por meio da técnica de entrevista semiestruturada. A análise do material se realizou por meio da técnica da análise de conteúdo. As exigências éticas para pesquisas em seres humanos foram atendidas por esse estudo. **Resultados:** Quatro categorias emergiram das representações sociais: o significado da sífilis, o sentimento da descoberta, o meio de transmissão e o estar com sífilis. **Conclusão:** Conclui-se que sífilis significa para as mulheres em idade fértil uma doença sexualmente transmissível, contagiosa, causadora de incômodos físicos e mentais, podendo passar despercebida pelo desconhecimento ou estar relacionada a castigo divino.

Palavras chaves: Saúde pública. Saúde da mulher. IST. Sífilis.

ABSTRACT

Acquired syphilis is an infectious-contagious sexually transmitted disease produced by *Treponema pallidum*. In the field of public health, it is a serious problem. Women have greater vulnerabilities related to the acquisition of Sexually Transmitted Infections (STIs), a situation implied by gender and social and cultural issues. In this study, the theory of social representations made it possible to interpret women's understanding of the health-disease process of syphilis by revealing their beliefs, concepts and judgments. Objective: To analyze the social representations of women of childbearing age on the health-disease process of acquired syphilis. Method: Exploratory, descriptive, qualitative approach, conducted by the Social Representations Theory. The study was conducted at the Alfredo da Mata Foundation, an institution linked to the State Health Secretariat of the State of Amazonas. The data collection period was from December 2017 to January 2018. The sample consisted of 10 women diagnosed and followed up by professionals from a reference center for assistance to people with STIs in the city of Manaus. The data collection was performed through the semi structured interview technique. The analysis of the material was done through the technique of content analysis. The ethical requirements for human research were met by this study. Results: Four categories emerged from social representations: the meaning of syphilis, the feeling of discovery, the medium of transmission and being with syphilis. Conclusion: It is concluded that syphilis is meant for women of childbearing age as a sexually transmitted, contagious disease, which causes physical and mental discomfort, which may go unnoticed or be related to divine punishment.

Keys Words: Public Health. Women's Health. IST. Syphilis.

ABSTRACTO

La sífilis adquirida es una enfermedad de transmisión sexual contagiosa e infecciosa producida por *Treponema pallidum*. En el campo de la salud pública, es un problema grave. Las mujeres tienen mayores vulnerabilidades relacionadas con la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), una situación implícita en cuestiones de género sociales y culturales. En este estudio, la teoría de las representaciones sociales hizo posible interpretar la comprensión de las mujeres sobre el proceso salud-enfermedad de la sífilis al revelar sus creencias, conceptos y juicios. **Objetivo:** analizar las representaciones sociales de las mujeres en edad fértil sobre el proceso salud-enfermedad de la sífilis adquirida. **Método:** enfoque exploratorio, descriptivo, cualitativo, realizado por la Teoría de las Representaciones Sociales. El estudio se realizó en la Fundación Alfredo da Mata, una institución vinculada a la Secretaria de Estado de Saúde del Estado do Amazonas. El período de recolección de datos fue de diciembre de 2017 a enero de 2018. La muestra consistió en 10 mujeres diagnosticadas y seguidas por profesionales de esa Fundación, en la ciudad de Manaus. La recolección de datos se realizó a través de la técnica de entrevista semiestructurada. El análisis del material se realizó a través de la técnica del análisis del contenido. Los requisitos éticos para la investigación humana se cumplieron en este estudio. **Resultados:** surgieron cuatro categorías de las representaciones sociales: el significado de la sífilis, el sentimiento de descubrimiento, el medio de transmisión y el estar con la sífilis. **Conclusión:** Se concluye que la sífilis está destinada a las mujeres en edad fértil como una enfermedad contagiosa de transmisión sexual, que causa incomodidad física y mental, que puede pasar desapercibida o estar relacionada con el castigo divino.

Palabras clave: Salud pública. Salud de la mujer. ITS. Sífilis.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, por estarem presentes em todos os momentos da minha vida,
por serem a razão de eu ser quem sou e de todas as minhas conquistas: Meus
exemplos de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me guiado em todos os momentos, dando-me forças para prosseguir, até mesmo quando eu pensei não ser mais possível.

A minha mãe e ao meu pai, por terem feito de mim a pessoa que sou hoje, por terem me dado apoio, ensinando-me a persistir e acreditar nos meus sonhos.

As minhas irmãs que sempre tentam me ajudar de alguma forma e tentam encontrar uma solução para os meus anseios.

Ao meu esposo, que me acompanhou em cada instante, que sofreu comigo as minhas angústias, que ouviu pacientemente as minhas reclamações e indignações, que não me deixou desistir e sempre esteve presente com uma palavra de incentivo.

A toda a minha família, por acreditarem em mim.

Aos meus orientadores, Prof. David Lopes e Prof^a Gilserene Scantelbury, por guiarem os meus caminhos até aqui. Serei grata para sempre.

Aos meus amigos da turma de mestrado, pela união, conselhos, estudos e risadas que tornaram a minha caminhada mais suave.

Aos amigos de trabalho, por serem compreensivos nas minhas ausências e por demonstrarem tanto carinho e felicidade com os meus avanços na vida docente.

A minha querida amiga Claudia Nogueira, por seus conselhos, por sua preocupação e disponibilidade em me ajudar.

A professora Noeli Toledo e ao professor Henry Vieira, por toda a sua competência em compartilhar os seus ensinamentos durante o estágio em docência.

A todo o corpo docente do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas por compartilharem seus conhecimentos e proporcionarem tanto aprendizado.

À equipe do setor de doenças sexualmente transmissíveis da Fundação, em especial à enfermeira bolsista, Kamila Cunha, por colaborar incansavelmente com o desenvolvimento desta pesquisa.

As participantes da pesquisa, sem elas esse estudo não seria possível, pois me permitiram essa troca imensa de conhecimento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
CDC	<i>Disease Control and Prevention</i>
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELISA	<i>Enzyme – linked immunossorbent assay</i>
EQL	<i>Electrochemiluminescence)</i>
FTA-Abs	<i>Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption</i>
FUAM	Fundação Alfredo da Mata
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MHA-TP	Microhemaglutinação para <i>Treponema pallidum</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PCR	Testes moleculares
RPR	<i>Rapid Test Reagin</i>
RS	representações sociais
SC	Sífilis Congênita
TNC	Teoria do Núcleo Central
TPHA	<i>T. pallidum Haemagglutination Test</i>
TPPA	<i>Treponema pallidum particle agglutination assay</i>
TR	Teste rápido
TRS	Teoria das Representações Sociais
TRUST	<i>ToluidineRed Unheated Serum Test</i>
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese da categoria “o significado da sífilis”.....	36
Quadro 2 - Síntese da categoria “o sentimento da descoberta”.....	37
Quadro 3 - Síntese da categoria “o meio de transmissão”.....	38
Quadro 4 - Síntese da categoria “ o estar com sífilis ”.....	39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo Geral	15
3.2 Objetivos Específicos	15
4 ASPECTOS TEÓRICOS CONCEITUAIS	16
4.1 Teoria das Representações Sociais	16
4.2 O ser mulher e o processo saúde-doença.....	19
4.3 Sífilis - o Estado da Arte	21
4.3.1 <i>Etiopatogenia E Transmissibilidade</i>	22
4.3.2 <i>Aspecto Clínico</i>	23
4.3.3 <i>Diagnóstico</i>	26
4.3.4 <i>Tratamento</i>	28
5 PERCURSO METODOLÓGICO	30
5.1 Tipo de Estudo.....	30
5.2 Campo de Pesquisa.....	30
5.3 Participantes da Pesquisa.....	30
5.4 Critérios de inclusão e exclusão	30
5.5 Coleta de dados e a técnica.....	31
5.6 Análises dos dados	33
5.7 Aspectos éticos	34
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
6.1 Caracterização sociodemográfica das participantes	35
6.2 Análise interpretativa das entrevistas	36
7 CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS	52
OBRAS CONSULTADAS	63
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO	65
APÊNDICE B - INSTRUMENTO	67

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são consideradas uma epidemia global, com destaque para a sífilis, doença infectocontagiosa de transmissão sexual ocasionada pelo *Treponema pallidum*, que, atualmente, acomete, aproximadamente, 11 milhões pessoas por ano em todo o mundo (WHO, 2008; 2012).

Tendo em vista que há variações regionais distintas da sífilis no mundo, as maiores prevalências e incidências de sífilis são encontradas na região africana (NEWMAN et al., 2015). Problema pandêmico na Europa, entre 2014 e 2015, especificamente na Inglaterra, o número de diagnósticos de sífilis ascendeu cerca de 20%, isto é, de 4.412 para 5.288 casos, mostrando que a tendência nos últimos anos nesse país é crescente. Ressalta-se que a série histórica de 2012 a 2015 mostra a magnitude do problema do aumento de diagnósticos de sífilis, atingindo o patamar de 76% (HEALTH..., 2015).

Nas Américas, aproximadamente 2,4 milhões de casos de sífilis ocorrem a cada ano (WHO, 2010). Os Estados Unidos apresentaram, no ano de 2015, um aumento no número de casos notificados de sífilis em todas as faixas etárias, igualmente para o sexo masculino e feminino, com maior prevalência em pessoas com idade entre 15-44 anos (79,6%) (WORKOWSKY; BOLAN, 2015).

O Brasil, somente a partir do ano de 2011 incluiu a sífilis adquirida na lista de doenças de notificação compulsória, este fato interferiu diretamente nas estimativas do número de casos que ocorriam na população em geral, haja vista que não havia a obrigatoriedade de comunicação oficial desses casos às autoridades e, apenas da sífilis congênita e a sífilis gestacional, as quais integram o quadro de doenças de notificação compulsória desde o ano de 1986 e 2006, respectivamente (BRASIL, 1986; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Como estratégia de controle e monitoramento da prevalência da sífilis no Brasil, estudos transversais são realizados a fim de estabelecer as tendências, tanto espaciais quanto temporais da infecção nas populações alvo. Nesse contexto, para se estimar a taxa de prevalência de sífilis na população feminina, na década de 1990, foram realizados estudos com as parturientes, considerando que este grupo seja o que mais apresenta taxas semelhantes à população feminina geral (BOISSON et al., 1996).

Dados recentes de estudos realizados com parturientes no Brasil estimou a prevalência geral da sífilis em 0,81%, espelhando que as estimativas pontuais das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foram superiores a do Brasil, correspondendo, respectivamente, a 1,05%, 1,14% e 1,20%. Nesse mesmo estudo, os dados revelaram que no agrupamento dos resultados por faixa

etária, as maiores prevalências foram observadas entre as parturientes de 25 a 49 anos [1,04%], em idade fértil, corroborando com o que preconiza o Ministério da Saúde que considera mulheres em idade fértil as pertencentes a faixa etária entre 10 a 49 anos. (CUNHA, 2015; BRASIL, 2008), o que as tornam susceptíveis a infecções sexualmente transmissíveis (IST).

As mulheres apresentam vulnerabilidades distintas à aquisição de infecções sexualmente transmissíveis, sejam por fatores biológicos, psicológicos ou sociais. (MIRANDA et al., 2012). Em grande parte das sociedades, notadamente as patriarcais, ainda é uma realidade as mulheres terem pouco ou nenhum controle quanto às decisões relativas e sob quais condições ter relação sexual, no que se refere ao uso do preservativo pelo parceiro e, menos ainda, das condutas sexuais dele, fato este diretamente ligado às questões de controle das IST (RIBEIRO; SILVA; SALDANHA, 2011).

Dessa forma, a sífilis carrega muitos estigmas assim como a grande maioria das IST, e este fato dificulta seu controle e colabora para o aumento do número de casos entre as mulheres. No estudo realizado por Cavalcante et al, 2012, observou-se que, por medo da descoberta da doença pela família, muitas mulheres não iniciavam o tratamento contra as IST. Outras, por receio da reação do marido não lhes contavam sobre o diagnóstico e nem negociavam o uso do preservativo (CAVALCANTE et al., 2012). Assim sendo, o estigma da moralidade está fortemente atrelado à sífilis, doença vinculada à prática sexual e para evitá-la, implica em mudanças nos hábitos de vida, no comportamento sexual. É claramente uma doença social (ALMEIDA, 2015) atrelada ao estado de saúde e de adoecimento biológico.

Os fenômenos do processo saúde/doença a partir da ótica trazida pelas ciências sociais, indicam que diferentes grupos sociais possuem concepções diversas relativas à etiologia das doenças, geralmente, diferente do pensamento biomédico (SANTOS, 2012). Abordar os fenômenos da saúde pela perspectiva cultural, integra a psicologia ‘as ciências humanas e sociais’, possibilitando o rompimento das barreiras disciplinares e contribuindo para a análise ontológica dos problemas relacionados ao processo saúde-doença. Essa abordagem pode ser o ponto chave para a compreensão dos fenômenos que tornam a sífilis um problema de saúde pública persistente (ALMEIDA, 2009).

Neste contexto, a Teoria das Representações Sociais (TRS) permite ampliar a compreensão sobre as pessoas, seus afetos, sua forma de agir e pensar frente às implicações do cotidiano (FERREIRA, 2016).

Os estudos das representações sociais são integrantes dos estudos da Psicologia Social, e estes têm se preocupado com o comportamento em saúde, trazendo uma abordagem

psicossocial na interpretação dos fenômenos sociais relacionados ao processo saúde/doença (ALMEIDA, 2009).

A sífilis, numa visão holística do ser humano se enquadra como um fenômeno social, envolto por estigmas, preconceitos, opiniões e crenças, culturalmente sustentadas e historicamente marcadas por diferenças visíveis entre a saúde sexual feminina e masculina. Estudar, nesse contexto, as representações sociais pode contribuir para a compreensão desse fenômeno.

O presente estudo se propôs estudar a sífilis a partir de uma abordagem que considere os fenômenos sociais relacionados à doença, com ênfase no pensamento social feminino, considerando, de forma especial, aspectos sócio-históricos relevantes nos processos abordados, como a feminilidade, a sexualidade, as implicações na vida conjugal e social como um todo, o ser holístico.

Após a busca de estudos que corroborassem com as evidências da sífilis como um real problema de saúde pública no mundo, somada à vivência da pesquisadora durante um ano em uma unidade básica de saúde, participando da realização de testes rápidos para sífilis, *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) e hepatites e a visualização de vários resultados reagentes para sífilis e o semblante aliviado dessas mulheres por ter positivado para sífilis e não para HIV, formulou-se a questão de pesquisa deste estudo: Qual a representação social das mulheres em idade fértil diagnosticadas com sífilis sobre o processo saúde-doença da sífilis adquirida?

2 JUSTIFICATIVA

A sífilis adquirida é uma doença infecciosa, crônica, de transmissibilidade por via sexual e hematogênica, configurando-se como um agravo de alta magnitude. Muitos estudos sobre sífilis têm como população-alvo as gestantes e os recém-nascidos, sendo a sífilis adquirida em adultos em populações específicas, como a de mulheres em idade fértil, menos abordada quando comparados com a literatura sobre sífilis congênita e gestacional.

As mulheres são vulneráveis à sífilis por diversos fatores, inclusive pela própria questão de gênero. Tal fato torna a abordagem a essa população ainda mais indispensável tendo em vista a escassez de estudos com a abordagem social a partir do ser mulher.

Conhecer por meio da subjetividade feminina o que a sífilis pode ocasionar na vida dessas mulheres no âmbito familiar, de trabalho e da vida sexual, torna o estudo socialmente relevante não por apenas torná-las protagonistas, mas, também, por permitir o desvelar da visãoêmica feminina sobre a doença e o adoecer de sífilis.

Sabe-se que no meio social existe estigma e preconceito com pessoas que apresentam doenças sexualmente transmissíveis, instigando a pessoa com a doença a realizar a prática da automedicação, a não buscar o serviço especializado, que, por muitas vezes, torna necessário intervenções mais invasivas. Tais consequências precisam ser alvo de estudos, a fim de evitar esses comportamentos e melhorar as formas de realização de ações promoção da saúde dentro do meio social.

Compreender as representações sociais geradas pelas mulheres contribuirá para o subsídio de material confiável para o desenvolvimento de educação em saúde sobre o tema da sexualidade voltada especialmente para a população feminina adulta, abordando questões que realmente são do interesse das mulheres e com uma linguagem acessível a elas.

Portanto, este estudo contribuirá para o desenvolvimento de educação em saúde fundamentada em base científica para as mulheres sadias e para as mulheres já acometidas por sífilis, visando à melhoria da qualidade de vida desta população, contribuirá para a reorganização da política de educação em saúde, além de favorecer a criação de políticas públicas voltadas para essa clientela.

Para os profissionais de saúde, o estudo trará resultados de evidências científicas que poderão norteá-los no planejamento de assistência integral a saúde da mulher com sífilis, tornando as ações de saúde mais direcionadas e possivelmente mais eficazes colaborando para a redução do número de casos de mulheres em idade fértil com sífilis e consequentemente, de gestantes sífilíticas e de sífilis congênita.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Analisar as representações sociais de mulheres em idade fértil sobre o processo saúde-doença da sífilis adquirida.

3.2 Objetivos Específicos

- Desvelar os significados, ideias, crenças e valores atribuídos pelas mulheres em idade fértil ao processo saúde-doença da sífilis.
- Caracterizar as representações sociais das mulheres sobre a sífilis adquirida.

4 ASPECTOS TEÓRICOS CONCEITUAIS

4.1 Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi desenvolvida por Sergei Moscovici, psicólogo romeno radicado na França. Na década de 1960, a partir do seu estudo de doutorado denominado *La Psychanalyse: son image et son public etude sur la representation sociale de la Psychanalyse*, a teoria surge como algo a frente de seu tempo (VERGARA; FERREIRA, 2007).

A inspiração de Moscovici para o desenvolvimento da TRS emergiu da sua própria história de vida, presenciou a opressão nazista durante a segunda Guerra mundial, fato que o levou a desenvolver suas questões acerca da fé, questões essas respondidas em sua primeira obra (ARRUDA, 2002).

Para construção do conceito de representação social, Moscovici buscou criar seu alicerce iniciando pelos conceitos de representações coletivas de Durkheim, dos estudos do pensamento primitivo de Lévi Brhul, da teoria da linguagem de Saussure, além dos estudos de Freud, Piaget e Vigotski (GONÇALVES; SOUSA, 2015).

Entre os estudiosos (MOSCOVICI, 2003; JODELET, 2001), são propostos conceitos na tentativa de definir as representações sociais, tarefa essa complexa pela sua pluralidade e pelo grande número de fenômenos que a englobam (SÁ, 2002). Moscovici sugere uma busca cognitiva diversa que perpassa até pela experiência cultural.

Por representações sociais, entendemos um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 1981, p. 181, citado por SÁ, 1996, p. 31).

Contribuindo com a conceituação de representação social, Denise Jodelet (2009), de forma concisa descreve a representação social como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada com o objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

A TRS na área da Psicologia social destaca o pensamento social em toda a sua diversidade, valorizando o senso comum e o conhecimento prático. Para Moscovici, as representações sociais são pessoais e só ocorrem a partir da interação com o outro, o que possibilita o compartilhamento de ações coletivas (ARRUDA, 2002; GONÇALVES; SOUSA, 2015).

O estudo das representações sociais (RS) centraliza-se na ideia de que os processos cognitivos devam ser estudados a partir de uma estrutura social reconhecida. Para Moreira e Camargo (2007, p. 39), “o novo na teoria é a consequência daquilo que une a ciência cognitiva e o senso comum, ambos são conhecimentos sociais, cada um tendo seus processos mentais específicos, seu modo de comunicação”.

A Teoria das Representações Sociais é um subsídio teórico que estuda as representações sociais, estas por sua vez, são entendidas como as crenças, os valores, os significados que são produzidos no senso comum, ou seja, como as pessoas e os grupos sociais, no curso de suas vidas cotidianas, constroem saberes sobre si mesmas, sobre os outros e sobre os diversos objetos sociais que lhe são relevantes (FÉLIX et al., 2016).

A atividade de representar torna o indivíduo capaz de construir uma nova realidade no seu mundo, novos significados são gerados a partir da interpretação da realidade, o que ocorre por meio do conjunto lógico de pensamentos, forma a visão de mundo do indivíduo em sua coletividade (JOVECHLOVITCH, 2000).

Como funções, é possível citar que as representações sociais cabem orientar as condutas do sujeito no grupo, explicar a realidade, justificar decisões e posições e contribuir para a definição de identidades, assim como preservar as peculiaridades dos grupos (MOSCOVICI, 2003; SANTOS, 2009).

Em sua obra, Moscovici buscou compreender também como as representações são construídas, como elas familiarizam os objetos não familiarizados, concatenam cognitivamente os sujeitos àquilo que lhes é estranho (WACHELKE, 2005). Foi então que ele descreveu dois processos fundamentais na criação das RS: a ancoragem e a objetivação.

Ancorar é o processo que transforma algo estranho, perturbador e ameaçador em algo familiar. Quando se atribui nome e se classifica algo, está ancorando em nossa realidade, tornando o objeto inteligível. Sintetizando, ancorar é classificar e dar nome (MOSCOVICI, 2015). Exemplos disso são os sinais de “ponto” e “vírgula”, que ancorados na palavra “vida”, puderam ser ressignificados para estabelecer uma coerência entre o que antes era desconhecido (apenas símbolos) e o conhecido (sentido da vida) (PEIXOTO, FONSECA; OLIVEIRA, 2013).

O processo de objetivação de forma inseparável ao de ancoragem, busca transformar o que era abstrato em concreto, relacionando o mundo físico com o imaginário, unindo a ideia de não familiaridade com a de realidade (Moscovici, 2003). Estar frente a um objeto abstrato nos induz a buscar, nos nossos conjuntos de significações, uma figura que o represente e traga para a nossa realidade (OLIVEIRA, 2004). Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem (MOSCOVICI, 2015).

A teoria desenvolvida por Moscovici é considerada como A Grande Teoria, tendo em vista que seus discípulos trouxeram a ela outras três abordagens teóricas: a abordagem processual, liderada por Denise Jodelet; a abordagem estrutural, liderada por Jean-Claude Abric e também conhecida como a Escola do Midi; a abordagem societal, liderada por Willem Doise, identificada nos meios acadêmicos como Escola de Genebra (ALMEIDA, 2009).

A abordagem processual apoiada por Denise Jodelet, entende as RS como o estudo dos processos e dos produtos através dos quais os sujeitos e os grupos constroem e significam o mundo, ou seja, tentam entender sua força geradora. Nessa abordagem, a ancoragem e a objetivação são estudadas a fundo, direciona o olhar às três dimensões da RS: a informação, o campo e a atitude. Para Jodelet, o estudo de Representações Sociais deve incluir os discursos dos grupos que criam RS de um dado objeto; os comportamentos e práticas sociais que se expressam nas RS; o exame dos documentos e registros que institucionalizam os discursos e práticas do grupo; e as interpretações a eles dados pelos meios de comunicação, os quais influenciam na manutenção e transformação das RS (ALMEIDA, 2005; FÉLIX et al., 2016; RIBEIRO; ANTUNES-ROCHA, 2016).

Jean-Claude Abric aborda a TRS dando ênfase a dimensão cognitivo-estrutural conhecida também como Teoria do Núcleo Central (TNC). A TNC foi proposta por Abric em 1976. Nela é sustentada a hipótese de que as representações sociais possuem uma organização onde há um núcleo central em torno do qual as representações se manifestam e há o sistema periférico. O núcleo central é estável e consistente, de natureza normativa e funcional; já o sistema periférico é responsável pela atualização e contextualização da representação. Ambos elementos estão numa dinâmica em que significados, crenças e significações são estabilizados ou destituídos, sendo fruto de determinismos históricos, simbólicos e sociais, particulares àqueles que participam de um grupo social (ABRIC, 1998; MACHADO; ANCIETO, 2010; RIBEIRO; ANTUNES-ROCHA, 2016).

Dando destaque ao social, Willem Doise centrou seus estudos na intervenção dos sistemas de crenças compartilhadas e sobre organização do funcionamento cognitivo. Os estudos em representações sociais na abordagem societal são articulados em uma visão mais sociológica em que a inserção social é vista como principal fonte de variação das representações. Esta abordagem pretende demonstrar a ligação entre o indivíduo e o coletivo de modo a evidenciar que os processos subjacentes ao funcionamento dos indivíduos em sociedade são orientados por dinâmicas sociais (interacionais, posicionais e/ou crenças e valores) (ALMEIDA, 2009).

O cenário social em que a TRS está inserida é amplo e complexo, fato que proporciona a investigação de diversos fenômenos na sociedade, por essa razão a TRS vem servindo como base teórica e metodológica para o desenvolvimento de pesquisas em diversos campos de estudos, a exemplo da educação, serviço social e enfermagem (FÉLIX et al., 2016).

Dessa forma, a Teoria das Representações Sociais a partir da abordagem processual se apresenta para este estudo como referencial teórico capaz de contribuir com a análise e discussão, por permitir entender as representações sociais geradas pelas mulheres sobre a sífilis, em consonância com a realidade em que estão inseridas.

4.2 O ser mulher e o processo saúde-doença

A luta das mulheres contra a cultura da submissão é secular. Várias foram as batalhas enfrentadas pelo direito de estarem efetivamente inseridas na sociedade como cidadãs a partir do direito de votar e serem votadas, ao estudo, ao trabalho e também o direito a sentir prazer em sua sexualidade (PEDRO, 2005).

A história revela que a superioridade do sexo masculino é imposta desde muito cedo às mulheres, nas entrelinhas da nossa própria educação, em situações do cotidiano, a exemplo, quando nos referimos no masculino a um grupo de pessoas com homens e mulheres, essa é uma forma indireta de enfatizar essa suposta superioridade do ser masculino sobre a mulher no meio social (NOGUEIRA, 2010).

Desde a antiguidade a mulher era vista como a senhora do lar, a matriarca, a esposa, o símbolo da fertilidade. Tal concepção excluía a participação do homem nas responsabilidades da manutenção da família cabendo a ele apenas o sustento do lar, neste sentido, até os dias atuais, este comportamento ainda se faz presente (NOGUEIRA, 2010).

A hegemonia da masculinidade é reflexo do formato deturpado das relações de gênero, onde a sexualidade é reprimida, assim como as mulheres que ainda nos dias atuais não expressam seus desejos por medo do estigma causado pela sociedade (TORRES; BESERRA; BARROSO, 2007).

Nesse contexto, o movimento feminista foi um fator determinante para o crescimento da mulher no mundo e a sua participação ativa nos mais diversos segmentos da sociedade (BITTENCOURT, 2015). Ao longo dos últimos 150 anos o movimento feminista tem ajudado as mulheres em suas conquistas. No mercado de trabalho tem conseguido cada vez mais espaço; no Brasil, elas representam cerca de 30% da renda familiar, exercem diversas funções dentro

da sociedade, possuem maior liberdade e melhor condição de vida (SANTOS; SACRAMENTO, 2011).

No âmbito da saúde, o movimento feminista junto com movimentos da sociedade civil e da luta contra a *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) colaborou para que o debate sobre a sexualidade avançasse no Brasil. Para ilustrar, cita-se como exemplo, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), desenvolvido no ano de 1983, que se constituiu em um marco na história das mulheres, pois oficializou o direito à sexualidade feminina e sua reprodutividade (BRASIL, 2003).

Ainda na década de 80 houve um grande impacto da epidemia de AIDS e a maior parte das mulheres atingidas foram as que se encontravam em idade entre 15 a 49, mulheres consideradas sexualmente ativas, e, desde então, desenvolveram-se estratégias de aconselhamento, planejamento familiar, pré-natal e serviços de testagem, transmitindo informações quanto à prevenção, transmissão e tratamento de DST/Aids (BRASIL, 2003).

Mesmo com os esforços empreendidos ao combate das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), essa luta esbarra na relação de gênero, fator que interfere diretamente no sucesso das práticas para diminuição da ocorrência das doenças de transmissão sexual, onde se evidencia a vulnerabilidade da mulher para a aquisição das doenças por ainda hoje manter uma postura reprimida e retraída frente às questões sexuais com o seu parceiro. Outro ponto que torna a mulher mais vulnerável é a própria forma de apresentação da IST nas mulheres, muitas vezes mais difíceis de detectar que no homem.

Questões culturais e de gênero esbarram nas práticas de prevenção e tratamento de IST, tornando-se mais um obstáculo a ser vencido para o sucesso no controle das doenças sexualmente transmissíveis (ARRUDA; CAVASIN, 2000).

A predefinição de comportamento sexual exigido pela sociedade implica diretamente no controle e prevenção de IST. Dos homens espera-se, virilidade, masculinidade, disposição sexual incondicional e a não verbalização de diversas situações, principalmente no que tange à saúde. No caso das mulheres, ainda hoje, vivenciam situações de desigualdade social, econômica e até mesmo sexual em suas relações conjugais, em países desenvolvidos, em especial, a limitação a informações dificulta a percepção de vulnerabilidades dessas mulheres tornando a negociação pelo sexo seguro ainda menos frequente (SILVA; PAIVA, 2006).

Simone de Beauvoir escreve: “Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino” (BEAUVOIR, 1980, p. 99 apud RIBEIRO; FRANÇA, 2014). A sociedade impõe o gênero de

cada ser e determina previamente o comportamento esperado para cada um deles, segundo Beauvoir, isso não pode ser tomado como natural.

Nota-se que, apesar dos avanços nas lutas pelos direitos humanos sexuais e reprodutivos, ainda há muito que se alcançar, sendo a desigualdade de gênero, classe e cor os principais impasses da realidade brasileira que dificultam uma conquista mais abrangente das mulheres na sociedade (BASSTED; PITANGUY, 2011).

4.3 Sífilis - o Estado da Arte

A doença Sífilis surgiu na Europa no final do século XV, eclodindo no século XIX por falta de medidas de controle, tornando-se uma doença endêmica que se disseminou pelo mundo (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

De origem discutida há séculos, a sífilis tem suas bases em dois históricos pensamentos: Para historiadores antigos que defendiam a teoria do Novo Mundo, a qual se baseia nas expedições marítimas de Cristóvão Colombo, que, após explorar a América, retornava à Europa com sua tripulação acometida por este mal e outros que a defenderam como do Velho Mundo ou Unitária, apoia-se na tese de que as treponematoses já existiriam no território europeu e seriam causadas por um único microrganismo que teria sofrido mutações que o tornaram mais virulento e permitiram a transmissão sexual e o desencadeamento de epidemias (GERALDES NETO et al., 2009).

A história revela que nenhuma sociedade queria estar associada a esta doença. Carrara (1996) descreveu a sífilis como a doença do “outro” ou do “estrangeiro”, justamente por seu estigma já enraizado na população.

De polissemia variada, a sífilis, ao longo dos anos, recebeu diversas nomenclaturas e, conforme se disseminava pelas cidades europeias, um novo nome surgia como forma de se encontrar o agente causal. A sífilis recebeu dos franceses o nome de Mal de Nápoles, do italiano Mal Francês ou Mal Gálico porque nenhuma das nações se responsabilizava pela origem da doença. No Brasil, até o século XIX, as expressões mais usadas eram *mal-venéreo* e *mal-gálico*, ou simplesmente *gálico* (GERALDES NETO et al., 2009; CARRARA, 1996).

A terminologia sífilis resulta do nome *Syphilis*, originária de um poema de um pastor sífilítico, intitulado *Syphilis sive morbus gallicus*, publicado em 1530 e escrito pelo médico e filósofo de Verona, Hieronymus Fracastorius (1478-1553). No poema é descrita a forma clínica e transmissibilidade da sífilis, como doença sexualmente transmitida pessoa a pessoa, devidamente acompanhada do castigo divino (SINGH; ROMANOWSKI, 1999).

No século XX, no ano de 1906, o bacteriologista August Paul Von Wassermann, desenvolveu a primeira sorologia para a Sífilis. Somente uma década depois começaram a serem desenvolvidos testes sorológicos para diagnóstico. Com o avanço da medicina e da farmacologia, em 1941, evidenciou-se a ação terapêutica da penicilina sobre a sífilis, levando-a à cura e expectativas de controle da doença (SOUZA, 2005).

Na década de 1960, a mudança de comportamento sexual, juntamente com a criação de métodos anticoncepcionais orais, fez com que o número de pessoas com sorologia positiva para o *Treponema pallidum* voltasse a aumentar e, na década de 1970, o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) corroborou para este evento que se tornou mais acentuado na década de 1980, quando se observou a tendência mundial no recrudescimento da sífilis e, de forma particular, da sífilis congênita (CONTRERAS; ZULUAGA; OCAMPO, 2008; LEITÃO et al., 2009).

Devido à situação avançada e preocupante dos números de casos de sífilis, nos anos de 1990, no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) lançou o projeto de eliminação da Sífilis Congênita (SC), cuja meta foi reduzir, drasticamente, os casos para um em cada 1.000 nascidos vivo. A necessidade de melhorar a qualidade e especificidades dos diagnósticos fez com que estudos fossem desenvolvidos com esse objetivo e no início da década de 2000 fossem desenvolvidos os testes de quimioluminescência com antígenos recombinantes de *Treponema pallidum* (BRASIL, 2010a).

Mesmo com a criação de diversas estratégias para o enfrentamento da sífilis, ainda hoje ela permanece sendo uma doença que preocupa a população em nível mundial por não termos conseguido alcançar as metas estipuladas e pelo fato do número de casos se apresentarem estatisticamente crescentes. Um fato torna este quadro mais agravante: atualmente, são as evidências de que a sífilis é um cofator biológico de aquisição e transmissão do vírus HIV podendo contribuir e facilitar a infecção pelo mesmo (PINTO, 2014).

4.3.1 Etiopatogenia E Transmissibilidade

O agente causador da Sífilis, doença sistêmica de reservatório exclusivamente humano, é a bactéria *Treponema pallidum*, descoberta por Shaudinn e Hoffman em 1905, pertencente a ordem das *Spirochaetales*, família *Spirochaetaceae* (SOUZA, 2005). À microscopia eletrônica, a bactéria possui um corpo procariótico envolvido por duas estruturas membranosas (membrana citoplasmática e membrana externa), entre estas se enrola um filamento helicoidal de estrutura fibrilar inserido em grânulos citoplasmáticos nas extremidades

do microrganismo, denominado filamento axial ou endoflagelo, responsável por sua locomoção (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2009).

A Sífilis pode ser adquirida por meio do contato sexual, na região genital, em que ocorre penetração do treponema por pequenas abrasões decorrentes da relação sexual. Na mulher gestante, a sífilis pode ser transmitida para o feto por via hematogênica transplacentária, ocasionando a chamada Sífilis congênita. De forma mais rara, ressalva-se que a sífilis pode ser adquirida por transfusão sanguínea e inoculação acidental direta (BRASIL, 2010b).

O patógeno da sífilis pode se dividir, transversalmente, a cada 30 (trinta) horas e uma vez que consegue a penetração, o treponema atinge o sistema linfático regional e vai para outras partes do corpo por disseminação hematogênica (MURRAY; ROSENTHAL; PFALLER, 2009). No local, como resposta de defesa, tem-se uma erosão e exulceração no ponto de inoculação e sistemicamente há a produção de complexos imunes circulantes os quais podem se depositar em qualquer órgão (CONTRERAS; ZULUAGA; OCAMPO, 2008).

A alta capacidade de invasão e baixa toxicidade são características dessa bactéria. Essa capacidade de disseminação e colonização persistentes resultam da sua mobilidade característica em saca-rolhas, da sua disseminação hematogênica, da aderência e penetração das camadas de células epiteliais e de outras barreiras do hospedeiro, assim como, da sua capacidade em evadir-se ao sistema imunitário (CASTRO, 2004; LAFOND; LUKEHART, 2006).

As estimativas de frequência da transmissão sexual do *T. pallidum* variam amplamente, possivelmente, na dependência do estágio clínico da infecção do paciente fonte e na dependência do sistema de vigilância e busca de contatos expostos, em diferentes países como magnitude, epidemiologicamente, aproximadamente um terço dos indivíduos expostos a um parceiro sexual com sífilis adquirirá a doença (BRASIL, 2005).

De acordo com o estágio da doença a possibilidade de transmissão pode estar aumentada ou reduzida. Na fase primária a probabilidade de transmissibilidade é de 100%, na fase secundária é de 90% e, na terciária, aproximadamente de 30% (BRASIL, 2010b).

4.3.2 Aspecto Clínico

A Sífilis apresenta-se clinicamente no indivíduo em fases de atividade e de latência. Os períodos de atividade são distintos, chamados de sífilis primária, secundária e terciária e o período de latência é chamado de sífilis latente (CDC, 2015). De acordo com as escolas médicas pode ser ainda classificada em recente ou tardia. Seguindo os critérios utilizados pelo *Center*

for Disease Control and Prevention (CDC), considera-se como recente o primeiro ano de evolução da doença, já a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que o período recente abrange os dois primeiros anos da doença (WHO, 2016; WORKOWSKY; BOLAN, 2015), registrando-se certa divergência entre estes dois órgãos internacionais.

- *Sífilis Primária*

A sífilis primária se apresenta classicamente com uma lesão única, indolor, no local da inoculação, geralmente na vagina, pênis ou ânus (pode apresentar-se extragenital), denominada de cancro. Após um período médio de incubação de 21 dias a lesão primária começa como uma pequena erosão e ulcera antes da cicatrização no período de 3 a 10 semanas, com ou sem tratamento. O cancro primário pode passar despercebido e se não tratada a doença progride para o estágio secundário quatro a oito semanas após o aparecimento da lesão primária (WHO, 2016).

As lesões por sífilis tornam-se porta aberta para entrada de outras doenças, como o caso da infecção pelo HIV, logo, facilitam a entrada do vírus da imunodeficiência humana. Sabe-se que pacientes com infecção simultânea por HIV e *T. pallidum* apresentam alterações na sua terapia para sífilis. A sífilis acelera a evolução da Aids e a infecção pelo HIV altera a história natural de sífilis (BRASIL, 2010a).

- *Sífilis Secundária*

A sífilis não tratada na fase primária evolui para sífilis secundária. Nesta etapa, ocorre disseminação hematogênica, no qual treponema invade todos os órgãos do corpo (BRASIL, 2010a).

As manifestações que caracterizam o período secundário de sífilis são representadas pela presença de lesões cutaneomucosas maculopapulares generalizadas (sifilídes), simétricas que se distribuem bilateralmente, acometendo região palmar, plantar, mucosa oral e genitália. Lesões hipercrômicas (*condiloma lata*) e úlceras mucosas são altamente contagiosas. Pode haver sintomas sistêmicos como mialgia, dor de garganta, alopecia em *patch* e linfadenopatia generalizada (ROMANELLI et al., 2010; WHO, 2016).

Estas manifestações podem ser encontradas dentro dos seis primeiros meses após a infecção, habitualmente entre 6 e 8 semanas. Neste período, as lesões são altamente infectantes por conter grande quantidade de treponemas em sua superfície (TAVARES; MARINHO, 2010).

Sua evolução ocorre durante o primeiro e segundo ano da doença, intercalando surtos, que regridem espontaneamente, com períodos de latência. Em um dado momento os surtos não ocorrem mais e se estabelece um grande período de latência (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

- *Sífilis latente*

Apesar de detectado pelo teste sorológico, neste período, a infecção pelo treponema não exacerba manifestações clínicas da doença. A sífilis latente é definida como sífilis, caracterizada por sororreatividade, sem outra evidência de doença primária, secundária, ou doença terciária. Sífilis latente no primeiro ano de evolução é referida como sífilis latente precoce e todos os outros casos de sífilis latente são sífilis latente tardia ou sífilis de duração desconhecida (WORKOWSKY; BOLAN, 2015). Podem ocorrer com frequência polimicroadenopatia, particularmente, em linfonodos cervicais, epitrocleas e inguinais (BRASIL, 2010b).

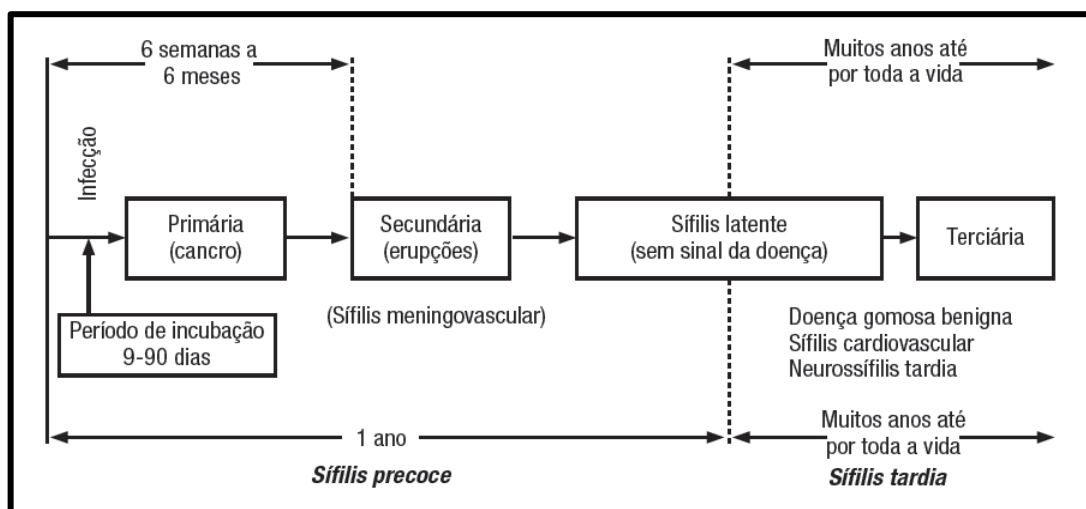
- *Sífilis Terciária*

Sífilis tardia, o estágio destrutivo da doença acomete aproximadamente um terço dos infectados pelos treponemas que não receberam tratamento adequado ou não foram tratados cerca de 20-40 anos após a infecção (OMS, 2015).

A sífilis terciária pode atingir qualquer órgão, suas manifestações cardiovasculares incluem o quadro mais frequente de aortite sífilítica, aneurisma e estenose de coronárias. A sífilis tardia cutânea expõe lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo. Na sífilis óssea podem existir sinovites, osteíte gomosa, artralgias artrites e nódulos justa-articulados. Ocorre também, nesta fase, a neurosífilis, que pode ter seu início de forma súbita (BRASIL 2010b; PASQUALOTTO; SCHWARZBOLD, 2006).

Os testes treponêmicos podem não ser reativos nessa fase e entende-se que tais lesões são resultadas de uma reação de hipersensibilidade do indivíduo, não ocorrendo a transmissão nesse período (DIAZ, 2013).

Figura 1 - Representação esquemática do curso da sífilis não tratada.



Fonte: Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana/© Coordenação de Laboratório do Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais 2014.

4.3.3 Diagnóstico

Para realização do diagnóstico da sífilis é necessário que se faça uma associação entre a história do paciente, seus dados clínicos e a detecção de antígenos ou anticorpos por meio dos testes laboratoriais. Por essa razão, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde tenham o conhecimento sobre a evolução da doença e o que cada teste é capaz de detectar (BRASIL, 2010a).

Duas categorias dividem os testes para diagnóstico da sífilis: exames diretos e testes imunológicos, que por sua vez, dividem-se em treponêmicos e não treponêmicos (BRASIL, 2015). Para o diagnóstico, testes não-treponêmicos são utilizados para triagem e posteriormente devem ser confirmados com testes treponêmicos (ROMANELLI et al., 2010).

❖ EXAMES DIRETOS

Detectam a presença do treponema e são consideradas positivos, pois não acusam falso positivo. São indicadas na fase inicial da doença cujos microrganismos são numerosos (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Dentre eles podemos citar:

- **Microscopia de Campo Escuro**

Pesquisa direta de *T. pallidum* na sífilis recente primária e secundária. Consiste no exame direto da linfa da lesão, a qual é levada ao microscópio com condensador de campo escuro onde se torna possível, através de luz indireta, a visualização do *T. pallidum* vivo e móvel. Este teste possui sensibilidade de 74% a 86% (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRASIL, 2015).

- **Pesquisa Direta com material corado**

Pode ser realizada pelos métodos de Fontana-Tribondeau, método de Burri, Giemsa e Levaditi. É coletada a linfa e feito um esfregaço na lâmina com adição da prata. A prata por impregnação na parede do treponema torna-o visível. O método de Burri utiliza a tinta da China (nanquim). Já na coloração pelo Giemsa o *T. pallidum* é corado palidamente, tornando difícil a visualização da espiroqueta. O método de Levaditi usa a prata em cortes histológicos. São utilizados quando não é possível pelo método de campo escuro, porém são inferiores ao mesmo (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

- **Imunofluorescência Direta**

Imunofluorescência direta de anticorpos fluorescentes para o *Treponema pallidum* (DFA-TP) e o adicionando de uma globulina *anti-T.pallidum* marcada com fluoresceína, sendo mais específica e sensível que o método de campo escuro, eliminando a confusão com outros

microrganismos espiralados. Utiliza-se este teste para exame das lesões orais (BENZAKEN, 2009).

❖ *TESTES IMUNOLÓGICOS*

• **Testes não treponêmicos**

São testes capazes de detectar anticorpos não treponêmicos, também chamados de anticardiolipínicos, reagínicos ou lipoínicos. Apesar de não serem específicos para o treponema, eles estão presentes na sífilis e podem ser apresentados de forma qualitativa ou quantitativa (BRASIL, 2010a).

O teste qualitativo apenas indica a presença ou ausência de anticorpo na amostra. Quanto ao teste quantitativo, é possível que haja a titulação de anticorpos, ou seja, se expressa o resultado em títulos (1:2, 1:4, 1:64, entre outros), sendo importante para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento, porquanto, a queda do título é indicação de sucesso terapêutico (BRASIL, 2015).

São exemplos de testes que utilizam a metodologia de floculação: **VDRL** (do inglês *Venereal Disease Research Laboratory*), **RPR** (do inglês *Rapid Test Reagin*) e **TRUST** (do inglês *ToluidineRed Unheated Serum Test*). Também podem ser realizados testes com a técnica de aglutinação (teste rápido TR), de imunoenzimáticos (ELISA *Enzyme – linked immunosorbent assay*) e imunocromatográficos (teste rápido TR) (BRASIL, 2010a; BRASIL 2015).

O teste não treponêmico mais comumente utilizado é o VDRL. Corresponde a uma reação antigénio - anticorpo, mede anticorpos IgM e IgG do material lipoidal liberado de células hospedeira (DIAZ, 2013). Na sífilis primária pode se apresentar negativo em 25% a 50% dos casos, na secundária pode chegar a 100% de sensibilidade. No caso de sífilis terciária em tratamento, espera-se uma progressão da queda de títulos chegando até 1:4. Titulações maiores podem indicar infecção persistente ou reexposição, o que implica na realização de novo tratamento (ROMANELLI et al., 2010; DIAZ, 2013; BRASIL, 2015).

• **Testes treponêmicos**

Detectam anticorpos antitreponêmicos. São testes qualitativos, sendo sua utilidade orientada a confirmar o contato da pessoa com o treponema. Estas provas, uma vez reativas, assim permanecem para toda a vida e por essa razão não são utilizadas para distinguir doença atual de antiga (DIAZ, 2013).

Encontramos nesta categoria: testes de hemaglutinação e aglutinação passiva, **TPHA** (*T. pallidum Haemagglutination Test*), **MHA-TP** (microhemaglutinação para *Treponema pallidum*), **TPPA** (*Treponema pallidum particle agglutination assay*); teste de

imunofluorescência indireta (**FTA-Abs**, do inglês *Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption*); quimioluminescência (**EQL**, do inglês *Electrochemiluminescence*); ensaio imunoenzimático indireto (**ELISA**, do inglês *Enzyme-Linked Immunosorbent Assay*); **testes rápidos** (imunocromatográficos); testes moleculares (PCR) (BRASIL, 2015).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, Brasil (2015), orienta para o diagnóstico da sífilis, a utilização de dois testes, sendo: Um dos testes treponêmicos (ex: teste rápido ou FTA-Abs ou TPHA ou EQL ou ELISA), adicionado de um dos testes não treponêmicos (ex: VDRL ou RPR ou TRUST). O serviço de saúde pode definir a ordem de realização dos testes.

Em nível de Estados Unidos da América, o *Centers for Disease Control and Prevention* orienta para o caso de pessoas com um teste treponêmico de triagem positivo a realizar também um teste não treponêmico. No caso em que o teste não treponêmico for negativo, orienta-se a realização de um novo teste com método diferente do original para confirmação dos dados. Se um segundo teste treponêmico for positivo, no caso de pessoas com história de tratamento anterior não se exige uma conduta, a menos que a história sexual sugira risco de reexposição. Neste caso, uma repetição do teste não treponêmico em 2-4 semanas é recomendado para avaliar a presença de infecção precoce. Aquelas pessoas que não têm um histórico de tratamento para sífilis devem ser tratados (WORKOWSKY; BOLAN, 2015).

4.3.4 Tratamento

Para o tratamento da sífilis a penicilina é a droga de primeira linha, sendo usada em qualquer uma das fases da doença e, através da análise clínica do caso, deve ser indicado o esquema terapêutico (STAMM, 2015).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis orienta que o tratamento da Sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de um ano de evolução), deve ser realizado com Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). No caso de Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária, deve-se usar Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas na dose total de 7,2 milhões UI, IM. Por fim, na Neurosífilis, usa-se a Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias (BRASIL, 2015).

Pacientes em uso de penicilina podem apresentar, após a primeira dose, a reação de Jarisch-Herxheimere, que consiste em dor, prurido, exacerbações da lesão cutânea com eritema. Tais manifestações regredem entre 12 a 24 horas sem que haja a necessidade de descontinuidade do tratamento. Tal reação não é considerada alergia à penicilina e ocorre em decorrência de estruturas e das proteínas dos treponemas que são apresentadas na corrente sanguínea. Acomete comumente pacientes na fase secundária que apresentam, além dos sinais anteriores, febre, artralgia e mal-estar (AVELLEIRA; BOTTINO 2006; BRASIL, 2015).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Tipo de Estudo

Pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, conduzida pelo referencial da Teoria das Representações Sociais (MOSCOVICI, 2012).

5.2 Campo de Pesquisa

O estudo foi realizado na Fundação Alfredo da Mata (FUAM), instituição vinculada à Secretaria de Estado de Saúde do Estado do Amazonas, que atua no tratamento da hanseníase, dermatoses de interesse sanitário e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

A FUAM foi fundada em agosto de 1955 e, desde lá, tem desenvolvido trabalho assistencial e de ensino e pesquisa, contribuindo de forma valiosa para a capacitação de profissionais da saúde do Estado do Amazonas.

A gerência do setor de doenças sexualmente transmissíveis realizou a apresentação da pesquisadora a uma parte da equipe presente, e, naquela oportunidade, foi apresentado o estudo e como ele seria desenvolvido no decorrer do período da coleta de dados.

5.3 Participantes da Pesquisa

As participantes foram 10 (dez) mulheres, com diagnóstico de sífilis adquirida que estavam em acompanhamento/tratamento ambulatorial.

As participantes do grupo amostral foram selecionadas com base nas informações contidas nos prontuários e que estavam em tratamento/acompanhamento no ambulatório de IST da referida Fundação e convidadas pela pesquisadora por meio de telefonema. No caso de não ter o contato telefônico, foram convidadas quando da consulta na unidade de saúde (FUAM) para participarem da pesquisa.

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

❖ INCLUSÃO:

- Mulheres em idade fértil, a partir dos 18 anos de idade que estiveram em tratamento/acompanhamento para sífilis no período da pesquisa.

❖ EXCLUSÃO:

- Impossibilidade de ser entrevistada por terem apresentado problemas de saúde que as tornaram incapazes de responder as perguntas do instrumento;
- Mulheres indígenas e gestantes por não constituírem o público-alvo da pesquisa. As mulheres grávidas foram excluídas por caracterizarem um grupo de mulheres com sífilis gestacional, diferente do desejado na pesquisa.

5.5 Coleta de dados e a técnica

A coleta de dados foi realizada na própria instituição (nos dias previamente agendados dos retornos de “controle” das pacientes através da técnica de entrevista semiestruturada. Foi utilizado também um questionário de avaliação sociodemográfica para posterior caracterização das participantes do estudo. Conforme descreve Duarte (2004) sobre a técnica de entrevista:

Entrevistas são fundamentais quando se precisa/deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Nesse caso, se forem bem realizadas, elas permitirão ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um daqueles sujeitos percebe e significa sua realidade e levantando informações consistentes que lhe permitam descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior daquele grupo, o que, em geral, é mais difícil obter com outros instrumentos de coleta de dados (DUARTE, 2004, p. 215).

O período de coleta de dados se realizou no período compreendido entre dezembro de 2017 a janeiro de 2018. As mulheres que já haviam recebido o diagnóstico de sífilis fazem na Fundação o chamado “controle”, que é a coleta de sangue para a realização do exame VDRL, com o intuito de acompanhar a titulação que a paciente apresenta no decorrer do acompanhamento. Optou-se por escolher as mulheres que já estavam nesta fase do acompanhamento, tendo em vista que o primeiro controle é realizado após o primeiro mês de diagnóstico, tempo em que as mulheres já geraram as suas representações acerca da doença.

O tempo individual da coleta dados foi em torno de 30 a 45 minutos. No primeiro momento se fez a apresentação, descrevia-se um pouco da trajetória profissional da pesquisadora, e conversou-se sobre assuntos gerais que pudessem criar um clima de familiaridade, encurtando a distância entre a pesquisadora e a participante da pesquisa.

Após este momento, foi explicado à entrevistada como seria sua participação na pesquisa, caso ela realmente desejasse participar. Realizou-se a leitura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando as etapas de coleta de dados, destacando a sua

liberdade para participar ou não, ou ainda, a possibilidade de optar por desistir a qualquer momento da pesquisa sem que isso lhe trouxesse qualquer prejuízo no seu acompanhamento na Fundação.

Este cuidado foi adotado em respeito aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Primeiramente, entrou-se em contato com as mulheres via telefone, selecionou-se aquelas que estavam na fase de controle e que já possuíam agendamento prévio, visando facilitar e motivar a sua ida à Fundação. Por telefone, contatou-se com 28 (vinte e oito) mulheres, dessas somente 9 (nove) foram à Fundação e 1 (uma) recusou-se a participar da pesquisa sem evidenciar o motivo da recusa. As outras 2 (duas) mulheres que completaram os 10 (dez) participantes da pesquisa foram abordadas na própria Fundação após a sua primeira consulta de controle.

Instrumento: Questionário elaborado com duas partes: **1º**- dados sociodemográficos com perguntas fechadas de 1.1. a 1.9 que foi aplicado com vistas à caracterização dos sujeitos, uma vez que a representação se sustenta em grupos socialmente construídos; logo, foi necessário conhecer aspectos básicos da sua inserção sociocultural para subsidiar a discussão dos resultados e a **2º**- Perguntas de pesquisa, com tópicos direcionadores da entrevista (Apêndice B).

Apesar da Universidade Federal do Amazonas, especificamente a Escola de Enfermagem de Manaus, ter cedido a sala 25 para que a coleta de dados, não houve necessidade, pois a gerência do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Fundação Alfredo da Matta cedeu uma sala na própria instituição, atendendo ao requisito de ser um lugar reservado e privado.

Foi empregado como recurso tecnológico o gravador digital, após autorização das participantes da pesquisa, a fim de garantir maior privacidade para as participantes, possibilitando a descrição exata das falas e maior espontaneidade no diálogo entre o entrevistado e entrevistador. No momento da gravação as mulheres foram identificadas por letras e números por sequência de entrevista (A1, A2, A3), como forma de preservar a identidade das participantes.

Recursos humanos: Foram 04 (quatro) pesquisadores integrando a pesquisa, colaborando nas atividades de seleção das mulheres participantes, entrevistas e, por fim, na análise e apresentação dos resultados.

5.6 Análises dos dados

Os dados obtidos foram transcritos e organizados com base nas orientações metodológicas para análise de conteúdo na modalidade temática.

A técnica de análise de conteúdo “consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2011).

Com base na utilização da análise de conteúdo a pesquisa foi desenvolvida em três polos fundamentais, pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados - inferência e interpretação (BARDIN, 2011).

A primeira fase, a pré-análise foi o momento de organização do material a ser estudado com o objetivo de torná-lo mais operacional. Neste momento foi realizada a “leitura flutuante”, que consiste na análise e escolha dos documentos, formulação das hipóteses e dos objetivos que nortearam a elaboração a interpretação do material obtido.

A transcrição das falas e o seu agrupamento constituíram o *corpus* da pesquisa que seguiu as regras da exaustividade (esgota-se a totalidade de comunicação), representatividade (a amostra deve representar grupo), homogeneidade (os dados se referem ao mesmo tema, obtidos pela mesma técnica de indivíduos semelhantes), pertinência (os documentos precisam adaptar-se aos conteúdos objetivos previstos) e exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria).

Na segunda fase, ocorreu a exploração do material, fase em que houve a efetivação das decisões tomadas na pré-análise, por transformar os dados brutos em unidades organizadas que permitiram a descrição das características pertinentes ao conteúdo. Ocorreram nesta fase a codificação, classificação e categorização.

- **Codificação** - compreendeu a escolha de unidades de registro, recorte; a seleção de regras de contagem; enumeração e a escolha de categorias.
- **Classificação e agregação** - rubricas ou classes que reuniram um grupo de elementos em razão de características comuns.
- **Categorização** - os elementos foram classificados e agregados, sendo considerada rubrica ou classe que reúnem um grupo de elementos em razão de características comuns.

Por fim, a terceira fase, consistiu no tratamento dos dados que permitiu a condensação dos dados por meio de quadros que destacaram as informações mais relevantes. Nesta fase,

realizou-se a inferência, orientada pelos polos de atração da comunicação, além da interpretação dos dados, de forma efetiva, por marcos teóricos que embasaram o estudo. Por fim, a relação do marco teórico e os dados obtidos foram responsáveis por dar sentido à interpretação (BARDIN, 2011, p. 137).

5.7 Aspectos éticos

Atendendo à Resolução a 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa terá início quando aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Para participar do estudo, os sujeitos deverão autorizar a sua participação mediante assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), sendo que este será elaborado em linguagem simples e acessível, com esclarecimentos sobre os objetivos, metodologia e importância do estudo, destacando o modo de participação dos sujeitos, seu direito ao anonimato, respeito, privacidade e confidencialidade, a garantia de acesso às informações pertinentes e adicionais por meio da pesquisadora, bem como o seu direito à autonomia, podendo desistir da pesquisa no momento que achar oportuno, sem qualquer tipo de penalização, além de benefícios e riscos ocasionados pela pesquisa, assim como estão assegurados o direito a indenizações e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Quanto aos riscos, para abordar cada participante, a pesquisadora e sua equipe receberão treinamento adequado para realização dos procedimentos da pesquisa, dessa forma, sabe-se que poderão ocorrer algum problema psicoemocional com as participantes, como constrangimento, tristeza, angústia, nervosismo por estarem expondo situações das suas vidas. Na ocorrência de algum problema psicoemocional ou de outra natureza em decorrência da pesquisa, a sessão de entrevista será interrompida, e caso se faça necessário, a participante será imediatamente encaminhada à assistência médica integral gratuita e/ou ao apoio psicológico para tratamento de possíveis danos diretos/indiretos e imediatos/tardios, sendo-lhe garantido quaisquer ressarcimentos de eventuais despesas, assim como fica assegurado o direito à indenização.

Como benefício, a pesquisa proporcionará um momento de reflexão pessoal e de troca de experiências com os demais participantes, colaborando para o desenvolvimento de relações sociais e de aquisição de novos conhecimentos para a promoção da saúde prevenção da doença.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Caracterização sociodemográfica das participantes

Nas pesquisas em Representações Sociais é importante a descrição das participantes de forma a caracterizá-las para que sejam entendidos, em sua totalidade, os processos que ligam a vida das pessoas à ideia social, ou seja, à formação das suas representações (JODELET, 2015).

Ao selecionar as participantes, consideramos em tratamento/acompanhamento as que já haviam recebido o diagnóstico médico e tratamento com no mínimo uma dose de penicilina benzatina e que estavam retornando para o controle da titulação. Esse cuidado foi necessário para que houvesse um mínimo de tempo para elas elaborarem os seus pensamentos sobre a nova situação geradora de suas representações.

Entre as participantes da pesquisa, a idade variou de 19 a 41 anos, com predominância da faixa etária acima de 20 anos de idade. Todas as participantes eram naturais do estado do Amazonas, com naturalidade de diferentes municípios. No item cor e raça foi solicitado às participantes que se autodeclarassem. Todas se declararam pardas.

Referente à profissão e trabalho, uma é dona de casa, duas estão desempregadas e fazendo cursos técnicos profissionalizantes e, sete estão trabalhando com vínculo empregatício. Duas das mulheres que possuem vínculo empregatício, no momento da entrevista, demonstraram preocupação em relação ao seu emprego. Uma delas referiu ter receio em ser demitida por estar há apenas dois meses empregada e o seu diagnóstico ter se dado por meio de exame admissional. A outra participante demonstrou preocupação quanto às relações de trabalho, tendo em vista que o seu diagnóstico foi por meio de exame periódico da empresa em que trabalha e por seus colegas terem acesso a essa informação.

Podemos ilustrar esta análise com o recorte da fala de uma das mulheres questionadas sobre a sua experiência em viver com sífilis: "Na verdade assim, eu, assim, me sinto um pouco constrangida, as vezes até no trabalho por que o meu exame tem que lá, então tem algumas pessoas que eu sei que querendo ou não acaba vendo" (A9). Nesta resposta podemos evidenciar a influência que o diagnóstico de sífilis pode gerar na vida da mulher com sífilis, afetando não só questões de saúde, mas também questões sociais.

Quanto à situação financeira, a maioria das mulheres ajudam a compor a renda familiar. Este dado é relevante quando é abordado o tema tratamento, tendo em vista que é necessário que estas mulheres se ausentem por algumas vezes do trabalho em virtude do

controle realizado mensalmente, percebendo-se que elas demonstraram certo anseio quanto à estabilidade no emprego.

A renda familiar das participantes variou entre ½ a 5 salários mínimos. Este dado demonstra que a maioria das famílias vivem com uma renda aproximada de R\$2.800,00 reais mensais, marcando esse grupo quanto à classe social.

Sobre o grau de instrução das mulheres entrevistadas, o grupo estudado apresenta em geral um grau mediano de escolaridade. Este dado colabora na busca da caracterização do grupo social, pois contribui para que o pesquisador em representações sociais possa situar os sujeitos no seu universo social.

Ao falar de sífilis devemos levar em consideração a ligação intrínseca com a sexualidade da mulher, principalmente por se tratar de uma infecção sexualmente transmissível que provavelmente afeta a relação conjugal/sexual da mulher. Quando questionadas sobre o estado civil a maioria das mulheres referiram estar sem parceiro atualmente.

O credo é um item indispensável no estudo em representações sociais, pois sabemos que ele marca o modo de viver, de interpretar o corpo, de comportamento e de saúde das pessoas a partir do gênero. Neste estudo, todas as mulheres referiram ser cristãs, sendo a maioria delas protestantes/evangélicas.

6.2 Análise interpretativa das entrevistas

Seguindo a técnica de análise de conteúdo temático, após a transcrição das entrevistas foram realizados o agrupamento e a classificação das falas por temas, posteriormente foram criadas as categorias pertinentes ao objetivo do estudo e a seguir agruparam-se os temas às categorias definidas. O título e a definição das categorias foram estabelecidos com base no conteúdo verbalizado pelas entrevistadas.

Foram estabelecidas as categorias mais determinantes a fim de aprofundar a análise e trazer à tona o conteúdo latente. Abaixo estão os quadros com a descrição das categorias:

Quadro 1 - Síntese da categoria “o significado da sífilis”.

Categoria: O significado da Sífilis	
Definição: A sífilis é significada como uma doença sexualmente transmissível, contagiosa, que causa incômodos físicos e mentais, podendo passar despercebida pelo desconhecimento ou estar relacionada à castigo divino.	
Temas	Citações das Narrativas
Sífilis como doença	A1: “A sífilis é uma doença que traz algumas dificuldades, uns incômodos físicos até”. A3: “Agora como uma doença muito contagiosa né que oferece risco tanto para saúde física quanto mental, pra mim (...)”

	<p>A4: “Pra mim assim é uma coisa que me incomoda, uma doença que eu nunca imaginei que eu ia adquirir né”.</p> <p>A6: “Eu já tinha ouvido falar né sobre a sífilis, mas não sabia se tinha tratamento, se corria risco, essas coisas”(…).</p> <p>A7: “Huunn, do meu ponto de vista é uma doença que se pega através do sexo que não se cuidou não usou camisinha e é uma doença simples”.</p> <p>A9: “ (...) então hoje eu vejo que ela é uma doença...”</p>
Sífilis desconhecida	<p>A5: “Eu não sei não, porque é a primeira vez que eu adquiri isso. Acho que tem cura né?, é uma doença transmissível né? e é isso eu acho!”.</p> <p>A8: “Olha! Eu nem sei por que eu não tinha sintoma nenhum e eu vim saber aqui né que é uma doença que precisava tomar uns medicamentos, por isso que eu tô fazendo todo tratamento como tem que ser né, porque eu não sabia né. Eu já tinha ouvido falar, mas eu não sabia o quê que era. ”</p> <p>A10: “O quê que é eu não sei te dizer, mas o que eu já pesquisei é que ela é uma bactéria, sexualmente transmissível é por aí mais ou menos.... Eu acho que é um castigo, no meu pensar é um castigo... é uma doença, mas pode ser um castigo. ”</p>

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 2 - Síntese da categoria “o sentimento da descoberta”.

Categoria: O sentimento na descoberta	
Definição: estado afetivo experienciado por sentimentos das mulheres sobre a situação de saúde-doença, com significativo impacto do diagnóstico, caracterizado pelo sentimento de medo, culpa, choque e pensamento negativo - morte.	
TEMAS	Citações das Narrativas
Sentimentos negativos	<p>A1: “Na hora eu fiquei com medo, pelo o que estava acontecendo no meu corpo, que eu estava vendo né, eu me sentia mal também, era um mal-estar, eu não sei realmente explicar”.</p> <p>A3: “Quando eu descobri que eu tinha sífilis eu fiquei em choque. Eu me sentia culpada, toda hora. Por não ter me prevenido, por ter...porque a gente vê em todos os lugares. Né, !? anúncio, use o preservativo e tal e ainda a gente ainda contrair a doença depois de ter tantos avisos(...) eu me sinto assim, culpada. Ahhh!! pra mim...(silêncio), pra mim foi como se fosse uma doença muito mais grave porque, quando você descobre você, já pensa logo. Ah! Nossa! Meu Deus eu vou morrer!”</p> <p>A4: “Quando eu soube que eu tinha sífilis eu quase.... sabe quando te tira o chão? Foi assim que eu me senti, eu nunca imaginei que eu ia pegar, angústia, desespero porque prá mim já que eu estava com sífilis eu também estava com vírus do HIV né já que ele tem. Então a primeira coisa que veio na minha cabeça foi meus filhos né que eu sou pai e mãe deles, que Deus o livre acontece alguma coisa como é que eles vão ficar né. Por que é muito desesperador tu ter uma doença e não saber o que vai acontecer contigo daqui prá frente. Eu imaginei que sífilis era uma doença muito feia que eu não ia conseguir curar, mas foi muito ruim”.</p> <p>A5: “Ela falou né que eu tava com esse negócio, sífilis que não era pra eu se preocupar porque tinha cura e tal... Eu fiquei meia assim né... meia nervosa e tal porque primeira vez que acontece isso comigo.”</p> <p>A6: “(...) me assustou bastante, mas só pelo fato de ter um tratamento de ser uma doença que, assim... vamos supor, que eu fique com aquele pensamento – aí eu vou morrer, então pra mim já foi bem mais tranquilo.”</p> <p>A7: “Não é assustadora, mas também é grave eu comecei a me preocupar quando os meus cabelos começaram a cair, muito mesmo, muito que eu fiquei apavorada”.</p> <p>A10: “Eu chorei porque eu não sabia como é que eu ia ...foi um choque, no primeiro dia eu chorei muito, mas depois passou. Teve eu acho que foi só mais o(...)aquela dúvida na minha cabeça, como e porquê? ”</p>

Indiferença	<p>A2: “Nada, assim, disseram que eu já tinha pegado há muitos anos né”.</p> <p>A8: “Eu fiquei meio assim né, porque o do HIV deu negativo né eu fiquei mais calma né. Aí a mulher falou que levava também à morte, mas que não era essas coisas não tão preocupante né.”</p>
-------------	---

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 3 - Síntese da categoria “o meio de transmissão”

Categoria: O meio de transmissão	
Definição: condição na qual a mulher está susceptível a adquirir a doença por ato sexual sem proteção.	
TEMAS	Citações das Narrativas
Relação sexual	<p>A3: “Eu acho que eu peguei do meu ex namorado. A gente (...) é assim que eu descobri eu falei pra ele porque eu queria que ele viesse fazer também, mas ele não quis fazer aí ele colocou a culpa em mim, disse que eu deveria ter adquirido de outra maneira.”</p> <p>A4: “Eu peguei dele, por que nós não tínhamos relação com camisinha, não tinha, foi por sexo mesmo.”</p> <p>A5: “Acho que foi sem preservativo, eu acho que peguei de um ex-namorado meu, por relação mesmo, beijo também.”</p> <p>A6: “Por relações sexuais, eu vivia com o pai da minha filha e uma noite ele saiu se envolveu com uma menina né... 3 anos e ele me trai e ainda traz doenças prá mim”.</p> <p>A7: “Ai! Eu não sei, acredito que foi sexo sem camisinha, isso aí é uma coisa que a gente pega, mas como eu a partir do momento, eu não sei se era eu já ou se era ele”.</p> <p>A9: “É por relação sexual né, me disseram que pega desse jeito. Agora eu não tenho ideia e nem tenho como saber como foi isso”.</p> <p>A10: “Não sei (...) mantinha relação sem camisinha...”</p>
Não sabe	<p>A2: “Não sei...Que falam que é através de relação sexual né...ela (médica) disse: ah! pode ser sido, como é, de alguma lâmina de algum aparelho, de quando tu foste ter...”.</p> <p>A8: “Ah mana eu não sei, não sei, não sei mesmo porque eu fui casada muitos anos, eu fui viúva e depois que meu marido morreu agora que eu vim arranjar outro marido, nunca fui mulher de tá por aí”.</p>

Fonte: Dados da pesquisa

Quadro 4 - Síntese da categoria “ o estar com sífilis. ”

Categoria: O estar com sífilis	
Definição: Estado no qual a mulher está acometida pela doença sífilis, com fortes efeitos deletérios biológicos, sociais, psicoemocionais na vida da mulher.	
TEMAS	Citações das Narrativas
Mudanças no cotidiano	<p>A3: "Eu... eu fico com receio as vezes, lá em casa né, porque quando você tá em casa, eu não deixo ninguém tocar nada meu que eu fico com medo de sei lá, mesmo que eu sei que não passe eu fico com receio de outra pessoa pegar, sei lá...".</p> <p>A3: "Agora eu não posso nem mais ser doadora de sangue, esses tipos de coisa que muda na minha vida".</p> <p>A4: "Tem, eu acho que tem sim. Eu acho que é a consciência, não sei, se você tá com sífilis, eu pelo menos sei o que que eu tenho eu não vou chegar e me relacionar com outra pessoa que pode tá ou pode não tá entendeu".</p> <p>A10: "Acho que tem diferença. O cuidado, o cuidado comigo, foi esse que foi a diferença, não posso comer comida reimosa, com qualquer coisinha já pensa que a doença vai me matar, depois que eu soube eu não ia muito ao médico, agora vou constante de 3 em 3 meses eu tô fazendo exame."</p>
Relacionamento familiar	<p>A1: "A minha mãe ela ficou muito preocupada, ficou preocupada e me ajudou bastante também".</p> <p>A2: "Só quem sabe é só minha irmã e o nosso relacionamento não mudou".</p> <p>A5: "Não, não contei prá ninguém, ninguém sabe e nem pode saber porque se souberem vão me...principalmente minha família né, vão ficar falando... assim, porque vão ficar me criticando falando as coisas aí eu preferi não falar nada não, ficar só comigo mesmo".</p> <p>A6: "Só quem sabe da minha família é a minha irmã e duas amigas minhas, mas todas me deram apoio e não se afastaram de mim, graças a Deus ninguém se afastou, me deram apoio pro tratamento, só me deram apoio.</p> <p>A7: "Minha mãe me apoiou muito, ela me apoiou, mas eu fiquei assim...".</p> <p>A8: "Está tudo normal. Cheguei, contei pro meu filho, ele falou é mãe a senhora tem que fazer seu tratamento".</p> <p>A9: "Se eu contasse prá minha família, a minha família sabe como eu sou aí julgaria ele né. Já a família dele entenderia mas, mas eu preferi não contar".</p> <p>A10: "minha irmãs são muito positiva, tu não tens, tu não tem, eu digo eu tenho, mas elas insistem em dizer que eu não tenho. Do meu pai é aquele cuidado, talvez seja porque eles não sabem, não procuram entender e nem querem".</p>
Relacionamento pessoal	<p>A1: "Agora é bem mais arriscado a gente fica bem mais...é...recuo...em relação a (silêncio)...a se relacionar com as pessoas e...eu também tenho medo, fico bem mais na minha. Então eu não procuro ninguém, (risos) eu tenho medo".</p> <p>A6: "Eu não sinto mais prazer! Eu não sinto mais aquela vontade louca, aquela coisa que mulher sente, que todo mundo sente, aquele tesão, depois de um beijo gostoso, eu não sinto mais, prá mim aquela vontade de ter uma relação sexual prá mim acabou".</p> <p>A9: "Quando eu cheguei em casa aí eu vi assim, prá mim foi grave né mexeu com várias partes né, não só mesmo do meu corpo, mas questão de relacionamento eu fiquei assim... como assim né? ...eu sou casa da há 5 anos e prá mim...sê entende né? ...é assim, alguém pegou de alguém eu fiquei assim né... sem saber exatamente o que pensar".</p>

A vida profissional	<p>A3: “Eu no trabalho eu fiquei, como é que fala... andava muito triste e eu não podia contar prá outras pessoas né...”.</p> <p>A6: “Agora eu estou trabalhando, eles pediram uns exames, vai aparecer né...será que eles vão me demitir?”.</p> <p>A9: “Na verdade assim, eu, assim, me sinto um pouco constrangida, as vezes até no trabalho por que o meu exame tem que tá, então tem algumas pessoas que eu sei que querendo ou não acaba vendo, então eu me sinto constrangida”.</p>
O Preconceito e o Contexto social	<p>A3: “Sim, tem muito preconceito. Essa é a razão de você ainda não ter contado...Eu tenho, eu tenho receio sei lá eu não sei, da pessoa ficar com.... eu sei porque eu... eu já fui preconceituosa eu já tive, claro eu vejo uma pessoa com uma doença assim eu já fico com nojo.... eu evito né... eu tiro por mim”.</p> <p>A1: “Assim, eu...não... eu conversava com amigos em relação a doença em si, mas não que eu estava doente e.... eu sentia um tanto acanhada porque eles realmente eles não...não gostavam da ideia sabe...meio que...sabe... é....julgavam a pessoa que tá doente e tal, então eu nunca me abri pra amigos”.</p> <p>A7: “ Os amigos não sabem, a gente manteve em sigilo, porque a gente tipo ... é uma coisa nossa mesmo e depois a gente não quer ouvir comentários né, as coisas as pessoas as vezes nem entendem do assunto e ficam falando coisas que nem é. Tem preconceito né, ficam julgando, falar assim: ah eles tão doente! Sendo que eles nem sabem que eles podem estar doentes também”.</p>

Fonte: Dados da pesquisa

Após estabelecermos as categorias e temas demos sequência ao método de análise de conteúdo com a inferência e interpretação dos dados embasados na Teoria da Representações sociais, a fim de buscar a realidade e a profundidade de certas afirmações aparentemente superficiais, apresentados no tópico a seguir.

❖ O SIGNIFICADO DA SÍFILIS

Dar significado ao estado de adoecimento é uma condição humana que denota como as pessoas expressam fenomenologicamente suas representações sociais sobre o estar-no-mundo. Neste sentido, a saúde é um bem indispensável para o corpo como instrumento de trabalho, que, sem estar preservado não garante força física e nem o bem-estar mental para o desenvolvimento das atividades cotidianas, fazendo com que o trabalhador não se insira no mercado de trabalho e não forneça o sustento familiar, situação que reforça o sentido de saúde não apenas como mera ausência de doença, mas, um estado de vivências negativas nos aspectos sociais, econômicos, culturais e psicoemocionais. É assim a concepção sobre a saúde e a doença que circula no meio social pode reafirmar ou até mesmo transformar as representações sociais da população (SHIMIZU et al., 2013), como demonstrado nesse estudo.

Na fala das participantes, quando estas foram questionadas sobre como compreendiam a doença sífilis, as representações que emergiram expressam, principalmente, o aspecto biológico de “doença contagiosa”, “coisa que causa incômodos” e “doença sexualmente transmissível”. O termo doença muito contagiosa, “coisa que incomoda” remete a elementos arcaicos e associação da sífilis à doença estigmatizante (ALMEIDA, 2015).

Observou-se que as mulheres ancoram a doença sífilis ao comportamento sexual desprotegido ao mencionar em suas falas que “*é uma doença que se pega através do sexo que não se cuidou não usou camisinha*” (A7), evidenciando que apesar de terem contraído a doença elas possuíam a informação de como se prevenir. Apesar deste relato, as narrativas evidenciam que as mulheres (in)compreendem a sífilis, ou seja, percebem-na como doença, contudo, não demonstram conhecer claramente a forma de contágio, transmissibilidade, tratamento. Este mesmo achado está presente no estudo desenvolvido por Mauch, Almeida e Santos (2011), quando pesquisaram sobre o significado da sífilis no universo masculino.

De forma geral, notou-se que a significação da sífilis parte tanto do universo reificado quanto consensual e, apesar de as representações formarem majoritariamente em torno da sua transmissibilidade sexual e da sua prevenção demonstrando avanço na concepção da sífilis, ainda nos deparamos com representações baseadas em modelos hegemônicos fundamentados no biologicismo (MOURA; SHIMIZU, 2017).

❖ O SENTIMENTO NA DESCOBERTA

O momento do diagnóstico é extremamente conturbado e traz à tona um turbilhão de sensações e memórias, ressaltando-se que após o impacto inicial, cada ser reage de uma forma, dependendo da sua herança cultural, social e religiosa. Ocorre nesse momento a tentativa do sujeito em se familiarizar com novo negativo, esforçando-se para compreender a doença e recordar situações semelhantes previamente vividas com pessoas do seu meio social, haja vista que é por meio do corpo que se objetiva os sentimentos e experiências, que são individuais, mas que, mesmo na interpretação pessoal, possui uma construção coletiva (LIMA, 2002).

As reações ao diagnóstico médico foram caracterizadas pelas participantes por sentimentos diversos que afloraram com o impacto inicial da notícia. Os sentimentos negativos foram traduzidos por algumas palavras declaradas por elas, como de mulher assustada, apavorada, desesperada, em choque, culpada e com muito medo, demonstrando um estado de incertezas frente à vida. Estes sentimentos corroboram com o estudo de Furtado et al. (2016), acerca das representações sociais sobre a Aids, em que o medo foi um dos sentimentos mais

citados pelas participantes de sua pesquisa, demonstrando que este sentimento é comum a pacientes com diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis.

Notadamente, a notícia do diagnóstico de IST é para algumas mulheres como uma sentença de morte, o modo como elas interpretam o seu diagnóstico nos mostra as suas formas de perceberem o mundo que, por sua vez, baseiam-se nas maiores preocupações divulgadas e observadas no cotidiano atual. O sentimento de morte é claramente descrito em diversos estudos com mulheres sobre o tema DST-AIDS (FURTADO et al., 2016; MOURA et al., 2015; SOUSA; BARROSO, 2009).

A mulher como provedora do lar teme pelo futuro dos seus filhos. Quando a mulher diz *“a primeira coisa que veio na minha cabeça foi meus filhos né! que eu sou pai e mãe deles, que Deus o livre! [caso] aconteça alguma coisa como é que eles vão ficar né (A4)”*. Essa afirmação expressa preocupação na relação mãe-filho, da possibilidade de haver uma ruptura por causa da doença e a mãe não mais poder acompanhar o crescimento do filho. O conteúdo latente deste trecho faz uma referência, mesmo que indireta, à proximidade da morte.

O medo também emerge das falas associado ao risco de infecção pelo HIV, que, juntamente com a sífilis, afere um valor estigmatizante para a sociedade, tendo em vista que a Aids, em um curto espaço de tempo, assolou milhares de pessoas e promoveu sequelas irreversíveis nas esferas social, econômica e política (OLIVEIRA, 2013).

Impactadas pela notícia do diagnóstico médico, algumas mulheres representaram esse momento através do choro, este, por sua vez, representou vários sentimentos, sobretudo a tristeza relacionada ao momento vivido. Chorar é uma reação natural dos seres humanos relacionada, nesse caso, à situação de saúde. Neste contexto, o choro, aparentou ter ligação, também, com o sentimento de culpa que as mulheres infectadas carregam. A mulher se sente culpada por estar com sífilis, trazendo toda a responsabilidade pelo contágio para si, como se a transmissão da doença não tivesse relação com o parceiro sexual. Logo, esta reação consiste em uma representação feminina para a angústia vivenciada ante ao diagnóstico (SILVA et al., 2015).

O sentimento vivido se torna tão intenso para algumas mulheres que podem trazer consequências negativas para a saúde emocional, como o surgimento de sintomas depressivos, por essa razão, o profissional de saúde é essencial, com o a realização do acolhimento da mulher logo no momento diagnóstico, podendo evitar que os sentimentos que fazem parte do universo representacional da mulher com sífilis venham a trazer consequências para a sua saúde psicoemocional (REIS et al., 2011).

Há casos na literatura em que mulheres, após a descoberta da IST, sofreram alterações de cunho psicológico que as levaram a desenvolver sintomas depressivos, tornando-se um agravo a sua situação de saúde (LIMA; SCRHAIBER, 2013; MOURA et al., 2015). Esta experiência na descoberta da sífilis implica na forma como essas mulheres irão processar em suas mentes o fato acontecido, a notícia recebida a sensação do momento e então gerar novas representações. De acordo com Moscovici (2015), as representações são sempre produto da interação e comunicação e elas tomam sua forma e configuração específicas a qualquer momento, como consequência do equilíbrio específico desses processos de influência social.

No processo de familiarização com a doença há relatos que reportam a situações previamente vividas.

“Porque assim, eu vivia com o pai da minha filha aí quando passou um tempo ée...começou a aparecer as marcas no pênis dele ...ele me disse que estava com sífilis. (A6). ”

“Ele tava com a aparência assim muito estranha, muito feia, a pele dele tava muito feia aí ele foi fazer uns exames, nesse exame de sangue deu, deu que ele tava com sífilis (A4) ”.

As falas supracitadas reportam à característica da sífilis secundária, que ocorre quando há o aparecimento de lesões de pele. Apesar de não termos incluído no questionário questões sobre sinais e sintomas da sífilis, 6 das 10 mulheres entrevistadas mencionaram sintomatologia sífilítica. A ideia de que a sífilis é uma doença feia é reforçada na fala da participante A4, quando ela relata que após o “conhecido” ter ficado com a pele feia descobriu que estava com sífilis.

As falas de A4 e A6 ilustram um dos processos formadores da representação social por ancoragem, isto é, ao se deparar com a novidade, o sujeito precisa entendê-la e a faz dando-lhe um contexto inteligível a partir das suas vivências anteriores com situações que lhe são parecidas na atualidade (MOSCOVICI, 2015).

Ao associar a sífilis à “doença feia”, identificamos a tentativa das participantes de interpretarem, a partir dos seus próprios recursos, em termos próprios, do universo consensual. “Doença feia” é uma expressão pertencente ao universo consensual dos sujeitos que, no universo reificado significa lesões de pele. Conforme nos afirma Jodelet (1984), o conhecimento do senso comum se forma a partir das experiências vividas e, também, de informações transmitidas por profissionais e diversos meios de comunicação que são divulgadas, partilhadas e reelaboradas socialmente.

❖ O MEIO DE TRANSMISSÃO

Na análise do conteúdo das representações das mulheres sobre como elas acreditam ter adquirido a sífilis, o entendimento de que a doença é transmitida por via sexual é majoritário, ao tempo em que elas reconhecem o preservativo “camisinha” como forma de prevenção para a transmissão da sífilis. A infidelidade surgiu como um dos fatores para a infecção. Observa-se que representações que fazem referência a comportamentos promíscuos foram encontradas nesta análise, considerando-se que as mulheres do estudo ao organizarem seus pensamentos na existência de proteção decorrente de parceria única, leia-se aí esposa-esposo, remete a concepções arcaicas, que se mantêm após décadas das inúmeras demonstrações quanto a sua fragilidade de que a fidelidade conjugal é recíproca.

Estudo de Bastos et al. (2013), sobre a representação social da vulnerabilidade de mulheres negras e não negras a infecção pelo HIV/AIDS, constatou que para mulheres não conjugalizadas, o sexo ainda deve ser exercido com responsabilidade, demonstrando que estão mais alertas para a percepção do risco de infecção.

As mulheres casadas apresentam representações que as tornam mais suscetíveis à infecção por IST por elas considerarem que o fato de estar em uma relação estável, estão seguras e isentas de riscos, configurando um pensamento distorcido sobre o relacionamento estável como fator de segurança e ausência de risco (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007).

A confiança no parceiro, por estar casada ou em relação estável, por acreditar na fidelidade, constitui uma situação que ofusca o risco de infecção da mulher, por não se sentir em situação de risco, por não se considerar promíscua e ter parceiro único, neste caso, o marido, o que lhe proporciona sensação de segurança (RODRIGUES, 2012). Historicamente o uso de preservativo combina com parceiro de quem se desconfia de sua fidelidade (SOUZA, et al., 2011).

Um fator dificultador para adesão dos casais ao uso do preservativo está nas questões de gêneros. A mulher ainda hoje vivencia dificuldades em relação ao uso do preservativo, deixando a decisão para o homem, pois a tentativa de negociação para o uso do preservativo pode ser entendida pelo parceiro como infidelidade, ou ainda de insubordinação, podendo culminar em situações de violência ou ruptura da relação (BASTOS et al., 2013), isso porque, no imaginário, a menção em negociar o uso do preservativo, no sentido não ser necessário como prevenção, está atrelado como prova de amor, no qual a não entrega total ao outro caracterizaria desconfiança.

Estudos de Guerriero, Ayres e Hearst (2002) mostram que o uso do preservativo em relações conjugais tem boa aceitação quando o casal tem o objetivo de contracepção. O não uso

do preservativo está cercado de crenças, de forças simbólicas, influenciadas por fatores culturais, emocionais e econômicos. Nessas relações, as pessoas foram ao longo dos anos, preparadas para isso, sendo, portanto, difícil para os parceiros aderirem ao uso do preservativo (BRASIL, 2004a).

Contudo, o fato das mulheres terem a percepção quanto ao risco para contrair a sífilis e por estar vinculada ao não uso de preservativo, aponta para um avanço relativo junto às mulheres. Isso pode ser considerado, de certa forma, como uma ressignificação positiva, haja vista que as infecções sexualmente transmissíveis ainda são culturalmente associadas a segmentos da população com práticas e parcerias consideradas duvidosas e/ou questionadas, como por exemplo, nas práticas homossexuais, prostituição e em relações extraconjugais (AMARO, 2005).

Diante do que foi apreendido, verificou-se que o nível de conhecimento sobre o meio de transmissão e prevenção da sífilis é insipiente. Entretanto, é consensual que considerar o saber das pessoas, isoladamente, não reflete a realidade quanto a sua maior ou menor vulnerabilidade, o que é dado, de fato, pelo conjunto vigente de variáveis socioculturais e econômicas (MIRANDA; GADELHA; SZWARCOWALD, 2005). Assim, “o comportamento não saudável é muitas vezes mantido por processos culturais e sociais” (RIBEIRO, 1998, p. 164). As atitudes são fomentadas pelas crenças do indivíduo, o que indica que uma mudança de atitude requer necessariamente uma transformação nas crenças, principalmente em relação às consequências de um comportamento (MENDONÇA; LIMA, 2014).

❖ ESTAR COM A SÍFILIS

No que se refere ao estar com sífilis, os discursos apresentados por essas mulheres nos permitiram identificar alterações nos seguimentos familiar, pessoal e profissional, apesar da sífilis ser uma doença antiga e curável, percebemos que as mulheres enfrentam grandes dificuldades ao adquirirem a doença, sofrendo com o medo do preconceito no seu contexto social.

A mudança de hábitos inerentes à vida cotidiana foi observada em alguns discursos, principalmente em relação ao autocuidado e a questões de higiene. Sabe-se que existem diversas situações que favorecem a transmissão de uma IST relacionada a não exclusividade de objetos pessoais, dentre elas está a prática de compartilhamento de objetos cortantes de uso pessoal, mas, não necessariamente a sífilis (BRASIL, 2011).

Partindo deste pressuposto, nota-se que as mulheres fazem ligação entre sífilis e prevenção a partir de elementos que não estão relacionados somente à prática sexual

propriamente dita, demonstrando a complexidade e dinâmica do ser humano no processo de compreensão do mundo, indicando a polifasia cognitiva das RS. Apesar de a maioria das mulheres entrevistadas representarem a sífilis como uma doença de cunho sexual, há as que buscam também explicar outras formas para o objeto estudado.

Conforme explica Jovchelovitch (2011) a atividade representacional se caracteriza pelo caráter fragmentário e por suas diversas formas de conhecimento produzidos e também pela sua coexistência, seja no mesmo grupo ou sujeito de múltiplas e heterogêneas racionalidades. Os saberes cotidianos não são distorções ou erros, são o senso comum que possuem seu valor epistemológico e essa é uma das ideias da qual a TRS milita favoravelmente. O que aos olhos do observador parece irracional ou errado, na verdade tem sentido para o sujeito, expressa e significa algo para a comunidade. O universo consensual nunca será substituído pelo reificado, eles coexistirão (JOVCHELOVITCH, 2011).

São diversas as experiências culturais, situações de vida com as quais nos deparamos e estas exigem que nos adaptemos e que haja a plasticidade dos saberes e motivações. Daí, vem a pluralidade a multiplicidade no modo como o mundo é representado. O sistema cognitivo é naturalmente polifásico e adaptável à vida humana. Por isso nossas formas de saber são sábias por si só em relação às questões concretas da vida cotidiana, possibilitando aos sujeitos e comunidades responder a experiência vivida a cada dia (RENEDO; JOVCHELOVITCH, 2007).

As participantes da pesquisa vivenciaram a experiência da mudança no relacionamento familiar. Acredita-se que as reações da família e da mulher com sífilis decorrem da compreensão delas sobre a doença e dessa forma se influenciam por uma gama de significados, alguns estigmatizantes que envolvem a sífilis e que foram construídos no meio social, podendo interferir nas relações do grupo familiar.

Segundo os depoimentos, a família, representada principalmente na figura da mãe significa fonte de apoio às mulheres, desde o enfrentamento até ao auxílio às demandas decorrentes da doença, tais como acompanhamento nas consultas e apoio emocional durante o tratamento.

A família constitui-se como uma rede social de apoio fundamental, peça chave no âmbito do setor saúde, porque é pela e na família que há produção de cuidados essenciais para o sujeito (SILVA; TAVARES, 2015). O papel da família é de grande significância e comprovadamente interfere nas questões de saúde do indivíduo. Com essa preocupação foi desenvolvido o livro *Aprendendo sobre a AIDS e doenças sexualmente transmissíveis* (BRASIL, 2001) cuja finalidade é reafirmar a importância da participação da família nos

cuidados à pessoa com infecções sexualmente transmissíveis; este livro foi desenvolvido para que a família tivesse uma fonte segura onde buscar informações para sua proteção. A família interfere no cuidado de quem adoecer, disponibilizando apoio social: *"Ta tudo normal. Cheguei, contei pro meu filho, ele falou: é mãe a senhora tem que fazer seu tratamento"* (A8).

A família proporciona suporte emocional, financeiro, ajuda nas atividades cotidianas e necessidades de saúde, exercendo papel relevante na vida das mulheres (LANGENDORF et al., 2011). Nem todas as famílias estão aptas a dar o apoio necessário às mulheres com sífilis, por essa razão, as mulheres não revelam aos seus familiares o diagnóstico e optam por manter em segredo a contar para algum familiar sobre a doença, seja por medo de serem repreendidas ou julgadas, corroborando com os achados de Cavalcante et al. (2012) e Sousa, Kantorski, Bielemann (2004).

A sociedade tende a classificar o comportamento humano como certo ou errado, bom ou ruim, sendo que todos aqueles classificados negativamente estão fadados ao processo de rejeição e de julgamento. Neste contexto, a representação da mulher com sífilis como um ser de rejeição e discriminação pode estar ancorado no processo de construção da própria representação do ser mulher que segundo Almeida (2009), em nossa sociedade é um constructo social e antropológico que resguarda estreita relação com a imagem de procriadora, carinhosa, monogâmica, submissa e delicada, bem distante da situação de mulher com IST, o qual já se faz a associação direta com a promiscuidade e multiplicidade de parceiros.

O receio em ser julgada, sofrer rejeição ou algum mal-estar na família por estar com uma IST são falas presentes com frequência em pesquisa sobre este tema (FERNANDES et al., 2016). As mulheres demonstram que a revelação do diagnóstico de sífilis aos seus familiares é um ato que gera grandes dificuldades e angústias. Isso ocasiona a prática do segredo, ou seja, o ocultamento da doença por essas mulheres.

No estudo de Sousa, Kantorski, Bielemann (2004), ao estudar a AIDS no interior da família, observou que vários mecanismos de enfrentamento da doença são adotados, tanto pelo sujeito portador do HIV/Aids, como pelos familiares, dentre eles, destacaram-se a negação e a sublimação. Neste estudo foi possível evidenciar em uma das falas das participantes o mecanismo de negação elaborado por seus familiares. As famílias, mesmo que de forma inconsciente, apoiam-se nesses mecanismos como forma de reagir às ameaças vindas de situações vividas ou imaginadas, que geram anseio, medo, incerteza, sentimentos de difícil controle. Essas reações são tentativas desesperadas para se proteger desse momento crítico e a comunicação, a informação e a forma como a família representa a doença são determinantes nesse momento. (MELLO; BURD, 2007).

Como as IST estão entre os problemas de saúde mais frequentes no mundo, sua frequência possui uma relação estreita com fatores históricos ligados a questões de pudor, por apresentarem conotações de estigma e preconceito, que influenciam na geração das representações a respeito delas (DAMASCENO et al., 2009).

O contexto social com toda a sua subjetividade em que são absorvidas as informações, os conceitos formulados, os valores e as crenças sobre as IST são utilizadas para construir as representações sociais. As participantes da pesquisa por estarem inseridas nesse contexto social, por conhecerem tais crenças e valores, hoje vivem o receio de expor a sua atual situação de saúde por já preverem as possíveis consequências que tal revelação trará para as suas vidas. Tal percepção pode estar relacionada a forte representação, estigma social que foi criado há muito tempo sobre a sífilis como uma doença decorrente da libertinagem que marcava com lesões cutâneas e discriminatórias (GRIEBELER, 2009).

O preconceito pode ocasionar a retração social, pois o doente ao se sentir diferente no seu grupo de pertença, passa a evitar o contato social e a evitar falar sobre a doença. Estas atitudes já foram demonstradas como interferências no processo de tratamento das pessoas com diversas IST, pois as pessoas não se sentem seguras para expor a sua situação de saúde, em razão do medo de serem reprimidas, julgadas ou criticadas (JARDIM et al., 2013).

Nesse contexto, podemos lembrar do importante papel que a equipe possui na sensibilização tanto do doente como da comunidade a respeito das doenças sexualmente transmissíveis que poderão influenciar no processo de promoção da saúde e prevenção da doença, modificando também as suas representações a respeito da sífilis, pois, infere-se a forte presença do senso comum na elaboração das representações sociais, demonstrando que mais do que algo apenas físico e corporal, como sinais e sintomas, existe um contexto psicossocial a envolver as IST nas mulheres (RODRIGUES et al., 2012).

O medo em ser julgado, do estigma e da discriminação desencoraja as mulheres que estão com sífilis a falarem sobre o que vivem, mas, dependendo da estrutura emocional e da qualidade da rede de apoio, revelar o diagnóstico, ainda que com todos os anseios, para essas mulheres, mostrou-se positivo pela resposta acolhedora dos escolhidos. Outra questão importante a tratar é a mulher com sífilis em ambientes de relações sociais, como os locais de trabalho. Nesse sentido, para as que relataram estar trabalhando fora de casa, a relação de trabalho mostrou-se significativa geradora de preocupação e constrangimento quanto à descoberta da sífilis por seus pares.

Os discursos apontam para um complicador na vida das mulheres com sífilis quando o seu diagnóstico interfere no seu vínculo com o ambiente de trabalho. O medo do estigma

gerado sobre a sífilis acaba por refletir, de alguma forma, em todos os círculos sociais. Torna-se importante que o tema das infecções sexualmente transmissíveis seja cada vez mais abordado no ambiente de trabalho, a fim de fornecer maiores informações e diminuir atitudes preconceituosas nesse ambiente. O esclarecimento natural ajuda na eliminação do preconceito.

As dificuldades enfrentadas pelas mulheres com sífilis estão presentes também em seus relacionamentos conjugais. O estudo de Araújo e Silveira (2007), demonstrou que a revelação do diagnóstico de uma infecção sexualmente transmissível traz à vida das mulheres com relacionamentos considerados estáveis, consequências à vida do casal, algumas vezes resultando em término do relacionamento devido à mágoa, incerteza e sentimento de traição por parte do parceiro infectado.

A sífilis não afeta apenas o âmbito biológico da vida do casal, mas também o cotidiano familiar, a vida social e afetiva. A mulher infectada pode apresentar alterações relacionadas à baixa autoestima, à mágoa, desconfiança pela possível traição e até mesmo na sexualidade da mulher, culminando no distanciamento do casal (SOUSA; PINHEIRO, 2011).

Neste estudo foi evidenciado a interferência do diagnóstico de sífilis na sexualidade feminina, sendo a sexualidade entendida como um aspecto central do ser humano a qual circunda sexo, prazer, intimidade, reprodução, integrando-se no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados (MORAIS; PENNA; PROGIANTI, 2010).

As mulheres se sentem mais inseguras após serem supostamente traídas e esta insegurança é carregada por elas mesmo após o término do casamento/relacionamento, trazendo implicações para a sua vida sexual/afetiva futura. Após a infecção a mulher parece desenvolver um pensamento mais crítico sobre si e passa a desenvolver comportamento de autoproteção, evitando novos relacionamentos. Torna-se indispensável o papel do profissional de saúde no aconselhamento da mulher com sífilis, pois este além fornecer informações que contribuirão para a proteção da mulher, também proporcionarão o apoio emocional necessário para este momento.

7 CONCLUSÃO

O objeto de pesquisa deste estudo tratou da representação social das mulheres em idade fértil sobre o processo saúde-doença da sífilis adquirida.

As mulheres representaram a sífilis como uma doença contagiosa, geradora de incômodos e de transmissão sexual. De forma geral, observamos que a significação da sífilis, parte tanto do universo reificado quanto consensual e apesar de as representações formarem majoritariamente em torno da sua transmissibilidade sexual e da sua prevenção, demonstrando avanço na concepção da sífilis a sua ocorrência não tem regredido entre as mulheres.

Identificaram-se representações sociais sobre a sífilis, sendo a forma de transmissão associada às práticas sexuais sem proteção, a principal. As mulheres afirmaram como principal causa do contágio a realização do sexo sem camisinha. O beijo também foi mencionado por uma das participantes como forma de contágio da doença. A descrição/informação de preocupação com objetos pessoais (como louças) e o aumento do cuidado com o corpo quanto à higiene e alimentação após o diagnóstico da doença, reforçam que ainda existem crenças relacionadas à transmissão da doença.

Assim, estes resultados apresentam posicionamentos ou atitudes possivelmente negativas frente às formas de prevenção da sífilis, já que a descrição sobre suas formas de contágio, por uma parcela das mulheres, ancora-se em crenças que não diminuem a sua exposição à bactéria e pode desenvolver nelas a cultura da discriminação.

Mas, de forma geral, as representações que as mulheres têm quanto à transmissão da sífilis reforça o conhecimento delas quanto à prevenção da doença e a sua consciência de estarem expostas quando se colocam em situação de vulnerabilidade ao praticar relações sexuais desprotegidas.

No que se refere ao impacto da descoberta da infecção pelo *Treponema pallidum*, vários sentimentos foram despertados. Os sentimentos são negativos e podem ser traduzidos em algumas palavras declaradas por elas, como assustada, apavorada, desesperada, em choque, culpada e com medo, demonstrando o sentimento negativo que aflora nelas nesse primeiro instante.

Nesta categoria, foi observado como as mulheres realizavam a sua familiarização do desconhecido, tentando tornar o novo, a sífilis, em algo familiar, utilizando-se do processo de ancoragem quando tenta descrever como a sífilis se apresenta no corpo; uma das participantes a descreve como doença feia, referindo-se às lesões de pele.

O estar contaminada com a sífilis, ainda que já tenha iniciado o tratamento imediatamente após o diagnóstico, trouxe às mulheres implicações significantes no contexto social e pessoal, vez que as mulheres passaram a refletir sobre algo que elas descobririam com a sífilis: o preconceito. Relataram alterações nas relações familiares, afetivas e até mesmo profissionais. Demonstraram o medo de serem julgadas, criticadas ou sofrerem preconceito por parte do seu grupo social.

Isto mostra que a sífilis objetiva o subjetivo do adoecimento, pois não pode ser vivida no espaço íntimo e privado do sujeito, ao contrário, objetiva-se no corpo e expõe socialmente a mulher, como no caso da queda de cabelo intensa de uma das participantes, registrando-se que essa é uma das características que a torna uma doença estigmatizante.

Esta pesquisa trouxe como novidade, levando-se em conta as demais pesquisas da área, o fato de estudar as representações das mulheres em idade fértil sobre a sífilis após o seu diagnóstico. O enfoque foi direcionado para a **mulher** com sífilis e não para a sífilis na mulher.

As representações sociais como parte deste estudo trouxeram como contribuição para a equipe de saúde a importância em valorizar o saber e o pensar do outro, compreendendo que é a partir, principalmente, deste conhecimento que o sujeito orienta as decisões do seu cotidiano.

Este estudo, contribuiu para mostrar a importância da dimensão subjetiva presente na objetividade de uma doença. Temos clareza de que, para maior aprofundamento da questão posta, seja necessária uma investigação com maior número de mulheres para subsidiar com mais propriedade a caracterização das representações sobre a sífilis. No entanto, os objetivos foram alcançados e, para o proposto no momento os resultados aqui apresentados possibilitaram destacar aspectos importantes que norteiam a vida da mulher com sífilis, propiciando um panorama das suas aflições durante o seu acompanhamento/tratamento. Estes resultados apontaram alguns elementos que podem ser considerados no acolhimento à mulher com sífilis e durante as suas consultas de controle, ajudando-nos a pensar sobre alguns cuidados específicos em uma primeira abordagem profissional.

Salientamos que é escasso o número de pesquisas que abordam as representações sociais sobre a sífilis e mulheres em idade fértil, sendo esta uma das pesquisas pioneiras no campo das representações sociais nesta temática. Assim, espera-se que este estudo seja como um incentivador para novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean Claude. A abordagem estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P., OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representações sociais**. 2. ed. Goiânia: AB, 1998.

ALMEIDA, Angela Maria Oliveira. A Pesquisa em Representações Sociais: Proposições teórico-metodológicas. In: SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. M. (Orgs.). **Diálogos com a Teoria da Representação Social**. Recife: EDUFPE/EDUFAL, 2005.

_____. Abordagem societal das representações sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 713-737, set. /dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/05.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

ALMEIDA, G. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se auto definem como lésbica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 301-331, 2009.

ALMEIDA, Maria J. S. S. P. A heredosífilis no Brasil do século XIX: estigmas, valores e comportamentos. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 28, 2015, Florianópolis. **Anais eletrônicos...** Florianópolis, 2015. Disponível em: http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1438714373_ARQUIVO_anpuhfinal!.pdf. Acesso em: 24 out. 2016.

AMARO, Sarita Teresinha Alves. A Questão da Mulher e a Aids: novos olhares e novas tecnologias de prevenção. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, maio-ago., 2005.

ARAÚJO, Maria Alix Leite; SILVEIRA, Claudia Bastos. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível - DST. **Esc. Anna Nery R Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 479-486, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a13.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

ARRUDA, Angela. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, nov. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010015742002000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 out. 2016.

ARRUDA, Silvani; CAVASIN, Sylvia. **Gênero e prevenção das DST/AIDS**. Boletim n. 3. ECOS, Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana, 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/156_05PGM3.pdf. Acesso em: 20 maio 2016.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, mar. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962006000200002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 maio 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARSTED, Leila Linhares; PITANGUY, Jacqueline (Org.). **ONU MULHERES - O Progresso das Mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: CEPIA. Brasília: ONU Mulheres, 2011.

Disponível em: http://onumulheres.org.br/wp-content/themes/vibecom_onu/pdfs/progresso.pdf. Acesso em: 26 fev. 2016.

BASTOS, D. C. et al. Representações sociais da vulnerabilidade de mulheres negras e não negras à infecção pelo HIV/AIDS. **Revista enfermagem da UERJ**, v. 21, n. 3, p. 330-6, 2013.

BENZAKEN, Adele Schwartz. **Deteção de Sífilis Adquirida em Comunidades de difícil acesso da região Amazônica**: desafio a ser superado com a utilização dos testes rápidos”. 2009. 125f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009.

BITTENCOURT, Naiara Andreoli. Movimentos Feministas. **Revista Insurgência**, Brasília ano 1, v. 1, n. 1, jan. /jun. 2015.

BOISSON, E.; NICOLL, A.; ZABA, B.; RODRIGUES, L. C. Interpreting HIV seroprevalence data from pregnant women. **J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol**, n. 15, v. 5, p. 434-9, 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8970470>. Acesso em: 26 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 542 de 22 de dezembro de 1986. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 dez. 1986. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/arquivos_biblioteca_crt/Portarian542de22dez86.pdf. Acesso em: 20 maio 2016.

_____. _____. **Aprendendo sobre AIDS e doenças sexualmente transmissíveis**: livro da família. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10aprendendo_sobre_aids.pdf. Acesso em: 20 maio 2016.

_____. _____. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_19.pdf. Acesso em: 26 fev. 2016.

_____. _____. **Eficácia do preservativo masculino**. Programa Nacional de DST e AIDS, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. _____. _____. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 5, de 21 de fevereiro de 2006. Inclui doenças na relação nacional de notificação compulsória, define doenças de notificação imediata, relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional e normas para notificação de casos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 fev. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2006/prt0005_21_02_2006_comp.html. Acesso em: 26 fev. 2016.

_____. _____. Portaria n. 1.119 de 5 de junho de 2008. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 jun. 2008.

Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1119_05_06_2008.html. Acesso em: 26 fev. 2016.

_____. _____. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, 2010a. 100p. (Série TELELAB). Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50768/manual_sifilis_miolo_pdf_53444.pdf. Acesso em: 21 mar. 2016.

_____. _____. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. _____. Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 jan. 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html. Acesso em: 26 fev. 2016.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 26 fev. 2016.

_____. _____. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral as Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Publicada no DOU nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016 - seção 1, páginas 44, 45, 46. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2016.

CARRARA, Sergio. **Tributo a vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40**. [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 339 p. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/q6qbq/pdf/carrara-9788575412817.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2016.

CASTRO, R. **Contribuição para o estudo de infecção por *Treponema pallidum*: resposta serológica, diagnóstico molecular e genopitagem** (Tese de doutoramento)- Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2004.

CAVALCANTE, Ana Egliny S. et al. Diagnóstico e Tratamento da Sífilis: uma Investigação com Mulheres Assistidas na Atenção Básica em Sobral, Ceará. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 24, n. 4, p. 239-245, 2012. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-4-2012/4-Diagnostico%20e%20Tratamento%20da%20Sifilis.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2016.

CONTRERAS, Eduardo; ZULUAGA, Sandra Ximena; OCAMPO, Vanesa. Sífilis: a gransimuladora. **Infect**, Bogotá, v. 12, n. 2, jun. 2008. Disponível em:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012393922008000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 mar. 2016.

CUNHA, Alessandro Ricardo Caruso. **Sífilis em parturientes do Brasil: prevalência e fatores associados**, 2010-2011. Brasília, 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de pós-graduação em saúde coletiva Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2015.

DAMASCENO, Deise Olívia et al. Representações sociais das DST/AIDS elaboradas por gestantes. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 116-23, jan./mar., 2009.

DIAZ, Jorge. Syphilis and gonorrhea surveillance. **Rev chil infectol**, Santiago, v. 30, n. 3, p. 303-310, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071610182013000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 mar. 2016.

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar - Editora UFPR**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/er/n24/n24a11.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

FÉLIX, L. B. et al. O conceito de Sistemas de Representações Sociais na produção nacional e internacional: uma pesquisa bibliográfica. **Psicologia e Saber Social**, v. 5, n. 2, p. 198-217, 2016. Disponível em: www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psisabersocial/article/download/20417/19733. Acesso em: 22 mar. 2016.

FERREIRA, Marcia de Assunção. Teoria das Representações Sociais e Contribuições para as Pesquisas do Cuidado em Saúde e de Enfermagem. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 214-219, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0214.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

FERNANDES, Márcia Astrês. et al. Infecções sexualmente transmissíveis e as vivências de mulheres em situação de reclusão. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, 2016. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v24n6/v24n6a13.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

FURTADO, Francisca Marina de Souza Freire et al. 30 anos depois: Representações Sociais acerca da Aids e práticas sexuais de residentes de cidades rurais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 50, n. esp., p. 74-80, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50nspe/pt_0080-6234-reeusp-50-esp-0074.pdf. Acesso em: 16 dez. 2017.

GERALDES NETO, Benedito. et al. A sífilis no século XVI: o impacto de uma nova doença. **Arq Ciênc Saúde**, São Paulo, v. 16, n. 3, jul./set., 2009. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-3/IDJ5.pdf. Acesso em: 10 mar. 2016.

GONÇALVES, Helenice Maia; SOUSA, Clarilza Prado de. Articulações entre representações sociais e subjetividade: um estudo sobre a produção nacional entre 2000 e 2010. **Revista Educação e Cultura Contemporânea**, v. 12, n. 27, 2015. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/reeduc/article/viewArticle/1260>. Acesso em: 10 mar. 2016.

GRIEBELER, Ana Paula Dhein. **Concepção social da sífilis no Brasil: uma releitura sobre o surgimento e a atualidade**. 71f. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/17934>. Acesso em 10 mar. 2016.

GUERRIERO, Iara; AYRES, José Ricardo C. M.; HEARST, Norman. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4 Supl, p. 50-60, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102002000500008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 mar. 2016.

HEALTH Protection Report. Sexually transmitted infections and chlamydia screening in England, 2015. **Infection report**, v. 10 n. 22. Disponível em: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/559145/hpr2216_errctd3.pdf. Acesso em: 10 mar. 2016.

JARDIM, Fabrine Aguiar et al. Doenças sexualmente transmissíveis: a percepção dos adolescentes de uma escola pública. **Cogitare Enferm.**, v. 18, n. 4, p. 663-668, out/dez., 2013

JODELET, Denise. Réprésentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. (Org.). **Psychologie Sociale**. Paris: Presses Universitaires de France, 1984.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Ed.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

_____. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, set. /dez., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/04.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2016.

_____. **Représentations sociales et mondes de vie**. (textes édités par Nikos Kalampalikis). Paris: Editions des Archives Contemporaines, 2015.

JOVECHLOVITCH, Sandra. **Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos do Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

_____. **Representações sociais e polifasia cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da Razão em Psicanálise, sua imagem e seu público** 2011. Disponível em: http://eprints.lse.ac.uk/38411/1/_lse.ac.uk_storage_LIBRARY_Secondary_libfile_shared_repository_Content_Jovchelovitch,%20S_Representa%C3%A7%C3%B5es%20sociais_2014.pdf. Acesso em: 11 dez. 2017.

LAFOND, R. E.; LUKEHART, S. A. Biological basis for syphilis. **Clin Microbiol Rev**, n. 19, p. 29-49, 2006

LANGENDORF, Tassiane F. et al. Rede de Apoio de Mulheres que Têm HIV: Implicações na Profilaxia da Transmissão Vertical. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 23, n. 1, p. 16-22, 2011. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista23-1-2-2011/5%20-%20Rede%20de%20Apoio%20de%20Mulheres%20que%20Tem%20HIV%20Implicacoes%20na%20Profilaxia.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2017.

LEITÃO, Eslei Judson Lisboa. et al. Sífilis gestacional como indicador da qualidade do pré-natal no Centro de Saúde n. 2 Samambaia-DF. **Com Ciências Saúde**, v. 20, n. 4, p. 307-314, 2009. Disponível em: http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2009Vol20_4sifilisgestacional.pdf. Acesso em: 28 mar. 2016.

LIMA, Márcia; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência e Outras Vulnerabilidades de Gênero em Mulheres Vivendo com HIV/Aids. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 947-960, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n3/v21n3a11.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

LIMA, Roberta de. **A representação social as mulheres sobre o câncer de mama: implicações para cuidado de enfermagem**. 100 f. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2002.

MACHADO, Laêda Bezerra; ANCIETO, Rosimere de Almeida. **Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores**. Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro, v. 18, n. 67, p. 345-364, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v18n67/a09v1867.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2017.

MAUCH, Sandra Duarte Nobre; ALMEIDA, Angela. Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza Santos. O significado da sífilis no universo masculino: um estudo em representações sociais. Tempus - **Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1160/1059>. Acesso em: 24 out. 2016.

MELLO, Julio de Filho; BURD, Mirian. **Doença e Família**. São Paulo. Casa do psicólogo, 2007.

MENDONÇA, Anderson Pereira; LIMA, Marcus Eugênio Oliveira. Representações sociais e cognição social. **Psicologia e Saber Social**, v. 3, n. 2, p. 191-206, 2014. Disponível em: <https://www.ri.ufs.br/bitstream/riufs/7051/2/RepresentacoesSociaisCognicao.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

MIRANDA, A. E.; GADELHA, A. M. J., SZWARCOWALD, C. L. Padrões de comportamento relacionado as praticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 207-216, jan./fev., 2005.

_____. FIGUEIREDO, Nínive Camilo; PINTO, Valdir Monteiro; PAGE, Kimberly; TALHARI, Sinésio. Risk factors for syphilis in young women attending a family health program in Vitória, Brazil. **An. Bras. Dermatol**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 1, p. 76-83, feb., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S036505962012000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2016.

MORAIS, F. R. C.; PENNA, L. H. G.; PROGIANTI, J. M. A construção do conceito da sexualidade no contexto da enfermagem. **Rev Pesq Cuid Fundam [Internet]**, v. 2, n. 3, p. 1071-9, 2010. Disponível em:

http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/538/pdf_44. Acesso em: 24 out. 2016.

MOREIRA, Antonia Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu. **Contribuições para teoria e o método de estudo das Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2007.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Rio de Janeiro, Vozes, 2003.

_____. _____. 9. ed.. Petrópolis: Vozes; 2012.

_____. _____. 11. ed.. Petrópolis: Vozes, 2015

MOURA, Luciana Melo de Moura; SHIMIZU, Helena Eri. Representações sociais de saúde-doença de conselheiros municipais de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 103-125, 2017.

MOURA, Fernanda Maria de Jesus Sousa Pires de. et al. Doenças sexualmente transmissíveis: sentimentos das presidiárias. **R. Interd.** v. 8, n. 3, p. 162-168, jul./ set., 2015.

MURRAY, Patrick R.; ROSENTHAL, Ken S.; PFALLER, **Michael A. Microbiologia médica**. Tradução de Carlos Pelleschi Taborda et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

NEWMAN, L. et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. **PLoS One**, v. 10, n. 12, 2015.

NOGUEIRA, Daniela Macias. Gênero e sexualidade na educação. In: SIMPÓSIO SOBRE ESTUDOS DE GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 1, Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho de 2010. **Anais...** Londrina, 2010.

OLIVEIRA, Márcio S. B. S. de. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 55, p. 180-186, jun., 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092004000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 ago. 2016.

OLIVEIRA, Denize Cristina de. Construction and transformation of social representations of AIDS and implications for health care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., p. 276-286, fev., 2013. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000700034. Acesso em: 26 fev. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana**. Tradução de Nazle Mendonça Collaço Vêras. Brasília: Ministério da Saúde, 2015

PASQUALOTTO, Alessandro Comarú; SCHWARZBOLD, Alexandre Vargas. **Doenças Infecciosas: consulta rápida**- Porto Alegre: Artmed, 2006.

PEDRO, Joana Maria. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **História Franca**, v. 24, n. 1, p. 77-98, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010190742005000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 ago. 2016.

PEIXOTO, Ana Cristina Santos; FONSECA, Hejaine de Oliveira; OLIVEIRA, Ramony M. S. R. Oliveira. **Cadernos Cespuc**, Belo Horizonte, n. 23, 2013. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/cadernoscespuc/article/view/8297/7178>. Acesso em: 20 set. 2017.

PINTO, Valdir Monteiro et al. History of syphilis in women living with AIDS and associated risk factors in São Paulo, Brazil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 60, n. 4, p. 342-348, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302014000400342&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22 mar. 2016.

REIS, R. K. et al. Sintomas de Depressão e Qualidade de Vida de Pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 13 dez. 2017.

RENEDO, A.; JOVCHELOVITCH, S. Expert knowledge, cognitive polyphasia and health: a study on social representations of homelessness among professionals working in the voluntary sector in London. **Journal of Health Psychology**, 12, 5, 779-790, 2007. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov. Acesso em: 20 dez. 2017.

RIBEIRO, J. L. P. **Psicologia e saúde**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 1998. 220 p.

RIBEIRO, K.C.S.; SILVA, J. da; SALDANHA, A.A.W. Querer é poder? A ausência do uso de preservativo nos relatos de mulheres jovens. **DST – J brasileiro Doenças Sex Transm**, v. 23, n. 2, p. 84-89, 2011.

RIBEIRO, Luiz Paulo; ANTUNES-ROCHA, Maria Isabel. História, Abordagens, Métodos e Perspectivas da Teoria das Representações Sociais. **Psicol Soc**, Belo Horizonte, v. 28, n. 2, p. 407-409, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822016000200407&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 set. 2017.

RIBEIRO, Tamires Almeida; FRANÇA Fabiane Freire. Simone de Beauvoir e o movimento feminista: contribuições à Educação. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 3, Londrina, Universidade Estadual de Londrina, 27 a 29 de maio de 2014. **Anais...** Londrina, 2014. Disponível em: http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT6_Tamires%20Almeida%20Ribeiro.pdf. Acesso em: 21 mar. 2016.

RODRIGUES, L.S.A.; PAIVA, M. S.; OLIVEIRA, J. F.; NÓBREGA, S. M. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/AIDS: estudo de representações sociais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 349-55, 2012. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40955/44468>. Acesso em: 21 mar. 2016.

ROMANELLI, Roberta Maia de Castro; LIMA, Stella Soares Sala; VIOTTI, Lucia Vilela; CLEMENTE, Wanessa Trindade; AGUIAR, Regina Amélia Lopes Pessoa; SILVA FILHO, Agnaldo Lopes. Doenças sexualmente transmissíveis na mulher: como abordar? **FEMINA**, v. 38, n. 9, set., 2010. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n9/a445-458.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2016.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. _____. Revista. Petrópolis: Vozes, 2002.

SANTOS, Ramaiane Costa; SACRAMENTO, Sandra Maria Pereira do. O Antes, o Depois e as Principais Conquistas Femininas. Revista Anagrama: **Revista Científica Interdisciplinar da Graduação**, ano 5., 1 ed. set/nov., 2011.

SANTOS, A. Antropologia da Saúde e da Doença: Contribuições para a Construção de Novas Práticas em Saúde. **Rev. NEFEN**, v. 4, n. 2, dez. 2012.

SANTOS, M. F. S. Representações sociais e psicologia social. In: Almeida, A. M. O.; JODELET, D. (Org.) **Representações sociais: interdisciplinariedade e diversidade de paradigmas**. Brasília: Thesaurus Editora, 2009.

SHIMIZU, Helena Eri. et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18. n. 8, 2013.

SILVA, L. S. S.; PAIVA, M. S. **Vulnerabilidade ao HIV/aids entre homens e mulheres com mais de 60 anos**. [S.l.: S.n.], 2006. Disponível em: http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=308. Acesso em: 16 dez. 2017.

SILVA, Maria Adelane Monteiro da; SOUSA, Anna Jéssica Carvalho Sousa; ALBUQUERQUE, Elis de Sousa; MOREIRA, Andréa Carvalho Araújo; MARTINS, Keila Maria Carvalho. Feelings of pregnant women diagnosed with syphilis Sentimentos de gestantes com diagnóstico de sífilis. **Rev Enferm UFPI**, v. 4, n. 2, p. 84-91, 2015. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/3336/pdf>. Acesso em: 16 dez. 2017.

SILVA, Leonara Maria Souza da Silva; TAVARES, Jeane Saskya Campos. A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1109-1118, 2015 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/pt_1413-8123-csc-20-04-01109.pdf. Acesso em: 8 dez. 2017.

SINGH, Ameeta E.; ROMANOWSKI, Barbara. Syphilis: Review with Emphasis on Clinical, Epidemiologic, and Some Biologic Features. **Clinical Microbiology Reviews**, v. 12, n. 2, p. 187-209, 1999. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC88914/>. Acesso em: 10 mar. 2016.

SOUSA, Leilane Barbosa de; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Doenças sexualmente transmissíveis na relação estável: perspectivas para o cuidado usando modelo Sunrise. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 478-86, jul/set., 2011.

SOUSA, Leilane Barbosa de; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Dst no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 123-130, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a17>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

SOUSA, A. S.; KANTORSKI, L. P.; BIELEMANN, V. L. M. A Aids no interior da família: percepção, silêncio e segredo na convivência social. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p. 1-9, 2004.

SOUZA, Elemir Macedo de. Há 100 anos, a descoberta do Treponema pallidum. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 547-548, out. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962005000600017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 mar. 2016.

SOUZA, Nilzemar R. et al. Perfil da População Idosa que Procura o Centro de Referência em DST/Aids de Passos/MG. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 23, n. 4, p. 198-204, 2011.

STAMM, L V. Syphilis: antibiotic treatment and resistance. **Epidemiology and Infection**, n. 143, p. 1567-1574, 2015. Disponível em: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FHYG%2FHYG143_08%2FS0950268814002830a.pdf&code=b812f4cb8ca41ddbe332fec41a70bb64. Acesso em: 22 mar. 2016.

TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto Carneiro. **Rotinas de diagnósticos e tratamento das doenças Infecciosas e Parasitárias**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

TORRES, Cibele Almeida; BESERRA, Eveline Pinheiro; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Percepções de Adolescentes Sobre a Sua Sexualidade. **Esc. Anna Nery R Enferm**, v.11, n.2, p.296-302, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000200017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 mar. 2016.

VERGARA, Sylvia Constant; FERREIRA, Vitor Claudio Paradela. Teoria das representações sociais: uma opção para pesquisas em administração. **Revista Angrad**, v. 8, n. 2, p. 225-241. 2007. Disponível em: <http://victorparadela.com/Artigos/Artigo.RSANG.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

WACHELKE, João Fernando Rech. O vácuo no contexto das representações sociais: uma hipótese explicativa para a representação social da loucura. **Estud. psicol. (Natal)** [online], v. 10, n. 2, p. 313-320, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2005000200019&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 mar. 2016.

WORKOWSKI, Kimberly A.; BOLAN, Gail A. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. **MMWR**, v. 64, n. 3, jun. 2015. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections** 2008. Reproductive health matters, 2012. Disponível em: [http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080\(12\)40660-7/](http://www.rhm-elsevier.com/article/S0968-8080(12)40660-7/). Acesso em: 22 mar. 2016.

_____. **Progress report.** 2010. Disponível em: http://who.int/reproductiveheath/topics/rtis/GlobalData_cs_pregnancy.pdf. Acesso em: 22 mar. 2016.

_____. **Guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis).** Geneva: WHO, 2016.

OBRAS CONSULTADAS

ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, M. F. S., DINIZ, G. S.; TRINDADE, Z. A. (Org.) **Violência, exclusão social e desenvolvimento humano**: estudos em representações sociais. Brasília: UnB, 2000.

ALMEIDA, A. M. O.; GÓES, H. A. O.; PAIXÃO, D.L. L. Família, escola ou Estado? Representações sociais do adolescente e de seus direitos. In: TRINDADE; Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; SOUZA, L.; CORTEZ, M. B. (Orgs.). **Juventude, masculinidade e risco**. Vitória: GM, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitor AIDS**: Sistema de Monitoramento de Indicadores do Programa Nacional de DST e Aids. Versão 1.0. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. p. 100. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/monitoraids.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2016.

_____. _____. _____. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Série Manuais nº 62. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf. Acesso em: 26 fev. 2016.

BARCELLOS, Priscila Andrade de Oliveira; AZEVEDO JUNIOR, Severino Mendes de; MUSIS, Carlo Ralph De; BASTOS, Heloisa Flora Brasil. As representações sociais dos professores e alunos da escola municipal Karla Patrícia, Recife, Pernambuco, sobre o manguenzal. **Ciência & Educação**, v. 11, n. 2, p. 213-222, 2005.

BORGES, C. D.; SANTOS, M. A. Aplicações metodológicas da técnica de grupo focal: fundamentos metodológicos, potencialidades e limites. **Rev. SPAGESP**, São Paulo, v. 6, n. 1, 2005.

CECHIM, P.L.; Selli, L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. **Rev Bras Enferm**, vol. 60. N. 2, p. 145-9, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n2/a03v60n2.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2016.

DIAS, F. L. A.; SILVA, K. L.; VIEIRA N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C.; MAIA, C. C. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 456-61, jun/set., 2010.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. **Cad Pesqui**, v. 34, n. 121, p. 169-86, jan./abr., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/cp/v34n121/a08n121.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2017.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-36, 2004.

KONEMAM, Elmer. **Diagnóstico microbiológico**: texto e atlas colorido. Tradução de Eiler Frish Toros et al. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

MACÊDO, Vilma Costa de; LIRA, Pedro Israel Cabral de; FRIAS, Paulo Germano de Frias; ROMAGUERA, Luciana Maria Delgado; CAIRES, Silvana de Fátima Ferreira; XIMENES, Ricardo Arraes de Alencar. Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-controle. **Rev Saúde Pública**, p. 51-78, 2017. Disponível em: < http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-S1518-87872017051007066/0034-8910-rsp-S1518-87872017051007066-pt.x83902.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos. et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 out. 2016.

MAZZA, Verônica de Azevedo; MELO, Norma Suely Falcão de Oliveira; CHIESA, Anna Maria. **O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa**: relato de experiência. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 1, p. 183-8, jan./ mar., 2009. Disponível de: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/14486/9729>. Acesso em: 24 out. 2016.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das áreas de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.

NORRIS, S. J.; COX, D. L.; WEINSTOCK, G. M. Biology of *Treponema pallidum*: correlation of functional activities with genome sequence data. **The Spirochetes: Molecular and Cellular Biology**. Horizon Scientific Press, Wymondham. UK cap., n. 18, p. 173-202, 2001.

RESSEL, Lúcia Beatriz. et al. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto & Contexto Enferm**, v. 17, p. 779-86, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/21.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016.

SÁ, Celso Pereira de. Núcleo central das representações sociais- Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.
SA, C. P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representação social**. Rio de Janeiro: Ed. Da UERJ. 1998.



APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ - UEPA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- PPGENF



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar voluntariamente da Pesquisa **ANÁLISE DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DA SÍFILIS ADQUIRIDA EM MULHERES EM IDADE FÉRTIL** sob a responsabilidade da pesquisadora Nádia Cristina Coelho Sobral, Fone: (92) 992124658, e-mail: nadia_sobral@hotmail.com, endereço: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, a qual tem por **OBJETIVO GERAL**: Analisar as representações sociais sobre o processo saúde-doença da sífilis adquirida em mulheres em idade fértil. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**: Aprender os processos mentais de mulheres em idade fértil influenciadores dos significados e valores atribuídos ao processo saúde-doença da sífilis. Compreender os elementos cognitivos de mulheres em idade fértil que contribuem para construção da realidade de estar com sífilis. Conhecer as crenças e ideias de mulheres em idade fértil sobre a sífilis. Para essa pesquisa realizaremos uma entrevista quanto aos dados sociais, econômicos, demográficos e posteriormente abordaremos o assunto da pesquisa, este momento será gravado em áudio. **RISCOS**: Quanto aos riscos, para abordar cada participante, a pesquisadora e sua equipe receberão treinamento adequado para realização dos procedimentos da pesquisa, dessa forma, sabe-se que poderão ocorrer algum problema psicoemocional com as participantes, como constrangimento, tristeza, angústia, nervosismo por estarem expondo situações das suas vidas. Na ocorrência de algum problema psicoemocional ou de outra natureza, a sessão de entrevista será interrompida, e, caso se faça necessário, a participante será imediatamente encaminhada à assistência médica integral gratuita e ou ao apoio psicológico para tratamento de possíveis danos diretos/indiretos e imediatos/tardios, sendo-lhe garantido quaisquer ressarcimentos de eventuais despesas, assim como fica assegurado o direito à indenização. **BENEFÍCIOS**: Como benefício, a pesquisa proporcionará um momento de reflexão pessoal e de troca de experiências com as demais participantes, colaborando para o desenvolvimento de relações sociais e de aquisição de novos conhecimentos para a promoção da saúde prevenção da doença. Você terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e não terá nenhuma despesa relacionada a transporte ou alimentação durante o momento em que estiver participando da pesquisa, a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que você é atendida. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar.

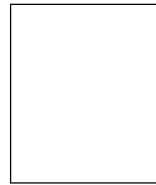
Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Para qualquer outra informação você pode entrar em contato com a pesquisadora Nádia Cristina Coelho Sobral, Fone: (92) 992124658, e-mail: nadia_sobral@hotmail.com, pelo endereço: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa

pelo endereço e telefone: Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, Fone: (92) 3305-1181/Ramal 2004. E-mail: cep.ufam@gmail.com.

Consentimento Pós-Infomação

Eu, _____ fui informada sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via original com cada uma de nós.



Impressão do dedo polegar

(Caso não saiba assinar)

_____ Assinatura da participante

_____ Assinatura da Pesquisadora Responsável

_____ Assinatura do Orientador da pesquisa

Data: ____/____/____



APÊNDICE B - INSTRUMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS - UFAM UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ - UEPA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE MANAUS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- PPGENF



INSTRUMENTO

1. Dados sociodemográficos

- 1.1. Código de Identificação: _____
- 1.2. Endereço: _____
- 1.3. Cidade: _____
- 1.4. Idade: _____ anos
- 1.5. Raça: 1. Parda 2. Branca 3. Negra 4. Amarela 5. Indígena
- 1.6. Profissão/Ocupação: _____
- 1.7. Renda Mensal Familiar:
(1). 0 - 1 SM (2). 1 - 3 SM (3). 3 - 5 SM (4). > 5 SM
- 1.8. Grau de escolaridade:
- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 1. analfabeta | 5. ensino médio incompleto |
| 2. ensino fundamental completo | 6. ensino superior completo |
| 3. ensino fundamental incompleto | 7. ensino superior incompleto |
| 4. ensino médio completo | |
- 1.9. Estado Civil:
1. solteira 2. casada 3. união estável 4. divorciada 5. Viúva
- 1.10. Religião: _____

2. PERGUNTA DE PESQUISA:

FALE SOBRE A DOENÇA SÍFILIS.

1. COMO FOI SABER QUE ESTAVA COM A DOENÇA? (SENTIMENTO, ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, DIAGNÓSTICO)
2. COMO VOCÊ ACREDITA TER SIDO INFECTADA? (TRANSMISSÃO, CRENÇA)
3. COMO FICOU O RELACIONAMENTO COM AS PESSOAS? (AMIGOS, FILHOS, CÔNJUGE, ESTIGMA, PRECONCEITO)

ANEXOS