



UNIVERSIDADE
**CATÓLICA
DE SANTOS**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

REGINA RIBEIRO

**SÍFILIS NA GESTAÇÃO EM PESSOAS NEGRAS E PARDAS, SANTOS,
SP, BRASIL:**

UMA REVISÃO CRÍTICA NARRATIVA

SANTOS

2026

REGINA RIBEIRO

**SÍFILIS NA GESTAÇÃO EM PESSOAS NEGRAS E PARDAS, SANTOS,
SP, BRASIL:
UMA REVISÃO CRÍTICA NARRATIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Ramiro Andres Fernandez Unsain

SANTOS

2026

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos
Viviane Santos da Silva - CRB 8/6746

R484s Ribeiro, Regina
 Sífilis na gestação em pessoas negras e pardas, Santos, SP,
 Brasil: uma revisão crítica narrativa/ Regina Ribeiro ;
 orientador Ramiro Andres Fernandez Unsain - 2026.
 148 f.

 Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de
 Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em
 Saúde Coletiva, 2026.
 Inclui bibliografia

 1. Sífilis gestacional. 2. Sífilis congênita. 3. Racismo
 estrutural. 4. Saúde na população negra. 5. Gestação. 6. Saúde
 coletiva. 7. Equidade em saúde. 8. Pessoas que gestam.
 I. Unsain, Ramiro Andres Fernandez. II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 614(043.3)

REGINA RIBEIRO

**SÍFILIS NA GESTAÇÃO EM PESSOAS NEGRAS E PARDAS, SANTOS, SP,
BRASIL:**

UMA REVISÃO CRÍTICA NARRATIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos, como requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Data: 29 de junho de 2026

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Ramiro Andres Fernandez Unsain

Membros titulares

Prof.^a Dr.^a Fernanda Sabatini (Universidade de São Paulo)

Prof.^a Dr.^a Mariana Dimitrov Ulian (Universidade Católica de Santos)

Membros suplentes

Prof.^a Dr.^a Luzana Mackevicius Bernardes (Universidade Católica de Santos)

Prof.^a Dr.^a Mora Castro (Universidade de Bueno Aires)

AGRADECIMENTOS

A conclusão desta dissertação representa a realização de um sonho construído com dedicação, perseverança e superação. Ao longo dessa trajetória, enfrentei desafios que exigiram coragem, resiliência e fé. Embora muitas das pessoas mais importantes da minha vida não tenham estado fisicamente presentes em todos os momentos dessa caminhada, sua presença se fez constante por meio do amor, das lembranças, dos ensinamentos, das palavras de incentivo e da força que sempre encontrei em seus exemplos. Por isso, este é um momento de profunda gratidão àqueles que, de diferentes formas, caminharam comigo e contribuíram para que esta conquista se tornasse possível.

Agradeço a Deus, por me conceder saúde, sabedoria, coragem e serenidade para enfrentar os desafios encontrados ao longo deste percurso, iluminando meus caminhos nos momentos de incerteza e fortalecendo minha esperança diante das dificuldades.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Ramiro Andres Fernandez Unsain, expresso minha sincera gratidão pela orientação cuidadosa, pela confiança depositada no meu potencial, pela generosidade na partilha de conhecimentos e pelo compromisso com a excelência acadêmica. Seus ensinamentos foram fundamentais para a construção desta pesquisa e para meu crescimento como pesquisadora.

Às membras da banca de qualificação, Prof.^a Dr.^a Fernanda Sabatini e Prof.^a Dr.^a Mariana Dimitrov Ulian, expresso minha sincera gratidão pela disponibilidade, pela leitura atenta e pelas valiosas contribuições oferecidas durante o processo de qualificação e de finalização desta pesquisa. Suas reflexões, críticas, questionamentos e sugestões foram fundamentais para o aprimoramento desta investigação, ampliando meu olhar crítico e contribuindo significativamente para o fortalecimento teórico e metodológico deste trabalho.

À Universidade Católica de Santos e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, agradeço a oportunidade de crescimento acadêmico, profissional e humano, proporcionada por um ambiente de formação pautado na reflexão crítica, na produção científica e no compromisso com a transformação social.

Aos meus pais, José Gabriel Ribeiro (*in memoriam*) e Maria Margarida Ribeiro, dedico um agradecimento especial e carregado de afeto. Vocês me ensinaram, pelo exemplo, os valores da honestidade, da dignidade, da perseverança e do trabalho. Tudo o que sou carrega marcas profundas de seus ensinamentos, de seus esforços e dos sacrifícios que fez para que eu pudesse trilhar meus próprios caminhos. Esta conquista também lhes pertence.

Aos meus filhos, Ana Caroline de Jesus, Ana Cláudia de Jesus e Matheus Ribeiro Manarim, razão maior da minha força e inspiração diária, agradeço pelo amor, pela compreensão e pelo incentivo ao longo desta jornada. Que esta conquista lhes mostre que os sonhos podem ser alcançados por meio da dedicação, do estudo e da persistência. Cada página desta dissertação carrega um pouco do amor imensurável que sinto por vocês e da esperança que deposito em suas trajetórias.

Agradeço também a todas as pessoas negras que, ao longo da história, transformaram a resistência em luta, o silêncio em voz e a invisibilidade em protagonismo. Esta pesquisa nasce do reconhecimento de suas trajetórias e conquistas, bem como da necessidade permanente de enfrentar o racismo estrutural, as desigualdades sociais e as iniquidades de gênero. Que a produção do conhecimento continue sendo uma ferramenta de transformação social, justiça e emancipação.

Por fim, agradeço a todos que acreditaram em mim, compartilharam esta caminhada e contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste sonho. Esta conquista não é individual; é resultado do apoio, da confiança, do carinho e da generosidade de muitas pessoas que deixaram marcas em minha trajetória.

Com amor, gratidão e esperança, dedico este trabalho aos meus filhos e, de forma muito especial, ao meu neto ou à minha neta que, de maneira tão feliz, já transforma nossas vidas antes mesmo de nascer. Sua chegada renova nossos sonhos e fortalece nossa esperança na construção de uma sociedade mais justa, humana e racialmente equitativa para as futuras gerações.

RESUMO

A sífilis gestacional e congênita permanece um importante problema de saúde pública no Brasil, especialmente entre populações socialmente vulnerabilizadas. No município de Santos, no estado de São Paulo, observa-se um aumento significativo das taxas de detecção da doença nos últimos anos, com impacto expressivo entre pessoas negras e pardas que gestam, evidenciando a relação entre adoecimento, desigualdades sociais e raciais e limitações no acesso ao cuidado em saúde. Este estudo teve como objetivo analisar criticamente a produção científica e os dados epidemiológicos relacionados à sífilis em gestantes negras e pardas no município de Santos/SP, articulando os determinantes sociais da saúde, o racismo estrutural e as desigualdades de gênero no contexto da saúde materno-infantil. Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa crítica, de abordagem qualitativa, fundamentada nos referenciais teóricos da Saúde Coletiva, da interseccionalidade e dos estudos sobre relações raciais. Foram analisados artigos científicos publicados entre 2015 e 2025, identificados nas bases SciELO, MEDLINE/PubMed, LILACS e Biblioteca Virtual em Saúde, além de boletins epidemiológicos, documentos institucionais e outras produções acadêmicas nacionais e internacionais relacionadas à sífilis gestacional, à sífilis congênita, ao racismo estrutural e às vulnerabilidades sociais. Os dados foram organizados em categorias temáticas que possibilitaram a análise crítica das desigualdades sociais e raciais que influenciam o acesso à atenção à saúde e sua qualidade entre pessoas negras e pardas que gestam. Os resultados demonstraram que a população negra e parda apresenta maior vulnerabilidade à sífilis gestacional em razão da associação entre baixa escolaridade, condições socioeconômicas desfavoráveis, acesso tardio ao pré-natal, dificuldades na continuidade do cuidado e persistência de práticas de racismo institucional nos serviços de saúde. Os dados epidemiológicos de Santos evidenciaram taxas superiores às médias estaduais e nacionais de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita, além de um aumento expressivo nas notificações entre 2016 e 2023. Apesar da existência de uma rede de saúde estruturada e de estratégias locais de vigilância epidemiológica, observam-se limitações na efetividade das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, especialmente no acompanhamento das populações mais vulneráveis. Embora os estudos selecionados não tenham sido realizados especificamente no município de Santos, seus resultados permitem compreender e problematizar criticamente a realidade local à luz dos indicadores epidemiológicos e das particularidades sociais e territoriais do município. Conclui-se que a sífilis gestacional e congênita constitui um importante marcador das desigualdades sociais e

raciais em saúde, evidenciando como fatores relacionados à raça, educação, renda e condições de vida influenciam o adoecimento, o acesso aos serviços e os desfechos maternos e neonatais. Seu enfrentamento demanda estratégias integradas que articulem vigilância epidemiológica, qualificação da atenção pré-natal, fortalecimento da atenção primária à saúde e aprimoramento das práticas assistenciais, incorporando perspectivas antirracistas no cuidado materno-infantil. Além disso, torna-se imprescindível o fortalecimento das políticas públicas de equidade racial e a implementação de ações intersetoriais voltadas à redução das desigualdades sociais e ao enfrentamento do racismo estrutural, reconhecido como determinante social das condições de saúde e elemento central para a promoção da equidade em saúde.

Palavras-chave: Sífilis gestacional; Sífilis congênita; Racismo estrutural; Saúde da população negra; Gestação; Saúde coletiva; Equidade em saúde; Pessoas que gestam.

ABSTRACT

Gestational and congenital syphilis remain significant public health problems in Brazil, particularly among socially vulnerable populations. In the municipality of Santos, in the state of São Paulo, there has been a substantial increase in disease detection rates in recent years, with a pronounced impact on Black and Brown pregnant individuals, highlighting the relationship between illness, social and racial inequalities, and limitations in access to healthcare services. This study aimed to critically analyze the scientific literature and epidemiological data related to syphilis among Black and Brown pregnant women in Santos, São Paulo, Brazil, articulating the social determinants of health, structural racism, and gender inequalities within the context of maternal and child health. This study consisted of a critical narrative literature review with a qualitative approach, grounded in the theoretical frameworks of Collective Health, intersectionality, and racial studies. Scientific articles published between 2015 and 2025 were analyzed, identified through the SciELO, MEDLINE/PubMed, LILACS, and Virtual Health Library databases, in addition to epidemiological bulletins, institutional documents, and other national and international academic publications addressing gestational syphilis, congenital syphilis, structural racism, and social vulnerabilities. The data were organized into thematic categories that enabled a critical analysis of the social and racial inequalities influencing access to and quality of healthcare provided to Black and Brown pregnant women. The findings demonstrated that Black and Brown populations experience greater vulnerability to gestational syphilis due to the combined effects of low educational attainment, unfavorable socioeconomic conditions, delayed access to prenatal care, difficulties in continuity of care, and the persistence of institutional racism within healthcare services. Epidemiological data from Santos revealed rates of acquired syphilis, gestational syphilis, and congenital syphilis above state and national averages, as well as a substantial increase in reported cases between 2016 and 2023. Despite the existence of a structured healthcare network and local epidemiological surveillance strategies, important limitations remain in the effectiveness of prevention, diagnosis, and treatment, particularly for the most vulnerable populations. Although the studies included in this review were not conducted specifically in the municipality of Santos, their findings provide important insights into and a critical examination of the local reality considering the municipality's epidemiological indicators and its social and territorial characteristics. It is concluded that gestational and congenital syphilis constitute important markers of social and racial health inequalities, demonstrating how factors related to race, education, income, and living conditions influence

illness, access to healthcare services, and maternal and neonatal outcomes. Addressing these conditions requires integrated strategies that include epidemiological surveillance, improvements in prenatal care, strengthening of Primary Health Care, and enhancement of healthcare practices by incorporating anti-racist perspectives into maternal and childcare. Furthermore, strengthening public policies aimed at racial equity and implementing intersectoral actions to reduce social inequalities and confront structural racism are essential, as these factors are key social determinants of health and fundamental to promoting health equity.

Keywords: Gestational Syphilis; Congenital Syphilis; Structural Racism; Black Population Health; Pregnancy; Collective Health; Health Equity; People who are pregnant.

RESUMEN

La sífilis gestacional y congénita continúa siendo un importante problema de salud pública en Brasil, especialmente entre poblaciones socialmente vulnerables. En el municipio de Santos, estado de São Paulo, se observa un aumento significativo de las tasas de detección de la enfermedad en los últimos años, con un impacto particular entre las personas negras y pardas gestantes, lo que evidencia la relación entre el proceso de la enfermedad, las desigualdades sociales y raciales y las limitaciones en el acceso a la atención sanitaria. El objetivo de este estudio fue analizar críticamente la producción científica y los datos epidemiológicos sobre la sífilis en gestantes negras y pardas en el municipio de Santos/SP, articulando los determinantes sociales de la salud, el racismo estructural y las desigualdades de género en el contexto de la salud materno-infantil. Se trata de una revisión bibliográfica narrativa crítica, con enfoque cualitativo, fundamentada en los marcos teóricos de la Salud Colectiva, la interseccionalidad y los estudios sobre las relaciones raciales. Se analizaron artículos científicos publicados entre 2015 y 2025, identificados en las bases de datos SciELO, MEDLINE/PubMed, LILACS y Biblioteca Virtual en Salud, así como boletines epidemiológicos, documentos institucionales y otras producciones académicas nacionales e internacionales relacionadas con la sífilis gestacional, la sífilis congénita, el racismo estructural y las vulnerabilidades sociales. Los datos fueron organizados en categorías temáticas que permitieron el análisis crítico de las desigualdades sociales y raciales que influyen en el acceso y la calidad de la atención sanitaria brindada a las gestantes negras y pardas. Los resultados demostraron que la población negra y parda presenta una mayor vulnerabilidad a la sífilis gestacional debido a la asociación entre un bajo nivel educativo, condiciones socioeconómicas desfavorables, acceso tardío al control prenatal, dificultades en la continuidad de la atención y la persistencia de prácticas de racismo institucional en los servicios de salud. Los datos epidemiológicos de Santos evidenciaron tasas superiores a los promedios estatales y nacionales de sífilis adquirida, gestacional y congénita, además de un aumento significativo de las notificaciones entre 2016 y 2023. A pesar de la existencia de una red de salud estructurada y de estrategias locales de vigilancia epidemiológica, se observan limitaciones en la efectividad de las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento, especialmente en el seguimiento de las poblaciones más vulnerables. Aunque los estudios seleccionados no fueron realizados específicamente en el municipio de Santos, sus hallazgos permiten comprender y problematizar críticamente la realidad local a la luz de los indicadores epidemiológicos y de las particularidades sociales y territoriales del municipio. Se concluye que la sífilis gestacional y

congénita constituye un importante marcador de las desigualdades sociales y raciales en salud, evidenciando cómo factores relacionados con la raza, la educación, los ingresos y las condiciones de vida influyen en el curso de la enfermedad, en el acceso a los servicios de salud y en los resultados maternos y neonatales. Su enfrentamiento requiere estrategias integradas que articulen la vigilancia epidemiológica, la cualificación de la atención prenatal, el fortalecimiento de la atención primaria de salud y la mejora de las prácticas asistenciales, incorporando perspectivas antirracistas en la atención materno-infantil. Asimismo, resulta imprescindible fortalecer las políticas públicas orientadas a la equidad racial e implementar acciones intersectoriales dirigidas a reducir las desigualdades sociales y enfrentar el racismo estructural, reconocido como un determinante social de la salud y un elemento central para la promoción de la equidad en salud.

Palabras clave: Sífilis gestacional; Sífilis congénita; Racismo estructural; Salud de la población negra; Gestación; Salud colectiva; Equidad en salud; personas que gestan.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo o ano de diagnóstico. Brasil, 2012 a 2022.....	29
Figura 2 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo a região. Brasil, 2022	30
Figura 3 - Distribuição percentual de casos de sífilis adquirida por raça/cor e por ano de diagnóstico. Brasil, 2012 a 2022.....	31
Figura 4 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), sífilis em gestantes e incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), por ano de diagnóstico, Santos, 2016 a 2023	34
Figura 5 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), por ano de diagnóstico. Brasil, estado de São Paulo e Santos, 2016 a 2023.....	35
Figura 6 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1000 nascidos vivos), por ano de diagnóstico. Brasil, estado de São Paulo e Santos, 2016 a 2023.....	36
Figura 7 - Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1000 nascidos vivos), por ano de diagnóstico. Brasil, estado de São Paulo e Santos, 2016 a 2023.....	36
Figura 8 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), por ano de diagnóstico, por faixa etária e por sexo. Santos, 2016 a 2023.....	38
Figura 9 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), por ano de diagnóstico, segundo a região de residência e a média municipal. Santos, 2016 a 2023	39
Figura 10 – Seleção dos estudos.....	53

LISTA DE SIGLAS

Cidacs: Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para a Saúde

Doxy-PEP: profilaxia pós-exposição com doxiciclina

DSS: Determinantes Sociais em Saúde

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

IST: Infecção Sexualmente Transmissível

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PNSIPN: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SUS: Sistema Unico de Saúde

WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	19
2 JUSTIFICATIVA.....	28
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA INICIAL	42
4 OBJETIVOS.....	44
4.1 Objetivo geral	44
4.2 Objetivos específicos.....	44
5 METODOLOGIA E REFERENCIAL TEÓRICO.....	45
6 SELEÇÃO DOS ESTUDOS	53
7 RESULTADOS E DISCUSSÕES	55
8 CONCLUSÃO	115
9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	123
10 BIBLIOGRAFIA.....	125
APÊNDICE A - Síntese analítica dos estudos selecionados para discussão crítica narrativa acerca das relações entre sífilis gestacional, raça/cor e iniquidades em saúde, 2026.....	140

APRESENTAÇÃO

Sou graduada em Enfermagem pela Universidade Paulista (2006) e possuo trajetória profissional construída em diferentes níveis de atenção à saúde, com experiências na Atenção Primária, na Atenção Terciária, na Auditoria Hospitalar e na Responsabilidade Técnica em Enfermagem. Ao longo dessa caminhada, busquei constante aprimoramento profissional por meio de especializações em Enfermagem do Trabalho (Universidade Paulista, 2009), Gestão em Enfermagem (Universidade Federal de São Paulo, 2010), Educação em Saúde para Preceptores do Sistema Único de Saúde (SUS; Hospital Sírio-Libanês, 2014) e Saúde da Família (Universidade Federal de São Paulo, 2016).

Minha atuação na Atenção Primária à Saúde incluiu a gestão de uma unidade de saúde por cinco anos, período em que desenvolvi competências relacionadas à organização dos processos de trabalho, à gestão de equipes e à qualificação da assistência. Paralelamente, desde 2017, exerço a função de preceptora do Programa SANTOSUS, da Prefeitura Municipal de Santos, participando do acolhimento e da formação de estudantes e profissionais que ingressam na rede municipal de saúde. Essa experiência possibilitou a construção de espaços de reflexão crítica sobre os princípios e diretrizes do SUS, articulando teoria e prática profissional e contribuindo para a efetivação do papel do SUS na ordenação da formação de recursos humanos em saúde, conforme previsto no artigo 6º da Lei nº 8.080/1990 (Brasil, 1990).

Em 2019, ampliei minha formação por meio de uma capacitação em Terapia Comunitária Integrativa e passei a atuar como terapeuta na Atenção Primária. Nesse mesmo contexto, desenvolvi atividades assistenciais junto a equipes da Estratégia Saúde da Família em territórios com elevada vulnerabilidade social. Foi nesse cenário que pude compreender, de maneira mais aprofundada, a centralidade das mulheres periféricas, especialmente das mulheres negras, nas dinâmicas de cuidado, de adoecimento e de acesso aos serviços de saúde.

A convivência cotidiana com essas mulheres permitiu identificar a persistência de desafios relacionados às infecções sexualmente transmissíveis (IST), em especial à sífilis, agravamento que vem apresentando crescimento contínuo em âmbito nacional e internacional. A observação das repercussões sociais, familiares e sanitárias dessa condição despertou meu interesse em aprofundar o estudo da temática, compreendendo-a para além de sua dimensão biomédica.

Posteriormente, na Atenção Terciária, atuei por dois anos como enfermeira responsável técnica de um centro cirúrgico em um complexo hospitalar. Mesmo em um contexto assistencial distinto, continuei observando os impactos da sífilis, especialmente pela persistência dos casos de sífilis congênita, o que evidencia que o problema extrapola os limites de um único nível de atenção e reflete desafios estruturais relacionados ao acesso, à qualidade do pré-natal e às desigualdades sociais.

Atualmente, integro a equipe da Seção de Captação e Transporte de Órgãos e Tecidos para Transplante e do Grupo Técnico de Educação Permanente em Saúde do Município de Santos. Nesses espaços, mantenho meu compromisso com a qualificação da assistência, a formação profissional e o fortalecimento das políticas públicas de saúde.

A escolha do tema desta pesquisa está diretamente relacionada à minha trajetória profissional, mas também à percepção de que a produção científica ainda é limitada quanto à articulação entre a sífilis gestacional e as desigualdades raciais no contexto brasileiro. Embora a sífilis seja amplamente estudada sob as perspectivas epidemiológica e clínica, observa-se menor atenção às suas determinações sociais e aos impactos das relações de raça, gênero e classe na ocorrência da doença e no acesso ao cuidado.

Nesse sentido, esta investigação nasce da compreensão de que a sífilis não pode ser analisada exclusivamente como um fenômeno biológico. Trata-se de uma condição profundamente atravessada pelas desigualdades sociais, pelo racismo estrutural e pelas iniquidades de gênero que caracterizam a sociedade brasileira e influenciam as experiências de adoecimento e de cuidado das mulheres negras.

Além da trajetória profissional, esta pesquisa também encontra sustentação em minha própria história de vida. Como mulher negra, construída pessoal e profissionalmente em meio aos desafios impostos por uma sociedade marcada por desigualdades raciais, reconheço a importância de produzir conhecimento comprometido com a visibilidade das populações historicamente marginalizadas. Minha experiência, aliada aos conhecimentos adquiridos ao longo da formação acadêmica e da prática profissional, reforçou a relevância científica, social e política desta investigação.

Enquanto mãe de filhos pretos e pardos, vivencio sensivelmente os impactos do racismo nas trajetórias individuais e coletivas. A experiência de acompanhar um de meus filhos que vive no exterior ampliou ainda mais minha percepção acerca dos desafios, estigmas e barreiras enfrentados por pessoas negras em diferentes contextos sociais. Essas vivências fortaleceram

meu compromisso com a produção de conhecimento capaz de contribuir para o enfrentamento das desigualdades raciais e para a promoção da equidade em saúde.

Assim, esta pesquisa constitui não apenas um exercício acadêmico, mas também um compromisso ético e social com a valorização das experiências das mulheres negras que gestam, com a ampliação da visibilidade das desigualdades raciais em saúde e com a construção de estratégias que contribuam para uma sociedade mais justa, inclusiva e equitativa.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica de evolução crônica causada pela bactéria Gram-negativa *Treponema pallidum*. Sua transmissão ocorre predominantemente por via sexual, sendo considerada uma IST, mas também por via vertical, durante a gravidez e o parto, o que pode causar sífilis congênita (Laurentino et al., 2024).

As IST possuem mais de 30 patógenos, entre vírus, bactérias, fungos e protozoários, que podem ser transmitidos através do contato sexual vaginal, oral e anal. Alguns podem, inclusive, ser transmitidos de mãe para filho durante a gravidez, o parto ou a amamentação. Estima-se que mais de um milhão de ISTs sejam adquiridas diariamente no mundo (Fonte et al., 2025).

É importante destacar que, entendemos que a Sífilis é uma doença infecciosa bacteriana sistêmica, de evolução lenta, transmitida através de práticas sexuais desprotegidas; por via hematogênica; contato direto com mucosa, saliva ou sangue de indivíduos infectados; através do beijo, quando há cancras ou lesões secundárias na boca; e através de escovas de indivíduos infectados, sendo esta uma forma de contaminação indireta de evolução crônica causada pela bactéria gram-negativa *Treponema pallidum* (Laurentino et al., 2024).

A origem da sífilis é controversa. Basicamente, há duas hipóteses: a pré-colombiana e a colombiana. Na primeira, defende-se a existência da sífilis no Velho Mundo antes das viagens do navegante genovês Cristóvão Colombo às Américas. Várias treponematoses já existentes em diversos locais do planeta teriam evoluído até a forma sifilítica. Já, na hipótese colombiana, acredita-se que os navegadores da frota de Colombo teriam levado a sífilis das Américas para a Europa em seu retorno ao continente, em 1493 (Silva; Filgueiras, 2024).

Fora dos relatos históricos que compõem a história social da sífilis, podemos dizer que hoje a sífilis é uma doença de fácil diagnóstico, com tratamento eficaz e de baixo custo relativo, disponível gratuitamente pelo SUS, e que, apesar disso, continua sendo um desafio para a saúde pública, apresentando elevados níveis de incidência em todo o Brasil (Laurentino et al., 2024).

A prevenção da sífilis tem sido historicamente sustentada por estratégias não farmacológicas, fundamentadas na educação em saúde, na promoção do uso consistente de preservativos, na ampliação da oferta de testagem, no diagnóstico precoce e no tratamento oportuno dos casos identificados, bem como no manejo adequado das parcerias sexuais e no fortalecimento da assistência pré-natal. No entanto, nos últimos anos, têm sido observados

avanços importantes no campo da prevenção das IST, com destaque para a profilaxia pós-exposição com doxiciclina (Doxy-PEP). Essa estratégia consiste na administração de 200 mg de doxiciclina em até 72 horas após uma exposição sexual considerada de risco e tem demonstrado potencial para reduzir significativamente a incidência de sífilis, clamídia e, em menor magnitude, gonorreia em populações com elevada vulnerabilidade epidemiológica. Estudos recentes evidenciam elevada efetividade da intervenção, especialmente entre homens que fazem sexo com homens e mulheres transgênero, levando à sua incorporação em recomendações internacionais de prevenção combinada das IST (Bachmann et al., 2024; Henry et al., 2025; Velasquez-Meza et al., 2024).

No Brasil, a recente incorporação da Doxy-PEP ao SUS, aprovada pelo Ministério da Saúde após recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, representa um marco nas políticas públicas de enfrentamento da sífilis e da clamídia. Entretanto, embora a estratégia apresente resultados promissores para grupos específicos, sua utilização ainda carece de evidências robustas em mulheres cisgênero e, em particular, em gestantes. Além disso, persistem preocupações quanto ao potencial de desenvolvimento de resistência antimicrobiana decorrente do uso ampliado da doxiciclina. Nesse contexto, a Doxy-PEP deve ser compreendida como uma ferramenta complementar às ações já consolidadas de prevenção combinada, sem substituir medidas essenciais como o uso de preservativos, a testagem periódica, o tratamento oportuno e o acompanhamento integral em saúde sexual e reprodutiva (Reis, 2026).

No Brasil, a sífilis é uma doença de notificação compulsória, e sua evolução frequentemente assintomática dificulta o diagnóstico precoce, contribuindo para a manutenção da cadeia de transmissão e para a ocorrência de sífilis congênita quando a infecção não é diagnosticada e tratada durante a gestação (Brasil, 2022; OMS, 2022).

A sífilis primária possui tempo de incubação de 10 a 90 dias, com média de 3 semanas. A principal manifestação é uma úlcera rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo. Surge no local de entrada da bactéria, isto é, no pênis, na vulva, na vagina, no colo do útero, no ânus, na boca ou em outro local tegumentar. É acompanhada de linfadenopatia regional. O desaparecimento da sintomatologia independe do tratamento e pode não ser notado nem valorizado pelo paciente (Fonte et al., 2025).

Acredita-se que quase 43% das pessoas com sífilis adquirida não apresentem sintomas clínicos. O fato em questão leva ao subdiagnóstico da doença (Brasil, 2022; OMS, 2022). A elevada proporção de indivíduos com sífilis adquirida que permanecem assintomáticos dificulta o diagnóstico oportuno quando este se baseia exclusivamente na presença de sinais e sintomas clínicos. Dessa forma, o controle da infecção depende da implementação de estratégias sistemáticas de rastreamento, diagnóstico precoce e tratamento oportuno, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde e da assistência pré-natal, a fim de interromper a cadeia de transmissão e prevenir a sífilis congênita (Brasil, 2022; OMS, 2022). Há uma necessidade urgente de evidenciar o número crescente de casos e de dar-lhes atenção especial, ainda mais em populações vulneráveis (Orbe-Orihuela et al., 2022); segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016), registrou-se um aumento no uso de macrolídeos e tetraciclina como tratamento alternativo para a sífilis. Isso é especialmente notável em pessoas com alergias e/ou em países onde a penicilina não é facilmente acessível, como a Camboja ou as Filipinas. Juntamente com o aumento dos casos de sífilis, está também surgindo a resistência antimicrobiana. A resistência a macrolídeos e tetraciclinas tem sido o principal foco da vigilância epidemiológica nos últimos anos. Mutações pontuais, como A965T e G1058C no rRNA 16S e A2058G e A2059G no rRNA 23S, conferiram resistência ao *T. pallidum*, mesmo quando as bactérias eram tratadas com tetraciclinas e macrolídeos. Essas últimas mutações são as mais frequentes e melhor estudadas. Compreende-se que este fenômeno pode ser consequência da pressão de um processo de seleção natural ocorrido nos últimos anos devido ao uso excessivo de diversos antibióticos (Orbe-Orihuela et al., 2022).

Nesse sentido, tem-se configurado como uma epidemia, devido à tendência de crescimento observada na maioria dos países de renda média, como o Brasil. Segundo a OMS, a nível global, mais de 7,1 milhões de adultos contraíram sífilis em 2020 (Astolfo; Andrade; Kehrig, 2024).

Estudos epidemiológicos e análises de séries temporais demonstram um aumento contínuo dos casos de sífilis gestacional e congênita na última década, tanto no Brasil quanto em outros contextos. Pesquisas baseadas em dados nacionais do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), entre 2012 e 2021, evidenciaram um crescimento expressivo nas taxas de detecção dessas infecções (Santos, 2023). De forma semelhante, análises temporais realizadas em estados brasileiros também identificaram aumento progressivo nas notificações ao longo dos anos (Britto et al., 2022; Barbosa Filho et al., 2025), evidenciando o crescimento

contínuo de casos de sífilis gestacional e congênita na última década, com taxas que permanecem bem acima das metas estabelecidas pela OMS e pela Agenda 2030 para a eliminação da transmissão vertical da doença.

A notificação compulsória de sífilis congênita foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986 (Brasil, 1986); a de sífilis em gestantes, pela Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 (Brasil, 2005); e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010 (Brasil, 2010). Atualmente, a portaria que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências é a Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020 (Brasil, 2020). Em 2017, com a publicação da Nota Informativa nº 02-SEI/2017 (Brasil, 2017a), os critérios para a definição de casos de sífilis adquirida, de sífilis em gestantes e de sífilis congênita foram revisados e atualizados, tornando-se mais específicos, em conformidade com as diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (Brasil, 2023a). No período de 2012 a 2022, foram notificados no país 1.237.027 casos de sífilis adquirida, 537.401 casos de sífilis em gestantes, 238.387 casos de sífilis congênita e 2.153 óbitos por sífilis congênita (Brasil, 2023a).

As notificações de sífilis na gestação permanecem em níveis preocupantes no Brasil, com dezenas de milhares de casos registrados anualmente nos sistemas de vigilância epidemiológica. De acordo com dados do Ministério da Saúde, o número de casos de sífilis em gestantes vem apresentando crescimento significativo na última década, o que reflete desafios persistentes na prevenção, no diagnóstico e no tratamento oportuno da infecção durante o pré-natal (025).

A distribuição desses casos não é homogênea entre os grupos sociais. Dados epidemiológicos oficiais (Brasil, 2025a) mostram que uma proporção substancial de mulheres com diagnóstico de sífilis durante a gestação se autodeclara negra (pretas e pardas), o que representa, de forma consistente, mais de 60% dos casos ao longo de uma década. Assim, os impactos da sífilis gestacional vão além das complicações imediatas ao nascimento: crianças expostas à infecção materna, mesmo quando não diagnosticadas com sífilis congênita ao nascer, têm maior probabilidade de apresentar internações hospitalares mais frequentes e prolongadas nos primeiros anos de vida. Isso evidencia que a infecção materna pode afetar a trajetória de saúde infantil de forma duradoura, aumentando a carga sobre os serviços de saúde e acentuando desigualdades já existentes desde o início da vida. Atenção também é necessária aos aspectos comportamentais relacionados à sífilis gestacional.

Fatores como múltiplos parceiros sexuais, uso inconsistente de preservativos, consumo de substâncias psicoativas e história prévia de outras IST aumentam o risco de aquisição da sífilis durante a gravidez (World Health Organization [WHO], 2016; Centros de Controle e Prevenção de Doenças, 2021). Embora esses fatores individuais não expliquem, sozinhos, a complexidade do problema, eles interagem com determinantes sociais mais amplos para moldar padrões de risco e demandam uma abordagem integrada de promoção da saúde sexual e reprodutiva no pré-natal.

A predominância da infecção indica que a sífilis gestacional não pode ser compreendida apenas pelo olhar biomédico tradicional; ela exige uma análise crítica dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS; WHO, 2008), que influenciam tanto a exposição à infecção quanto o acesso aos serviços de saúde.

Nesse contexto, o conceito de DSS tem sido amplamente utilizado para compreender como fatores como renda, escolaridade, raça/cor, moradia e acesso aos serviços de saúde influenciam a vulnerabilidade das populações às doenças (WHO, 2008). No caso da sífilis na gestação, estudos demonstram que mulheres em situação de maior vulnerabilidade social apresentam maior risco de diagnóstico tardio e de desfechos adversos, o que reflete desigualdades estruturais no acesso ao pré-natal e à assistência adequada (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Brasil, 2025a).

A persistência desses números, mesmo diante de estratégias amplas de vigilância, diagnóstico precoce e tratamento disponíveis no SUS, exige uma análise cuidadosa dos fatores que contribuem para a manutenção da transmissão. Um ponto crítico é a desigualdade na distribuição dos casos segundo marcadores sociais, como raça/cor e condições socioeconômicas, que não podem ser dissociados das estruturas sociais brasileiras, historicamente marcadas por profundas desigualdades (Brasil, 2025a; Buss; Pellegrini Filho, 2007; WHO, 2008). Na perspectiva desta pesquisa, um aspecto crítico para compreender a dinâmica da sífilis gestacional no Brasil é o reconhecimento da raça/cor como determinante social de saúde ligado a estruturas de desigualdade racial que afetam o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do cuidado recebido.

O reconhecimento do racismo estrutural como elemento constitutivo das desigualdades sociais (Almeida, 2019) tem sido progressivamente incorporado nas políticas públicas brasileiras, como na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que reconhece o racismo e as desigualdades étnico-raciais como DSS e orienta ações para a

promoção da equidade no SUS (Brasil, 2009), destaca que os obstáculos enfrentados por pessoas que gestam negras no acesso a cuidados de saúde de qualidade, não são meramente acidentais, mas sim frutos de estruturas sociais historicamente desiguais. Essas desigualdades estruturais se refletem na maior probabilidade de gestantes negras receberem diagnóstico tardio de sífilis ou tratamento inadequado, o que contribui para maiores taxas de transmissão vertical da infecção ao feto.

Estudos nacionais que utilizaram grandes bases de dados de nascimentos e de notificações de agravos, como os sistemas Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), demonstram que as desigualdades sociais e raciais estão associadas à maior magnitude dos casos de sífilis gestacional e congênita no Brasil, com maior ocorrência entre mulheres pretas e pardas e em contextos de maior vulnerabilidade social (Ferreira; Dolabela, 2024; Heringer et al., 2020). Por exemplo, quando o risco de sífilis observado entre mulheres negras e pardas é comparado ao de mulheres brancas com melhores condições socioeconômicas, estima-se que uma proporção substancial dos casos poderia ser evitada se as desigualdades sociais e raciais fossem reduzidas, com estudos indicando que até 35% dos casos de sífilis materna e 41% dos casos de sífilis congênita poderiam ser prevenidos caso todas as mulheres apresentassem o mesmo risco observado entre mulheres brancas (Ferreira et al., 2022).

Esse tipo de evidência não apenas reforça a associação entre raça e vulnerabilidade à infecção, mas também indica que a redução das disparidades socioeconômicas e de acesso aos cuidados de saúde poderia alterar significativamente o panorama epidemiológico da doença. Além das desigualdades raciais, outros determinantes sociais, como baixa escolaridade, renda insuficiente, desigualdades no acesso aos serviços de saúde e cobertura inadequada de pré-natal, estão frequentemente associados a maiores taxas de sífilis na gestação e de sífilis congênita (Etti et al., 2023; Freitas et al., 2019; Uchôa et al., 2022).

Observações epidemiológicas indicam que gestantes com menor escolaridade e menor acesso a cuidados preventivos apresentam maior risco de desenvolver sífilis durante a gestação e de apresentar desfechos adversos na gravidez. Estudos mostram que fatores como baixa escolaridade materna, inadequação do pré-natal e dificuldades de acesso ao diagnóstico e ao tratamento estão associados à infecção por sífilis e à transmissão vertical. Essa constatação aponta para a necessidade de integrar abordagens sociais, comportamentais e de saúde pública nos esforços de prevenção e controle da sífilis materna (Uchôa et al., 2022; Quirino; Oliveira; Melo Neto, 2021; Pires et al., 2024; Silva et al., 2024a).

Em observação preliminar dos estudos científicos encontrados até o momento, compreendo que, a prevalência elevada de sífilis entre gestantes negras está intimamente relacionada às barreiras de acesso aos serviços de saúde e à qualidade da atenção pré-natal.

Aspectos como o início tardio do pré-natal, número insuficiente de consultas, diagnóstico realizado apenas em fases avançadas da gestação e tratamento inadequado dificultam a prevenção da transmissão vertical da sífilis, o que reflete falhas na assistência pré-natal e no acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento (Domingues; Leal, 2016; Lafeta et al., 2016). Relatos de profissionais de saúde e análises de dados nacionais mostram que, apesar da disponibilidade de testes rápidos e exames sorológicos para diagnóstico da sífilis durante o pré-natal, persistem desigualdades no acesso ao diagnóstico oportuno. Estudos, como por exemplo, o estudo nacional “Nascer no Brasil”, conduzido por pesquisadores da Fiocruz, demonstrou que a cobertura de testagem para sífilis no pré-natal é menor entre mulheres não brancas, com menor escolaridade e atendidas no sistema público, indicando desigualdades no acesso, evidenciando também que, gestantes negras, com menor escolaridade e atendidas em serviços públicos apresentam menor cobertura de testagem e maior probabilidade de diagnóstico tardio, o que compromete a eficácia das intervenções terapêuticas e aumenta o risco de transmissão vertical da infecção (Domingues et al., 2014; Domingues; Leal, 2016).

Essa situação é frequentemente explicada não por falhas individuais, mas por práticas e políticas de saúde que não conseguem responder de forma equitativa às necessidades desses grupos. Os impactos da sífilis gestacional vão além das complicações imediatas ao nascimento. Estudos de coorte baseados em grandes bases de dados nacionais indicam que essas crianças apresentam maior risco de internação hospitalar e maior duração das hospitalizações quando comparadas a crianças não expostas à infecção durante a gestação (Paixão et al., 2023).

Com base nesse quadro, torna-se imperativo que a análise da sífilis na gestação, especialmente entre pessoas negras e pardas, considere não apenas fatores clínicos, mas também os contextos sociais e estruturais que perpetuam desigualdades em saúde. Essa perspectiva integrada é essencial para a formulação de políticas públicas eficazes, que visem reduzir as disparidades raciais, melhorar o acesso a serviços de pré-natal de qualidade e garantir intervenções preventivas oportunas. A eliminação da transmissão vertical da sífilis só será alcançada se esses múltiplos determinantes forem enfrentados de forma articulada, promovendo uma abordagem que combine ciência epidemiológica, justiça social e equidade em saúde pública.

Em termos de distribuição geográfica e temporal, estudos ecológicos indicam que as taxas de sífilis gestacional e congênita variam entre as regiões brasileiras, evidenciando padrões espaciais heterogêneos e formação de clusters de maior incidência em determinadas áreas do país. Essas variações refletem disparidades regionais relacionadas a condições socioeconômicas, ao acesso aos serviços de saúde e à cobertura da atenção primária, incluindo diferenças em indicadores como renda, educação e infraestrutura sanitária (Silva et al., 2024b; Dantas et al., 2023).

Os índices crescentes no Brasil, especialmente na região Sudeste, bem como os números expressivos da população que se autodeclara negra e parda, constituem um importante tema de investigação em saúde pública. Dados nacionais indicam que essa região concentra a maior proporção de casos de sífilis em gestantes no país, enquanto a população parda responde pela maior parcela dos casos de sífilis congênita registrados, evidenciando desigualdades regionais e raciais na distribuição da doença (Brasil, 2025a; Dantas et al., 2023).

Desta maneira, realizaremos uma revisão crítica narrativa de artigos científicos publicados entre 2015 e 2025, identificados em diversas bases de dados, com o propósito de compreender melhor as lógicas que favorecem o aumento dos casos desta doença na população escolhida.

Por fim, a perspectiva desta pesquisa é, fundamentalmente, reconhecer que o enfrentamento da sífilis na gestação exige respostas que articulem políticas de saúde pública a ações sociais mais amplas, destinadas a reduzir desigualdades estruturais. Isso inclui fortalecer a atenção primária à saúde, ampliar a cobertura e a qualidade do pré-natal, investir em educação em saúde para a população e para os profissionais, além de promover políticas sociais que reduzam as barreiras econômicas e sociais ao acesso à saúde. A eliminação da transmissão vertical da sífilis como problema de saúde pública depende, portanto, não apenas de medidas clínicas, mas também de ações integradas e sustentáveis que promovam equidade, justiça social e acesso universal a cuidados de qualidade, especialmente para grupos historicamente marginalizados. Reconhecer que o racismo e outras formas interseccionais de opressão afetam a vida de grupos minoritários e defender ações sob a ótica da interseccionalidade são fundamentais para alcançar e garantir a equidade em saúde (OPAS/OMS, 2010).

Nesse sentido, com base em nossa pesquisa, acreditamos que a sífilis é especialmente prevalente e de maior gravidade na população gestante negra e parda. Assim, fazem-se necessárias pesquisas que contemplem esse recorte tão amplo da população brasileira, habitualmente invisível e carregada de preconceitos.

2 JUSTIFICATIVA

É importante fundamentar, com rigor, o porquê desta pesquisa no contexto da história social e epidemiológica da sífilis.

Houve aumento crescente na taxa de detecção de sífilis adquirida ao longo de toda a série histórica, exceto em 2020, quando se observou um declínio, provavelmente decorrente da redução da capacidade diagnóstica durante a pandemia de Covid-19. Na série histórica, a maior parte dos casos notificados concentrou-se no sexo masculino (60,7%) e nas faixas etárias de 20 a 29 anos (36,0%) e de 30 a 39 anos (22,4%) (Brasil, 2023a). Ressalta-se que, entre adolescentes (13 a 19 anos), os casos de sífilis adquirida aumentaram 2,6 vezes quando se comparam os anos de 2015 e 2022 (Brasil, 2023a). Em 2022, a razão de sexos masculino/feminino (M:F) foi de 1,6, ou seja, 16 homens com sífilis para cada 10 mulheres. Porém, entre adolescentes, a razão foi de 7 homens para cada 10 mulheres com sífilis (Brasil, 2023a). As taxas de detecção de gestantes com sífilis têm apresentado crescimento constante.

Em 2022, a taxa foi de 32,4 casos por 1.000 nascidos vivos, o que representa um incremento de 15,5% em relação ao ano anterior; o percentual de tratamento prescrito adequadamente para sífilis em gestantes foi de 82,6% em 2022, com aumento de 11,8% em relação a 2021 (Brasil, 2023a). No entanto, para eliminar a sífilis congênita, faz-se necessário envidar esforços para alcançar cobertura adequada do tratamento materno, igual ou superior a 95%, conforme as metas programáticas estabelecidas pela OMS e pela OPAS para a eliminação da transmissão materno-infantil da sífilis (OPAS/OMS, 2024).

De fato, a taxa de incidência de sífilis congênita no Brasil, entre 2017 e 2022, elevou-se em 19,1%, enquanto o aumento no número absoluto de casos foi de 4,3%. Esse cenário ocorre mesmo diante da redução no número de nascidos vivos no período, o que evidencia a persistência da transmissão vertical da infecção.

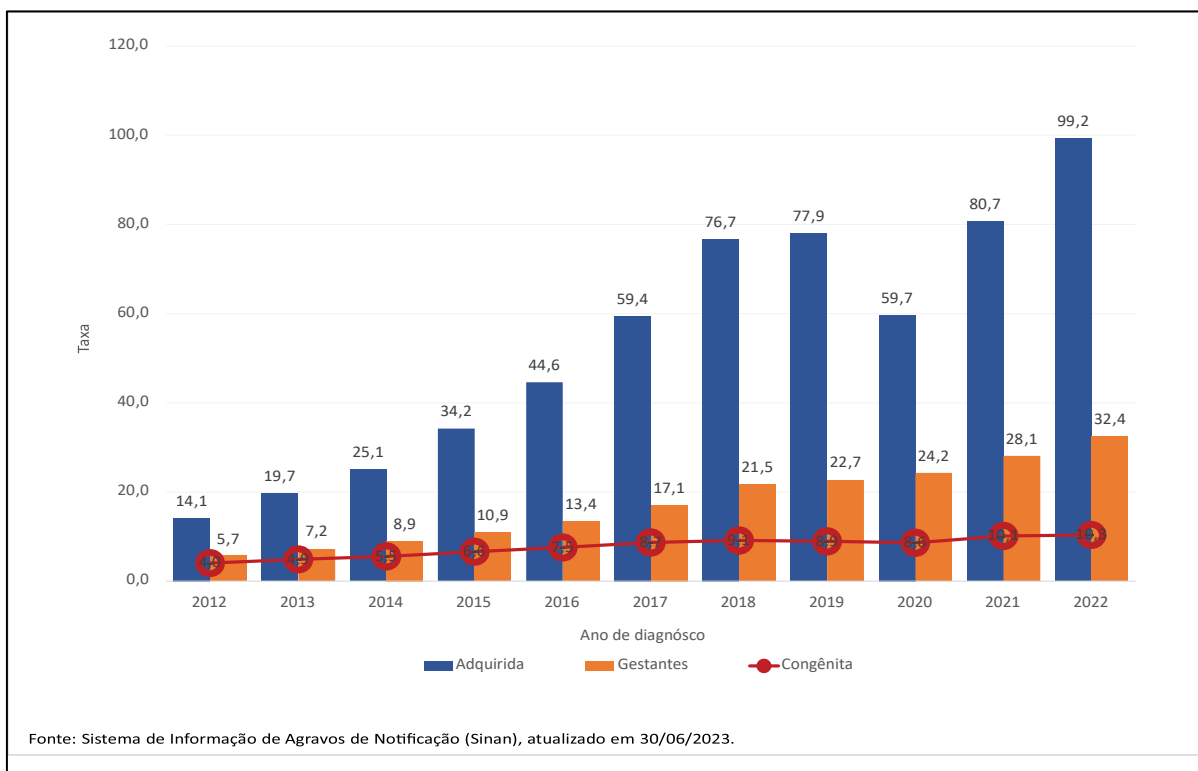
A principal manifestação é uma úlcera rica em treponemas, geralmente única e indolor, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo. Surge no local de entrada da bactéria, isto é, no pênis, na vulva, na vagina, no colo do útero, no ânus, na boca ou em outro local tegumentar. É acompanhada de linfadenopatia regional. O desaparecimento da sintomatologia independe do tratamento e pode não ser notado nem valorizado pelo paciente (Fonte et al., 2025). Uma das razões pelas quais não se outorga à sintomatologia que desaparece

a relevância biomédica no sentido de atribuir a esses sintomas potencial perigo. Alguns gráficos demonstram com maior eloquência a nossa preocupação.

Em 2012, estimava-se a ocorrência de aproximadamente 6 milhões de casos de sífilis no mundo (Luppi et al., 2020). Para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estabelecidos para 2030, entre as estratégias previstas constam a prevenção e o controle das IST, por meio da redução de 90% da incidência mundial de infecção por *Treponema pallidum* em relação à incidência estimada em 2018, e a eliminação da sífilis congênita. Para a obtenção de informações precisas sobre a situação da doença, seria necessário um sistema de vigilância de IST baseado na notificação de casos, capaz de analisar a população notificada por idade, sexo e local (Luppi et al., 2020).

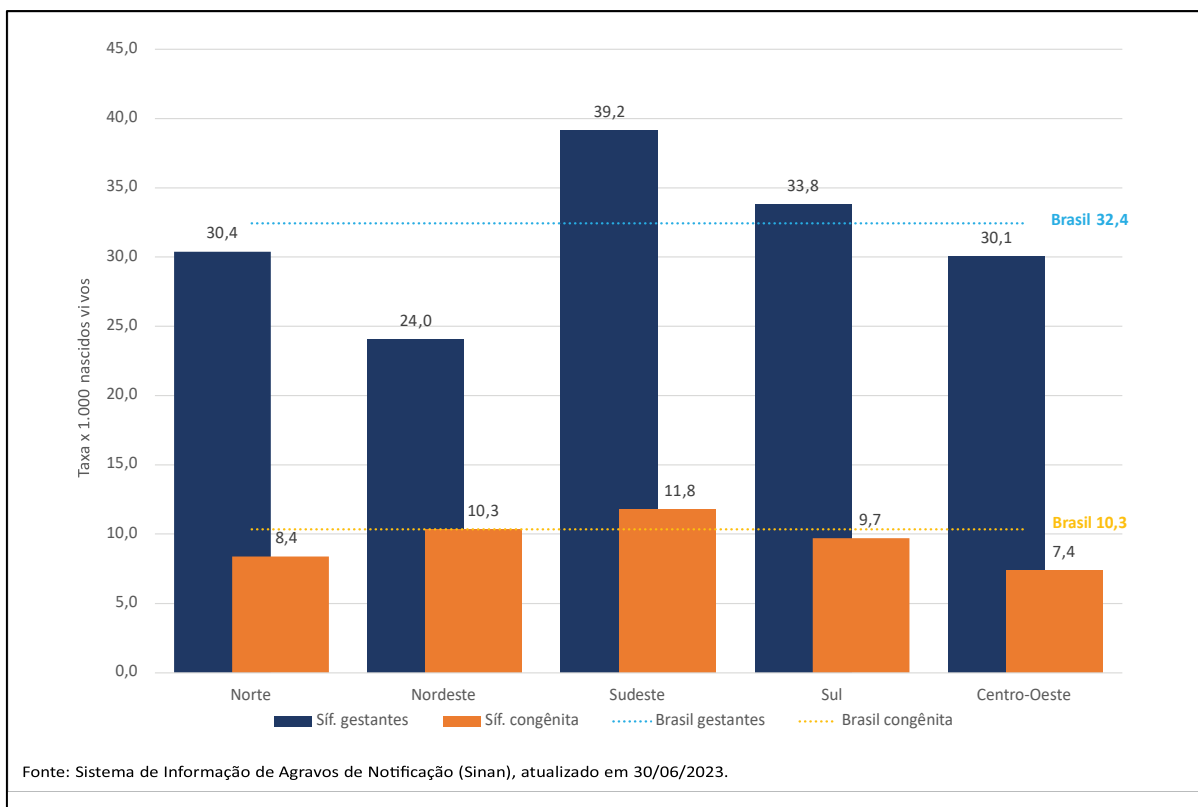
O Brasil tem apresentado aumento nas taxas de incidência de sífilis congênita e gestacional, sendo que, no período de 2010 a 2019, as taxas de sífilis congênita passaram de 2,4 para 8,2 casos por 1 mil nascidos vivos e as de sífilis gestacional de 3,5 para 20,8 casos por 1 mil nascidos vivos (Soares; Aquino, 2021). Mais detalhes na Figura 1.

Figura 1 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), segundo o ano de diagnóstico. Brasil, 2012 a 2022



Em 2022, as regiões Sudeste e Sul apresentaram taxas mais altas, ultrapassando a taxa nacional de detecção de sífilis em gestantes (Figura 2).

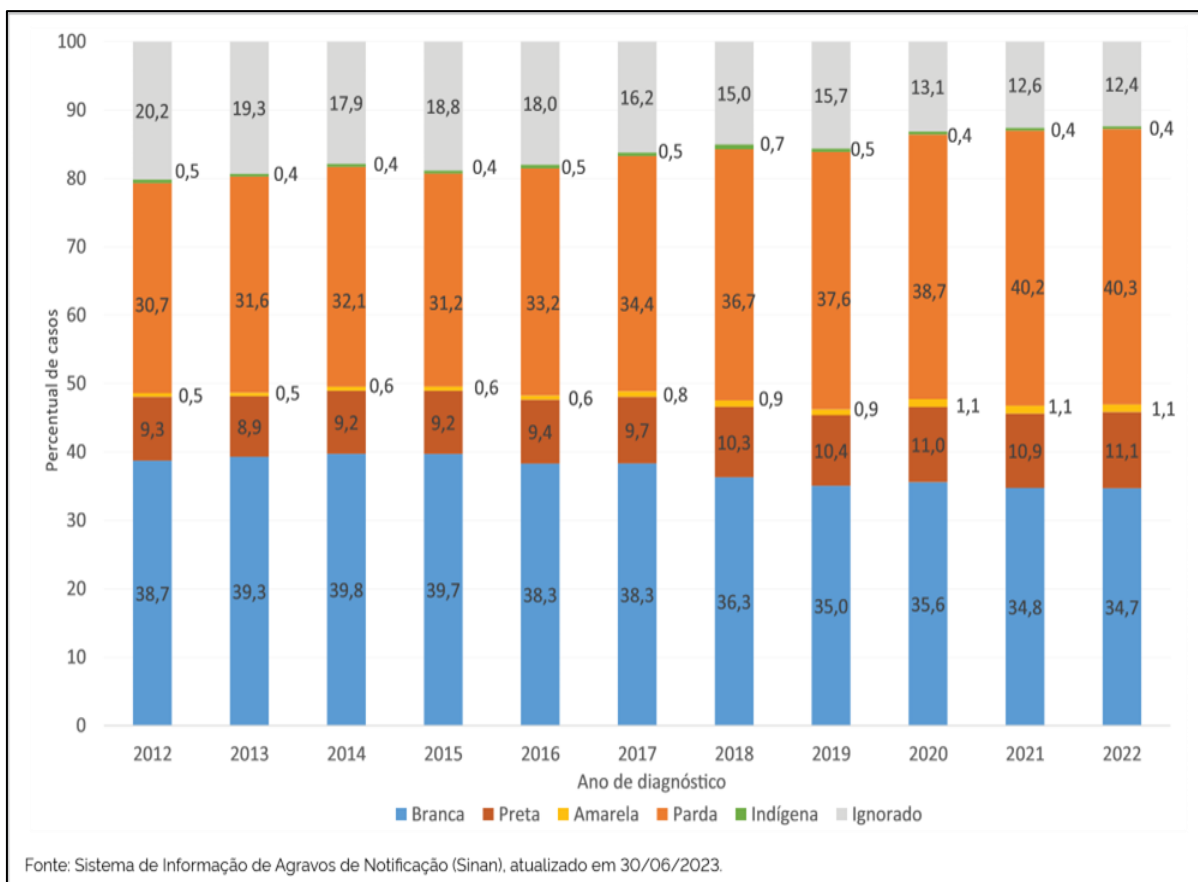
Figura 2 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo a região. Brasil, 2022



O número total de casos de sífilis em gestantes notificados no Brasil em 2022 foi de 83.034, dos quais 38.355 (46,2%) ocorreram na região Sudeste. Quanto ao critério raça/cor (Figura 3), 52,0% das gestantes com sífilis eram pardas, 28,6% brancas e 11,8% pretas. Se somadas as mulheres pretas e pardas, o percentual totalizou 63,8% em 2022 (Brasil, 2023a).

Nesse contexto, destaca-se que não foram identificados estudos científicos ou boletins epidemiológicos do município de Santos que apresentassem a distribuição dos casos de sífilis por raça/cor, o que evidencia uma importante lacuna na produção e na divulgação de informações epidemiológicas locais. A ausência desses dados dificulta análises mais aprofundadas sobre as desigualdades raciais na ocorrência da doença no município.

Figura 3 - Distribuição percentual de casos de sífilis adquirida por raça/cor e por ano de diagnóstico. Brasil, 2012 a 2022



Em 2016, foram estimados 661.000 casos de sífilis congênita no mundo (Domingues et al., 2021). A transmissão transplacentária do treponema durante a gestação pode ocorrer em qualquer estágio clínico da sífilis materna (Domingues et al., 2021). Observa-se, no entanto, que a transmissão vertical é, em geral, mais incidente na sífilis recente (lesões primárias, lesões secundárias e sífilis latente recente até um ano) e diminui com a evolução da doença para as fases tardias (latente tardia após um ano e tardia, no terciarismo da sífilis) (Domingues et al., 2021). Este evento de transmissão está diretamente relacionado à diminuição dos treponemas circulantes, passando de 70% a 100% na sífilis com lesões primárias ou secundárias para 30% na latência recente ou tardia da sífilis (Domingues et al., 2021). Além de se caracterizar pela maior transmissibilidade, a fase recente da sífilis materna pode afetar mais gravemente o feto; a carga de treponema circulante diminui, mas não desaparece se não houver tratamento adequado (Domingues et al., 2021). Além dos estágios clínicos da sífilis, a transmissão vertical também é influenciada pelo tempo de exposição do feto (Domingues et al., 2021).

Segundo os princípios do SUS, o Cuidado em Saúde deveria contemplar a equidade, a integralidade e a humanização (Barbosa; Oliveira; Corrêa, 2023), mas percebe-se que, a depender de quem é dirigido o cuidado, tais dispositivos são mais ou menos acionados (Werneck, 2016; Kalckmann et al., 2007). As formas como as políticas públicas de saúde organizam as linhas de cuidado raramente problematizam ou levam em consideração a questão racial; ao contrário, são formuladas a partir da noção de corpo único, universal, sem considerar a produção historicizada e situada no lugar dos corpos e pessoas considerando os processos de base coloniais-raciais, o que é revelador de uma dada dinâmica social que se traduzem em práticas e representações sociais racistas (Barbosa; Oliveira; Corrêa, 2023). Dessa forma, as especificidades dos corpos negros e das experiências sociais marcadas pela discriminação racial permanecem, muitas vezes, invisibilizadas nas práticas assistenciais e na formulação das políticas de saúde, o que reproduz desigualdades no acesso, na qualidade da atenção e nos desfechos em saúde (Werneck, 2016; Kalckmann et al., 2007; López, 2012).

Assim, a questão do cuidado em saúde é amplamente tematizada nas produções do campo da saúde coletiva, com críticas significativas, por exemplo, à captura tecnicista dos processos de trabalho. Entretanto, a questão racial é invisibilizada e/ou esvaziada de sentido (Barbosa; Oliveira; Corrêa, 2023).

A visão de equidade racial gerou reflexões sobre a intencionalidade das políticas públicas e a promoção da justiça social, a existência de uma dívida histórica no Brasil e a importância de compreender a determinação social da população negra e parda. Foi emergente, porém, o debate de que, no Brasil, todos são iguais perante a lei, discurso bastante difundido por meio de uma falsa ideia de democracia racial e da exaltação da miscigenação (Guimarães, 2024).

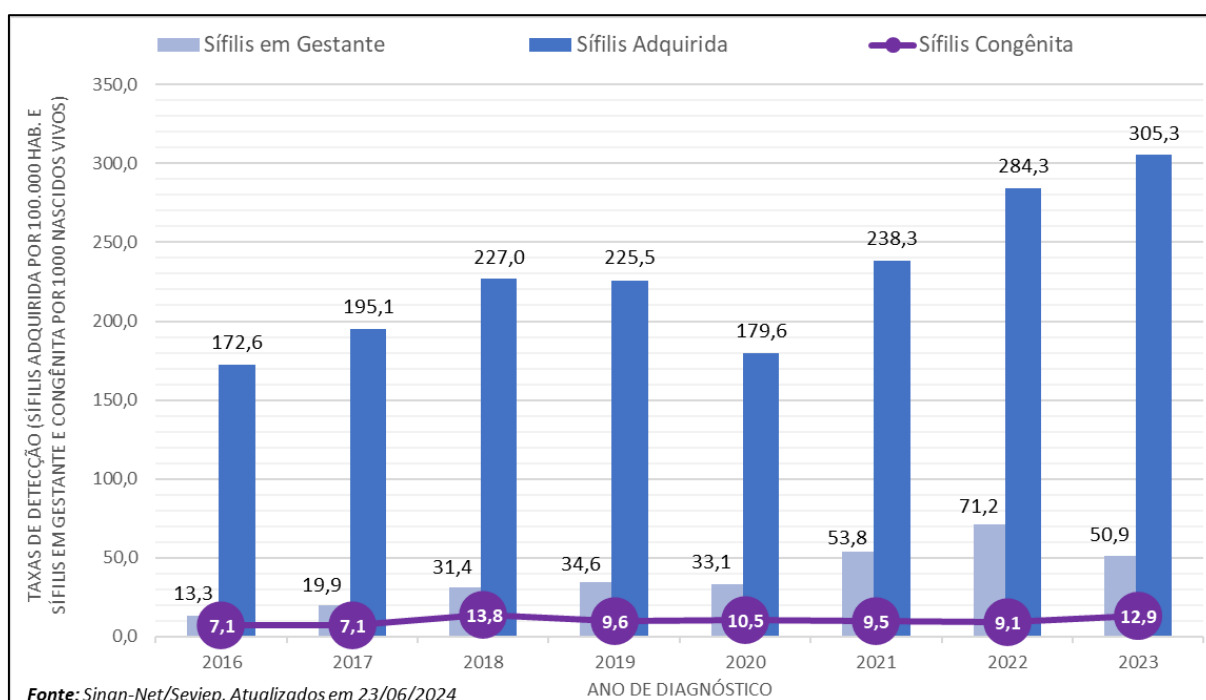
Atento à pauta, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009, a PNSIPN (Brasil, 2009), reconhecendo a existência do racismo no SUS e destacando os prejuízos que a desigualdade racial acarreta ao atendimento à população negra (Brasil, 2017b).

Contudo, apesar do marco legal implementado, a estrutura excludente continua a provocar vulnerações sociais contra a população negra e parda.

Diante do contexto e do exposto previamente, percebe-se que pouco se tem pesquisado sobre a pessoa negra e parda que gesta em diálogo com a sífilis.

Por outro lado, entre os fatores que contribuem para a alta prevalência de sífilis no Brasil, destacam-se características sociodemográficas, como cor da pele preta e parda, baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e falhas no acompanhamento pré-natal. Dados nacionais indicam que a população mais acometida pela doença é composta majoritariamente por mulheres jovens, sobretudo na faixa etária de 20 a 29 anos, que representam a maior proporção dos casos notificados de sífilis em gestantes no país, além de maior ocorrência entre mulheres autodeclaradas pretas e pardas (Brasil, 2023b; 2024). Nesse mesmo grupo, há também relatos de menor adesão ao número recomendado de consultas durante o pré-natal (Oliveira et al., 2024). É importante salientar novamente que, segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (Brasil, 2024a), a notificação compulsória de sífilis congênita em todo o território nacional foi instituída por meio da Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986 (Brasil, 1986); a de sífilis em gestantes, pela Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005 (Brasil, 2005); e, por último, a de sífilis adquirida, por intermédio da Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010 (Brasil, 2010). Atualmente, a portaria vigente que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e dá outras providências é a Portaria nº 3.148, de 6 de fevereiro de 2024 (Brasil, 2024b).

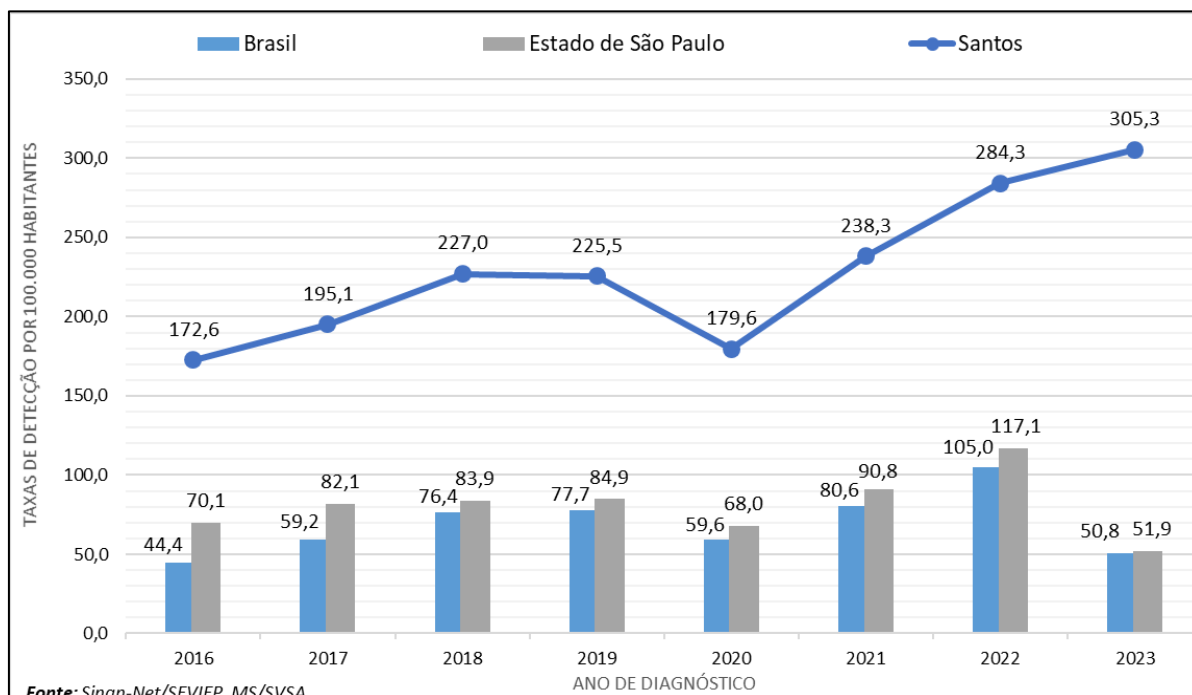
Figura 4 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100.000 habitantes), sífilis em gestantes e incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos), por ano de diagnóstico, Santos, 2016 a 2023



Na Figura 4, observa-se a evolução das taxas de sífilis de 2016 a 2023. Nesse período, verificou-se que a taxa de incidência de sífilis congênita atingiu 13,8 casos por 1.000 nascidos vivos em 2018. Em queda nos últimos anos, apresentou, em 2023, em relação a 2022, uma elevação significativa de 41,8%. Manteve-se, em média, em 10,3 casos por 1.000 nascidos vivos de 2016 a 2023. Apesar da redução no número de nascidos vivos em Santos nos últimos anos, não houve diminuição da transmissão nem do número de casos de sífilis congênita. Comparando os dois últimos anos completos, 2022 e 2023, observa-se um aumento de 41,2% no número de casos de sífilis congênita (Figura 1). A taxa de detecção de sífilis em gestantes apresentou, até 2022, um aumento constante; foi de 71,2 casos por 1.000 nascidos vivos, o que representa um incremento de 435,3% em relação a 2016 (13,3 casos por 1.000 nascidos vivos). Em 2023, no entanto, houve um declínio de 28,5% em relação a 2022, passando de 71,2 para 50,9 casos por 1.000 nascidos vivos. A sífilis adquirida teve sua taxa de detecção aumentada de 172,6 para 305,3 casos por 100 mil habitantes na comparação entre 2016 e 2023, o que representa um aumento expressivo de 76,9% no período. No entanto, de 2018 a 2020, observou-se uma diminuição na taxa de detecção de sífilis adquirida, de 227,7 casos por 100 mil habitantes (2018) para 179,6 casos por 100 mil habitantes (2020), o que representa um decréscimo de 20,9%. Cabe ressaltar que essa redução do número de casos em 2020 pode ser decorrente de subnotificação no SINAN, devido à mobilização local dos profissionais de saúde ocasionada pela pandemia de covid-19, além da queda nas consultas e exames não relacionados à covid-19 e, portanto, do diagnóstico de sífilis naquele período. A partir de 2021, a taxa de detecção volta a elevar-se a patamares superiores aos do período pré-pandemia, com um aumento de 23% no último ano (de 284,3 para 305,3 casos por 100 mil habitantes), conforme demonstra a Figura 1.

As Figuras 5, 6 e 7, reproduzidas a seguir, apresentam os seguintes dados para o Brasil, o estado de São Paulo e o município de Santos: taxa de detecção de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestante e taxa de incidência de sífilis congênita. Expressando um comparativo entre as taxas nos níveis federal, estadual e municipal no período analisado (2016 a 2023). Entre 2016 e 2023, verificou-se que a taxa de detecção de sífilis adquirida no município de Santos ficou acima das taxas federal e estadual ao longo de todo o período, conforme a Figura 2.

Figura 5 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), por ano de diagnóstico. Brasil, estado de São Paulo e Santos, 2016 a 2023



Em relação à sífilis em gestantes, verificou-se que, a partir de 2017, o município de Santos apresentou taxas de detecção superiores às do Brasil e do estado de São Paulo, conforme a Figura 6.

Figura 6 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes (por 1000 nascidos vivos), por ano de diagnóstico. Brasil, estado de São Paulo e Santos, 2016 a 2023

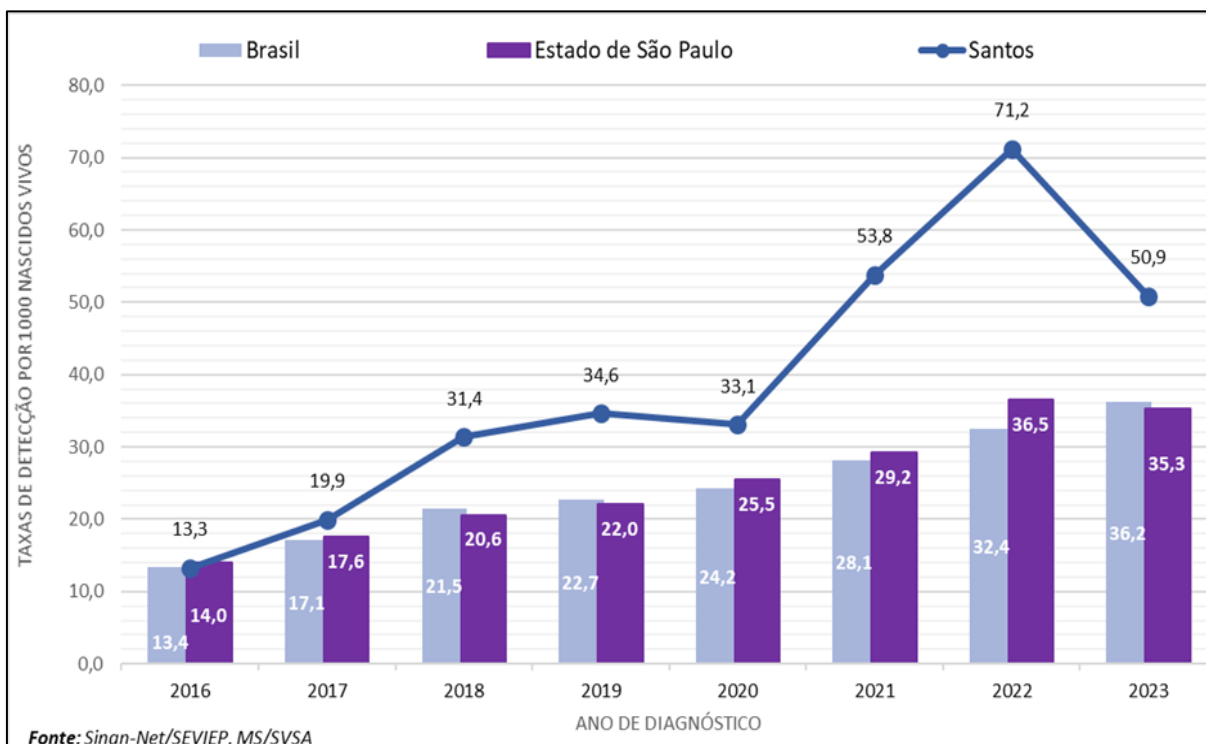
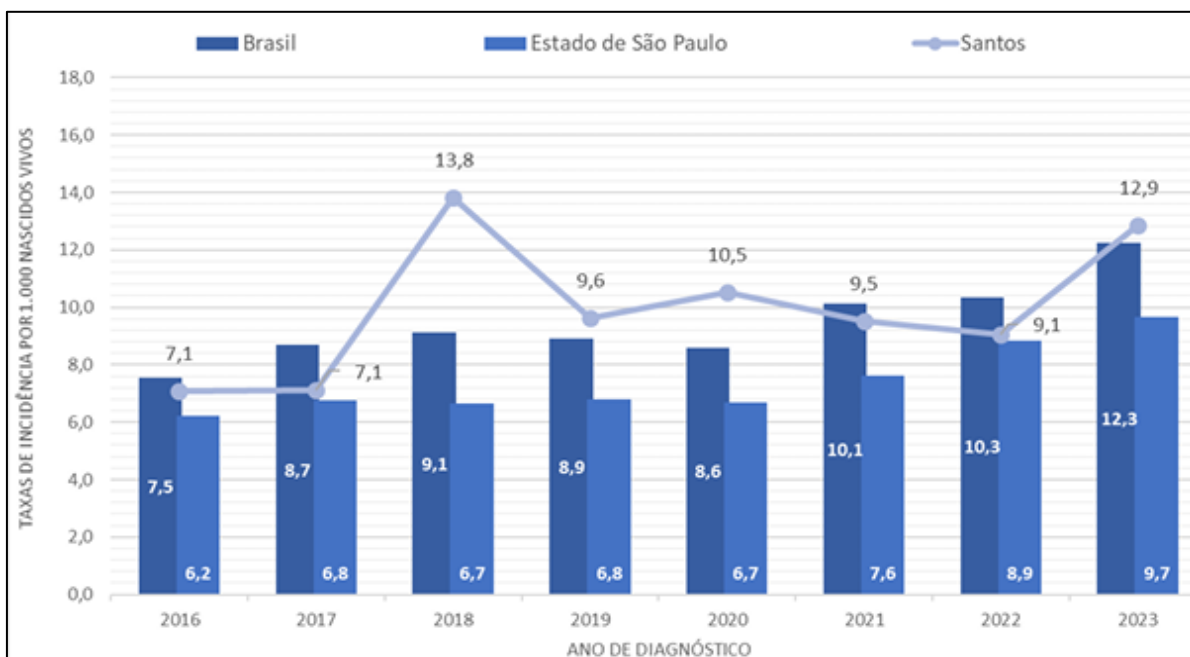


Figura 7 - Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1000 nascidos vivos), por ano de diagnóstico. Brasil, estado de São Paulo e Santos, 2016 a 2023

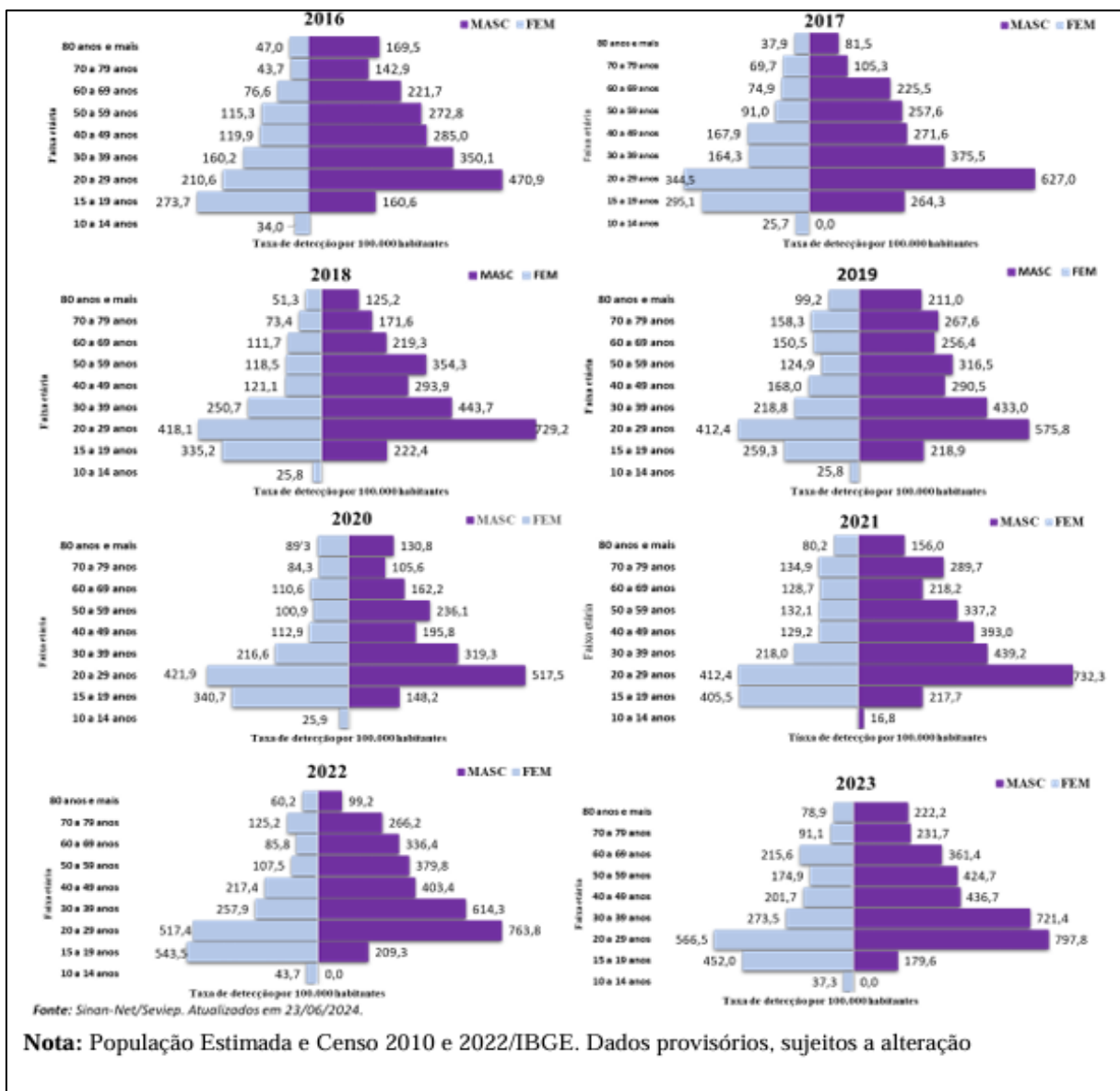


Nota: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Dados sujeitos a alteração
 *Dados do Brasil e Estado de São Paulo até 06/2023. **Dados de Santos atualizados em 23/06/2024.

As taxas elevadas no município de Santos, em relação ao Brasil e ao estado de São Paulo, podem ser atribuídas, em parte, à detecção e à notificação eficazes da doença no município. Para além das notificações passivas, nas quais a Seção de Vigilância Epidemiológica recebe informações das unidades de saúde e dos profissionais locais para registro no SINAN, a vigilância de Santos também emprega a notificação ativa. Nesse contexto, buscam-se ativamente os resultados de exames reagentes dos laboratórios públicos e particulares da cidade, além da busca ativa de todos os recém-nascidos de risco, em parceria com a Seção de Vigilância de Mortalidade Materno-Infantil nas maternidades, alcançando também a população atendida pela rede privada e os casos subnotificados.

A Figura 8 apresenta as taxas de detecção dos casos notificados de sífilis adquirida em homens e mulheres, por faixa etária, no período de 2016 a 2023. Notou-se que, em Santos, a população mais afetada entre os homens é a dos jovens de 20 a 29 anos. Estes apresentaram a maior taxa de detecção de sífilis adquirida no período analisado. Esta faixa etária geralmente é composta por jovens adultos que estão iniciando a atividade sexual. A alta taxa de detecção de sífilis pode indicar práticas sexuais desprotegidas, educação sexual insuficiente e, possivelmente, menos procura por serviços de saúde preventiva. Nesta faixa etária, podem ser úteis programas com iniciativas educacionais que aumentem a conscientização sobre a doença e os modos de prevenção, a testagem regular para ISTs e o acesso facilitado a serviços de saúde. Entre as mulheres, nos últimos anos, observou-se que a detecção de sífilis adquirida é mais alta entre as de 15 a 29 anos, com picos significativos nas faixas de 15 a 19 e de 20 a 29 anos, sugerindo maior vulnerabilidade à sífilis nessa faixa etária. O pico observado na faixa etária de 15 a 19 anos pode refletir o início precoce da atividade sexual sem proteção adequada, a falta de educação sexual abrangente que considere uma perspectiva interseccional, o acesso limitado a serviços de saúde, entre outros fatores. Programas educativos e preventivos devem ser intensificados para esta faixa etária, com foco na saúde sexual e reprodutiva, na promoção de comportamentos preventivos e na realização de testes regulares para IST. Além disso, é preciso dizer que as taxas de detecção são predominantemente femininas em algumas faixas etárias na base das pirâmides, como a de 10 a 14 anos, o que corrobora a observação de início precoce da atividade sexual. E nas faixas etárias mais altas das pirâmides, as taxas de detecção são predominantemente masculinas, como as de 70 a 79 anos e de 80 anos ou mais (Figura 9).

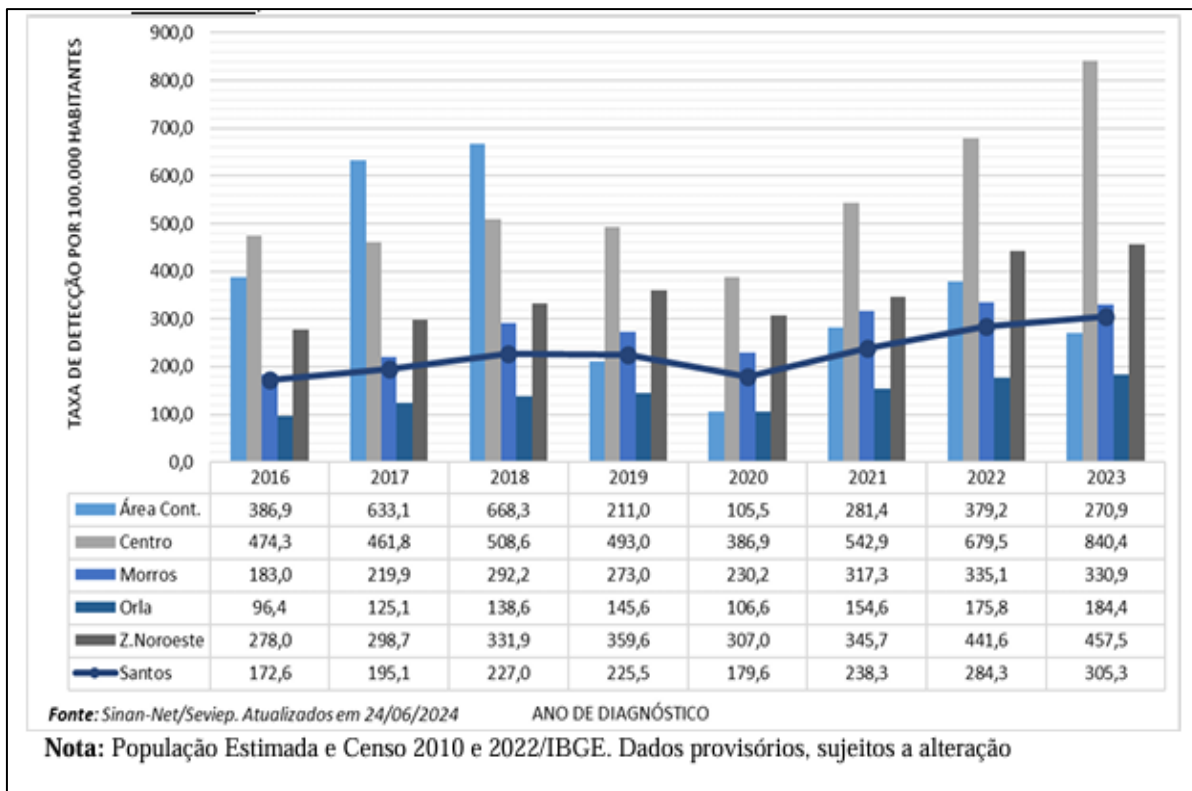
Figura 8 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), por ano de diagnóstico, por faixa etária e por sexo. Santos, 2016 a 2023



Em relação à estratificação por regiões, a partir de 2021, a taxa de detecção volta a elevar-se a patamares superiores aos do período pré-pandemia em quase todas as regiões do município de Santos, à exceção da Área Continental, que apresentou declínio de 28,6% em sua taxa de detecção de sífilis adquirida no último ano (2023). Em 2023, as taxas de detecção mais elevadas foram observadas na região do Centro (840,4 casos por 100 mil habitantes) e na Zona Noroeste (457,5 casos por 100 mil habitantes). Por outro lado, as menores taxas de detecção de sífilis adquirida no mesmo ano foram observadas na região da Orla (184,4 casos por 100 mil habitantes), seguidas pela Área Continental (270,9 casos por 100 mil habitantes). Todas as regiões, nos últimos oito anos, com exceção da Orla (em todo o período) e da Área Continental

(2019, 2020 e 2023), apresentaram taxas de detecção de sífilis adquirida superiores às do município, conforme a Figura 6.

Figura 9 - Taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), por ano de diagnóstico, segundo a região de residência e a média municipal. Santos, 2016 a 2023



No ano de 2023, observamos uma queda (50,9 a cada mil nascidos vivos) na taxa de detecção de sífilis materna em relação a 2022 (71,2 a cada mil nascidos vivos), (Figura 2). Mesmo assim, as taxas continuam maiores do que as do Estado de São Paulo e do Brasil. Apesar da diminuição, infelizmente, não tivemos a mesma redução na taxa de sífilis congênita, que voltou a subir (12,9 a cada mil nascidos vivos) após 3 anos de queda. Podemos observar que a maioria dos casos de sífilis nas gestantes (70,8%) foi diagnosticada durante o período de pré-natal, sendo 29,2% no momento do parto ou da curetagem, o que representa uma melhora em relação aos demais anos da série histórica, conforme a Figura 6. Isso pode demonstrar uma melhora no pré-natal, na adesão às consultas e na realização de testagens no momento adequado.

A redução da taxa de detecção de sífilis em gestantes observada em 2023 pode representar um avanço nas ações de prevenção e controle da infecção no município. Entretanto, esse resultado deve ser interpretado com cautela, uma vez que as taxas permanecem superiores às registradas no Estado de São Paulo e no Brasil, o que indica a persistência de elevada transmissão da doença no território. Além disso, o recrudescimento da sífilis congênita no mesmo período evidencia que a diminuição dos casos maternos não foi acompanhada de igual efetividade na prevenção da transmissão vertical. Esse cenário sugere fragilidades na linha de cuidado pré-natal, incluindo possíveis atrasos no diagnóstico, tratamento inadequado ou não oportuno da gestante e de seus parceiros sexuais, bem como dificuldades na continuidade do acompanhamento.

A saúde da mãe impacta diretamente a saúde, o tratamento e o acompanhamento das crianças, sendo essenciais diversas estratégias para mitigar diagnósticos tardios (Santos, 2024). No município de Santos, ações de capacitação profissional têm sido implementadas para fortalecer o enfrentamento da sífilis. Em outubro de 2023, foi realizada uma capacitação voltada aos médicos das unidades de saúde da rede municipal, com o objetivo de atualizar conhecimentos sobre diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis, com especial atenção à sífilis em gestantes e à sífilis congênita, além de discutir os desafios locais no controle da doença (Santos, 2024). A sífilis é um sério problema de saúde pública e caberá a todos os profissionais que lidam, direta ou indiretamente, com a doença controlá-la. Ações de capacitação sobre o tema e discussões de casos ajudam a compreender melhor as dificuldades no manejo e a propor ações viáveis para o dia a dia dos profissionais (Santos, 2024).

Considerada uma epidemia no Brasil e diante das altas taxas de sífilis no município de Santos, a Secretaria de Saúde de Santos considerou o controle desses casos uma de suas prioridades.

Entre as principais medidas iniciadas em 2023 frente a este agravo, foi criado, por meio da Portaria nº 018/2023, o Comitê Municipal de Enfrentamento, Investigação e Prevenção da Transmissão de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita (Santos, 2024).

Este comitê teve a primeira reunião no dia 12 de abril de 2023, reunindo os principais agentes envolvidos com o agravo nos diversos setores da saúde da cidade, envolvendo desde a atenção primária, atenção especializada, atenção terciária (maternidades) e até vigilância, de modo a promover medidas que visem diminuir ainda mais as taxas de detecção de sífilis congênita, ampliar diagnóstico de sífilis adquirida e gestante, melhor acompanhamento das

crianças expostas à sífilis, e o controle e prevenção da doença. Por ser uma doença passível de cura, mas também de reinfecção, o controle passa por ações já conhecidas, como o uso de preservativos e exames de rotina anuais. Contudo, ainda são necessárias novas técnicas de comunicação mais eficazes, visando a acolher e considerar, com maior ênfase, a população de risco (Santos, 2024).

Nesse sentido, a cidade de Santos se impõe como um local importante para o estudo. A partir dos dados expostos, torna-se relevante investigar a relação entre raça, gênero e doença, neste caso, a sífilis, em gestantes na cidade de Santos, no estado de São Paulo, Brasil. A revisão narrativa crítica partirá de uma perspectiva interseccional, considerando diferentes categorias de diferenciação social que, acreditamos, incidem na presença da sífilis em pessoas negras que gestam.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA INICIAL

Antes de anunciar os resultados da revisão bibliográfica narrativa crítica, é importante destacar que, no projeto desta pesquisa, foi iniciada uma revisão prévia, no intuito de entender o problema e, como mencionado previamente, a justificativa, bem como, ampliar o alcance da nossa preocupação epistêmica. A opção por registrar este momento no trabalho final decorre do fato de que se pretende relatar todos os passos percorridos nesta pesquisa, a fim de tornar mais clara a metodologia empregada.

A princípio, foram encontrados alguns dados interessantes que corroboram a intenção inicial. Como, por exemplo, segundo Domingues et al. (2021), a ideia de que as IST estão entre as doenças mais comuns no mundo. Elas afetam a saúde e a vida das pessoas, impactam a saúde reprodutiva e infantil e contribuem para a infertilidade e para complicações na gestação e no parto.

No mesmo sentido, para Rocha et al. (2023), o controle da sífilis em gestantes e da sífilis congênita perpassa pela qualidade da assistência pré-natal. Para o mesmo autor, também são importantes o funcionamento e o monitoramento dos sistemas de informação em saúde, cuja notificação de casos e preenchimento adequado das informações possibilitam a identificação e o planejamento de estratégias de enfrentamento. O mencionado é importante para a minha pesquisa porque ilumina a relação entre a sífilis e a gestação.

Bem como para Torres (2022), que aponta que, diante de uma IST milenar como a sífilis, ainda que com os avanços diagnósticos e o tratamento eficaz, a eliminação dessa doença constitui um desafio mundial, sendo considerada um grave e prioritário problema de saúde pública, corroborando os autores mencionados anteriormente quanto ao agravamento da questão quando em gestantes. A sífilis congênita e todos os desfechos adversos da doença durante a gestação podem ser evitados com triagem oportuna no pré-natal, tratamento adequado ao estágio da sífilis e monitoramento do controle da cura.

Segundo Camêlo et al. (2022), as desigualdades raciais em saúde no Brasil são profundas, e diversos estudos apontam que pretos e pardos apresentam grandes desvantagens em relação aos brancos em diferentes desfechos relacionados à saúde, como doenças infecciosas, mortalidade infantil, entre outros, e em comportamentos de risco à saúde. Dessa forma, pretos e pardos no Brasil apresentam maior mortalidade por praticamente todas as causas

quando comparados aos brancos. Essas desigualdades devem ser interpretadas como iniquidades.

No mesmo sentido, para Damasceno et al. (2024), a conjuntura socioeconômica e cultural da mulher negra a coloca em tripla vulnerabilidade, composta por racismo, preconceito de classe e discriminação de gênero. Esse negligenciamento se agrava ainda mais quando se trata da atenção à saúde.

Segundo Neves e Yavo (2024), observa-se nas últimas décadas a necessidade cada vez maior de repensarmos os modelos de atenção à saúde, bem como a criação de políticas públicas efetivas para parcelas significativas da população brasileira em condições de maior vulnerabilidade, visando assim melhoria de oferta de produtos e serviços que favoreçam melhora na qualidade de vida especialmente no âmbito da saúde. Ele acredita que tal demanda é reforçada principalmente quando atravessada pelo racismo estrutural que circunda o acesso à assistência em saúde da mulher negra.

Embora os estudos identificados na revisão bibliográfica apresentem contribuições relevantes para a compreensão da sífilis gestacional, observa-se que a variável raça/cor é pouco explorada nas análises, o que limita a compreensão das desigualdades raciais relacionadas ao adoecimento, ao acesso aos serviços de saúde e aos desfechos materno-infantis. Destaca-se, sobretudo, o escasso número de pesquisas que abordam especificamente a experiência de pessoas negras e pardas que gestam, com sífilis, evidenciando uma importante lacuna na produção científica nacional. Essa ausência de estudos direcionados à interface entre a sífilis gestacional e as relações raciais não apenas dificulta a compreensão das iniquidades que permeiam esse agravo, como também constitui uma das principais motivações para o desenvolvimento desta pesquisa, que busca contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a temática sob a perspectiva da equidade racial e da Saúde Coletiva.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar, a partir de uma revisão narrativa crítica, a relação entre raça, gênero e doença — no caso, a sífilis — em pessoas negras e pardas que gestam na cidade de Santos, no estado de São Paulo, Brasil.

4.2 Objetivos específicos

- Compreender o cenário da sífilis no Brasil em geral e no município de Santos em particular, segundo a raça/cor;
- Refletir sobre o racismo estrutural e a taxa de infecções por sífilis em pessoas negras e pardas que gestam;
- Analisar o contexto de promoção da saúde em relação à sífilis em Santos, SP, Brasil.

5 METODOLOGIA E REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo consistiu em uma revisão bibliográfica narrativa-crítica, com o objetivo de analisar a produção científica sobre a sífilis na gestação em mulheres negras no município de Santos, SP. A revisão narrativa preserva as características do tema do estudo, explorando-o sob uma perspectiva conceitual ou descritiva com base na literatura disponível em livros e artigos científicos. Oferecendo ao autor liberdade para desenvolver sua capacidade de análise crítica por meio da interpretação, permitindo a identificação de lacunas no conhecimento sobre o tema investigado. Seu objetivo foi possibilitar o aprofundamento no campo do saber e fornecer subsídios para a aplicação dos achados, permitindo uma abordagem ampla e crítica da literatura existente e proporcionando uma síntese qualitativa sobre o tema (Rother, 2007).

“Revisão crítica narrativa” é um termo abrangente para uma coleção de tipos de revisão em que o processo de revisão vai além de uma opinião ou comentário. Em uma revisão narrativa, pode-se buscar uma descrição e uma interpretação extensas de textos publicados anteriormente sobre um tópico escolhido. Os tipos de revisões narrativas são diversos, com propósitos, processos e práticas próprios. Cinco elementos são comuns na maioria dos subtipos narrativos, embora as revisões narrativas normalmente também reflitam o estilo e as interpretações subjetivas do autor. Esses elementos incluem: justificativa para uma revisão narrativa; clareza de limites, escopo e definições; justificativa dos critérios de inclusão e exclusão; reflexividade e uma declaração de saturação/suficiência; e detalhes sobre a análise e a interpretação (Sukhera, 2022).

Desempenham um papel crucial na pesquisa científica ao fornecer uma visão abrangente do conhecimento disponível sobre determinado tema. Ao contrário das revisões sistemáticas, que seguem metodologias rígidas e sem desmerecer outros caminhos, as revisões narrativas oferecem uma abordagem mais flexível e qualitativa, permitindo que os pesquisadores sintetizem e interpretem os resultados de diferentes estudos. Esse tipo de revisão é particularmente valioso em áreas com alta diversidade literária, pois pode ajudar a identificar tendências, lacunas e temas emergentes. Embora revisões narrativas da literatura possam não ter a mesma base empírica que as revisões sistemáticas, elas continuam sendo uma ferramenta significativa para a disseminação do conhecimento e a exploração teórica em pesquisas científicas. Em média, apenas uma proporção relativamente pequena das publicações científicas recentes fornece altos níveis de evidência, embora o processo de revisão de periódicos deva

desencorajar conclusões não fundamentadas em artigos de pesquisa originais. Este editorial introdutório é uma breve prévia com o objetivo de ajudar a ler, entender e avaliar artigos de revisão narrativa (Ahmad, 2025).

Dentre as possibilidades teórico-metodológicas, a revisão narrativa crítica apresenta-se como uma das principais formas de mapear os saberes científicos produzidos em uma dada área técnico-discursiva, consolidando papéis pertinentes nas investigações literárias em artigos, dissertações e teses, distanciando-se do rigor extensivo das revisões sistemáticas, pautadas como uma das principais formativas direcionais (Fernandes; Vieira; Castelhana, 2023).

Uma das principais forças das revisões narrativas é sua capacidade de fornecer um contexto mais amplo, integrar insights de diversas disciplinas e permitir uma compreensão mais profunda de questões complexas. Eles também facilitam a exploração de teorias e estruturas, frequentemente levando a novas hipóteses e questões de pesquisa. Revisões narrativas são recursos valiosos para profissionais e formuladores de políticas, pois permitem extrair conclusões-chave que podem orientar a prática e a tomada de decisões (Ahmad, 2025).

Um exemplo de estudo de revisão narrativa crítica aplicada ao tema é o de Azqul, Griner e Pinto (2024). Nessa pesquisa, considera-se a sífilis congênita nos Estados Unidos e avalia-se criticamente o conhecimento atual sobre a CS nesse país, incluindo sua prevalência, DSS, esforços de prevenção, desafios, a importância do rastreamento e o chamado à ação para enfrentar a tendência crescente.

As revisões narrativas permitem que os pesquisadores descrevam o que se sabe sobre um tópico enquanto realizam um exame subjetivo e uma crítica de todo um corpo de literatura. Os autores podem descrever o status atual do tópico, fornecendo insights sobre o avanço do campo, novas teorias ou evidências vistas sob perspectivas diferentes ou incomuns (Sukhera, 2022).

Ainda são apropriadas para descrever ou discutir o desenvolvimento ou “estado da arte” de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual. Constituem, basicamente, a análise da literatura publicada e a análise crítica do autor (Rother, 2007).

Essa categoria de artigos tem um papel fundamental na educação continuada, pois permite ao leitor adquirir e atualizar o conhecimento sobre uma temática específica em curto espaço de tempo; porém, não possui metodologia de análise de dados nem fornece respostas quantitativas a questões específicas (Rother, 2007).

O processo de escrever uma revisão narrativa eficaz envolve o enquadramento de uma questão de pesquisa, a decisão sobre a metodologia mais adequada, a análise da literatura, a apresentação das evidências e a preparação de um rascunho (Sarkar; Bhatia, 2021).

Visões narrativas da literatura científica contribuem para a atualização e crítica do conhecimento médico disponível. Indiretamente, ajudam a formular um novo projeto de pesquisa com base na síntese e na interpretação dos resultados de uma seleção não sistemática de estudos publicados (Saracci; Mahamat; Jacquério, 2019).

A partir do exposto, é necessário salientar que a busca por artigos científicos foi realizada nas bases de dados SciELO, PubMed, Medline, Lilacs e BVS, utilizando as palavras-chave: "Sífilis", "Gestação", "Mulheres Negras", "Saúde Materna", "Desigualdades em Saúde" e "Pessoas negras que gestam". Os descritores indexados no DeCS/MeSH serão conectados por (AND, OR) para refinar os resultados.

O *Treponema pallidum*: a transmissão ocorre predominantemente por via sexual, sendo considerada uma IST, mas também por via vertical, durante a gravidez e o parto, causando a sífilis congênita. O *Treponema pallidum*, por via hematogênica, atinge o sistema linfático regional, provocando, como resposta à defesa local, erosão e exulceração no ponto de inoculação, além da produção de complexos imunes circulantes que podem se depositar em qualquer órgão (Rabelo; Melo; Araujo, 2020). Também achamos importante esclarecer todas as fases da doença, além da fase primária citada anteriormente, para compreender os processos por meio dos quais ela se manifesta. A seguir, estão descritas as fases secundárias, latentes, terciárias e congênitas.

Na sífilis secundária, que ocorre, em média, entre seis semanas e seis meses após a cicatrização da lesão primária, ou cancro duro, as manifestações são muito variáveis. Em geral, podem atingir todo o tegumento, sendo frequentes nos genitais e habitualmente na palma da mão e na planta dos pés. Também podem surgir manchas ou placas nas mucosas, lesões úmidas na pele, queda de cabelo em áreas específicas e perda dos pelos das sobrancelhas. Além dessas manifestações, podem ocorrer sintomas gerais, como febre baixa, mal-estar, dor de cabeça e cansaço. Esses sinais e sintomas costumam desaparecer espontaneamente após algumas semanas, mesmo na ausência de tratamento, o que pode levar a pessoa à falsa impressão de que a infecção foi curada, quando, na realidade, a doença permanece no organismo e pode evoluir para fases mais avançadas (Fonte et al., 2025).

A sífilis latente é o período em que não se observam sinais ou sintomas. O diagnóstico faz-se exclusivamente pela reatividade dos testes treponêmicos e não treponêmicos, e a maioria dos diagnósticos é estabelecida nessa fase. A sífilis latente é dividida em latente recente — até um ano após a infecção — e latente tardia — mais de um ano após a infecção (Fonte et al., 2025).

A sífilis terciária pode surgir entre 1 e 40 (quarenta) anos após o início da infecção. Nesse estágio, provoca destruição tecidual, sendo comum o acometimento dos sistemas nervoso, cardiovascular e ósseo. Esse estágio pode levar à morte (Fonte et al., 2025).

A infecção congênita ocorre no período gestacional, pela passagem do *T. pallidum* através da placenta ou quando o feto, ao nascer, entra em contato com lesões infectocontagiosas presentes na genitália da mãe. Além do aborto, prematuridade por tempo ou por peso, natimorto ou malformações congênitas. As manifestações da sífilis congênita podem ocorrer de forma precoce, nos primeiros dois anos de vida, ou tardiamente, após esse período. Na fase precoce, o bebê pode apresentar coriza persistente, manchas e lesões na pele, febre, anemia, aumento do fígado e do baço, além de alterações nos ossos, como inflamação do perióstio (periostite) e das cartilagens de crescimento (osteochondrite). Já a sífilis congênita tardia pode causar sequelas permanentes, incluindo deformidades ósseas, alterações oculares, comprometimento neurológico e lesões características, conhecidas como gomas. O diagnóstico é baseado na avaliação clínica e laboratorial, sendo indicativos da doença sinais como testa proeminente (bossa frontal de Parrot), alterações no céu da boca (palato ogival), nariz em sela e a tríade de Hutchinson, composta por ceratite intersticial, alterações características dos dentes permanentes e comprometimento do oitavo par craniano, que pode causar perda auditiva (Rabelo; Melo; Araujo, 2020).

Pensando em definir alguns critérios relacionados a esta pesquisa, achamos necessário esclarecer outros conceitos. Com relação à gestação, entendemos por ela o período de desenvolvimento do produto da concepção (embrião e, depois, feto) no útero, que não define o gênero do/da/de portador/a/e, e normalmente dura, em média, 40 semanas (ou 280 dias) (Brasil, 2023a; 2023b).

Quanto à saúde materna, seguimos as definições da OMS (WHO, 2023) e do Ministério da Saúde (Brasil, 2022), que se referem ao bem-estar físico, mental e social das pessoas

gestantes durante a gravidez, o parto e o pós-parto. Engloba tanto os cuidados clínicos diretos quanto os condicionantes sociais que influenciam a saúde nesse período, como o acesso a serviços de saúde, a alimentação adequada, as condições de moradia, a educação, a segurança e o apoio emocional. Esse conceito ultrapassa a ausência de doença e envolve garantir uma experiência de gravidez e parto segura, digna e respeitosa, com atenção centrada na pessoa gestante.

Com relação às pessoas negras e pardas, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) utiliza a autodeclaração de cor ou raça como uma das variáveis demográficas no Brasil, com cinco categorias principais: branca, preta, parda, amarela e indígena. “Pessoas negras”, para fins de estatísticas oficiais e políticas públicas, correspondem ao agrupamento das categorias “pretos” e “pardos”:

- a) Pretos: pessoas que se autodeclaram pretas quanto à cor ou raça no Censo e em pesquisas domiciliares.
- b) Pardos: pessoas que se autodeclaram pardas, muitas vezes associadas à miscigenação entre populações de origem negra, branca e/ou indígena, ainda que essa definição apresente nuances sociais, históricas e políticas complexas.

Esse agrupamento é amplamente utilizado em políticas de promoção da igualdade racial, em ações afirmativas e no monitoramento das desigualdades raciais no país.

Na perspectiva de Carneiro (2023), a população negra compreende sujeitos historicamente racializados e submetidos aos mecanismos do dispositivo de racialidade, que produzem e reproduzem relações de poder, exclusão e subalternização. Nesse contexto, a categoria política "negros" engloba pretos e pardos, reconhecendo que ambos compartilham, em diferentes intensidades, os efeitos do racismo estrutural na sociedade brasileira (Carneiro, 2023).

Na perspectiva de Akotirene (2019), a compreensão da população negra demanda uma abordagem interseccional, na qual pessoas pretas e pardas são entendidas como sujeitos atravessados por processos históricos de racialização e por estruturas de poder que articulam racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado, produzindo desigualdades sociais e de saúde.

Dessa forma, optou-se pela expressão "negros e pardos" no título desta pesquisa para evidenciar o grupo populacional sobre o qual recaem as análises das desigualdades raciais em saúde. Embora a categoria "população negra" englobe oficialmente pessoas pretas e pardas, a explicitação dos pardos no título busca conferir maior visibilidade a esse segmento, frequentemente submetido a processos de invisibilização nas discussões sobre racismo, mas que também apresenta importantes vulnerabilidades decorrentes da racialização. Assim, a escolha terminológica articula a classificação oficial do IBGE e do Estatuto da Igualdade Racial com os referenciais teóricos de Sueli Carneiro e Carla Akotirene, que compreendem a população negra como uma construção histórico-social marcada pelas desigualdades produzidas pelo racismo estrutural e pelas múltiplas formas de opressão.

Os DSS correspondem às condições sociais, econômicas, culturais, ambientais e políticas nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Essas condições influenciam diretamente os processos de saúde e de adoecimento, bem como as oportunidades de acesso aos serviços de saúde, e são moldadas pela distribuição de poder, renda e recursos na sociedade (Brasil, 2008; OPAS/OMS, 2010).

Nessa perspectiva, o processo saúde-doença é compreendido como resultado de fatores que extrapolam a dimensão biológica individual, incorporando elementos estruturais relacionados às desigualdades sociais, raciais, econômicas e territoriais. Assim, os DSS constituem um importante referencial teórico para a compreensão das iniquidades em saúde e para a formulação de políticas públicas orientadas pelo princípio da equidade (Buss; Pellegrini Filho, 2007).

Desigualdade em saúde refere-se às diferenças sistemáticas, evitáveis e injustas no estado de saúde entre grupos populacionais (OMS, 2008). Essas diferenças não são apenas biológicas ou naturais, mas também refletem fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais e políticos que influenciam quem adoece, quem tem acesso ao cuidado e quem morre mais cedo (Brasil, 2018). Essas desigualdades podem se manifestar em indicadores como mortalidade, incidência de doenças, acesso a serviços de saúde, uso de tecnologias, cobertura vacinal e expectativa de vida. São fortemente determinadas por eixos estruturais de diferenciação social, como raça/cor, gênero, classe, território, escolaridade e deficiência (Marmot, 2017).

Segundo Ayres et al. (2009), a vulnerabilidade é compreendida como a interação entre três dimensões interdependentes: Individual, Social e Programática. Tais condicionam a

suscetibilidade ao adoecimento e a capacidade de indivíduos e grupos de se protegerem e de acessarem os recursos necessários ao cuidado em saúde (Ayres et al., 2009).

Na dimensão individual, consideram-se os conhecimentos, atitudes, crenças e comportamentos relacionados à prevenção e ao cuidado. Entretanto, tais aspectos não devem ser compreendidos como escolhas exclusivamente pessoais, uma vez que são influenciados pelas condições de vida e pelas oportunidades de acesso à informação (Ayres et al., 2009).

Na dimensão social, inserem-se os determinantes sociais da saúde, como renda, escolaridade, condições de moradia, gênero, raça/cor e acesso aos direitos (Ayres et al., 2009).

Nessa perspectiva, a raça/cor constitui um marcador social de desigualdade que, em uma sociedade marcada pelo racismo estrutural, condiciona diferentes oportunidades de acesso à educação, ao trabalho, à renda e aos serviços de saúde, o que resulta em maior exposição a agravos evitáveis, como a sífilis (Ayres et al., 2009).

Já a dimensão programática refere-se à capacidade dos serviços e das políticas públicas de responder às necessidades da população, abrangendo o acesso ao diagnóstico, ao tratamento oportuno, à continuidade do cuidado e à qualidade da assistência. Quando esses serviços não reconhecem e enfrentam as iniquidades raciais, as desigualdades tendem a ser reproduzidas no cuidado, contribuindo para piores desfechos em saúde entre pessoas negras e pardas (Ayres et al., 2009).

A equidade em saúde constitui um princípio fundamental para a organização dos sistemas de saúde comprometidos com a justiça social e a redução das desigualdades. Diferentemente da igualdade, que pressupõe a oferta uniforme de recursos e serviços para toda a população, a equidade reconhece que os indivíduos e grupos sociais vivenciam condições distintas de vida, adoecimento e acesso aos serviços de saúde, demandando respostas diferenciadas e proporcionais às suas necessidades (Whitehead, 1992).

Nesse sentido, a equidade refere-se à ausência de diferenças evitáveis, injustas e desnecessárias nas condições de saúde entre grupos populacionais, buscando assegurar que todas as pessoas tenham oportunidades reais de alcançar seu potencial máximo de saúde. Tal perspectiva implica o reconhecimento dos DSS e das desigualdades produzidas por fatores econômicos, sociais, raciais, culturais, de gênero e territoriais, que influenciam os processos de adoecimento e de cuidado (Whitehead, 1992).

No contexto brasileiro, a equidade constitui um dos princípios doutrinários do SUS, ao lado da universalidade e da integralidade, orientando a formulação de políticas públicas e a organização das ações de saúde de modo a priorizar grupos historicamente vulnerabilizados. Dessa forma, a operacionalização da equidade pressupõe a adoção de estratégias que considerem as especificidades e necessidades de diferentes segmentos populacionais, visando reduzir iniquidades e promover maior justiça social no acesso, na utilização e nos resultados dos serviços de saúde.

Sob essa perspectiva, a análise das desigualdades raciais em saúde revela que a população negra frequentemente enfrenta barreiras estruturais que limitam o acesso oportuno e qualificado aos serviços de saúde. Assim, a promoção da equidade exige o enfrentamento dos mecanismos sociais e institucionais que perpetuam essas desigualdades, incluindo o racismo estrutural e suas repercussões sobre as condições de vida, adoecimento e cuidado, especialmente em agravos como a sífilis gestacional.

Com relação a “pessoas negras ou pardas que gestam”, acrescentamos este termo dada a presença minoritária, mas constante, de pessoas que não necessariamente se autopercebem do gênero feminino, mas que, de todas as maneiras, gestam (Gutierrez; Almeida; Santos, 2021).

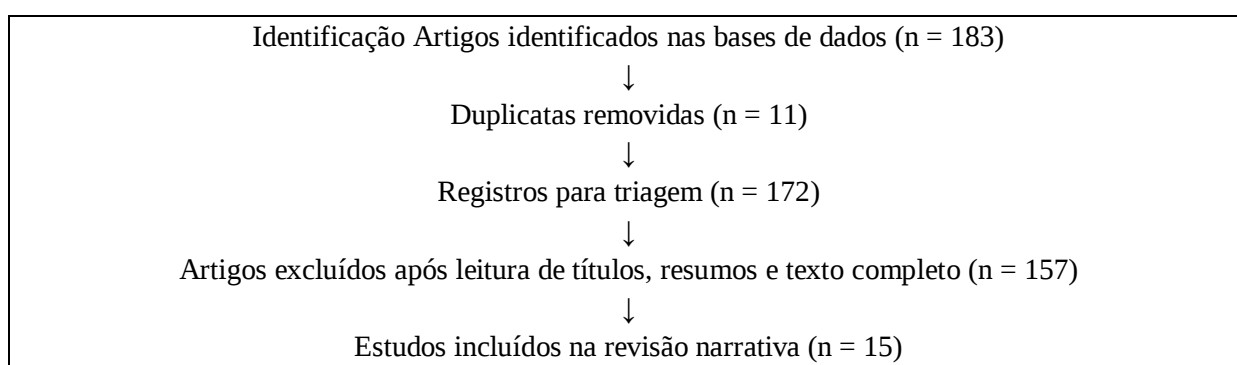
Assim, foram incluídos estudos publicados entre 2015 e 2025, em português, inglês e espanhol, que abordem a temática da sífilis na gestação e suas implicações para a saúde de pessoas negras e pardas que gestam, bem como a desigualdade racial. Excluíram-se artigos que não estivessem disponíveis na íntegra e revisões duplicadas ou que não apresentassem relação direta com o tema proposto.

Por fim, a análise dos dados foi realizada de forma qualitativa, com foco nos principais achados relacionados à sífilis na gestação, aos fatores socioeconômicos e raciais, às barreiras ao acesso à saúde e às políticas públicas voltadas à prevenção e ao tratamento. A síntese dos dados foi organizada em categorias temáticas, possibilitando uma discussão crítica e reflexiva, contextualizada, sobre o fenômeno das desigualdades e os desafios enfrentados por pessoas negras e pardas que gestam.

6 SELEÇÃO DOS ESTUDOS

A estratégia de busca bibliográfica, conduzida com base em descritores e combinações previamente definidos, resultou na identificação inicial de 183 artigos (Figura 10). Após o gerenciamento das referências, foram identificados e excluídos 11 registros duplicados, restando 172 estudos para a etapa de triagem.

Figura 10 – Seleção dos estudos



Fonte: elaborado pela autora.

Em seguida, realizou-se a leitura dos títulos e resumos, complementada, quando necessário, pela leitura na íntegra dos artigos potencialmente elegíveis. Nessa etapa, 157 estudos foram excluídos por não atenderem ao objetivo da pesquisa ou aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, tais como inadequação temática, divergência em relação ao objeto de estudo ou ausência de informações pertinentes à questão norteadora.

Ao final do processo de seleção, 15 artigos compuseram o *corpus* desta revisão narrativa-crítica e subsidiaram as análises desenvolvidas neste capítulo.

Com o intuito de conferir maior transparência e reprodutibilidade ao percurso metodológico, o processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos foi organizado em um fluxograma adaptado das recomendações do PRISMA 2020, reconhecendo-se que tais diretrizes foram originalmente elaboradas para revisões sistemáticas, mas podem ser utilizadas de forma adaptada para explicitar o processo de seleção dos estudos em outros tipos de revisão. As principais características dos artigos incluídos encontram-se sistematizadas no Apêndice A, que apresenta informações sobre os autores, ano de publicação, objetivos, delineamento metodológico, principais resultados e contribuições para o objeto desta pesquisa.

A partir desse conjunto de evidências, desenvolvem-se as análises e discussões apresentadas no capítulo a seguir, buscando identificar convergências, divergências e lacunas do conhecimento acerca da sífilis gestacional em pessoas negras e pardas.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados evidenciam não apenas a magnitude da sífilis na gestação entre mulheres negras e pardas, mas também as relações sociais que permeiam esse agravo. A partir da análise dos indicadores epidemiológicos e dos contextos descritos nos estudos, identificou-se que a prevalência de sífilis nessa população é consistentemente superior à observada entre gestantes de outros grupos étnico-raciais. Esses achados reforçam a compreensão de que a sífilis na gestação constitui não apenas um problema clínico, mas também um importante indicador das desigualdades sociais produzidas e reproduzidas por estruturas racialmente hierarquizadas. As análises demonstram que o agravo ultrapassa as dimensões biológicas e biomédicas, evidenciando barreiras de acesso ao cuidado pré-natal, atrasos no diagnóstico, tratamento inadequado e fragmentação da assistência, aspectos que refletem práticas institucionais discriminatórias e padrões persistentes de iniquidade. Assim, os estudos apresentados no Apêndice A apontam para a necessidade de uma interpretação que vá além dos indicadores epidemiológicos, incorporando a compreensão das condições sociais que estruturam as trajetórias de cuidado, da vulnerabilidade ao adoecimento e da exposição ao risco, à luz dos determinantes sociais da saúde e do racismo estrutural.

O estudo de Matos et al. (2023) sobre os indicadores materno-infantis, com recorte de raça/cor, na Regional Nordeste I do estado de Goiás é um importante retrato das desigualdades estruturais que permeiam o sistema de saúde brasileiro. Ao utilizar dados agregados do DATASUS de 2011 a 2021, o estudo revela não apenas discrepâncias nos desfechos materno-infantis, mas, sobretudo, a presença de racismo estrutural como fator determinante das experiências de cuidado, de acesso e de resultados entre diferentes grupos raciais.

Os achados mostram que mulheres negras e indígenas apresentam piores indicadores, incluindo maior prevalência de partos pós-termo, maior taxa de baixo peso ao nascer e, especialmente, elevada prevalência de sífilis congênita, quando comparadas às mulheres brancas, o que converge com evidências consolidadas na literatura sobre os efeitos deletérios do racismo estrutural nas trajetórias de saúde materna. Esses padrões não são fruto do acaso; refletem a ação de um sistema social e de saúde que, historicamente, marginaliza corpos racializados por meio de práticas, normas e estruturas que reproduzem desigualdades. Assim, a variável “raça/cor” deixa de ser uma simples categoria descritiva e torna-se um marcador de racismo institucionalizado.

Estudos em contextos diversos, incluindo revisões sistemáticas internacionais (Silva et al., 2022a; Rosenberg, 2003), indicam que pessoas negras e pardas que gestam apresentam menor probabilidade de iniciar o pré-natal precocemente e de completar o número recomendado de consultas quando comparadas a mulheres brancas ou de outros grupos raciais. Uma meta-análise internacional mostrou que apenas 60,7% das mulheres negras iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, em comparação com 72,9% das mulheres brancas, evidenciando desigualdades raciais no acesso ao cuidado obstétrico (Silva et al., 2022a). Além disso, revisões sistemáticas indicam que a exposição ao racismo estrutural e às barreiras institucionais nos serviços de saúde contribui para piores desfechos gestacionais entre mulheres negras (Alvarez et al., 2024). Esses achados também são discutidos por Matos et al. (2023), que destaca que tais desigualdades refletem barreiras estruturais que vão além das diferenças socioeconômicas isoladas, mostram que mulheres negras têm menor probabilidade de iniciar o pré-natal precocemente e completar as consultas recomendadas, refletindo barreiras estruturais que vão além de diferenças socioeconômicas isoladas. Na pesquisa de Matos et al. (2023), apenas 54,56% das gestantes realizaram seis ou mais consultas, o que pode estar associado não apenas à disponibilidade de serviços, mas também à forma como esse atendimento é organizado e percebido pelas mulheres negras e indígenas.

A explicitação de que a falta de adesão ao pré-natal, puerpério e puericultura é uma das principais falhas observadas não pode ser dissociada do contexto em que essa falta de adesão ocorre, ela pesquisa (Matos et al., 2023) aponta em sua conclusão de que, a fragilidade do vínculo entre as equipes de saúde e as usuárias do SUS, somada à alta prevalência de famílias carentes e residentes em zonas rurais, constitui barreiras estruturais de acesso. Entretanto, a razão pela qual esses fatores se concentram justamente entre mulheres negras e indígenas é o racismo estrutural, que segmenta a sociedade e o sistema de saúde de modo a limitar o acesso, aprofundar a desigualdade na qualidade do cuidado e naturalizar a exclusão de determinados grupos.

O conceito de racismo estrutural refere-se à forma como instituições, políticas e práticas sociais reproduzem desigualdades raciais, mesmo na ausência de intenções discriminatórias explícitas, impactando desproporcionalmente o acesso, a qualidade do atendimento e os desfechos de saúde de grupos racializados (Almeida, 2019). Nesse sentido, o racismo pode ser compreendido como uma forma sistemática de discriminação que produz vantagens e desvantagens entre grupos raciais e se manifesta nas estruturas políticas, econômicas e institucionais da sociedade (Almeida, 2019; Munanga, 2019).

Além disso, a literatura científica indica que o racismo institucional, entendido como práticas e processos presentes nas instituições que resultam em atendimento desigual, pode contribuir para uma assistência de menor qualidade às mulheres negras em todas as etapas do cuidado gravídico-puerperal (Werneck, 2016; Leal et al., 2017). Esse fenômeno pode se manifestar por meio de barreiras de acesso, diferenças na qualidade do atendimento e desigualdades nos desfechos de saúde, o que reflete a reprodução de desigualdades raciais no interior dos serviços de saúde (Oliveira; Kubiak, 2019; Werneck, 2016). Isso pode ocorrer por subdiagnóstico, comunicação inadequada com profissionais ou menor prescrição de intervenções preventivas essenciais, o que repercute negativamente em indicadores como a mortalidade neonatal e a incidência de sífilis congênita (Leal et al., 2017; Domingues et al., 2015).

Essa lógica de exclusão interage com determinantes sociais clássicos como pobreza, território, educação e organização dos serviços, ampliando o impacto adverso sobre a saúde dessas mulheres. A marginalização nos serviços de saúde não é um evento isolado; ela é produzida e reproduzida por práticas institucionais que, muitas vezes de maneira inadvertida, validam expectativas discriminatórias e reproduzem padrões de atenção diferenciados conforme raça/cor (Werneck, 2016; Leal et al., 2017). Tais práticas perpetuam um ciclo em que mulheres negras recebem menos escuta, menos acolhimento e menos continuidade no cuidado, reforçando as disparidades nos desfechos materno-infantis.

De fato, no Brasil, um estudo recente de Rebolças et al. (2024) publicado na revista científica *The Lancet Regional Health – Americas* e conduzido por pesquisadores do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs, 2025), na Bahia, sinaliza essas afirmações acima. Esse trabalho concluiu que aproximadamente 11,8% ($\approx 12\%$) das mortes neonatais poderiam ter sido evitadas se todas as mulheres tivessem as mesmas taxas de mortalidade neonatal que as mulheres brancas, ou seja, se não houvesse desigualdade racial nos riscos e nas condições de saúde, o que ressalta a dimensão evitável das disparidades que a sociedade e os serviços de saúde enfrentam.

Ao integrar esses achados à discussão sobre sífilis na gestação em pessoas negras e pardas, torna-se evidente que enfrentar a sífilis congênita não deve se restringir a intervenções biomédicas isoladas, como a ampliação da testagem ou da terapêutica. É necessário reconhecer que a alta prevalência de sífilis congênita evidencia uma falha sistêmica mais ampla, enraizada no racismo estrutural que determina quem tem acesso pleno à atenção, quem é ouvido e quem encontra barreiras invisíveis nos pontos de cuidado.

A desigualdade de acesso à atenção pré-natal, ao parto e ao pós-natal evidencia não apenas falhas pontuais nos serviços, mas condicionantes sociais e estruturais que moldam a disponibilidade e a qualidade do cuidado, como baixa renda, falta de transporte adequado, insegurança no deslocamento, desigualdades geográficas na distribuição de serviços de saúde, escassez de recursos econômicos, barreiras organizacionais e de gestão, e insuficiente suporte institucional para acompanhamento contínuo da gestante e puérpera (Brasil, 2017b; Leal et al., 2017). Essa realidade se reflete em baixa cobertura de consultas de puericultura e puerpério, assim como em cobertura vacinal aquém das metas nacionais, o que se alinha aos achados da literatura que apontam a importância de fatores socioeconômicos e organizacionais no acesso efetivo aos cuidados de saúde materno-infantil (Brasil, 2017b; Leal et al., 2017).

Segundo Matos et al. (2023), barreiras estruturais, incluindo moradia instável, insegurança alimentar e dificuldades de transporte, afetam particularmente mulheres negras e de baixa renda, prejudicando ainda mais o acesso contínuo aos serviços de saúde e aumentando o risco de desfechos adversos, como prematuridade e baixo peso ao nascer.

Estudos internacionais (Atwani et al., 2025; Gleeson; Busch; Ickovics, 2025). Também documentam que os desertos obstétricos (áreas sem acesso fácil a serviços de saúde materna) e a falta de unidades de cuidado pré-natal contribuem para atrasos no início do acompanhamento, o que compromete a detecção precoce de complicações e a implementação de medidas preventivas adequadas.

Embora a investigação em Goiás não tenha explorado amplamente as relações de gênero além da estratificação racial, é essencial reconhecer que o gênero interage com a raça e a classe para produzir experiências diferenciadas de cuidado e de risco em condições gestacionais. Pessoas negras e pardas que gestam enfrentam não apenas barreiras estruturais ao acesso, mas também podem vivenciar violência obstétrica e discriminação explícita ou implícita, o que altera a qualidade do atendimento recebido.

O conceito de violência obstétrica no estudo de Lopes et al. (2024), são práticas desumanas ou negligentes enfrentadas ao longo do ciclo gravídico-puerperal, tem sido associado ao racismo estrutural, com evidências de que mulheres negras são mais suscetíveis a procedimentos desnecessários, desconsideração de queixas e cuidados clínicos insuficientes; Pessoas negras e pardas que gestam, frequentemente enfrentam discriminação racial além da própria violência obstétrica, intensificando desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde no SUS, o que reforça desigualdades nos desfechos maternos e neonatais.

Além disso, a interação entre desigualdades raciais e barreiras de gênero pode influenciar a adesão às consultas de pré-natal e de puerpério, como observado em sua análise. A literatura descreveu e apontou que pessoas negras e pardas que gestam frequentemente enfrentam experiências negativas nos serviços de saúde, o que pode desencorajar o engajamento contínuo nos cuidados essenciais à saúde materna.

Portanto, a análise de Matos et al. (2023) demonstra dados que apontam para um cenário em que desigualdades raciais e de gênero se manifestam de forma profunda nos indicadores materno-infantis da Regional Nordeste I de Goiás, afetando o acesso, a continuidade do cuidado e os resultados de saúde, reforçando que, para além de fatores individuais ou comportamentais, as disparidades raciais em saúde materno-infantil e em sífilis na gestação são o resultado de relações de poder histórico-estruturais que organizam a vida social e institucional no Brasil (Almeida, 2019).

Matos et al. (2023) demonstram que a presença de racismo estrutural, representada por barreiras institucionais e sociais, contribui diretamente para os piores desfechos observados entre mulheres negras e indígenas. Superar essas disparidades exigirá ações políticas, investimentos em coleta de dados de qualidade e práticas de cuidado que promovam a equidade e a dignidade de todas as gestantes e crianças.

Sob a perspectiva desta pesquisa, as políticas públicas efetivas devem não apenas ampliar a cobertura e o acesso aos serviços de saúde, mas também enfrentar as práticas institucionais discriminatórias, fortalecer o vínculo entre os profissionais de saúde e as gestantes racializadas e promover equidade no acesso, na qualidade e na continuidade do cuidado. Em um cenário ideal, a assistência pré-natal seria ofertada de forma integral, oportuna e humanizada, com início precoce, realização sistemática da testagem para sífilis, tratamento imediato e acompanhamento adequado da gestante e de sua parceria sexual, conforme os protocolos vigentes. Além disso, os serviços de saúde estariam organizados para reconhecer e enfrentar o racismo institucional, incorporando a perspectiva da equidade racial na formação dos profissionais, no planejamento das ações e no monitoramento dos indicadores de saúde. Esse modelo de atenção possibilitaria que todas as gestantes, independentemente de raça/cor, condição socioeconômica ou território de residência, tivessem acesso a um cuidado acolhedor, resolutivo e livre de discriminação, contribuindo para a redução das iniquidades em saúde e para a prevenção da sífilis gestacional e congênita.

Também julguei relevante a análise do tema proposto em um país com outros índices de desenvolvimento, se comparados ao Brasil, que, atualmente, apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), calculado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) com base em dados de 2023, de 0,786; esse valor é considerado de alto desenvolvimento humano em uma escala de 0 a 1 (sendo mais próximo de 1, mais desenvolvido). Com esse resultado, o Brasil ocupa a 84ª posição no *ranking* global de IDH entre 193 países, e os Estados Unidos, conforme dados oficiais de 2023 disponíveis, apresentam IDH de 0,938, segundo estimativas baseadas nas estatísticas do PNUD. O valor reflete indicadores de expectativa de vida, educação e padrão de vida e situa o país na faixa de desenvolvimento humano muito alto, ocupando a 17ª posição no *ranking* mundial de IDH.

No município de Santos, observa-se uma tendência ainda mais preocupante, com taxas de detecção de sífilis em gestantes superiores às médias estadual e nacional ao longo da série histórica recente, além de uma elevação significativa no número de casos de sífilis congênita, mesmo diante da redução do número de nascidos vivos (Santos, 2024). Tal cenário não pode ser explicado apenas por maior capacidade diagnóstica local, mas deve ser interpretado à luz das desigualdades estruturais que atravessam o acesso, a qualidade e a continuidade do cuidado (Leal et al., 2017; Werneck, 2016).

A distribuição da sífilis gestacional no município de Santos não é homogênea entre os diferentes territórios, o que reflete as profundas desigualdades sociais que caracterizam a cidade. As maiores taxas de infecção concentram-se nas regiões periféricas, onde se observa maior vulnerabilidade socioeconômica, menor escolaridade, condições habitacionais mais precárias e maior dificuldade de acesso aos bens e serviços necessários à promoção da saúde. Embora o município disponha de uma rede de atenção à saúde relativamente estruturada, a disponibilidade dos serviços, por si só, não garante acesso oportuno, continuidade do cuidado e adesão ao pré-natal. Nesses territórios, fatores como o início tardio do acompanhamento gestacional, interrupções nas consultas, dificuldades de deslocamento, vínculos laborais precários, menor acesso à informação em saúde e a persistência do racismo institucional contribuem para o diagnóstico tardio e o tratamento inadequado da sífilis. Em contrapartida, as regiões de maior nível socioeconômico apresentam, em geral, melhores condições de vida, maior escolaridade, maior acesso aos serviços de saúde, inclusive à rede suplementar, e melhores oportunidades para o diagnóstico e o tratamento precoces, fatores que favorecem a prevenção da transmissão vertical. Assim, as diferenças observadas entre os territórios do município não podem ser atribuídas exclusivamente a características individuais das gestantes,

mas devem ser compreendidas como expressão das desigualdades sociais e raciais que condicionam as oportunidades de acesso ao cuidado e influenciam os desfechos em saúde.

Sendo assim, no estudo de Tannis et al. (2024), apresento a apreciação de uma análise cuidadosa dos padrões em países desenvolvidos, mostrando que o fenômeno da sífilis na gestação, embora menos prevalente do que em países de baixa renda, tem tendência de aumento em subgrupos vulneráveis e reflete falhas nas estratégias de equidade em saúde. Isso reforça a necessidade de abordagens políticas e sociais que vão além da cobertura técnica, incluindo ações voltadas à redução das desigualdades estruturais que atravessam a saúde materna e infantil em todos os contextos econômicos.

O estudo analisou dados de vigilância de seis jurisdições nos Estados Unidos entre 2018 e 2021 e aponta que, apesar de recomendações claras para rastreamento e tratamento da sífilis durante a gestação, 42,1% das pessoas grávidas com sífilis receberam tratamento inadequado ou nenhum tratamento. Mesmo entre aquelas que receberam cuidados pré-natais considerados “*timely*” (pelo menos 30 dias antes do término da gestação), 32,1% não receberam tratamento adequado. Entre os principais preditores de tratamento inadequado ou não tratamento estavam fatores sociais como história de uso de drogas ilícitas referidas no estudo incluem opioides ilícitos (como fentanil e heroína) e outras substâncias não prescritas como cocaína, metanfetaminas, inalantes, ecstasy e alucinógenos (como LSD ou PCP) todas consideradas como uso de substâncias ilícitas no contexto da pesquisa, histórico de falta de moradia (*homelessness*) e exclusão do sistema formal de saúde, reforçando que a mera oferta de serviços não garante acesso universal e equitativo ao cuidado necessário.

Um dos achados centrais nesse artigo (Tannis et al., 2024) é que pessoas sem cuidado pré-natal oportuno apresentaram maior probabilidade de receber tratamento inadequado. Contudo, surpreendentemente, cerca de um terço das gestantes que tiveram acesso precoce ao pré-natal também não receberam tratamento adequado. Esse dado sugere que não basta garantir o acesso formal ao sistema de saúde; persistem lacunas no próprio funcionamento das práticas clínicas e nas trajetórias de cuidado que impedem que o diagnóstico se converta em tratamento efetivo.

Tal constatação indica falhas sistêmicas e evidencia que barreiras internas ao cuidado podem persistir mesmo quando o acesso básico é alcançado. As pessoas sem pré-natal oportuno

apresentaram o maior risco de inadequação ao tratamento da sífilis; no entanto, quase um terço das pessoas que receberam cuidados pré-natais oportunos não foram tratadas adequadamente. Essas descobertas ressaltam as lacunas na triagem e no tratamento da sífilis em pessoas gestantes.

Essa constatação evidencia o enorme fosso entre diretrizes de atenção clínica, que são técnicas e aparentemente eficazes, e o acesso efetivo e integral a elas pelas populações vulneráveis. A lacuna entre diagnóstico e tratamento efetivo sugere barreiras estruturais que não são meramente clínicas, mas também profundamente sociais. Tanto no contexto americano quanto em outros países, essas barreiras frequentemente se sobrepõem a desigualdades de raça, classe e gênero, produzindo desfechos desiguais (Hailu et al., 2022; Link et al., 2025). A persistência de inadequações no tratamento, mesmo quando o cuidado pré-natal é iniciado em tempo adequado, revela que o simples acesso inicial à atenção não é suficiente; são necessárias abordagens integradas que considerem fatores sociais e econômicos mais amplos para garantir completude do tratamento.

A literatura sobre DSS (Mays; Rosen, 2024; Chelak; Chakole, 2023) mostra que fatores como renda, escolaridade, condições de moradia, acesso a serviços de saúde, segurança alimentar e participação social influenciam diretamente os desfechos de saúde. Esses fatores não são distribuídos aleatoriamente, mas de forma desigual nas sociedades, o que reflete estruturas sociais injustas. Segundo a OMS (2025), as desigualdades intra-países em saúde continuam aumentando, com países de renda baixa e média (entre os quais o Brasil se inclui) respondendo pela maioria da mortalidade materna e infantil global decorrente dessas desigualdades.

Ao considerar os fatores socioculturais analisados, como seguro de saúde, histórico de encarceramento, falta de moradia e uso de substâncias durante a gestação, torna-se claro que tais fatores não são meros marcadores isolados, mas sim expressões de exclusão social e de vulnerabilização acumulada (Joseph et al., 2023; Girardi; Longo; Bremer, 2023). Pessoas sem seguro de saúde ou que enfrentam insegurança habitacional, por exemplo, estão mais expostas a situações de estigma institucional, discriminação e descontinuidade de cuidado. Essas experiências de cuidado desigual se articulam com condições materiais de vida precárias e reforçam obstáculos à adesão ao tratamento adequado. A associação entre histórico de uso de substâncias e inadequação terapêutica reflete, igualmente, práticas institucionais e sociais que marginalizam certos grupos, dificultando sua plena integração nos cuidados de saúde (Joseph et al., 2023; Girardi; Longo; Bremer, 2023).

Mais ainda, a presença de barreiras, mesmo entre gestantes que iniciaram o pré-natal, reflete uma organização dos serviços que não responde de forma equitativa às necessidades dos grupos em situação de vulnerabilidade (Joseph et al., 2023; Girardi; Longo; Bremer, 2023). Isso aponta para falhas na coordenação entre a vigilância, a atenção primária e os serviços de referência, bem como para práticas clínicas que podem reproduzir expectativas discriminatórias. Nesse sentido, a inadequação terapêutica não se explica apenas pela falta de acesso, mas também por lacunas na própria qualidade, continuidade e sensibilidade das práticas de cuidado, particularmente para grupos que enfrentam múltiplas formas de exclusão social.

Partindo da análise de Tannis et al. (2024) e refletindo sob a perspectiva dos condicionantes sociais de saúde (OMS, 2025), como as condições de vida e trabalho (onde as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, incluindo a qualidade da habitação e a segurança ambiental), podemos pensar que as características relacionadas a essas condições influenciam os processos de saúde e doença nas pessoas que gestam.

A (OMS, 2025) faz uma lista nesse sentido:

- Local onde se nasce, cresce, vive, trabalha e envelhece — que determina a exposição a fatores de risco e proteção ao longo da vida;
- Acesso a poder, dinheiro e recursos — desigualdades no controle sobre recursos econômicos influenciam a equidade em saúde;
- Educação e nível de instrução — quanto maior o nível educacional, melhores tendem a ser os desfechos de saúde;
- Condições de trabalho e emprego — estabilidade no emprego, segurança no trabalho e proteção social influenciam a saúde;
- Condições de moradia e ambiente físico — moradias adequadas, saneamento e qualidade ambiental estão diretamente ligadas à saúde;
- Renda e distribuição de renda — desigualdades econômicas afetam acesso a bens e serviços essenciais;
- Discriminação e exclusão social — fatores como racismo estrutural, gênero e desigualdades étnicas impactam saúde e oportunidades de vida;
- Acesso a serviços básicos e proteção social — acesso à educação, saúde, proteção social e redes de apoio são determinantes-chave;

- Ambiente social e comunitário — redes de suporte, coesão social e participação comunitária influenciam a saúde coletiva.

Esses condicionantes indicam que a saúde não é determinada apenas por fatores biológicos ou pelo acesso à assistência clínica, mas também por condições sociais estruturais que influenciam oportunidades, recursos e exposições ao longo da vida, e as desigualdades nesses fatores geram lacunas substanciais nos desfechos de saúde entre diferentes grupos e regiões. Em síntese, a OMS (2025), em diálogo com a pesquisa de Tannis et al. (2023), enfatiza que a saúde é fortemente moldada por fatores sociais e econômicos que vão muito além do acesso a serviços de saúde, e que esses determinantes explicam grande parte das desigualdades observadas dentro e entre países. Assim, o mencionado revela que a sífilis na gestação, como tentamos demonstrar, é um problema que ultrapassa a esfera biomédica e insere-se numa trama de desigualdades estruturais. A presença de barreiras relacionadas à insegurança habitacional, à falta de seguro de saúde e à criminalização simboliza como as políticas públicas e as instituições de saúde reproduzem, muitas vezes de forma invisível, práticas que reforçam a vulnerabilidade de populações marginalizadas (OMS, 2025). Essas limitações têm implicações diretas nos desfechos materno-infantis, pois reduzem a eficácia das estratégias preventivas e terapêuticas atualmente utilizadas.

Desta forma, a sífilis gestacional e congênita pode ser entendida como uma doença socialmente condicionada (OMS, 2025): para desaparecer como problema de saúde pública, não basta que exista tratamento eficaz; é preciso que esse tratamento esteja acessível de forma equitativa a todas as mulheres. Estudos ecoepidemiológicos no contexto brasileiro (Paixão et al., 2023), bem como o Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde (Brasil, 2023b), têm demonstrado que mulheres negras e pardas são desproporcionalmente afetadas pela sífilis materna e congênita, com um padrão que se mantém mesmo após ajuste por outros fatores demográficos.

O estudo de extrema relevância como o de Paixão et al., 2023, sugere que, desigualdades étnico-raciais exercem impacto direto na distribuição da doença (Paixão et al., 2023). A magnitude dos valores discrepantes de nascimento de crianças com sífilis congênita, filhos de pessoas que se autodeclararam negras e pardas, demonstra que a eliminação da transmissão vertical passa necessariamente pela redução das desigualdades sociais estruturais entre grupos étnico-raciais no país.

De acordo com dados do Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra do Ministério da Saúde (Brasil, 2023b), no período de 2011 a 2021, mais de 60% das gestantes diagnosticadas com sífilis eram autodeclaradas pretas ou pardas, o que indica que a desigualdade racial influencia diretamente a distribuição da doença. O racismo estrutural tem efeito profundo sobre o acesso e uso dos serviços de saúde, independentemente da presença formal de cobertura universal, apesar de essa população não representar a maioria absoluta de todas as gestantes (Brasil, 2023b). Essa desigualdade não se explica por diferenças biológicas, mas por uma construção social que, historicamente, determina, de forma desigual, as condições de vida e o acesso a serviços de saúde de grupos raciais subordinados.

Políticas públicas específicas, como a PNSIPN (Brasil, 2009), reconhecem o racismo como determinante social da saúde, destacando que as disparidades raciais não se reduzem apenas a fatores individuais, mas também se manifestam por meio de barreiras institucionais e estruturais ao acesso a serviços de qualidade e ao tratamento de doenças. Portanto, a frequência de sífilis gestacional entre mulheres negras e pardas pode ser interpretada como um marcador das desigualdades estruturais que persistem no campo da saúde pública e se reproduzem mesmo em sistemas que oferecem cobertura universal.

Segundo os achados de Tannis et al. (2023), além da falta de pré-natal oportuno, observou-se o maior risco de inadequação ao tratamento da sífilis; destacaram-se também fatores de vulnerabilidade social, como uso de substâncias durante a gestação, histórico de situação de rua (11,7%) e encarceramento (8,5%), relatados entre as participantes. Esses fatores estiveram associados a maiores dificuldades no tratamento adequado da infecção, sendo observado que pessoas grávidas que usavam substâncias ilícitas ou tinham histórico de situação de rua apresentaram quase o dobro da probabilidade de receber tratamento inadequado ou de não receber tratamento para sífilis durante a gestação (Tannis et al., 2023).

Essas descobertas ressaltam as lacunas na triagem e no tratamento da sífilis em pessoas grávidas, especialmente entre aquelas que usam substâncias ilícitas e ficam sem teto, bem como a necessidade de intervenções baseadas em sistemas, como o tratamento fora dos ambientes tradicionais de atendimento pré-natal.

Segundo Tanne (2023), o impacto do racismo não se limita ao acesso formal aos serviços, mas também se estende às experiências de atendimento, à presença de vieses implícitos entre profissionais de saúde, à comunicação inadequada e à priorização desigual do cuidado clínico. Essas experiências podem resultar em menor adesão a tratamentos completos

e em atrasos no diagnóstico e na terapia, mesmo quando a gestante tem acesso inicial ao pré-natal (Tanne, 2023).

Em diálogo com Tannis et al. (2023), a desigualdade de gênero atua como determinante social da saúde que atravessa toda a experiência reprodutiva, influenciando o acesso das mulheres aos serviços de saúde ao longo da vida e contribuindo para disparidades nos resultados de saúde (Marmot, 2017). As normas, papéis e relações de gênero influenciam os resultados de saúde e podem limitar o acesso a serviços de saúde de qualidade, contribuindo para taxas mais altas de morbidade e mortalidade evitáveis quando desigualdades persistem (Brasil, 2023a). Em muitos contextos socioculturais, a condição de mulher está associada a menor autonomia econômica, maior responsabilidade pelos cuidados familiares e maior exposição a situações de vulnerabilidade social, o que pode dificultar a busca por cuidados contínuos e completos durante a gestação (Gomes et al., 2024). Além disso, barreiras materiais como transporte inadequado, falta de suporte social ou familiar, e trabalho informal sem garantias de licença médica estão associadas à redução do uso de serviços de saúde sexual e reprodutiva, levando ao adiamento ou à interrupção de cuidados essenciais, como o pré-natal, e comprometendo a manutenção de um tratamento oportuno e eficaz para condições como a sífilis gestacional (Agénor et al., 2025).

Esses aspectos são agravados em países de baixa e média renda, onde redes de proteção social podem ser insuficientes e o acesso a informações de saúde e a serviços especializados é limitado ou desigual, resultando em barreiras para a continuidade do cuidado pré-natal mesmo quando as gestantes conseguem iniciar o acompanhamento (por exemplo, 48 % das gestantes em uma região do Distrito Federal tiveram pelo menos seis consultas, mas apenas 46 % das diagnosticadas com sífilis receberam tratamento adequado) (WHO, 2023). No contexto brasileiro, embora a cobertura do pré-natal alcance grande parte das gestantes, a adequação da assistência, incluindo diagnóstico ótimo e tratamento completo da sífilis nem sempre ocorre de forma equânime: em diversas análises verificou-se inadequação no seguimento dos testes sorológicos e baixa proporção de tratamento efetivo, com apenas uma parcela das mulheres realizando todos os testes e enquadrando-se dentro dos protocolos recomendados, indicando fragilidades na qualidade da atenção à saúde materna e contribuindo para a persistência de casos de sífilis congênita (Teixeira et al., 2023).

A sífilis congênita é amplamente reconhecida como um indicador sentinela da qualidade da atenção pré-natal. Pesquisas epidemiológicas no Brasil (Bezerra et al., 2019; Etti et al., 2023) relacionam o aumento de casos de sífilis congênita ao acesso tardio ao pré-natal, ao número insuficiente de consultas e às falhas no diagnóstico oportuno, indicadores que, por sua vez, estão associados a marcadores sociais de desigualdade, como baixa escolaridade, desemprego e condições de moradia precárias. Dessa forma, a sífilis gestacional pode ser vista não apenas como um problema clínico isolado, mas também como um sinal de fragilidades estruturais mais amplas na organização dos serviços de saúde, que falham em alcançar de forma equitativa as populações vulneráveis.

Esses achados, correlacionados com o estudo de Tannis et al. (2023), reforçam a ideia de que a persistência da sífilis congênita não se explica apenas por falhas clínicas ou individuais, mas também por determinantes sociais e estruturais que atravessam as trajetórias de cuidado, dificultando o diagnóstico oportuno e a adesão ao tratamento, especialmente entre populações socialmente marginalizadas.

A experiência de desigualdade se associa também ao fato de que, comparativamente, pessoas negras e pardas que gestam, enfrentam maior barreira de acesso ao acompanhamento pré-natal completo e a tratamentos contínuos, contribuindo para a persistência de casos que poderiam ser evitados com intervenções adequadas (Pimentel et al., 2024).

As evidências reunidas (Cidacs, 2025) sugerem que diretrizes técnicas de rastreamento e tratamento, embora essenciais, não são suficientes para eliminar a sífilis gestacional como problema de saúde pública. Dessa forma, compreende-se como imprescindível que as políticas públicas transcendam a mera oferta de serviços clínicos e abordem os determinantes sociais que estruturam a desigualdade em saúde.

No contexto brasileiro, o lançamento de ferramentas de vigilância étnico-racial para monitorar desigualdades em saúde, como o Painel Epidemiologia e Desigualdades por raça/cor (Brasil, 2025b), representa um passo significativo para identificar disparidades e orientar políticas públicas mais inclusivas. Políticas que promovam:

- a) Intervenções estruturais contra o racismo institucional na saúde, com formação antirracista para profissionais, monitorização de indicadores desagregados e promoção de equidade de gênero e raça;
- b) Ações intersetoriais que reduzam as desigualdades socioeconômicas, incluindo acesso ampliado à educação, renda, habitação e transporte;

- c) Programas comunitários de testagem e tratamento, especialmente em contextos fora do pré-natal tradicional (como serviços de saúde comunitários, unidades de acolhimento para pessoas sem moradia e programas de saúde móvel), podem aumentar substancialmente a efetividade das estratégias de eliminação da transmissão vertical da sífilis.

Apesar dos avanços metodológicos nas pesquisas epidemiológicas, persistem limitações importantes. Muitos estudos (Pimentel et al., 2024; Viana, 2023) utilizam bases de dados rotineiras que não capturam adequadamente variáveis individuais detalhadas sobre determinantes sociais, como renda, escolaridade detalhada, local de residência e experiências de discriminação no sistema de saúde. Além disso, a maioria dos estudos quantitativos (Pauli et al., 2024; Laranjeira et al., 2024; Rodrigues et al., 2024) não explora de forma abrangente as experiências subjetivas de exclusão e estigma vivenciadas por mulheres negras e pobres, elementos que podem influenciar diretamente o engajamento com os serviços de saúde e a adesão ao tratamento.

Na minha perspectiva, estudos futuros devem adotar metodologias mistas, que combinem grandes bases quantitativas com análises qualitativas profundas, a fim de captar nuances das experiências vividas por mulheres em situações de vulnerabilidade, especialmente as negras, com baixa escolaridade ou em contextos socioeconômicos desfavoráveis. Pesquisas que avaliem intervenções comunitárias específicas, incluindo programas de busca ativa, suporte social e redes de apoio multissetoriais, serão essenciais para compreender quais modelos de cuidado podem reduzir de forma efetiva as desigualdades.

Como relatado nos parágrafos anteriores e, para reforçar, no estudo de Tannis et al. (2024), quando comparado à realidade brasileira, especialmente no contexto de pessoas negras e pardas que gestam, é possível identificar convergências importantes. No Brasil, o racismo estrutural opera de maneira semelhante, moldando as trajetórias de cuidado e condicionando o acesso, a qualidade da atenção e os desfechos reprodutivos da população do estudo (Santos et al., 2026). Assim, as lacunas observadas no tratamento adequado da sífilis, mesmo diante do acompanhamento pré-natal, refletem uma falha mais ampla dos sistemas de saúde em responder de forma equitativa às necessidades de grupos vulnerabilizados. Isso reforça que enfrentar a sífilis na gestação exige mais do que ampliar a cobertura assistencial: é necessário reconhecer e confrontar as estruturas sociais, institucionais e clínicas que produzem e reproduzem desigualdades em saúde.

Nesse sentido, tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos, evidências epidemiológicas indicam que a sífilis na gestação está profundamente entrelaçada a condicionantes sociais de saúde, o que demonstra que, mesmo em sistemas de saúde distintos, as desigualdades raciais e socioeconômicas persistem como fatores centrais de vulnerabilidade. No contexto específico do município de Santos (SP), essa dinâmica se manifesta de forma particularmente significativa, evidenciando a coexistência entre avanços técnico-operacionais na vigilância epidemiológica e a permanência de desigualdades estruturais no acesso e na qualidade do cuidado. Dados locais indicam que, embora haja ampliação das estratégias de detecção, incluindo a busca ativa de casos, a articulação entre vigilância e atenção primária e o fortalecimento das ações de monitoramento, as taxas de sífilis em gestantes permanecem elevadas e, em diversos momentos da série histórica recente, superiores às médias estaduais e nacionais (Santos, 2024). Ademais, observa-se que uma parcela relevante dos diagnósticos ainda ocorre de forma tardia, no momento do parto, evidenciando fragilidades no acesso oportuno ao pré-natal e na continuidade do cuidado, visto que, o município de Santos registrou 1.049 casos confirmados de sífilis gestacional entre 2016 e 2022, apresentando crescimento de aproximadamente 330% no período analisado. Em 2016, Santos notificou 60 casos; em 2022, esse número alcançou 258. Mais do que uma simples elevação quantitativa, esses dados revelam a incapacidade das políticas públicas de interromper a cadeia de transmissão vertical mesmo em um município com elevada urbanização, ampla cobertura de serviços e posição econômica estratégica no estado de São Paulo. A persistência desse crescimento sugere que a sífilis gestacional não decorre exclusivamente de dificuldades técnicas no diagnóstico, mas também revela fragilidades estruturais relacionadas à organização da assistência, à desigualdade social e às barreiras históricas enfrentadas pelas populações mais vulnerabilizadas (Paschoal et al., 2024).

Essa realidade aponta para limites importantes na efetividade das políticas de saúde quando não articuladas a uma abordagem estrutural das desigualdades, uma vez que a disponibilidade formal de serviços não garante, por si só, acesso equitativo e cuidado resolutivo. Sob a perspectiva da interseccionalidade, conforme proposto por Akotirene (2019), tais desigualdades não operam de forma isolada, mas por meio da articulação entre raça, gênero e classe, produzindo experiências específicas de vulnerabilização para pessoas negras e pardas que gestam. No caso de Santos, essas intersecções tornam-se evidentes ao se observar que pessoas racializadas que gestam, especialmente aquelas em contextos de maior precariedade socioeconômica, enfrentam múltiplas barreiras institucionais, territoriais e simbólicas que comprometem o acesso, a qualidade e a continuidade do cuidado.

Dessa forma, a persistência da sífilis gestacional e congênita no município deve ser compreendida não apenas como um indicador de falhas assistenciais, mas também como expressão concreta das iniquidades sociais e raciais que estruturam o sistema de saúde. O cenário local reafirma que o enfrentamento da sífilis na gestação exige mais do que o fortalecimento de protocolos clínicos, demandando intervenções que integrem vigilância qualificada, cuidado longitudinal e ações intersetoriais voltadas à redução das desigualdades sociais, com ênfase no enfrentamento do racismo estrutural e institucional que condiciona o acesso, a qualidade do cuidado e os desfechos materno-infantis (Almeida, 2019; Werneck, 2016).

Compreendo a relevância de apresentar uma pesquisa realizada na Etiópia (Befekadu; Shuremu; Zewdie, 2022). É importante pensar em pesquisas realizadas no Sul Global para refletir sobre a realidade brasileira. A Etiópia é um país classificado pelo Banco Mundial (2025). Apresenta situações de profundas desigualdades sociais, como as observadas no Brasil. O estudo de Befekadu, Shuremu e Zewdie (2022) é uma pesquisa transversal, baseada na comunidade, realizada em estabelecimentos de saúde e conduzida na zona de Buno Bedele, no sudoeste da Etiópia. A prevalência de sífilis entre gestantes foi de 1,4%, e fatores sociais, como falta de educação formal, casamentos precoces, histórico de uso de substâncias entre parceiros e conhecimento insuficiente sobre a doença, foram significativamente associados à infecção. Esses achados refletem não apenas aspectos biológicos, mas também determinantes sociais que moldam a vulnerabilidade das mulheres grávidas à sífilis em contextos de desenvolvimento limitado.

A Etiópia é amplamente classificada por organizações internacionais como uma economia de baixa renda ou em transição rumo à renda de baixa a média, com indicadores de desenvolvimento humano e renda per capita significativamente abaixo da média global. Segundo o Banco Mundial (2025), a Etiópia tem um rendimento nacional bruto per capita muito baixo, figurando entre os países mais pobres do mundo, apesar de algum crescimento econômico recente, e enfrenta desafios estruturais persistentes, como pobreza generalizada, baixos níveis de escolaridade e infraestrutura social limitada, fatores que caracterizam seu contexto de desenvolvimento econômico diferenciado e influenciam diretamente os DSS.

A prevalência de sífilis materna nesta área de estudo mostrou-se comparável à prevalência nacional etíope (Befekadu; Shuremu; Zewdie, 2022). A escolaridade das mulheres, a história de uso de substâncias ilícitas dos maridos, os cuidados pré-natais, a idade no casamento e o conhecimento sobre sífilis foram preditores independentes da doença. Deve-se

dar ênfase ao rastreio de todas as mulheres grávidas, à educação das mulheres, aos fatores de estilo de vida e à prevenção do casamento precoce.

Embora o artigo etíope não aborde especificamente desigualdades raciais — uma realidade demográfica caracterizada por enorme diversidade étnica e linguística, mais do que racial —, a ênfase em determinantes sociais como educação, conhecimento e idade ao se casar evidencia que a vulnerabilidade em saúde sexual e reprodutiva não é distribuída de forma uniforme na população. Na Etiópia, onde décadas de conflitos armados e guerras civis entre diferentes grupos regionais e étnicos comprometeram gravemente a infraestrutura de saúde e a coesão social, essas desigualdades se entrelaçam com falhas no acesso equitativo aos serviços de saúde, com deslocamentos forçados e com a precariedade dos cuidados preventivos e de tratamento de IST durante a gestação, expondo ainda mais mulheres e comunidades marginalizadas a riscos persistentes (Abetie; Bante; Atnafu, 2025). Além disso, evidências apontam altas prevalências de transtornos mentais, como transtorno de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade, bem como de violência sexual e de gênero e de interrupção de tratamentos de doenças crônicas, reforçando a necessidade de intervenções coordenadas e multissetoriais para restaurar os serviços de saúde, fortalecer o apoio psicossocial e assegurar a continuidade dos cuidados essenciais (Abetie; Bante; Atnafu, 2025).

A comparação entre as realidades brasileiras e etíopes evidencia que, embora os contextos econômicos e sociais sejam distintos, há uma interseção clara: a marginalização social, seja por baixo nível educacional, pobreza, gênero ou posição racial, amplifica o risco de exposições que favorecem a sífilis em gestantes. No estudo etíope, mulheres sem educação formal tiveram cerca de 3,6 vezes mais chance de infecção do que aquelas com educação formal; no Brasil, o padrão se repete, na medida em que baixas condições educacionais e socioeconômicas entre mulheres negras estão associadas a maior prevalência e piores desfechos da sífilis materna e congênita.

Essas desigualdades não ocorrem isoladamente. Intersectam-se com outras formas de opressão, como a desigualdade de gênero e a pobreza, criando situações em que mulheres negras e pardas enfrentam maiores dificuldades para acessar serviços de pré-natal de qualidade, receber diagnóstico adequado e tratamento oportuno para IST durante a gestação.

Estudos brasileiros demonstram que mulheres negras e pardas enfrentam desigualdades significativas no acesso aos serviços de pré-natal (Lessa et al., 2022; Santos et al., 2024a).

Pesquisas de coortes no sul do Brasil mostram que gestantes negras iniciam o acompanhamento pré-natal mais tardiamente e realizam menos consultas do que gestantes brancas, mesmo após controle por fatores socioeconômicos (Bernardes et al., 2014). Análises de dados nacionais indicam que mulheres negras têm menor probabilidade de iniciar o pré-natal até a 12ª semana de gestação e de receber exames essenciais durante o acompanhamento, em comparação com mulheres brancas. Além disso, relatórios técnicos apontam que, entre 2014 e 2020, mulheres negras apresentaram taxas mais altas de pré-natais inadequados em diversas regiões do país (Coelho et al., 2022).

Nesse sentido, compreendo que os estudos citados acima, explicitam que mulheres negras são menos propensas a realizar consultas de pré-natal em número adequado quando comparadas com mulheres brancas, e essa lacuna de atendimento tem implicações diretas no diagnóstico tardio e persistente da sífilis.

Além disso, condicionantes sociais de saúde, como renda, escolaridade, condições de trabalho e moradia, desempenham um papel importante (OMS, 2025). No Brasil, mulheres negras apresentam indicadores socioeconômicos piores em comparação com mulheres brancas; a renda média das pessoas negras corresponde a uma fração substancialmente menor da renda das pessoas brancas, e essa desigualdade persiste também quando se analisam rendimentos por gênero, com mulheres negras ganhando menos do que mulheres brancas em média. Da mesma forma, análises do IBGE (2024) mostram que a proporção de mulheres brancas com ensino superior completo é cerca de duas vezes maior do que a observada entre mulheres pretas ou pardas, evidenciando desigualdades raciais no acesso à educação superior no país.

No Brasil, mulheres negras apresentam indicadores socioeconômicos piores do que os das mulheres brancas (IBGE, 2024). Além disso, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua indicam que a proporção de mulheres negras com ensino superior completo é aproximadamente metade da observada entre mulheres brancas, evidenciando desigualdades raciais no acesso à educação superior no país (IBGE, 2024). Sendo assim, é um reflexo direto das desigualdades sistêmicas no mercado de trabalho e no acesso à educação. Essas condições reduzem suas oportunidades de acesso à informação de qualidade sobre saúde sexual e reprodutiva, comprometem a capacidade de buscar serviços de saúde de forma proativa e criam barreiras adicionais ao longo do percurso de cuidados durante a gestação.

A gestação é um período em que as mulheres frequentemente dependem do acesso a cuidados de saúde para detectar e manejar condições como a sífilis (Guimarães et al., 2025).

No entanto, em muitos contextos brasileiros, mulheres negras enfrentam discriminação nas consultas de pré-natal, incluindo desrespeito, comunicação inadequada com profissionais de saúde e decisões médicas tomadas sem diálogo. Esses fatores contribuem para a subutilização de serviços mesmo quando geograficamente acessíveis (Guimarães et al., 2025).

Além disso, em muitos casos, mesmo com a presença de atendimento pré-natal, o diagnóstico efetivo de sífilis ocorre tardiamente ou após o parto, o que indica que o acesso aos serviços, isoladamente, não garante a qualidade do cuidado se não houver vigilância sistemática, respeito às necessidades das mulheres e práticas clínicas sensíveis às especificidades socioculturais das mulheres negras. Estudos epidemiológicos recentes no Brasil, como a análise de tendências da sífilis gestacional e congênita no estado de São Paulo, mostram que, apesar da testagem e do acompanhamento durante a gestação, a ineficiência do tratamento quando o diagnóstico é tardio contribui para a persistência dos casos e para desfechos adversos (Silva et al., 2025).

Os dados epidemiológicos brasileiros (Brasil, 2023a) reforçam fortemente o padrão desigual: em 2021, mais de 60% dos casos de sífilis em gestantes ocorreram entre mulheres negras (pretas e pardas), com proporções que superam amplamente a representação dessas mulheres na população geral. Essa realidade destaca que a sífilis na gestação no Brasil não é um simples problema clínico, mas um marcador sistêmico de desigualdade social e racial.

Segundo estas primeiras análises documentais, o fato de que grande parte desses casos poderia ser evitada se as oportunidades de acesso a cuidados e informações fossem igualadas entre mulheres negras, pardas e brancas indica que a abordagem biomédica isolada é insuficiente. É necessário um enfoque ampliado que abranja políticas intersetoriais, educação em saúde específica, fortalecimento da atenção primária e mecanismos de combate ao racismo estrutural nos serviços de saúde.

Comparar o caso etíope (Befekadu; Shuremu; Zewdie, 2022) com o Brasil evidencia que, embora as realidades sejam distintas em termos de recursos e de contexto socioeconômico nacional, fatores como a desigualdade na educação, as barreiras de acesso e os determinantes sociais moldam amplamente a prevalência e os padrões da sífilis na gestação. Em ambos os países, mulheres em posições socialmente desfavorecidas apresentam maior probabilidade de exposição a condições que favorecem a infecção.

Entretanto, nos países menos desenvolvidos, como a Etiópia (Abetie; Bante; Atnafu, 2025), a escassez de recursos de saúde e a infraestrutura dos serviços, mais frágil, agravam

ainda mais a situação. A falta de acesso universal e equitativo a diagnósticos rápidos, a tratamentos eficazes e a estratégias de educação em saúde adiciona camadas de vulnerabilidade que se sobrepõem às desigualdades intrínsecas do contexto social. Além disso, um estudo realizado em hospitais públicos de Addis Abeba mostrou que a prevalência de IST em gestantes é elevada, de 27,5 % (IC 95 %: 22,5–33,1) , e que o diagnóstico depende muito da metodologia e da qualidade do atendimento, pois abordagens sintomáticas podem subestimar casos assintomáticos e limitar a identificação de infecções durante o pré-natal. Isso evidencia lacunas no rastreamento e no diagnóstico, mesmo quando as mulheres comparecem às consultas de pré-natal (Haile et al., 2025).

Por outro lado, no Brasil, apesar de haver uma rede mais ampla de serviços de saúde pública e protocolos estabelecidos para rastreamento de sífilis durante o pré-natal (Guedes et al., 2022), a persistência da desigualdade social e racial (Almeida, 2019), impede que essas medidas alcancem de forma equitativa todas as mulheres. Isso revela que o desenvolvimento econômico ou a existência de normas formais de igualdade não elimina automaticamente as desigualdades, pois o racismo opera como elemento estruturante das instituições sociais, reproduzindo privilégios e exclusões históricas (Almeida, 2019).

A discussão dos condicionantes sociais e raciais da sífilis na gestação, tanto no Brasil quanto em outros contextos, como a Etiópia, evidencia que as políticas de saúde pública precisam ser estruturadas de forma intersetorial e com enfoque em equidade. Isso inclui:

- a) Estratégias de educação em saúde sexual e reprodutiva voltadas para populações vulneráveis, com linguagem culturalmente adequada e acessível;
- b) Fortalecimento da atenção primária e pré-natal com protocolos rigorosos para rastreamento e tratamento de sífilis, assegurando cuidado contínuo e acompanhamento no ciclo gestacional;
- c) Políticas de combate ao racismo estrutural dentro e fora do sistema de saúde, promovendo equidade no acesso e na qualidade dos serviços;
- d) Ações intersetoriais que abordem educação, renda e condições de vida, pois estes determinantes estão profundamente ligados ao risco de IST e aos desfechos maternos e neonatais adversos;
- e) Monitoramento e avaliação contínuos dos indicadores de saúde materna desagregados por raça, gênero e condições socioeconômicas, para orientar a tomada de decisão e as políticas públicas com foco na redução de disparidades.

A análise crítica dos achados do estudo de Befekadu, Shuremu e Zewdie (2022), em comparação com a realidade brasileira, mostra que a sífilis na gestação é um problema profundamente enraizado em condicionantes sociais, abrangendo educação, gênero, raça e condições socioeconômicas. No Brasil, esses fatores convergem de forma particularmente marcante para mulheres negras e pardas, refletindo um padrão de desigualdade que vai além do acesso formal aos serviços de saúde e se manifesta nas estruturas sociais que moldam as oportunidades de vida e de cuidado.

A eliminação efetiva da sífilis materna e congênita requer não apenas a implementação das melhores práticas clínicas, mas também políticas públicas que confrontem diretamente o racismo estrutural, promovam igualdade de gênero e enfrentem os determinantes sociais subjacentes que perpetuam a vulnerabilidade das mulheres negras e pardas. Sem esse enfoque mais amplo, os esforços de controle e prevenção permanecerão insuficientes para alcançar um impacto duradouro e equitativo na saúde materno-infantil. Corroborando esse cenário, dados epidemiológicos recentes evidenciam a magnitude da sífilis no Brasil. Dados do Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (Brasil, 2023a) demonstraram que, em 2022, foram notificados 213.129 casos de sífilis adquirida, com taxa de detecção de 99,2 casos por 100.000 habitantes. Destaca-se que o estado do Rio de Janeiro apresenta indicadores superiores à média nacional, com taxa de 127,5 casos por 100.000 habitantes e, no caso de gestantes, de 69,7 casos por 1.000 nascidos vivos, a maior do país (Brasil, 2023a). Ademais, observa-se que a doença acomete predominantemente pessoas pretas e pardas, o que evidencia a persistência de desigualdades raciais na distribuição do agravo.

No contexto do município de Santos (SP), a sífilis em gestantes evidencia, de forma concreta, a interseção entre desigualdades sociais, raciais e de gênero que estruturam os padrões de adoecimento e de acesso ao cuidado. Embora o município disponha de uma rede de saúde relativamente estruturada, com cobertura ampliada da atenção primária e disponibilidade de testagem durante o pré-natal, observa-se a persistência de taxas elevadas de sífilis gestacional e congênita, com maior concentração entre mulheres em situação de vulnerabilidade social, especialmente pretas e pardas (Santos, 2024). Essa realidade evidencia que o acesso formal aos serviços não se traduz automaticamente em cuidado efetivo e oportuno, uma vez que barreiras como baixa escolaridade, inserção precária no mercado de trabalho, dificuldades de deslocamento e experiências de discriminação nos serviços de saúde interferem diretamente na adesão e na continuidade do acompanhamento pré-natal.

Sob a perspectiva da interseccionalidade, conforme sistematizada por Akotirene (2019), tais fatores não atuam de forma isolada, mas se articulam, produzindo múltiplas camadas de vulnerabilidade que incidem de maneira específica sobre pessoas negras e pardas que gestam. Nesse sentido, os achados de Befekadu, Shuremu e Zewdie (2022), em estudo realizado na Etiópia, contribuem para ampliar a compreensão desse fenômeno ao evidenciar que determinantes sociais, como baixa escolaridade, casamento precoce, conhecimento limitado sobre a doença e fatores comportamentais associados aos parceiros, influenciam significativamente a ocorrência de sífilis em gestantes. Ainda que inserido em um contexto socioeconômico distinto, o estudo demonstra que a vulnerabilidade à sífilis gestacional é socialmente produzida, o que permite estabelecer um paralelo analítico com a realidade brasileira.

Em diálogo com a noção de necropolítica proposta por Achille Mbembe (2018), é possível compreender a persistência de agravos evitáveis, como a sífilis congênita, como reflexo de desigualdades estruturais que expõem determinados grupos populacionais a riscos maiores de adoecimento e de morte evitáveis. Contudo, no contexto desta pesquisa, não se parte do pressuposto de que haja negligência deliberada por parte do Estado em relação à saúde da população negra. Argumenta-se, antes, que as especificidades e necessidades desse grupo permanecem historicamente invisibilizadas na formulação, implementação e avaliação das políticas públicas de saúde. Essa invisibilização contribui para a reprodução de iniquidades no acesso, na qualidade e na continuidade do cuidado, fazendo com que gestantes negras e pardas enfrentem maiores barreiras ao diagnóstico oportuno, ao tratamento adequado e à prevenção da transmissão vertical da sífilis. Assim, mais do que uma omissão intencional, observa-se a persistência de estruturas sociais e institucionais que, ao não incorporarem plenamente a perspectiva da equidade racial, acabam por perpetuar desigualdades evitáveis nos desfechos de saúde.

Dessa forma, tanto em Santos quanto no cenário analisado por Befekadu, Shuremu e Zewdie (2022), evidencia-se que a distribuição da sífilis na gestação não é aleatória, mas socialmente determinada, resultante da sobreposição de desigualdades que atravessam gênero, classe e raça. Assim, mesmo em contextos urbanos com maior oferta de serviços, a sífilis gestacional permanece um importante marcador das iniquidades estruturais em saúde, exigindo estratégias que integrem vigilância epidemiológica qualificada, cuidado longitudinal centrado na usuária e enfrentamento efetivo do racismo estrutural e das desigualdades socioeconômicas (Almeida, 2019; Werneck, 2016).

A análise crítica dos dados epidemiológicos de Santos/SP revela que a persistência e o crescimento da sífilis gestacional no município não podem ser interpretados apenas como resultado de falhas individuais na adesão ao pré-natal ou de aumento da capacidade diagnóstica. Embora o estudo “*Gestational Syphilis in Santos/SP: Epidemiologic Analysis From 2016 to 2022*” destaque a ampliação das estratégias de vigilância e notificação no município, os dados evidenciam contradições importantes entre a estrutura assistencial disponível e a persistência de indicadores extremamente elevados de sífilis gestacional. Nesse sentido, os indicadores epidemiológicos de Santos expõem os limites estruturais da atenção pré-natal e revelam como as desigualdades sociais e raciais continuam a produzir impactos diretos sobre a saúde materno-infantil (Paschoal et al., 2024).

A análise do estudo de Paixão et al. (2023) evidencia que os fatores socioculturais associados à população de gestantes e recém-nascidos no Brasil não podem ser compreendidos como características individuais isoladas, mas sim como marcadores sociais estruturais, profundamente determinados pelo racismo estrutural. Ao considerar a raça/cor da pele como variável central, os autores demonstram que a sífilis gestacional deve ser analisada para além de sua dimensão biomédica, configurando-se como expressão das desigualdades étnico-raciais historicamente construídas (Paixão et al., 2023).

Trata-se de um estudo de grande relevância no cenário nacional, uma vez que analisou aproximadamente 15 milhões de nascimentos no Brasil entre 2012 e 2017, por meio de *linkage* de bases de dados populacionais. Os resultados indicaram que 35% dos casos de sífilis materna e 41% dos casos de sífilis congênita poderiam ter sido evitados caso todas as mulheres apresentassem o mesmo risco observado entre mulheres brancas, evidenciando que as desigualdades étnico-raciais exercem impacto direto na distribuição da doença (Paixão et al., 2023). Esses achados reforçam que a sífilis, especialmente em sua forma congênita, permanece como um importante indicador das desigualdades sociais e raciais no Brasil

No estudo de Paschoal et al. (2024), que analisou epidemiologicamente a incidência de sífilis gestacional no município de Santos, no período de 2016 a 2022, destacou-se que, em 2022, o município apresentou taxa de 68,7 casos por mil nascidos vivos, valor muito superior às médias nacional e estadual no mesmo período. Tal dado evidencia que o município vivencia situação epidemiológica particularmente grave, incompatível com os parâmetros esperados para um território que dispõe de serviços especializados, de uma rede hospitalar consolidada e de ampla cobertura da atenção básica. Embora os autores do estudo atribuam parcialmente esses números à eficiência da vigilância epidemiológica e à notificação ativa, essa interpretação

precisa ser analisada criticamente, pois corre o risco de naturalizar indicadores elevados como mero reflexo de uma melhor capacidade diagnóstica. Ainda que sistemas de vigilância mais sensíveis ampliem a identificação de casos, tais sistemas não explicam, isoladamente, a persistência das taxas observadas em Santos (Paschoal et al., 2024).

A análise crítica do cenário epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no município de Santos revela uma contradição importante entre a elevada capacidade estrutural da rede de saúde local e a persistência de indicadores preocupantes de transmissão vertical da sífilis (Tonolli et al., 2018). Embora Santos apresente melhores condições socioeconômicas quando comparado a diversos municípios brasileiros, além de ampla cobertura de serviços especializados e atenção básica relativamente consolidada, observa-se a persistência de casos de sífilis gestacional e congênita, especialmente entre populações socialmente vulnerabilizadas, o que demonstra que o desenvolvimento econômico do território não garante, por si só, equidade em saúde (Tonolli et al., 2018).

Nesse contexto, é necessário reconhecer que os elevados indicadores epidemiológicos também refletem falhas estruturais na qualidade da atenção pré-natal. A literatura demonstra que a sífilis congênita é considerada um agravo evitável, desde que haja diagnóstico precoce, tratamento adequado da gestante e tratamento concomitante do parceiro sexual. Entretanto, a persistência de elevadas taxas em Santos evidencia rupturas significativas em todas essas etapas do cuidado. O próprio estudo aponta dificuldades relacionadas ao manejo clínico, à adesão dos parceiros ao tratamento e à continuidade do acompanhamento das gestantes. Destaca-se que o parceiro sexual constitui um elemento central no controle da sífilis gestacional, uma vez que sua não adesão ao tratamento favorece a manutenção da cadeia de transmissão e a reinfeção da gestante, comprometendo a efetividade das intervenções realizadas durante o pré-natal. Dessa forma, a elevada incidência da doença sugere que o acesso formal aos serviços não tem se traduzido, necessariamente, em cuidado efetivo, integral e capaz de interromper o ciclo de transmissão da infecção (Paschoal et al., 2024).

Nesse sentido, a sífilis gestacional configura-se como um evento sentinela das iniquidades em saúde, uma vez que é um agravo evitável por meio do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno. A persistência de elevadas taxas entre mulheres negras e pardas evidencia falhas na organização da atenção pré-natal e revela a insuficiência de políticas universalistas quando não orientadas pelo princípio da equidade. Estudos nacionais corroboram essa análise ao demonstrarem que a sífilis congênita está fortemente associada à qualidade da assistência

pré-natal, incluindo acesso tardio, número insuficiente de consultas e inadequação do tratamento (Domingues; Leal, 2016; Saraceni et al., 2017).

A magnitude desses achados evidencia que a eliminação da transmissão vertical da sífilis está diretamente relacionada à redução das desigualdades estruturais entre grupos étnico-raciais. A literatura aponta que as desigualdades em saúde no Brasil estão enraizadas em processos históricos de exclusão social, derivados de dinâmicas como a colonização e a escravidão, que produziram desigualdades persistentes no acesso a recursos, à educação e a serviços de saúde. Nesse contexto, tais desigualdades impactam diretamente o acesso, a qualidade e a efetividade da assistência prestada à população negra (Devakumar et al., 2022; Werneck, 2016).

Dessa forma, os achados de Paixão et al. (2023) reforçam a ideia de que a distribuição da sífilis gestacional não é homogênea e está profundamente condicionada pelos DSS. A doença configura-se, portanto, como um marcador sensível de iniquidades, uma vez que sua prevenção depende de ações efetivas no âmbito da atenção pré-natal, como o diagnóstico precoce e o tratamento adequado. Estudos nacionais indicam que falhas nesses processos, como diagnóstico tardio e tratamento inadequado, estão frequentemente associadas a contextos de vulnerabilidade social (Oliveira; Santos; Souto, 2020).

A compreensão desse fenômeno exige o reconhecimento do racismo estrutural como determinante social da saúde. Conforme argumenta Werneck (2016), o racismo opera como um sistema que organiza a distribuição desigual de oportunidades e recursos, impactando diretamente os processos de adoecimento e de morte na população negra. No campo da saúde materno-infantil, essas desigualdades se manifestam de forma particularmente intensa, com piores desfechos obstétricos e maior exposição a agravos evitáveis, como a sífilis gestacional.

No que se refere à abordagem interseccional, o estudo evidencia que a interação entre raça/cor e escolaridade potencializa as vulnerabilidades. Mulheres negras e pardas com menor nível educacional apresentam maior risco de sífilis gestacional e congênita, corroborando achados de estudos nacionais que apontam a associação entre baixa escolaridade e maior ocorrência da doença (Andrade et al., 2023; Morais et al., 2019). Ademais, evidências internacionais indicam que as desigualdades sociais impactam diretamente o acesso e a utilização dos serviços de saúde, ampliando o risco de desfechos adversos (Yadav et al., 2018). Assim, a sobreposição de marcadores sociais evidencia que diferentes dimensões da desigualdade atuam de forma articulada na produção do adoecimento.

Outro aspecto relevante refere-se às desigualdades no acesso e na qualidade da atenção pré-natal. Paixão et al. (2023) evidenciam que mulheres negras e pardas apresentam maior probabilidade de diagnóstico tardio da sífilis, maior frequência de tratamento inadequado e menor adesão dos parceiros ao tratamento, fatores que contribuem diretamente para a manutenção da transmissão vertical. Evidências adicionais indicam que a detecção tardia e o tratamento insuficiente permanecem desafios centrais para a redução da mortalidade e dos desfechos adversos associados à sífilis congênita.

Nesse cenário, o racismo institucional apresenta-se como elemento central na produção dessas desigualdades, manifestando-se por meio de práticas que resultam em atendimento desigual e assistência de menor qualidade. Conforme discutido por Werneck (2016), o racismo institucional se manifesta na organização dos serviços de saúde, o que influencia negativamente o cuidado prestado à população negra.

Apesar dos avanços promovidos pelo SUS, a persistência de desigualdades raciais nos indicadores de saúde evidencia que o acesso universal não se traduz automaticamente em equidade. A população negra continua a apresentar maior carga de agravos, incluindo sífilis, o que reflete desigualdades estruturais no acesso e na qualidade da assistência.

Adicionalmente, a dimensão histórica do racismo influencia a relação entre a população negra e os serviços de saúde, contribuindo para a desconfiança institucional e dificultando a adesão ao pré-natal. Esse processo reforça ciclos de vulnerabilidade, nos quais a exclusão social e sanitária se perpetua ao longo do tempo.

Outro ponto relevante refere-se aos desfechos adversos associados à sífilis gestacional, como natimortalidade, prematuridade e complicações neonatais, que afetam, de forma desproporcional, mulheres negras e pardas. Esses desfechos ampliam as desigualdades existentes e evidenciam o caráter intergeracional das iniquidades em saúde.

Diante disso, a análise crítica do estudo de Paixão et al. (2023) evidencia que o enfrentamento da sífilis gestacional exige a superação de abordagens estritamente biomédicas e a incorporação de perspectivas fundamentadas nos DSS. Torna-se imprescindível reconhecer o racismo estrutural e institucional como determinante central e fortalecer políticas públicas voltadas à equidade racial, como a PNSIPN (Brasil, 2009).

Portanto, a articulação entre o estudo de Paixão et al. (2023) e a temática da sífilis em gestantes negras e pardas evidencia que a persistência desse agravo no Brasil está diretamente relacionada às desigualdades estruturais da sociedade. Em síntese, a redução da sífilis

gestacional depende do enfrentamento do racismo estrutural e institucional, bem como da implementação de políticas intersetoriais que articulem saúde, educação e justiça social. Somente por meio da construção de um sistema de saúde orientado pela equidade será possível reduzir as desigualdades raciais e melhorar os desfechos maternos e infantis, especialmente entre mulheres negras e pardas.

Esses dados dialogam diretamente com os achados de Fonte et al. (2025), que identificaram elevada prevalência de sífilis em populações em situação de vulnerabilidade. No estudo, até novembro de 2023, foram cadastradas 371 pessoas vivendo em situação de rua, das quais 86 (23,18%) apresentaram diagnóstico de sífilis, o que revela uma proporção significativamente elevada em comparação à população geral (Fonte et al., 2025).

A análise dos dados apresentados por Fonte et al. (2025) evidencia que a sífilis permanece um relevante problema de saúde pública no Brasil, especialmente em contextos marcados por desigualdades sociais e raciais. Conforme evidenciado no estudo, fatores estruturais, como a exclusão social e econômica, caracterizada pela pobreza extrema e pela ausência de moradia, influenciam diretamente o acesso aos serviços de saúde e a continuidade do cuidado (Fonte et al., 2025). Os autores destacam o aumento expressivo dos casos de sífilis adquirida e gestacional, o que reforça o caráter de reemergência da doença no país. Esse cenário é corroborado por estudos epidemiológicos que demonstram crescimento significativo das taxas de detecção de sífilis gestacional ao longo dos últimos anos, refletindo fragilidades nas ações de prevenção, diagnóstico e tratamento (Brasil, 2023a; Monteiro et al., 2025).

No que se refere ao perfil sociodemográfico, Fonte et al. (2025) apontam que a sífilis acomete predominantemente pessoas pretas e pardas, evidenciando desigualdades étnico-raciais na distribuição da doença. Esse achado está em consonância com a literatura, que indica maior prevalência da sífilis gestacional entre mulheres negras, associada a condições socioeconômicas desfavoráveis e menor acesso aos serviços de saúde (Morais et al., 2019).

Além disso, o estudo de Fonte et al. (2025) evidencia fragilidades importantes na assistência pré-natal, especialmente no diagnóstico tardio da sífilis em gestantes, que é frequentemente identificado apenas no segundo ou terceiro trimestre gestacional. Tal achado é particularmente preocupante, uma vez que o diagnóstico precoce é fundamental para prevenir a transmissão vertical. Estudos demonstram que o início tardio do pré-natal e o

acompanhamento inadequado estão diretamente associados ao aumento dos casos de sífilis congênita, o que configura um importante indicador da qualidade da atenção à saúde materno-infantil (Monteiro et al., 2025; Soares; Silva; Silva, 2025).

Outro aspecto relevante refere-se à adesão ao tratamento. Fonte et al. (2025) apontam que, embora haja esforços para garantir o cuidado, observa-se uma taxa significativa de não conclusão do tratamento, especialmente entre populações em situação de vulnerabilidade, como as pessoas em situação de rua. Os fatores associados a essa dificuldade incluem a dor durante a administração da benzilpenicilina benzatina, a baixa percepção de risco e as dificuldades de seguimento no território. A literatura reforça que a adesão ao tratamento da sífilis é influenciada por fatores estruturais e subjetivos, incluindo estigma, condições de vida precárias e barreiras no acesso contínuo aos serviços de saúde (Silva; Rabelo, 2026).

No caso das gestantes, embora a maioria tenha sido tratada adequadamente no estudo analisado, o diagnóstico tardio limita a efetividade das intervenções de prevenção da sífilis congênita. Esse dado evidencia que o acesso ao pré-natal, embora existente, não ocorre de forma oportuna e qualificada, o que reflete desigualdades estruturais no sistema de saúde que impactam principalmente mulheres negras e pardas (Fonte et al., 2025).

A discussão também evidencia o papel central dos DSS. Fonte et al. (2025) destacam que populações com elevada prevalência de sífilis estão associadas à pobreza extrema, à exclusão social e à fragilidade dos vínculos. Considerando que a população em situação de rua é majoritariamente composta por pessoas negras e pardas, observa-se uma sobreposição de vulnerabilidades sociais, econômicas e raciais, que intensifica o risco de adoecimento. Nesse sentido, estudos apontam que as desigualdades sociais são fatores determinantes na ocorrência da sífilis gestacional, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade (Silva; Freitas, 2023).

Outro ponto relevante refere-se à dificuldade na abordagem das parcerias sexuais, evidenciada no estudo como um desafio para o controle da doença. A ausência de tratamento por parte dos parceiros favorece a reinfecção e a manutenção da cadeia de transmissão, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social (Fonte et al., 2025). Esse aspecto revela fragilidades nas estratégias de vigilância em saúde e reforça a necessidade de ações mais integradas e territorializadas.

Por outro lado, Fonte et al. (2025) apresentam estratégias bem-sucedidas para o enfrentamento da sífilis, como a ampliação da testagem rápida, a flexibilização dos fluxos

assistenciais, o uso de anestésico para reduzir a dor no tratamento e o fortalecimento do vínculo entre a equipe e os usuários. Essas intervenções demonstram que a reorganização dos serviços de saúde, aliada a práticas humanizadas, pode contribuir significativamente para a melhoria da adesão ao tratamento e para a redução da transmissão da doença.

Apesar desses avanços, a persistência da sífilis entre pessoas negras e pardas evidencia que as ações de saúde ainda são insuficientes para enfrentar as causas estruturais do problema. A literatura aponta que o racismo estrutural e institucional influencia diretamente o acesso, a qualidade do cuidado e os desfechos em saúde, contribuindo para a manutenção das desigualdades (Santana et al., 2021).

Um estudo transversal realizado no Hospital Guilherme Álvaro, equipamento público estadual localizado no município de Santos, destinado a atender, entre outros, gestantes com classificação de alto risco, identificou 58 casos de sífilis congênita entre 2013 e 2016, com predominância em 2014 e aumento significativo dos diagnósticos ao nascimento. Tal dado evidencia falhas importantes no rastreamento e no manejo adequado da sífilis no pré-natal, uma vez que o diagnóstico neonatal indica perda de oportunidade terapêutica durante a gestação. Mais preocupante ainda é o fato de que 94,34% das gestantes haviam realizado acompanhamento pré-natal (Tonolli et al., 2018).

Esse cenário permite uma reflexão crítica fundamental: o acesso quantitativo ao pré-natal não necessariamente se traduz em cuidado qualificado e resolutivo. A existência formal de consultas não garante a realização adequada da testagem, a interpretação correta dos exames, o tratamento oportuno ou o acompanhamento das parcerias sexuais. Em outras palavras, o problema em Santos não parece estar apenas no acesso aos serviços, mas, sobretudo, na qualidade do cuidado ofertado e na capacidade institucional de romper com ciclos de vulnerabilidade social e racial.

Além disso, o aumento dos diagnósticos ao nascimento sugere persistência de barreiras organizacionais na rede de atenção materno-infantil. Mesmo diante de protocolos nacionais amplamente estabelecidos pelo Ministério da Saúde, observa-se dificuldade na operacionalização das ações de vigilância epidemiológica, especialmente no acompanhamento longitudinal de gestantes socialmente mais vulneráveis. Isso evidencia limites importantes da atenção primária na identificação precoce de situações de risco e na garantia da continuidade terapêutica.

Por fim, destaca-se que o enfrentamento da sífilis gestacional em pessoas negras e pardas requer uma abordagem interseccional, que considere simultaneamente os efeitos da raça, gênero e classe social. A integração de ações de promoção da saúde, ampliação do acesso ao pré-natal de qualidade, diagnóstico precoce, tratamento adequado e enfrentamento do racismo institucional é fundamental para a redução das desigualdades observadas.

Dessa forma, conclui-se que os dados apresentados por Fonte et al. (2025) demonstram que a sífilis gestacional, especialmente entre pessoas negras e pardas, resulta de um conjunto complexo de fatores sociais, estruturais e assistenciais. O enfrentamento desse agravo exige o fortalecimento de políticas públicas orientadas pela equidade e a reorganização dos serviços de saúde, garantindo o acesso universal, integral e igualitário.

O estudo de Silva et al. (2022b), intitulado “Análise da distribuição espaço-temporal da sífilis no Brasil: casos de sífilis congênita e sífilis em gestantes de 2001 a 2017”, *evidencia* que a sífilis gestacional e a sífilis congênita permanecem como importantes problemas de saúde pública no país, apresentando tendência crescente e forte associação com determinantes sociais. Os autores demonstram que a distribuição espaço-temporal da doença revela padrões heterogêneos no território nacional, com aumento expressivo de casos ao longo do período analisado.

Os achados indicam que a maioria dos casos de sífilis congênita ocorreu em recém-nascidos classificados como pardos, diagnosticados até sete dias após o nascimento, cujas mães realizaram acompanhamento pré-natal, ainda que esse perfil apresente variações entre as macrorregiões brasileiras. No que se refere à sífilis em gestantes, observa-se maior ocorrência entre mulheres autodeclaradas pardas, com idade entre 20 e 39 anos, baixa escolaridade (até 8 anos de estudo) e diagnóstico na fase primária ou latente da doença (Silva et al., 2022b).

Esse padrão epidemiológico é amplamente corroborado por estudos nacionais, que apontam maior incidência da sífilis entre mulheres jovens, negras e pardas, inseridas em contextos de vulnerabilidade social (Domingues; Leal, 2016; Saraceni et al., 2017). Tais evidências reforçam a compreensão de que a ocorrência da doença está intrinsecamente relacionada às condições sociais e estruturais que permeiam o processo saúde-doença.

Silva et al. (2022b) destacam, ainda, que entre 2012 e 2016 houve um aumento significativo no número de casos de sífilis congênita em quase todos os estados brasileiros, especialmente nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. No mesmo período, o risco relativo de

sífilis em gestantes apresentou um aumento expressivo, indicando um agravamento do cenário epidemiológico. Esses dados evidenciam a necessidade de fortalecer as estratégias de prevenção, controle e eliminação da transmissão vertical da sífilis.

Contudo, a análise desses achados demanda uma abordagem crítica que vá além da mera dimensão descritiva. A concentração da sífilis entre mulheres negras e pardas deve ser compreendida à luz dos DSS e, sobretudo, do racismo estrutural, corroborando os achados de Paixão et al. (2023), que evidenciam desigualdades étnico-raciais na ocorrência da sífilis materna e congênita no Brasil.

No município de Santos, as desigualdades territoriais também devem ser consideradas na análise epidemiológica. Apesar da imagem histórica da cidade associada ao desenvolvimento econômico e ao complexo portuário, o território apresenta intensa segregação socioespacial. Regiões periféricas, morros e áreas de ocupação precária concentram populações negras e pobres com menor acesso a condições dignas de moradia, saneamento, educação e proteção social. Essas desigualdades impactam diretamente o perfil epidemiológico da sífilis gestacional, pois o adoecimento acompanha os territórios historicamente negligenciados pelo poder público (Tonolli et al., 2018).

Nesse sentido, o estudo de Silva et al. (2022b) reforça a compreensão de que a sífilis constitui um marcador sensível das iniquidades raciais na saúde. Conforme discutido por Miranda e Lima (2023), a persistência da doença no país reflete desigualdades históricas produzidas por processos estruturais, como o racismo, que impactam diretamente o acesso, a qualidade e a efetividade dos serviços de saúde. Assim, a variável raça/cor deve ser compreendida como categoria social e política, e não como biológica, atuando como marcador das condições desiguais de vida e de cuidado.

A literatura aponta, ainda, que a sífilis congênita constitui um evento sentinela da qualidade da atenção pré-natal (Domingues; Leal, 2016). Essa perspectiva permite problematizar o achado de que grande parte das gestantes realizou acompanhamento pré-natal, mesmo diante da ocorrência da transmissão vertical. Tal cenário evidencia falhas no diagnóstico oportuno, no tratamento adequado e na condução do cuidado, incluindo a não abordagem dos parceiros sexuais, reconhecida como um dos principais entraves ao controle da doença (Brasil, 2023a; Saraceni et al., 2017).

Quando analisado sob a perspectiva racial, esse problema se agrava. Estudos indicam que mulheres negras e pardas apresentam maior probabilidade de acesso tardio ao pré-natal,

menor número de consultas e menor qualidade da assistência recebida (Cobo; Cruz; Dickman, 2021). Além disso, essas mulheres estão mais expostas a condições estruturais adversas, como baixa escolaridade, precarização do trabalho e insegurança socioeconômica, fatores que ampliam a vulnerabilidade à infecção.

Outro aspecto relevante refere-se à distribuição territorial da doença. O estudo de Silva et al. (2022b) evidencia variações entre as macrorregiões brasileiras, o que reflete desigualdades históricas na organização dos serviços de saúde e nas condições de vida da população. Regiões com maior vulnerabilidade social tendem a apresentar taxas mais altas de sífilis, o que reforça a relação entre território, desigualdade social e acesso aos serviços de saúde.

Adicionalmente, a predominância de diagnósticos nas fases primária e latente sugere fragilidades no rastreamento precoce e no acompanhamento durante o pré-natal. Embora a ampliação do uso de testes rápidos represente um avanço importante, a persistência da sífilis congênita está associada à descontinuidade do cuidado e à inadequação do tratamento, especialmente em populações em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2023a).

Outro ponto crítico refere-se à qualidade dos sistemas de informação em saúde. A incompletude dos dados relativos à variável raça/cor, destacada por Silva et al. (2022b), compromete a análise das desigualdades e dificulta a formulação de políticas públicas orientadas pela equidade. Estudos recentes indicam que a ausência de dados qualificados contribui para a invisibilidade das populações negras e para a perpetuação das iniquidades em saúde (Oliveira et al., 2023).

Dessa forma, a sífilis gestacional e congênita deve ser compreendida como um agravante socialmente determinado, cuja ocorrência reflete a interseção entre raça, gênero e classe social. Mulheres negras e pardas, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade socioeconômica, enfrentam múltiplas barreiras no acesso a serviços de saúde de qualidade e estão mais expostas a contextos de negligência institucional.

Em síntese, os achados de Silva et al. (2022b), quando articulados à literatura recente, evidenciam que a sífilis gestacional no Brasil constitui uma expressão das desigualdades estruturais que atravessam a sociedade. A predominância de casos entre pessoas negras e pardas gestantes, associada à baixa escolaridade e à assistência pré-natal inadequada, revela que o agravamento está profundamente relacionado ao racismo estrutural e às iniquidades sociais. Assim, o enfrentamento da sífilis congênita exige não apenas o fortalecimento das ações biomédicas, mas também a implementação de políticas públicas voltadas à equidade racial, à

qualificação da atenção pré-natal e ao enfrentamento do racismo institucional no sistema de saúde.

A análise do estudo de Camêlo et al. (2022), intitulado “Racismo e iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim: o papel da mobilidade social intergeracional no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil)”, evidencia que as desigualdades raciais em saúde no Brasil constituem expressão direta do racismo estrutural, que organiza de forma desigual a distribuição de oportunidades ao longo do curso de vida. Os autores demonstram que indivíduos pretos e pardos apresentam piores indicadores de saúde e menores chances de mobilidade social intergeracional quando comparados aos brancos, revelando que tais desigualdades não são fortuitas, mas historicamente produzidas (Camêlo et al., 2022). Nesse sentido, a utilização da raça/cor como marcador social do racismo permite compreender a saúde como um fenômeno socialmente determinado, superando interpretações individualizantes e biologizantes.

Os resultados do estudo são particularmente expressivos ao demonstrar que, mesmo após ajustes por idade, sexo e centro de investigação, indivíduos pretos (OR = 2,15; IC 95%: 1,92–2,41) e pardos (OR = 1,82; IC 95%: 1,64–2,01) apresentaram maiores chances de autoavaliação de saúde ruim em comparação com os brancos. Além disso, a mobilidade educacional e socio-ocupacional intergeracional mediou uma parcela significativa dessa associação, indicando que as trajetórias sociais ao longo da vida desempenham um papel relevante na produção de iniquidades. Ainda assim, a persistência de diferenças após esses ajustes evidencia que o racismo não se limita aos determinantes socioeconômicos clássicos, operando como fator estruturante das desigualdades em saúde (Camêlo et al., 2022).

Essa perspectiva dialoga com a literatura sobre iniquidades raciais, que reconhece o racismo como elemento central na produção de desigualdades no acesso aos serviços, na qualidade da assistência e nos desfechos em saúde (Rodrigues; Pfaffenbach; Zanatta, 2021). No contexto da sífilis em gestantes negras e pardas, essa discussão assume particular relevância, uma vez que evidências epidemiológicas demonstram maior incidência da doença nesses grupos, o que reflete condições estruturais de vulnerabilidade e desigualdade.

Estudos nacionais recentes corroboram os achados de Camêlo et al. (2022), evidenciando que mulheres pretas e pardas são desproporcionalmente afetadas pela sífilis gestacional e congênita no Brasil (Fonte et al., 2025; Paixão et al., 2023; Silva et al., 2022b). Esses resultados indicam que a persistência do agravo não pode ser explicada apenas por fatores

individuais ou comportamentais, mas deve ser compreendida à luz das desigualdades estruturais que atravessam o sistema de saúde e a sociedade brasileira.

Outro dado relevante em estudo nacional, apresentado por Tonolli et al. (2018), refere-se ao elevado percentual de parceiros não tratados adequadamente, apontado como um importante fator de reinfecção. Entretanto, uma análise crítica exige cuidado para que essa informação não seja interpretada apenas pela lógica da responsabilização individual. A dificuldade de adesão do parceiro ao tratamento está profundamente associada às construções sociais de masculinidade, à precariedade dos vínculos com os serviços de saúde e às desigualdades de gênero que atravessam as relações afetivo-sexuais. Em muitos casos, mulheres negras e periféricas possuem autonomia limitada para negociar o cuidado sexual, sobretudo em contextos marcados por dependência econômica, violência e instabilidade social (Tonolli et al., 2018).

A principal contribuição do estudo de Camêlo et al. (2022) reside na demonstração de que a mobilidade social intergeracional medeia uma parcela significativa das desigualdades raciais em saúde. No entanto, a persistência de diferenças mesmo após esse controle reforça a compreensão do racismo como causa fundamental das iniquidades, operando para além das condições socioeconômicas. Essa interpretação encontra respaldo na literatura que define o racismo institucional como um mecanismo estruturante que produz e reproduz desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços de saúde (Werneck, 2016).

No campo da saúde materna, essas dinâmicas se manifestam por meio de barreiras ao acesso ao pré-natal, ao diagnóstico tardio e ao tratamento inadequado, especialmente entre mulheres negras e pardas. Evidências apontam que essas mulheres enfrentam maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde de qualidade, além de vivenciarem discriminação no atendimento, o que compromete a integralidade do cuidado (Morais et al., 2019). Nesse contexto, a persistência da sífilis gestacional revela falhas estruturais no sistema de saúde que impactam, de forma desigual, diferentes grupos raciais.

Adicionalmente, a literatura evidencia que o racismo institucional opera na organização dos serviços de saúde, influenciando as práticas profissionais, os fluxos assistenciais e a qualidade do cuidado. Isso se manifesta, por exemplo, na menor valorização das queixas de mulheres negras, na realização inadequada de exames e na condução inadequada do tratamento,

o que contribui para a manutenção da sífilis congênita (Oliveira; Kubiak, 2019; Souza et al., 2024).

Outro aspecto central refere-se à crítica à ideia de que a melhoria das condições socioeconômicas seria suficiente para reduzir as desigualdades raciais na saúde. O estudo de Camêlo et al. (2022) demonstra que, mesmo quando indivíduos negros alcançam melhores posições sociais, os retornos em termos de saúde permanecem inferiores aos dos brancos. Esse fenômeno evidencia que o racismo continua operando de forma independente, limitando os benefícios da mobilidade social.

Essa interpretação é reforçada por uma literatura mais ampla que critica a redução das desigualdades raciais à condição socioeconômica. Estudos indicam que o racismo atua como determinante autônomo, produzindo desigualdades que não se explicam apenas pela renda ou pela escolaridade (Zamora, 2012). Revisões brasileiras apontam, ainda, que a associação simplificada entre desigualdade racial e fatores econômicos contribui para a invisibilização do racismo estrutural, perpetuando o mito da democracia racial (Oliveira; Kubiak, 2019). Ademais, evidências indicam que as iniquidades raciais persistem mesmo diante de avanços socioeconômicos, atravessando diferentes dimensões da vida social (Coimbra, 2022; Rodrigues, Pfaffenbach e Zanatta, 2021).

No caso da sífilis gestacional, isso implica reconhecer que estratégias centradas exclusivamente na ampliação do acesso aos serviços de saúde são insuficientes se não forem acompanhadas de ações voltadas ao enfrentamento do racismo estrutural. A persistência de desigualdades no cuidado pré-natal, mesmo em contextos de maior cobertura assistencial, evidencia a necessidade de intervenções que considerem as dimensões sociais e raciais do processo saúde-doença.

O município de Santos apresenta características urbanas e econômicas que, em teoria, deveriam favorecer melhores desfechos epidemiológicos: elevada arrecadação municipal, importante infraestrutura hospitalar, serviços especializados e cobertura relativamente ampla da atenção primária. Entretanto, a persistência de casos de sífilis gestacional e congênita demonstra que o desenvolvimento econômico do território não elimina automaticamente as desigualdades raciais e sociais que estruturam o acesso aos cuidados (Tonolli et al., 2018). Nesse aspecto, o município reproduz exatamente a lógica discutida por Camêlo et al. (2022): ainda que existam avanços nas condições socioeconômicas e maior acesso formal aos serviços de saúde, pessoas negras permanecem expostas a piores condições de adoecimento e cuidado.

Nesse sentido, Santos expressa uma dimensão importante do racismo estrutural contemporâneo: a coexistência entre a modernização urbana e a manutenção de desigualdades racializadas. Embora o município possua indicadores econômicos superiores à média nacional, o território apresenta intensa segregação socioespacial, marcada pela concentração da população negra em áreas periféricas, em morros e em regiões historicamente negligenciadas pelo planejamento urbano. Essa distribuição desigual do espaço urbano impacta diretamente o acesso qualificado à saúde, ao transporte, à educação e às redes de proteção social, gerando vulnerabilidades específicas relacionadas à sífilis gestacional.

Por fim, a análise reforça a necessidade de abordagens interseccionais que articulem raça, gênero e classe social na compreensão dos agravos à saúde. A sífilis em pessoas negras e pardas que gestam deve ser compreendida como resultado da sobreposição de múltiplas vulnerabilidades, que se manifestam tanto no acesso aos serviços quanto nos desfechos de saúde (Camêlo et al., 2022). Dessa forma, o enfrentamento desse agravante exige políticas públicas que ultrapassem o modelo biomédico tradicional, incorporando estratégias voltadas à equidade racial, à qualificação da atenção pré-natal e ao combate ao racismo institucional. Nesse contexto, a sífilis gestacional configura-se como um importante marcador das desigualdades estruturais que caracterizam a sociedade brasileira, cuja persistência evidencia a necessidade de transformações profundas nas políticas e práticas de saúde.

A sífilis gestacional no Brasil configura-se como um importante problema de saúde pública que ultrapassa os limites da dimensão biomédica, revelando-se como expressão concreta das desigualdades sociais e raciais historicamente produzidas. Os achados de Oliveira et al. (2024) demonstram que, a partir da análise de 24 estudos que totalizaram 221.884 gestantes, a prevalência combinada de sífilis no país foi estimada em 1,79% (IC95%: 1,24–2,57), evidenciando a magnitude do agravamento no contexto nacional. Ademais, os autores evidenciam que a maior prevalência da doença entre gestantes está associada à raça/cor negra e parda, bem como a baixos níveis de escolaridade e condições socioeconômicas desfavoráveis, o que converge com os resultados desta pesquisa. Esses achados reforçam a ideia de que a sífilis gestacional se distribui de forma desigual na população, afetando de maneira mais intensa grupos socialmente vulnerabilizados (Oliveira et al., 2024).

Essa discussão tem uma relação profunda com o cenário santista. Embora o município possua ampla rede hospitalar e maternidades de referência, a persistência de diagnósticos tardios, de tratamento inadequado e de transmissão vertical da sífilis sugere que as falhas não são apenas técnicas, mas também são atravessadas por relações de poder, preconceitos raciais

e práticas discriminatórias institucionalizadas. Pessoas negras e pardas que gestam com frequência enfrentam maior dificuldade de acesso à escuta qualificada, ao acolhimento humanizado e ao cuidado longitudinal efetivo.

Nesse sentido, Santos reproduz um padrão nacional de assistência à saúde, marcado pela universalização formal do acesso, mas não necessariamente pela equidade racial no cuidado. A existência de pré-natal não garante que as gestantes negras recebam acompanhamento adequado, diagnóstico precoce ou tratamento oportuno.

Assim, a sífilis congênita torna-se um evento sentinela da incapacidade institucional de enfrentar as desigualdades estruturais que atravessam o cuidado materno-infantil. Assim, a sífilis gestacional em Santos deve ser compreendida como expressão das contradições do próprio modelo urbano e sanitário brasileiro: coexistem o desenvolvimento econômico, a modernização tecnológica e a persistência de profundas desigualdades raciais. O adoecimento acompanha os territórios historicamente marginalizados e evidencia que a universalização formal do SUS não eliminou os mecanismos estruturais de exclusão racial.

De modo específico, observou-se que mulheres gestantes que se autodeclararam pretas e pardas apresentaram maior associação com a ocorrência de sífilis gestacional, o que configura um importante marcador de desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde. Esse padrão é corroborado por estudos recentes que apontam maior concentração de casos entre mulheres pardas e com menor escolaridade, evidenciando a inter-relação entre raça/cor e condições sociais na determinação do agravo.

Além disso, os resultados desta pesquisa evidenciam que o baixo nível de escolaridade constitui um fator central na ocorrência da sífilis gestacional. Gestantes com menor escolaridade apresentaram maior prevalência da doença, o que pode ser interpretado como reflexo do acesso limitado à informação em saúde, à prevenção de IST e à compreensão das orientações recebidas durante o pré-natal. Estudos recentes indicam que a sífilis gestacional ocorre predominantemente entre mulheres com baixa escolaridade e inseridas em contextos de vulnerabilidade social, reforçando a ideia de que os determinantes educacionais estão diretamente associados ao risco de adoecimento (Oliveira et al., 2024).

Nesse sentido, a literatura da saúde coletiva tem avançado ao demonstrar que a raça/cor constitui um importante marcador social das desigualdades em saúde. Werneck (2016) destaca que o racismo institucional opera como determinante estruturante, influenciando tanto o acesso quanto a qualidade da assistência prestada à população negra. De forma semelhante, Batista e

Barros (2017) apontam que os indicadores de saúde dessa população são sistematicamente piores do que os da população branca, o que reflete desigualdades persistentes nos serviços de saúde. Esses achados corroboram os resultados desta pesquisa, indicando que mulheres negras e pardas enfrentam maiores barreiras no acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado da sífilis durante a gestação (Batista; Barros, 2017).

A análise desses dados também pode ser compreendida à luz da teoria do racismo estrutural. Conforme argumenta Almeida (2019), o racismo está inscrito nas estruturas sociais e institucionais, influenciando diretamente a distribuição de recursos e oportunidades. Dessa forma, as desigualdades observadas na sífilis gestacional refletem não apenas condições socioeconômicas desfavoráveis, mas também a forma como o sistema de saúde reproduz, ainda que de maneira não intencional, práticas desiguais de cuidado.

No campo da epidemiologia, estudos recentes reforçam a associação entre a sífilis gestacional e contextos de vulnerabilidade social. Domingues e Leal (2016) evidenciam que a incidência da sífilis congênita está relacionada a falhas na assistência pré-natal, incluindo diagnóstico tardio e tratamento inadequado. De modo complementar, Saraceni et al. (2017) destacam que a persistência da doença está associada à dificuldade na implementação de estratégias eficazes de vigilância e controle, especialmente em populações mais vulneráveis. Esses achados dialogam diretamente com os resultados desta pesquisa, ao indicarem que as fragilidades na atenção pré-natal impactam de forma mais intensa mulheres negras e pardas, o que amplia o risco de desfechos adversos.

Outro aspecto relevante refere-se ao diagnóstico tardio da sífilis gestacional, frequentemente realizado apenas no segundo ou terceiro trimestre da gestação, conforme apontado por Oliveira et al. (2024). Esse cenário compromete a prevenção da transmissão vertical e evidencia lacunas na qualidade do pré-natal. Figueiredo et al. (2020) destacam que fatores como a baixa adesão ao acompanhamento, a dificuldade de acesso aos serviços e a fragilidade do vínculo com a equipe de saúde contribuem para esse quadro. Quando analisados sob a perspectiva das desigualdades raciais, esses fatores revelam que mulheres negras e pardas estão mais expostas a contextos que dificultam o acesso contínuo e qualificado aos cuidados em saúde.

A literatura também evidencia a importância da participação do parceiro no controle da sífilis gestacional, sendo a não adesão do parceiro ao tratamento um dos principais fatores associados à persistência da infecção. No entanto, essa questão deve ser compreendida de forma

mais ampla, considerando que homens em contextos de vulnerabilidade social também enfrentam barreiras ao acesso aos serviços de saúde, o que limita sua participação nas estratégias de cuidado. Assim, a análise da sífilis gestacional deve ir além de abordagens individualizantes, incorporando os determinantes sociais que influenciam os comportamentos relacionados à saúde.

A perspectiva dos DSS contribui significativamente para a compreensão desse cenário. Barata (2012) destaca que as condições de vida e de trabalho, bem como o acesso a serviços, influenciam diretamente os padrões de adoecimento, evidenciando que a distribuição das doenças na população está relacionada às desigualdades sociais. Essa abordagem é reforçada por Paixão et al. (2023), que demonstram a existência de desigualdades étnico-raciais na ocorrência da sífilis materna e congênita no Brasil, evidenciando que mulheres negras apresentam maior risco de adoecimento e piores desfechos gestacionais.

Além disso, a interseccionalidade entre raça, gênero e classe social constitui um elemento central na compreensão das desigualdades em saúde. Mulheres negras e pardas, além de enfrentarem o racismo, estão mais frequentemente inseridas em contextos de precariedade socioeconômica, o que potencializa os riscos associados à sífilis gestacional. Essa sobreposição de vulnerabilidades evidencia que o risco não é determinado por um único fator, mas pela interação de múltiplas dimensões sociais que se reforçam mutuamente.

No âmbito das políticas públicas, observa-se que, embora o Brasil possua estratégias consolidadas para o controle da sífilis, como a ampliação do acesso ao teste rápido e ao tratamento com penicilina, a implementação dessas estratégias ainda enfrenta desafios importantes. A PNSIPN (Brasil, 2009) representa um avanço ao reconhecer o racismo como determinante social da saúde; no entanto, sua efetividade ainda é limitada pelas dificuldades de incorporar essa perspectiva às práticas cotidianas dos serviços de saúde. Nesse sentido, Werneck (2016) ressalta a necessidade de formação profissional voltada à equidade racial, de modo a enfrentar as desigualdades presentes no cuidado em saúde.

Dessa forma, os resultados desta pesquisa, em consonância com a literatura recente, evidenciam que a sífilis gestacional em mulheres negras e pardas deve ser compreendida como expressão das desigualdades estruturais que marcam a sociedade brasileira. A persistência desse agravamento nesse grupo revela a insuficiência das políticas e práticas de saúde para promover a equidade, indicando que seu enfrentamento requer não apenas melhorias na assistência pré-

natal, mas também o reconhecimento e a erradicação do racismo estrutural como determinante central da saúde.

Assim, torna-se fundamental a adoção de estratégias que articulem ações assistenciais, políticas públicas e intervenções sociais, visando reduzir as desigualdades raciais na saúde. O fortalecimento do pré-natal, a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, bem como a incorporação de práticas antirracistas nos serviços de saúde, constituem elementos essenciais para o enfrentamento da sífilis gestacional. Nesse contexto, a análise proposta contribui para o avanço do debate em saúde coletiva ao evidenciar que a superação desse agravo está intrinsecamente relacionada à construção de um sistema de saúde mais equitativo e socialmente justo.

Os achados de Neves e Yavo (2024), em um estudo de natureza exploratória descritiva, evidenciam que o sofrimento psíquico vivenciado durante o pré-natal está diretamente relacionado às condições de acesso aos serviços de saúde e às experiências de vulnerabilização institucional. As autoras apontam que o cuidado ofertado frequentemente se distancia de uma abordagem integral e humanizada, permeado por práticas de silenciamento, negligência e deslegitimação da dor, particularmente entre mulheres negras (Neves; Yavo, 2024). Essa realidade dialoga com os resultados de Paixão et al. (2023), que demonstram que as desigualdades étnico-raciais constituem determinantes centrais na ocorrência da sífilis gestacional e congênita no Brasil, evidenciando o papel estruturante do racismo nos desfechos em saúde.

Além das vulnerabilidades socioeconômicas, os marcadores de gênero também assumem centralidade na compreensão da sífilis gestacional em Santos. A responsabilização histórica das mulheres pelo cuidado reprodutivo gera uma sobrecarga emocional e social intensa durante a gestação, sobretudo em situações de adoecimento. Conforme apontam Neves e Yavo (2024), muitas mulheres experimentam sentimentos de culpa, medo e sofrimento psíquico durante o acompanhamento pré-natal, especialmente quando submetidas a práticas institucionais marcadas pela negligência e pela violência simbólica. No caso das mulheres negras santistas, esse sofrimento é intensificado pelas experiências de racismo institucional presentes nos serviços de saúde, em que suas dores são frequentemente minimizadas, suas queixas desacreditadas e suas necessidades subjetivas invisibilizadas.

À luz do modelo teórico dos DSS, proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), compreende-se que o processo saúde-doença é influenciado por diferentes camadas de

determinação, que incluem fatores individuais, estilos de vida, redes sociais, condições de vida e trabalho e, sobretudo, os contextos socioeconômicos, culturais e ambientais mais amplos. Nessa perspectiva, a sífilis gestacional não se distribui aleatoriamente, mas segue padrões socialmente determinados, refletindo a posição social das gestantes.

A análise dos estudos epidemiológicos incluídos (Andrade et al., 2024; Loureiro et al., 2026; Santos et al., 2024b) revela um padrão consistente de maior incidência entre mulheres jovens, com baixa escolaridade, inseridas em contextos socioeconômicos desfavoráveis e majoritariamente pretas e pardas. Esse perfil evidencia que a doença está diretamente relacionada aos determinantes estruturais, como renda, escolaridade e raça/cor, que condicionam as oportunidades de acesso à saúde, conforme o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991).

Nesse sentido, o contexto de vulnerabilidade social emerge como um eixo central na determinação da sífilis gestacional. As condições socioeconômicas desfavoráveis, associadas à instabilidade financeira durante a gestação, à precariedade das condições de vida e à dependência do sistema público de saúde, constituem determinantes intermediários que influenciam diretamente o acesso, a continuidade e a qualidade do cuidado. Ainda que o SUS represente um avanço na garantia do direito à saúde, persistem desigualdades na oferta e na qualidade dos serviços, o que reflete a atuação desses determinantes.

Paralelamente, os marcadores de gênero configuram determinantes sociais relevantes, ao evidenciarem a centralização da responsabilidade reprodutiva na mulher. Essa dinâmica impõe uma sobrecarga emocional e social significativa, reforçada por normas sociais associadas ao “papel materno”, que dificultam a expressão do sofrimento psíquico (Neves; Yavo, 2024). Assim, a maternidade, enquanto construção social, atua como determinante que organiza as experiências de cuidado e de sofrimento.

Quando articulados à dimensão racial, esses fatores evidenciam a centralidade do racismo estrutural como determinante social da saúde, situado na camada mais ampla do modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), relacionada às condições socioeconômicas e culturais. A literatura demonstra que mulheres negras enfrentam maiores dificuldades de acesso aos serviços, recebem atendimento de menor qualidade e estão mais expostas a práticas discriminatórias (Paixão et al., 2023), o que se traduz em piores desfechos em saúde.

Adicionalmente, a interseccionalidade entre raça, gênero e classe social evidencia a sobreposição de determinantes sociais, intensificando as vulnerabilidades vivenciadas por

pessoas negras e pardas que gestam. Essa sobreposição amplia os riscos de exposição à sífilis e dificulta o acesso aos cuidados, reforçando a compreensão da doença como um evento sentinela das desigualdades sociais.

Outro aspecto relevante refere-se ao paradoxo epidemiológico da sífilis gestacional: trata-se de uma infecção de fácil diagnóstico e tratamento, mas que mantém elevada incidência e importantes desfechos adversos. À luz do modelo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), esse cenário evidencia que a persistência da doença não decorre da ausência de tecnologias diagnósticas ou terapêuticas, mas da atuação de determinantes estruturais e intermediários que limitam o acesso equitativo ao cuidado (Novais et al., 2024; Silva et al., 2024). Entre esses determinantes, destaca-se também a dimensão subjetiva do cuidado, uma vez que o sofrimento psíquico decorrente de experiências de violência, negligência e discriminação impacta diretamente a relação das gestantes com os serviços de saúde, comprometendo a adesão ao pré-natal, ao tratamento e à continuidade do cuidado (Neves; Yavo, 2024).

Dessa forma, a análise integrada dos estudos evidencia que a sífilis gestacional entre pessoas negras e pardas deve ser compreendida como um fenômeno socialmente determinado, cuja persistência reflete a interação entre diferentes níveis de determinação, conforme proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).

Por fim, destaca-se que o sofrimento psíquico vivenciado por pessoas negras e pardas no contexto da gestação não pode ser compreendido como uma experiência individual ou circunstancial, mas sim como expressão direta das múltiplas formas de opressão que estruturam a sociedade brasileira. Estudos no campo da saúde coletiva evidenciam que o racismo estrutural, articulado às desigualdades de gênero e classe, atua como fator produtor de sofrimento psíquico, ao expor essas mulheres a experiências contínuas de violência simbólica, discriminação e deslegitimação de suas vivências. Além disso, a literatura aponta que a saúde mental de mulheres negras é historicamente atravessada por processos intergeracionais de vulnerabilização, nos quais a sobrecarga social, o silenciamento emocional e a negação do direito ao cuidado produzem impactos profundos na subjetividade (Brito, 2023; Prado et al., 2021; Santos; Travassos, 2023). Nesse sentido, o sofrimento psíquico dessas mulheres deve ser reconhecido como um fenômeno socialmente determinado, que se inscreve no corpo e na experiência gestacional como resultado das iniquidades estruturais, exigindo, portanto, respostas institucionais que incorporem uma perspectiva antirracista, interseccional e centrada na integralidade do cuidado.

A análise do estudo de Soares e Aquino (2021), desenvolvido no estado da Bahia, com base em dados do SINAN, referentes ao período de 2007 a 2017, possibilita uma compreensão ampliada da magnitude epidemiológica da sífilis gestacional e congênita, bem como de suas interfaces com os processos sociais de produção da saúde e da doença. Ao situar o agravo em um contexto marcado por profundas desigualdades sociais, o estudo permite avançar para além de uma leitura meramente descritiva, evidenciando a necessidade de uma interpretação crítica dos determinantes que sustentam sua persistência (Soares; Aquino, 2021).

Os achados evidenciam a expressividade do problema, com a identificação de 15.050 casos de sífilis gestacional e 7.812 casos de sífilis congênita, além de um incremento significativo nas taxas de incidência ao longo do período analisado, que passaram de 1,3 para 15,1 casos em gestantes por mil nascidos vivos e de 0,5 para 6,7 casos em menores de um ano por mil nascidos vivos (Soares; Aquino, 2021). Embora tal tendência possa ser parcialmente atribuída à ampliação da capacidade diagnóstica e ao fortalecimento da vigilância epidemiológica, ela revela, de forma mais estrutural, fragilidades persistentes na organização das ações de prevenção e controle da transmissão vertical, especialmente no âmbito da atenção pré-natal.

No que se refere à qualidade dos dados, a incompletude de variáveis essenciais, como a classificação clínica dos casos, com taxas de preenchimento entre 58,2% e 67,2%, evidencia limitações importantes dos sistemas de informação em saúde, comprometendo a robustez das análises epidemiológicas e a formulação de estratégias de intervenção baseadas em evidências (Soares; Aquino, 2021). Conforme argumentam Mello Jorge, Laurenti e Gotlieb (2010), a baixa qualidade dos registros não se restringe a uma dimensão técnico-operacional, mas também reflete fragilidades estruturais na produção e na gestão das informações em saúde, com implicações diretas na visibilidade das desigualdades sociais.

A caracterização do perfil epidemiológico revela maior concentração da sífilis gestacional entre pessoas negras e pardas que gestam, na faixa etária de 20 a 39 anos e com menor escolaridade, evidenciando um padrão que expressa a inter-relação entre marcadores sociais de desigualdade (Soares; Aquino, 2021). Tais achados não devem ser interpretados isoladamente, mas sim compreendidos à luz dos determinantes socioculturais que estruturam o acesso aos serviços de saúde. A histórica vulnerabilização da população negra, associada a menores níveis educacionais e a restrições no acesso a informações e recursos de prevenção,

contribui para a manutenção de desigualdades no cuidado pré-natal, especialmente no que se refere à oportunidade diagnóstica e à qualidade da assistência.

No município de Santos, a sífilis gestacional evidencia de forma concreta as contradições entre a elevada capacidade instalada dos serviços de saúde e a persistência de importantes iniquidades sociais e raciais. Ainda que a cidade disponha de ampla cobertura de serviços, incluindo unidades de atenção primária, maternidades de referência e programas voltados à saúde materno-infantil, observa-se a persistência de casos de sífilis gestacional e congênita entre pessoas negras e pardas residentes que gestam, sobretudo, em territórios marcados por maior vulnerabilidade social. Essa realidade evidencia que o acesso aos serviços de saúde não se resume à existência física da rede assistencial, mas também envolve a qualidade do cuidado, o acolhimento, a escuta e a ausência de práticas discriminatórias no interior das instituições.

Nesse sentido, os elementos relacionados à raça/cor da pele, à escolaridade e ao acesso aos serviços de saúde atuam como determinantes estruturais que condicionam a distribuição do agravo. A maior incidência de sífilis entre pessoas negras e pardas que gestam não pode, portanto, ser compreendida como uma característica inerente a esse grupo populacional, mas sim como expressão de processos históricos e sociais que produzem e reproduzem desigualdades no acesso a direitos fundamentais, incluindo o direito à saúde (Soares; Aquino, 2021).

Tal interpretação encontra respaldo no referencial do racismo estrutural, que, conforme Silvio Almeida (2019), constitui um elemento organizador das relações sociais, influenciando a distribuição desigual de recursos, oportunidades e condições de vida. No campo da saúde, essa dinâmica se materializa por meio do racismo institucional, que, segundo Jurema Werneck (2016), se manifesta em práticas, rotinas e processos que produzem cuidado desigual, afetando de forma mais intensa a população negra.

No contexto da sífilis gestacional, o racismo institucional se manifesta, entre outros aspectos, no acesso tardio ao pré-natal, na inadequação da realização de exames diagnósticos e na baixa resolutividade do cuidado, mesmo quando há contato com os serviços de saúde (Werneck, 2016). Os achados de Soares e Aquino (2021) corroboram essa interpretação ao evidenciar diagnósticos tardios, frequentemente realizados no momento do parto, o que indica falhas na detecção precoce e no manejo adequado da infecção.

Esse cenário evidencia que a ampliação da cobertura do pré-natal, embora relevante, não tem sido suficiente para garantir a qualidade e a efetividade do cuidado. Conforme demonstrado por Tomasi et al. (2017), persistem desigualdades significativas na qualidade da atenção pré-natal no Brasil, com impacto mais acentuado sobre pessoas negras e pardas que gestam e têm menor escolaridade, o que contribui para a manutenção de agravos evitáveis, como a sífilis congênita.

Além disso, é importante destacar que tais desigualdades não se restringem ao acesso ou à qualidade do cuidado, mas também se manifestam na forma como os serviços de saúde reconhecem ou deixam de reconhecer as necessidades específicas da população negra. Estudos no campo da saúde coletiva apontam que práticas institucionais frequentemente desconsideram dimensões culturais, sociais e históricas que atravessam o cuidado, produzindo formas sutis e persistentes de exclusão no interior dos serviços (Batista; Barros; Leite, 2012; Kalckmann; Santos; Batista, 2007). Nesse sentido, a baixa resolutividade do cuidado em sífilis gestacional pode ser compreendida como parte de um processo mais amplo de deslegitimação das demandas dessas populações.

A associação entre baixa escolaridade e maior ocorrência da sífilis gestacional reforça a necessidade de uma abordagem analítica fundamentada na interseccionalidade. Nessa perspectiva, conforme argumenta Patricia Hill Collins (2021), os sistemas de opressão, como racismo, classismo e sexismo, operam de forma articulada, produzindo condições específicas de vulnerabilidade. Assim, a sífilis gestacional deve ser compreendida como um fenômeno socialmente determinado, cuja distribuição reflete a sobreposição de desigualdades estruturais (Collins, 2021).

Adicionalmente, a fragilidade dos sistemas de informação, especialmente no que se refere às variáveis sociais, limita a capacidade de identificar iniquidades e formular políticas públicas orientadas à equidade. Essa problemática pode ser aprofundada à luz da reflexão de Achille Mbembe (2018), que evidencia como determinadas populações são sistematicamente expostas a condições de maior vulnerabilidade e menor proteção estatal, inclusive no campo da saúde. Nesse contexto, a persistência da sífilis congênita pode ser interpretada como um indicador da insuficiência das respostas institucionais diante das necessidades de grupos historicamente marginalizados.

Dessa forma, a sífilis gestacional e congênita configura-se como um marcador sensível das desigualdades estruturais em saúde no Brasil, evidenciando a inter-relação entre

determinantes sociais, raciais e institucionais que condicionam o processo saúde-doença. No caso de pessoas negras e pardas que gestam, essa problemática assume maior magnitude, evidenciando a persistência de iniquidades historicamente produzidas, que comprometem a efetividade das políticas públicas de saúde e a qualidade da atenção pré-natal. Ademais, tais desigualdades integram um contexto mais amplo de vulnerabilização social, constituindo a base sobre a qual se desenvolve a cascata de eventos que culmina na transmissão vertical da sífilis e em desfechos adversos à saúde do neonato (Paixão et al., 2023; Soares; Aquino, 2021; Tomasi et al., 2017; Werneck, 2016).

Por fim, evidencia-se que o enfrentamento da sífilis gestacional e congênita demanda a implementação de estratégias que transcendam a lógica estritamente biomédica, incorporando abordagens orientadas pelos princípios da equidade, da integralidade do cuidado e do enfrentamento das desigualdades estruturais. Tal perspectiva implica não apenas a ampliação do acesso ao pré-natal, mas, sobretudo, a garantia de sua qualidade, a qualificação permanente dos profissionais de saúde e o fortalecimento dos sistemas de informação. Ademais, torna-se imprescindível a incorporação da perspectiva racial nas políticas e práticas em saúde, bem como o investimento em processos formativos voltados à educação em saúde e ao letramento racial, de modo a favorecer o reconhecimento e o enfrentamento do racismo institucional nas práticas assistenciais. Essas estratégias são fundamentais para a redução das iniquidades em saúde e para a efetivação de um cuidado mais equitativo, resolutivo e culturalmente sensível (Almeida, 2019; Brasil, 2017b; Tomasi et al., 2017; Werneck, 2016).

A sífilis gestacional, apesar de dispor de tecnologias diagnósticas acessíveis e de tratamento eficaz no âmbito do SUS, permanece um importante problema de saúde pública no Brasil, evidenciando a complexa articulação entre dimensões biomédicas, sociais e estruturais. A análise de Torres (2022), em um estudo de coorte retrospectivo brasileiro em uma cidade do interior do estado de São Paulo, que acompanhou as práticas de cuidado e tratamento no pré-natal, permite tensionar a compreensão tradicional do agravo ao evidenciar que o desfecho principal do estudo, a adequação do tratamento durante o pré-natal conforme os protocolos preconizados, não se traduz, necessariamente, em efetividade do cuidado. Embora 75,3% das gestantes tenham sido classificadas como adequadamente tratadas, considerando o esquema terapêutico preconizado e o tempo oportuno da intervenção, esse resultado deve ser interpretado com cautela diante das importantes fragilidades identificadas no cuidado. O estudo evidenciou que apenas 5,3% das gestantes realizaram o seguimento pós-tratamento com testes não treponêmicos conforme as recomendações, indicando deficiência no monitoramento da

resposta terapêutica. Além disso, em 35% dos casos, não houve tratamento da parceria sexual, principalmente devido à ausência de contato entre o parceiro e a gestante, o que comprometeu a interrupção da cadeia de transmissão e aumentou o risco de reinfecção materna. Esses achados demonstram que a adequação do tratamento, quando avaliada apenas pelo cumprimento do esquema terapêutico e pelo tempo de administração, não reflete integralmente a qualidade da assistência prestada, evidenciando uma dissociação entre os indicadores normativos e a efetividade do cuidado ofertado durante o pré-natal (Torres, 2022).

Os desfechos secundários analisados no estudo de Torres, (2022) aprofundam essa problemática ao evidenciar limitações importantes à continuidade da assistência. O seguimento pós-tratamento mostrou-se significativamente comprometido, com apenas 5,3% das gestantes realizando testes não treponêmicos conforme as recomendações clínicas, o que compromete a avaliação da resposta terapêutica e a detecção de possíveis falhas no tratamento. Ademais, a ausência de tratamento das parcerias sexuais em 35% dos casos é frequentemente associada à perda do vínculo entre o parceiro e a gestante, evidenciando fragilidades na abordagem relacional da doença e contribuindo para a reinfecção e a manutenção da cadeia de transmissão (Torres, 2022). Esses achados dialogam com a literatura recente, que aponta que a persistência da sífilis gestacional no Brasil está menos relacionada à indisponibilidade de recursos terapêuticos e mais às falhas na organização do cuidado, especialmente no que se refere à continuidade assistencial e à inclusão dos parceiros no tratamento (Silva; Rabelo, 2026).

Segundo a análise da pesquisa sobre a sífilis na gestação em pessoas negras e pardas em Santos, a realidade do município evidencia que o racismo estrutural permanece como determinante central dos desfechos em saúde. Mesmo em uma cidade com ampla rede assistencial, pessoas negras e pardas que gestam, continuam enfrentando maiores barreiras para acessar serviços de qualidade, realizar diagnósticos precoces e receber tratamento adequado. O racismo institucional manifesta-se tanto de forma explícita quanto sutil, por meio de práticas de desumanização, da menor valorização da dor das mulheres negras, de falhas na comunicação profissional-paciente e da ausência de cuidado culturalmente sensível. Esses fatores comprometem diretamente a adesão ao pré-natal e ao tratamento da sífilis, contribuindo para a persistência da transmissão vertical no município.

A análise das características sociodemográficas das gestantes no estudo de Torres (2022) reforça a compreensão da sífilis gestacional como um fenômeno socialmente determinado. Observa-se a predominância de mulheres não brancas (58,8%), com baixa escolaridade (35,5% com ensino fundamental incompleto) e inserção socioeconômica

fragilizada, evidenciada pela ausência de trabalho formal em aproximadamente 90% dos casos. Esse perfil evidencia que a doença não se distribui de forma homogênea na população, mas incide com maior intensidade em grupos historicamente vulnerabilizados (Torres, 2022). Nesse sentido, estudos epidemiológicos demonstram que a sífilis gestacional apresenta maior prevalência entre mulheres negras e pardas, o que reflete desigualdades estruturais no acesso aos serviços de saúde e na qualidade do cuidado ofertado (Santana et al., 2021).

A variável raça/cor, portanto, não pode ser interpretada apenas como um dado descritivo, mas deve ser compreendida como um marcador social que expressa relações históricas de desigualdade e exclusão. A literatura contemporânea no campo da Saúde Coletiva, especialmente sob a perspectiva dos determinantes sociais e estruturais da saúde, tem evidenciado que categorias como raça, gênero e classe constituem elementos centrais na produção das iniquidades em saúde, influenciando tanto o acesso quanto a qualidade da atenção (Galvão et al., 2021). Nesse contexto, o racismo estrutural configura-se como determinante fundamental na produção de agravos evitáveis, de modo que a maior concentração de casos de sífilis gestacional entre mulheres negras e pardas evidencia a persistência de desigualdades raciais no sistema de saúde brasileiro, reforçando a necessidade de abordagens analíticas interseccionais que articulem raça, classe e gênero.

A baixa escolaridade observada entre as gestantes configura-se como fator relevante na análise do agravo, uma vez que está diretamente associada à menor compreensão das orientações em saúde, à dificuldade de adesão ao tratamento e ao comprometimento do seguimento clínico (Torres, 2022). A literatura no campo dos DSS tem evidenciado que fatores socioeconômicos, como a escolaridade, influenciam diretamente o comportamento em saúde e a capacidade de adesão às terapêuticas, não podendo ser reduzidos a atributos individuais (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Guimarães; Queiroz, 2021). Nesse sentido, a adesão ao tratamento deve ser compreendida como um fenômeno multidimensional, condicionado por aspectos sociais, econômicos e culturais que impactam a capacidade dos indivíduos de acessar, compreender e dar continuidade ao cuidado. Dessa forma, a escolaridade deve ser interpretada como expressão das desigualdades estruturais que condicionam o processo saúde-doença, e não apenas como uma característica individual.

No que se refere à situação ocupacional, a predominância de gestantes sem trabalho formal evidencia condições de vulnerabilidade socioeconômica que podem impactar diretamente o acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento. A precarização do trabalho e a instabilidade financeira limitam a autonomia das mulheres no cuidado de sua saúde, além

de reforçar a dependência de políticas públicas (Torres, 2022). A literatura destaca que fatores socioeconômicos, como a renda e a inserção no mercado de trabalho, desempenham papel central na ocorrência da sífilis gestacional, reforçando a relação entre desigualdade social e agravos evitáveis (Morceli, 2025).

A faixa etária das gestantes, composta majoritariamente por mulheres jovens, com mediana de 23 anos entre aquelas com tratamento adequado e de 25 anos entre as que não receberam tratamento adequado, também se apresenta como elemento relevante na análise. A associação estatisticamente significativa entre a idade materna e a adequação do tratamento sugere que fatores relacionados à autonomia, à experiência de vida e à capacidade de negociação nas relações afetivo-sexuais podem influenciar a adesão ao cuidado (Torres, 2022). A literatura evidencia que gestantes mais jovens, especialmente adolescentes e adultas jovens, apresentam maior vulnerabilidade social, maior exposição a comportamentos de risco e menor acesso a informações qualificadas em saúde, o que pode comprometer o seguimento do pré-natal e o manejo adequado de IST (Azevedo et al., 2015; Laurentino et al., 2024). Nesse sentido, a idade materna deve ser compreendida não apenas como variável biológica, mas também como marcador de vulnerabilidades sociais que interferem diretamente na qualidade do cuidado e nos desfechos de saúde.

Adicionalmente, a elevada proporção de diagnósticos no primeiro trimestre gestacional (73%) e a predominância de sífilis latente (89%) evidenciam avanços no acesso ao pré-natal e na detecção precoce da doença. No entanto, esses dados também revelam uma importante contradição: o acesso ao serviço não garante, necessariamente, a qualidade do cuidado (Torres, 2022). A literatura aponta que, embora a cobertura do pré-natal tenha sido ampliada no Brasil, persistem falhas na condução clínica e na continuidade da assistência, o que compromete a efetividade das ações de controle da sífilis gestacional (Silva et al., 2024).

A análise dos aspectos relacionais, particularmente no que se refere ao tratamento das parcerias sexuais, evidencia limites importantes na organização da atenção à saúde. A ausência de tratamento do parceiro em parcela significativa dos casos revela fragilidades na corresponsabilização do cuidado e na abordagem integral da doença, reforçando a centralização da assistência na mulher gestante. Essa lógica, além de comprometer a efetividade das intervenções, reproduz desigualdades de gênero e invisibiliza o papel dos homens na cadeia de transmissão (Torres, 2022). Silva e Rabelo (2026) destacam que, a inclusão dos parceiros no cuidado é fundamental para a prevenção da reinfecção e para o controle da transmissão vertical,

sendo sua ausência um dos principais entraves no enfrentamento da sífilis gestacional (Silva; Rabelo, 2026).

Diante desse conjunto de evidências, é possível afirmar que a sífilis gestacional deve ser compreendida como um evento sentinela das iniquidades em saúde, particularmente quando analisada no recorte de pessoas negras e pardas que gestam. A concentração do agravo em populações socialmente vulnerabilizadas evidencia a insuficiência de um modelo de atenção que, embora universal em sua concepção, ainda não consegue garantir equidade no cuidado. Assim, a persistência da sífilis gestacional no Brasil revela não apenas falhas assistenciais, mas também a necessidade de enfrentar as desigualdades estruturais que condicionam o processo saúde-doença.

Por fim, a análise crítica da dissertação de Torres (2022) permite avançar na compreensão da sífilis gestacional como um fenômeno complexo e multifacetado, cuja superação exige a articulação entre intervenções clínicas e ações estruturais. A incorporação de uma perspectiva analítica que considere os determinantes sociais e raciais da saúde é fundamental para o desenvolvimento de estratégias mais efetivas e equitativas. Nesse sentido, o enfrentamento da sífilis gestacional demanda não apenas o aprimoramento das práticas assistenciais, mas também a implementação de políticas públicas comprometidas com a justiça social e a erradicação do racismo estrutural no sistema de saúde brasileiro.

A comparação do estudo de Borba e Silva (2022) com a literatura recente permite aprofundar a compreensão da sífilis gestacional como um fenômeno socialmente determinado, evidenciando convergências importantes entre diferentes abordagens metodológicas e contextos regionais ao identificar associação significativa entre sífilis gestacional, baixa classe social e raça/cor negra, dialoga diretamente com achados de investigações nacionais e internacionais que apontam a centralidade dos DSS na ocorrência do agravo.

O estudo de Borba e Silva (2022), realizado em uma maternidade do estado de Santa Catarina, identificou associação estatisticamente significativa entre sífilis gestacional e baixa classe social, bem como com a variável raça/cor, evidenciando maior chance de infecção entre mulheres negras. Esses achados são particularmente relevantes, pois demonstram, por meio de análise inferencial, que a distribuição da doença não é aleatória, mas sim segue padrões socialmente determinados. A identificação de uma razão de chances elevada entre mulheres negras reforça a compreensão de que a sífilis gestacional está intrinsecamente relacionada a

processos históricos e estruturais que produzem desigualdades raciais no acesso à saúde (Borba; Silva, 2022).

Nesse sentido, a revisão sistemática conduzida por Oliveira et al. (2024) corrobora os resultados de Borba e Silva (2022), ao evidenciar que a maior prevalência de sífilis gestacional no Brasil está associada à raça/cor preta e parda, à baixa escolaridade e às condições socioeconômicas desfavoráveis. De forma semelhante, Domingues e Leal (2016) demonstram que a incidência de sífilis congênita está diretamente relacionada à inadequação do pré-natal, especialmente no que se refere ao diagnóstico tardio e ao tratamento insuficiente, fatores que afetam de maneira mais intensa mulheres em situação de vulnerabilidade social (Borba; Silva, 2022; Domingues, Leal, 2016; Oliveira et al., 2024).

Saraceni et al. (2017), ao analisarem a vigilância da sífilis congênita no Brasil, reforçam essa perspectiva ao evidenciar que a persistência da doença está associada a falhas na organização dos serviços de saúde, incluindo a baixa cobertura de tratamento de parceiros e a descontinuidade do cuidado. Esses achados ampliam a compreensão dos resultados de Borba e Silva (2022), ao demonstrar que, para além dos fatores individuais, existem fragilidades estruturais e programáticas que sustentam a ocorrência da sífilis gestacional (Saraceni et al., 2017; Borba; Silva, 2022).

O estudo clássico, como o de Paixão et al. (2023), aprofunda essa análise ao incorporar a dimensão das desigualdades étnico-raciais, evidenciando o impacto do racismo estrutural na distribuição do agravo. Essa abordagem permite reinterpretar os achados de Borba e Silva (2022), situando a variável raça/cor como marcador social de desigualdades historicamente produzidas, e não como fator biológico (Borba; Silva, 2022; Paixão et al., 2023).

Ao falarmos da realidade do município de Santos, observamos um paradoxo epidemiológico. Trata-se de um município com infraestrutura de saúde superior à de muitas cidades brasileiras, mas que ainda enfrenta dificuldades no controle efetivo da sífilis gestacional e congênita. Essa contradição evidencia que a persistência da doença não decorre apenas da ausência de recursos ou tecnologias, mas, principalmente, da atuação dos DSS e das desigualdades estruturais que limitam o acesso equitativo ao cuidado. A simples ampliação da oferta de serviços não garante, necessariamente, um cuidado integral, humanizado e antirracista.

Além disso, estudos como o de Moraes et al. (2019) apontam que a sífilis gestacional ocorre predominantemente entre mulheres jovens, negras e com baixa escolaridade, reforçando

a inter-relação entre raça, gênero e classe social. Andrade et al. (2023) também identificam uma associação entre baixa escolaridade e maior risco de sífilis gestacional, destacando o papel das desigualdades educacionais na determinação do agravamento. Esses achados dialogam com Borba e Silva (2022), ao evidenciar que a vulnerabilidade social se expressa por múltiplas dimensões interligadas (Andrade et al., 2023; Borba; Silva, 2022; Morais et al., 2019).

No contexto internacional, Yadav et al. (2018) demonstram que as desigualdades sociais impactam diretamente o acesso aos serviços de saúde materna, influenciando a ocorrência de infecções evitáveis durante a gestação. Esse resultado reforça a compreensão de que a sífilis gestacional não é um fenômeno isolado do contexto brasileiro, mas integra um padrão global de iniquidades em saúde, especialmente em países marcados por desigualdades sociais (Yadav et al., 2018).

Adicionalmente, estudos ecológicos, como o de Silva et al. (2022b), evidenciam a distribuição espaço-temporal da sífilis no Brasil e demonstram maior concentração de casos em regiões com piores indicadores socioeconômicos. Esses dados reforçam a ideia de que o território constitui um elemento importante na análise do agravo, uma vez que reflete a distribuição desigual de recursos e de serviços de saúde (Silva et al., 2022b).

Dessa forma, ao comparar o estudo de Borba e Silva (2022) com a literatura, observa-se ampla convergência quanto à associação entre sífilis gestacional e vulnerabilidade social, especialmente em relação à raça/cor, à escolaridade e às condições socioeconômicas. No entanto, estudos mais recentes avançam ao interpretar esses fatores como expressões de processos estruturais, tais como o racismo e as desigualdades sociais, ampliando a compreensão do fenômeno para além de uma perspectiva meramente descritiva (Borba; Silva, 2022).

Em síntese, a análise comparativa evidencia que a sífilis gestacional deve ser compreendida como um evento sentinela das iniquidades em saúde, cuja ocorrência reflete a interação entre determinantes sociais, estruturais e programáticos. Assim, os achados de Borba e Silva (2022) se inserem em um corpo consistente de evidências que apontam para a necessidade de fortalecimento das políticas públicas orientadas pela equidade, com ênfase na qualificação da atenção pré-natal e no enfrentamento do racismo estrutural (Borba; Silva, 2022).

O estudo de Pauli et al. (2024) evidencia que gestantes não brancas apresentam maior chance de infecção por sífilis (OR: 2,12), indicando que a variável raça/cor constitui um marcador relevante de vulnerabilidade à saúde. Tal achado encontra respaldo em investigações nacionais, como as de Conceição, Câmara e Pereira (2020) e Benedetti et al. (2019), que

demonstram maior exposição de mulheres negras e pardas à sífilis gestacional, não em decorrência de fatores biológicos, mas em função de sua inserção em contextos sociais marcados por precariedade das condições de vida e acesso desigual aos serviços de saúde (Benedetti et al., 2019; Conceição; Câmara; Pereira, 2020; Pauli et al., 2024).

A associação entre sífilis gestacional e raça/cor deve ser analisada à luz do racismo estrutural, entendido como um sistema que produz e reproduz desigualdades no acesso a bens e serviços, incluindo a atenção à saúde. Nesse contexto, mulheres negras e pardas estão mais frequentemente expostas a condições socioeconômicas desfavoráveis, à menor escolaridade e à inserção precária no mercado de trabalho, fatores que impactam diretamente o acesso e a qualidade do cuidado pré-natal. Conforme evidenciado por Conceição, Câmara e Pereira (2020), a distribuição da sífilis gestacional apresenta forte relação com territórios socialmente vulnerabilizados, o que evidencia a interseção entre raça, espaço geográfico e condições de vida.

A partir do modelo teórico dos DSS, proposto por Dahlgren e Whitehead (1991), compreende-se que a sífilis gestacional em Santos segue padrões socialmente determinados. A distribuição da doença no município reflete as desigualdades históricas presentes na organização do território urbano santista. Embora Santos seja reconhecida por seu desenvolvimento econômico, observa-se a coexistência de áreas de grande valorização imobiliária e de regiões marcadas pela vulnerabilidade social, como os morros, a Zona Noroeste e territórios periféricos historicamente ocupados pela população negra e de baixa renda. Essas desigualdades territoriais condicionam diferentes possibilidades de acesso aos serviços de saúde, à informação, à proteção social e a condições de vida adequadas.

A literatura aponta convergência quanto à influência dos determinantes sociais na ocorrência da sífilis gestacional. Benedetti et al. (2019) destacam que, embora haja ampliação da cobertura do pré-natal no Brasil, persistem fragilidades na qualidade da assistência, com falhas no diagnóstico precoce, na testagem adequada e na instituição do tratamento oportuno. Esses achados são corroborados por Vargas et al. (2018), que identificam elevada prevalência de sífilis em maternidades públicas, associada à insuficiência da qualidade da assistência, sobretudo entre mulheres em situação de maior vulnerabilidade social.

Nesse sentido, destaca-se o papel do racismo institucional nos serviços de saúde, que se manifesta por meio de práticas discriminatórias, explícitas ou implícitas, capazes de comprometer a qualidade da assistência prestada à população negra. Essas práticas incluem a

desvalorização das queixas, falhas na comunicação entre profissionais e usuários, menor oferta de exames e condutas menos resolutivas, o que contribui para o diagnóstico tardio, o tratamento inadequado e a pior evolução de agravos evitáveis, como a sífilis gestacional (Brasil, 2017; Werneck, 2016; Kalckmann et al., 2007). Dessa forma, a persistência da doença entre mulheres negras e pardas revela não apenas vulnerabilidades individuais, mas, sobretudo, falhas estruturais na organização do sistema de saúde, que produzem e reproduzem iniquidades raciais no acesso, na qualidade do cuidado e nos desfechos em saúde (Brasil, 2017; Werneck, 2016; Neves et al., 2024).

Os fatores comportamentais associados à sífilis gestacional, como múltiplos parceiros sexuais e histórico de IST, identificados por Pauli et al. (2024), também são descritos por Macêdo et al. (2017) como relevantes para a ocorrência da doença. No entanto, tais fatores não devem ser interpretados isoladamente nem sob uma perspectiva moralizante. Ao contrário, devem ser compreendidos no contexto das desigualdades sociais e de gênero que limitam o acesso à informação, aos métodos de prevenção e à autonomia nas relações afetivo-sexuais. Mulheres negras e pardas frequentemente enfrentam maiores dificuldades na negociação do uso de preservativos, em razão de relações de poder desiguais, o que aumenta sua vulnerabilidade às IST (Pauli et al., 2024; Macêdo et al., 2017).

Outro aspecto relevante refere-se à baixa adesão dos parceiros ao tratamento, fator que contribui significativamente para a reinfecção e manutenção da cadeia de transmissão da sífilis. Campos et al. (2012) destacam que a ausência dos parceiros no acompanhamento pré-natal está relacionada a barreiras institucionais e socioculturais, incluindo a organização dos serviços de saúde e a falta de estratégias voltadas à inclusão dos homens no cuidado. Esse cenário se agrava quando se considera que homens negros também enfrentam maiores obstáculos no acesso aos serviços de saúde, o que perpetua ciclos de vulnerabilidade que impactam diretamente a saúde das gestantes (Campos et al., 2012).

Adicionalmente, fatores como tabagismo e uso de substâncias psicoativas, identificados por Pauli et al. (2024) e Gülersen et al. (2023) como associados à sífilis gestacional, devem ser compreendidos como marcadores de vulnerabilidade social. Tais comportamentos estão frequentemente associados a contextos de exclusão, sofrimento psíquico e ausência de suporte social, sendo mais prevalentes em populações historicamente marginalizadas. Dessa forma, sua análise requer uma abordagem ampliada, que considere os DSS e evite interpretações reducionistas centradas no indivíduo (Pauli et al., 2024; Gülersen et al., 2023).

Diante do exposto, a persistência da sífilis gestacional, especialmente entre mulheres negras e pardas, evidencia a necessidade de fortalecer políticas públicas que promovam a equidade em saúde. Trata-se de uma condição evitável, com diagnóstico e tratamento amplamente disponíveis, o que reforça a ideia de que sua manutenção está relacionada a falhas na organização dos serviços e na garantia do cuidado integral. Nesse sentido, torna-se imprescindível a implementação de estratégias intersetoriais que contemplem os DSS, incluindo a qualificação da atenção pré-natal, a ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento oportunos, a inclusão dos parceiros no cuidado e a formação de profissionais de saúde para o enfrentamento do racismo institucional.

Assim, a sífilis em pessoas negras e pardas que gestam deve ser compreendida como expressão das iniquidades sociais e raciais na saúde, demandando respostas que transcendam o modelo biomédico e incorporem uma abordagem crítica, interseccional e orientada à promoção da justiça social.

Os achados do estudo realizado por Padovani, Oliveira e Pelloso (2018), desenvolvido na 15ª Região de Saúde do Estado do Paraná, evidenciam a realidade ao demonstrar associação significativa entre sífilis gestacional e fatores como baixa escolaridade, ausência de pré-natal, multiparidade e cor/raça não branca (Marmort, 2017). A prevalência de 0,57%, associada ao aumento expressivo das taxas de detecção, de 2,02 para 12,79 casos por 1.000 nascidos vivos entre 2011 e 2015, e ao crescimento da incidência de sífilis congênita, de 0,30 para 9,67 casos por 1.000 nascidos vivos, evidencia a persistência da transmissão vertical e aponta para fragilidades na organização da atenção à saúde (Padovani; Oliveira; Pelloso, 2018).

Esses dados reforçam que, mesmo em regiões com melhores indicadores socioeconômicos, a sífilis gestacional permanece como um desafio relevante, evidenciando limites nas políticas de prevenção e controle

No que se refere às características sociodemográficas, destaca-se o baixo nível educacional como um dos principais fatores associados à ocorrência da infecção (Marmort, 2017). Pessoas que gestam e têm menos de oito anos de escolaridade apresentaram maior risco de sífilis gestacional, evidenciando a relação entre desigualdade educacional e vulnerabilidade à saúde. Tal achado pode ser interpretado à luz do conceito de incorporação biológica (*embodiment*), proposto por Nancy Krieger (2011), segundo o qual as experiências sociais de desigualdade são progressivamente inscritas no corpo, influenciando os desfechos de saúde ao longo do tempo (Krieger, 2011).

O perfil epidemiológico dialoga diretamente com a realidade de Santos, onde as desigualdades raciais permanecem profundamente relacionadas à distribuição das oportunidades sociais e ao acesso aos direitos. O Boletim Epidemiológico da Sífilis 2024 do Ministério da Saúde (Brasil, 2024a) evidencia que a sífilis gestacional e congênita continua apresentando elevada incidência no Brasil, especialmente entre populações socialmente vulnerabilizadas. Dessa forma, a persistência da doença entre pessoas negras e pardas santistas que gestam, revela que o adoecimento não ocorre de forma aleatória, mas acompanha os marcadores estruturais de raça, classe e gênero.

A análise desse fenômeno à luz dos DSS, conforme proposto por Michael Marmot (2017), permite compreender que os desfechos de saúde são condicionados pelas circunstâncias em que os indivíduos nascem, crescem, vivem e trabalham. Contudo, essa abordagem adquire maior densidade analítica quando articulada à concepção de racismo estrutural, conforme discutida por Silvio Almeida (2019), que compreende o racismo como elemento constitutivo das instituições e das relações sociais. Assim, a maior incidência de sífilis entre pessoas negras e pardas deve ser interpretada como expressão de um sistema que produz e reproduz desigualdades de forma sistemática (Almeida, 2019; Marmot, 2017).

A literatura nacional, aponta a escolaridade como um importante marcador de iniquidade. Estudos demonstram que pessoas que gestam, com menor nível de instrução tendem a iniciar o pré-natal mais tardiamente, realizar menor número de consultas e apresentar maior dificuldade de acesso a exames diagnósticos, o que compromete o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno da sífilis (Domingues et al., 2014; Viellas et al., 2014). Quando articulada à dimensão racial, essa vulnerabilidade se intensifica, configurando um cenário de múltiplas desigualdades que incidem sobre pessoas negras e pardas que gestam. A compreensão dessas desigualdades exige, ainda, a incorporação da perspectiva da interseccionalidade, formulada por Kimberlé Crenshaw (1989) e desenvolvida no contexto brasileiro por Carla Akotirene (2019). Essa abordagem permite compreender que as opressões de raça, gênero e classe social não atuam isoladamente, mas se articulam simultaneamente, produzindo experiências específicas de vulnerabilidade. Nesse sentido, pessoas negras e pardas que gestam vivenciam uma sobreposição de desigualdades que se manifesta tanto no acesso quanto na qualidade da assistência à saúde (Akotirene, 2019; Crenshaw, 1989).

A dimensão racial, portanto, assume centralidade na análise da sífilis gestacional. A maior prevalência da infecção entre pessoas não brancas evidencia a atuação do racismo estrutural como determinante das iniquidades em saúde. Conforme Werneck (2016), o racismo

institucional manifesta-se nas práticas cotidianas dos serviços de saúde, influenciando o acolhimento, a escuta e a condução clínica. Esse fenômeno contribui para que mulheres negras iniciem o pré-natal mais tardiamente, realizem um menor número de consultas e recebam cuidados de menor qualidade, o que compromete o diagnóstico e o tratamento oportunos da sífilis (Werneck, 2016).

A contribuição teórica de Achille Mbembe (2018) permite aprofundar essa análise ao introduzir o conceito de necropolítica, que evidencia como determinadas populações são sistematicamente expostas a condições de maior risco e menor proteção. No campo da saúde, isso se traduz em maior incidência de agravos evitáveis e menor efetividade das ações de cuidado. Assim, a persistência da sífilis congênita pode ser interpretada como expressão de uma gestão desigual da vida, na qual corpos racializados são mais vulneráveis à negligência institucional (Mbembe, 2018).

No que se refere à atenção pré-natal, a associação entre a ausência dessa atenção e a ocorrência da sífilis gestacional evidencia a centralidade desse cuidado na prevenção da transmissão vertical. Entre essas barreiras, destacam-se as dificuldades de acesso geográfico, a precariedade dos serviços e as experiências de discriminação, que impactam negativamente a adesão ao pré-natal (Farmer, 2004).

Outro aspecto relevante do fenômeno é considerar as relações de gênero que atravessam as práticas sexuais e reprodutivas, reconhecendo que a autonomia das mulheres pode ser limitada por dinâmicas de poder desiguais. Nesse sentido, a responsabilização exclusiva da gestante pelo tratamento revela-se insuficiente e descolada da realidade social (Akotirene, 2019; Saffioti, 2004).

Os desfechos perinatais associados à sífilis gestacional, como prematuridade, baixo peso ao nascer e óbito fetal, reforçam a gravidade do agravo e sua relação com as desigualdades sociais. A persistência desses eventos, apesar da disponibilidade de diagnósticos e tratamentos, evidencia falhas na organização dos serviços de saúde e na implementação de políticas públicas efetivas. Assim, a sífilis congênita configura-se como evento sentinela, denunciando a incapacidade do sistema de saúde de garantir um cuidado equânime.

A associação entre sífilis gestacional e cor/raça não branca, evidenciada no estudo, reforça o papel do racismo estrutural como determinante central das desigualdades em saúde. A maior prevalência da infecção entre pessoas negras e pardas que gestam, não pode ser compreendida como resultado de características individuais, mas sim como expressão de

processos históricos de exclusão social, menor acesso a direitos e maior exposição a condições de vulnerabilidade (Leal et al., 2017; Werneck, 2016). Nesse sentido, a raça/cor atua como marcador social que influencia diretamente o acesso aos serviços de saúde, a qualidade da assistência recebida e os desfechos maternos e perinatais.

Embora o Brasil apresente ampla cobertura de pré-natal, os resultados evidenciam que a ausência desse acompanhamento esteve fortemente associada à ocorrência da sífilis gestacional (Padovani; Oliveira; Pelloso, 2018). Estudos apontam que mulheres negras e pardas frequentemente enfrentam barreiras no acesso ao pré-natal, iniciam o acompanhamento tardiamente e recebem cuidado de menor qualidade, marcado por práticas discriminatórias e menor resolutividade (Domingues et al., 2014; Leal et al., 2017).

Além disso, a inadequação do tratamento, observada em parcela significativa dos casos, revela fragilidades na linha de cuidado. A não realização do tratamento do parceiro, identificada como um problema recorrente, contribui para a reinfeção da gestante e a manutenção da cadeia de transmissão (Padovani; Oliveira; Pelloso, 2018). Esse cenário evidencia a necessidade de estratégias que ampliem o cuidado para além da mulher, incorporando o parceiro e considerando as relações de gênero e poder que permeiam a dinâmica sexual e reprodutiva (García et al., 2015).

No que tange aos aspectos reprodutivos, a associação da sífilis gestacional com multiparidade e histórico de perda fetal sugere a presença de trajetórias reprodutivas marcadas por vulnerabilidades acumuladas (Padovani; Oliveira; Pelloso, 2018). Esses fatores indicam que determinadas pessoas que gestam, estão inseridas em contextos de maior exposição a riscos, com acesso limitado a serviços de saúde de qualidade e menor capacidade de intervenção sobre suas condições de vida.

Os desfechos perinatais associados à sífilis gestacional, como prematuridade, baixo peso ao nascer e óbitos fetais, reforçam a gravidade do agravo e sua capacidade de impactar significativamente a saúde materno-infantil. Esses resultados são consistentes com a literatura, que aponta a sífilis congênita como um evento evitável, desde que haja diagnóstico precoce e tratamento adequado durante a gestação (Gomez et al., 2013). No entanto, a persistência desses desfechos indica falhas no cuidado e evidencia a necessidade de fortalecer as ações de vigilância, prevenção e assistência.

Diante desse cenário, o enfrentamento da sífilis em pessoas negras e pardas que gestam exige uma abordagem que articule diferentes níveis de intervenção, desde ações clínicas até

políticas estruturais voltadas à redução das desigualdades sociais. É fundamental reconhecer que a produção da saúde está intrinsecamente relacionada às condições de vida, sendo necessário promover transformações que garantam acesso equitativo a recursos e oportunidades.

Por fim, destaca-se que a persistência da sífilis gestacional e congênita no Brasil evidencia a insuficiência de estratégias centradas exclusivamente em intervenções biomédicas. É fundamental avançar na implementação de políticas públicas que enfrentem as desigualdades estruturais, promovam a equidade racial e qualifiquem a atenção à saúde materno-infantil. Somente a partir de uma abordagem integrada será possível reduzir a incidência da doença e seus desfechos adversos, contribuindo para a garantia do direito à saúde de todas as pessoas que gestam de maneira equânime. Michael Marmot (2017) salienta que as desigualdades em saúde são evitáveis e, portanto, injustas, o que configura uma questão ética e política central. Nesse sentido, a persistência da sífilis gestacional entre populações negras e pardas interpela não apenas o campo da saúde, mas também a própria organização social, exigindo um compromisso efetivo com a equidade e a justiça social.

8 CONCLUSÃO

A presente pesquisa demonstrou que a sífilis em gestantes negras e pardas no município de Santos/SP configura-se como um importante marcador das desigualdades sociais, raciais e de gênero que atravessam a saúde materno-infantil brasileira. Os resultados evidenciaram que a persistência da sífilis gestacional e congênita não pode ser compreendida apenas como falha individual ou exclusivamente biomédica, mas como expressão das iniquidades estruturais relacionadas ao racismo, à vulnerabilidade socioeconômica e às limitações no acesso e na qualidade da atenção pré-natal.

Embora Santos apresente uma rede de saúde estruturada e uma importante capacidade de vigilância epidemiológica, os elevados indicadores da doença revelam limitações na efetividade das políticas públicas quando dissociadas de estratégias voltadas à equidade racial e ao enfrentamento dos DSS. Nesse contexto, a pesquisa reafirma a necessidade de fortalecer a atenção primária, ampliar as ações de vigilância qualificada e implementar práticas antirracistas no cuidado em saúde.

Conclui-se, portanto, que a eliminação da transmissão vertical da sífilis exige mais do que protocolos clínicos e ampliação do diagnóstico. Exige políticas públicas intersetoriais, o fortalecimento das ações de equidade racial e a transformação das práticas institucionais que historicamente produzem exclusão e vulnerabilidade para a população negra.

A presente pesquisa permitiu compreender que a sífilis em pessoas negras e pardas gestantes no município de Santos/SP constitui um fenômeno complexo, profundamente atravessado pelas desigualdades sociais, raciais e de gênero que estruturam historicamente a sociedade brasileira. Mais do que um agravo infeccioso de natureza biomédica, a sífilis gestacional revelou-se, ao longo desta investigação, um importante marcador das iniquidades em saúde e da persistência de processos históricos de exclusão social que impactam diretamente as condições de vida, o adoecimento e o acesso ao cuidado da população negra.

Ao analisar criticamente os dados epidemiológicos, os estudos científicos nacionais e internacionais e os documentos institucionais relacionados ao tema, foi possível evidenciar que a distribuição da sífilis gestacional e congênita não é homogênea entre os diferentes grupos sociais. Pelo contrário, observa-se concentração significativa de casos entre pessoas negras e pardas que gestam, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade socioeconômica,

baixa escolaridade, inserção precária no mercado de trabalho e menor acesso a recursos sociais e institucionais.

Nesse sentido, os resultados desta pesquisa reforçam a ideia de que o adoecimento não pode ser interpretado apenas como consequência de escolhas individuais ou de comportamentos isolados, mas como expressão das condições concretas de existência produzidas pelas desigualdades estruturais. A análise desenvolvida demonstra que fatores como racismo estrutural, desigualdade de renda, precarização das relações de trabalho, insegurança alimentar, fragilidade das redes de apoio social e dificuldades de acesso aos serviços de saúde atuam de forma articulada na produção de vulnerabilidades associadas à sífilis gestacional.

O município de Santos/SP apresenta particular relevância nesse debate, pois, apesar de possuir importante infraestrutura urbana, ampla rede de serviços de saúde e elevada capacidade técnico-operacional de vigilância epidemiológica, mantém elevados indicadores de sífilis gestacional e congênita. Tal contradição evidencia que a existência formal de serviços de saúde não garante, automaticamente, acesso equitativo, cuidado integral e efetividade das ações assistenciais.

Ao longo desta pesquisa, tornou-se evidente que pessoas negras e pardas que gestam enfrentam múltiplas e simultâneas barreiras no percurso de cuidado durante o pré-natal. Essas barreiras abrangem desde dificuldades materiais relacionadas ao deslocamento, às condições de trabalho e à organização da vida cotidiana, até experiências de discriminação institucional, comunicação inadequada com profissionais de saúde e ausência de práticas assistenciais culturalmente sensíveis e acolhedoras.

A persistência de diagnósticos tardios, de tratamentos inadequados e de falhas na adesão terapêutica dos parceiros sexuais evidencia limitações importantes na qualidade da atenção pré-natal oferecida, mesmo em contextos com cobertura formal dos serviços. Dessa forma, a sífilis congênita permanece como evento sentinela da qualidade da assistência materno-infantil, revelando fragilidades estruturais que ultrapassam a dimensão estritamente clínica.

Os achados desta investigação também reforçam a centralidade do racismo estrutural e institucional como determinante social da saúde. Conforme discutido ao longo do estudo, o racismo opera não apenas por meio de práticas discriminatórias explícitas, mas também por mecanismos institucionais silenciosos que produzem desigualdades persistentes no acesso a direitos, a recursos e à qualidade da assistência em saúde.

No campo da saúde materno-infantil, essas desigualdades manifestam-se de forma particularmente intensa, gerando maiores riscos de adoecimento, de morte materna, de transmissão vertical de infecções e piores desfechos obstétricos entre mulheres negras e pardas. Nesse contexto, a sífilis gestacional configura-se como expressão concreta de um sistema social que distribui desigualmente a proteção, o cuidado e as oportunidades de vida.

A abordagem interseccional utilizada nesta pesquisa permitiu compreender que raça, gênero e classe social não atuam isoladamente, mas se articulam na produção das vulnerabilidades observadas. Pessoas negras e pardas que gestam vivenciam simultaneamente desigualdades raciais, econômicas e de gênero que impactam diretamente suas trajetórias reprodutivas e o acesso a cuidados de saúde.

Essa compreensão mostrou-se fundamental para superar análises reducionistas que atribuem a persistência da sífilis gestacional exclusivamente a falhas individuais ou dificuldades técnicas dos serviços. Pelo contrário, os resultados demonstram que o adoecimento está profundamente relacionado às condições estruturais que moldam as oportunidades de acesso à educação, à renda, à informação, à moradia, ao trabalho e aos cuidados de saúde.

Ao dialogar com autores críticos da saúde coletiva e das relações raciais no Brasil, esta pesquisa reafirma a necessidade de compreender o processo saúde-doença como um fenômeno socialmente determinado. A produção e reprodução das desigualdades em saúde não ocorrem de maneira aleatória, mas refletem processos históricos relacionados à escravização, ao racismo estrutural e às formas contemporâneas de exclusão social que continuam a organizar as instituições brasileiras.

Nesse sentido, os resultados encontrados evidenciam que políticas públicas universalistas, embora fundamentais, mostram-se insuficientes quando não incorporam estratégias específicas de enfrentamento das desigualdades raciais. A universalização formal do acesso aos serviços de saúde não elimina automaticamente as barreiras enfrentadas pelas populações historicamente marginalizadas.

Assim, torna-se imprescindível fortalecer políticas públicas orientadas pelo princípio da equidade, capazes de reconhecer as necessidades específicas das populações negras e promover respostas institucionais compatíveis com as desigualdades historicamente produzidas. A PNSIPN representa um importante avanço nesse campo, mas sua implementação ainda é desigual e insuficiente em diferentes territórios.

No contexto específico da sífilis gestacional, torna-se necessário ampliar as ações de educação em saúde sexual e reprodutiva, fortalecer o acompanhamento territorializado das gestantes, garantir diagnóstico precoce e tratamento oportuno, além de incorporar estratégias eficazes para a inclusão dos parceiros sexuais no cuidado. Entretanto, tais ações somente produzirão impacto duradouro se articuladas a políticas intersetoriais voltadas à redução das desigualdades sociais e raciais.

A pesquisa também evidenciou a importância da vigilância epidemiológica qualificada e da produção de indicadores desagregados por raça/cor, gênero, escolaridade e território. A ausência ou insuficiência desses dados dificulta a identificação das desigualdades e compromete a formulação de políticas públicas mais efetivas e direcionadas às populações mais vulnerabilizadas.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de fortalecimento dos sistemas de informação em saúde, garantindo o preenchimento adequado das variáveis étnico-raciais e produção contínua de análises epidemiológicas capazes de subsidiar intervenções orientadas pela equidade.

Além disso, esta pesquisa reforça a importância da formação crítica e antirracista dos profissionais de saúde. O enfrentamento das desigualdades raciais no cuidado materno-infantil exige uma transformação profunda das práticas institucionais, incluindo a revisão dos processos de trabalho, o fortalecimento do acolhimento humanizado, a qualificação da comunicação entre profissionais e usuárias e o reconhecimento das especificidades socioculturais das populações atendidas.

As experiências relatadas na literatura demonstram que pessoas negras e pardas que gestam frequentemente enfrentam situações de invisibilização, negligência e deslegitimação de suas demandas nos serviços de saúde. Essas práticas comprometem o vínculo com as equipes, reduzem a confiança institucional e dificultam a continuidade do cuidado durante a gestação.

Dessa forma, combater o racismo institucional deve ser compreendido como uma estratégia fundamental para a redução da sífilis gestacional e congênita. Não se trata apenas de ampliar os protocolos clínicos, mas de transformar a forma como o cuidado é produzido nas instituições de saúde.

Outro aspecto relevante identificado nesta pesquisa refere-se à necessidade de ampliar as abordagens qualitativas e interdisciplinares no estudo da sífilis gestacional. Grande parte das pesquisas epidemiológicas concentra-se na análise quantitativa dos indicadores, sem aprofundar suficientemente as experiências subjetivas das pessoas que vivenciam o adoecimento e o cuidado.

Nesse sentido, futuras investigações poderão contribuir significativamente ao incorporar metodologias qualitativas que explorem as experiências de discriminação, sofrimento, estigmatização e resistência vivenciadas por pessoas negras e pardas durante o acompanhamento pré-natal e o tratamento da sífilis.

Além disso, torna-se importante desenvolver estudos que analisem, de forma mais aprofundada, as relações entre território, desigualdade urbana e acesso ao cuidado em saúde no município de Santos/SP. Embora a cidade apresente indicadores econômicos relevantes, persistem importantes desigualdades territoriais que impactam diretamente as condições de vida e de saúde das populações mais vulneráveis. Nessa perspectiva, destaca-se a relevância de ampliar a produção científica voltada ao território da Baixada Santista, compreendendo-o como um espaço social, econômico, cultural e sanitário singular, marcado por profundas desigualdades, intensos fluxos populacionais e marcantes contrastes entre o desenvolvimento econômico e a vulnerabilidade social. A complexidade desse território oferece um campo fértil para investigações que articulem saúde, raça, gênero, classe social e condições de vida, permitindo compreender de forma mais abrangente os determinantes dos processos de adoecimento e de cuidado. Além disso, torna-se fundamental que futuras pesquisas dialoguem e se articulem com outros estudos desenvolvidos na região, fortalecendo uma agenda científica territorializada capaz de produzir evidências consistentes para subsidiar políticas públicas mais efetivas e sensíveis às especificidades locais. Investigar a Baixada Santista significa não apenas compreender a realidade de seus municípios, mas também contribuir para o avanço do conhecimento sobre as desigualdades em saúde presentes em contextos urbanos complexos do país.

Por fim, esta pesquisa reafirma a necessidade de fortalecer a Baixada Santista como território estratégico para a produção de conhecimento em Saúde Coletiva. A articulação entre universidades, serviços de saúde, gestores, movimentos sociais e comunidades locais pode ampliar a compreensão dos desafios regionais e potencializar respostas mais equitativas para o enfrentamento das iniquidades em saúde. Nesse sentido, a construção de uma agenda permanente de pesquisas sobre raça, gênero, território e saúde na região constitui um importante

caminho para subsidiar ações transformadoras e fortalecer o compromisso com a justiça social e a equidade racial.

Do ponto de vista da saúde coletiva, esta pesquisa reafirma a necessidade de fortalecer o SUS como política pública comprometida com a universalidade, a integralidade e a equidade. Entretanto, também evidencia que a defesa do SUS deve estar articulada ao enfrentamento das desigualdades estruturais que atravessam a sociedade brasileira e se reproduzem no interior das próprias instituições de saúde.

A sífilis gestacional e congênita, especialmente entre pessoas negras e pardas que gestam, revela os limites das respostas exclusivamente biomédicas para problemas profundamente determinados pelas condições sociais de existência. Portanto, o enfrentamento efetivo desse agravo exige articulação entre políticas de saúde, assistência social, educação, habitação, trabalho e promoção da igualdade racial.

Destaca-se também que o enfrentamento da sífilis na gestação exige estratégias integradas que articulem prevenção, diagnóstico oportuno, tratamento adequado e a superação das desigualdades sociais e raciais que impactam o acesso e a qualidade da atenção à saúde. Nesse contexto, os avanços recentes relacionados à Doxy-PEP (profilaxia pós-exposição com doxiciclina) representam uma importante inovação na prevenção combinada das infecções sexualmente transmissíveis (IST). Essa estratégia consiste na administração de 200 mg de doxiciclina até 72 horas após uma relação sexual desprotegida, com o objetivo de reduzir o risco de aquisição de sífilis e clamídia, além de apresentar efeito parcial na prevenção da gonorreia. Recentemente incorporada pelo Ministério da Saúde para grupos específicos com maior vulnerabilidade às IST, a Doxy-PEP tem demonstrado resultados promissores na redução da incidência dessas infecções em populações-chave, ampliando as possibilidades de controle da transmissão em âmbito populacional. Entretanto, é importante destacar que essa estratégia não se destina às gestantes, devido às contraindicações do uso da doxiciclina durante a gravidez, devendo seu emprego restringir-se às populações para as quais foi recomendada pelas diretrizes nacionais.

Entretanto, embora a Doxy-PEP constitua uma estratégia relevante para determinados grupos, ainda não há evidências científicas robustas que sustentem seu uso durante a gestação. Assim, no contexto da sífilis gestacional, a prevenção continua fundamentada no fortalecimento do pré-natal, na ampliação do acesso ao diagnóstico precoce, no tratamento adequado da gestante e de suas parcerias sexuais, bem como na implementação de políticas públicas

comprometidas com a redução das iniquidades sociais e raciais. Tais medidas permanecem essenciais para a redução da transmissão vertical e para a promoção da equidade em saúde, especialmente entre mulheres negras e pardas que gestam.

A análise desenvolvida ao longo desta pesquisa permitiu concluir que o enfrentamento da sífilis em Santos/SP depende da construção de estratégias integradas, territorializadas e orientadas pela equidade racial. Isso implica reconhecer que diferentes grupos sociais partem de condições desiguais e, portanto, necessitam de respostas institucionais específicas capazes de reduzir as barreiras historicamente produzidas.

Também se torna imprescindível ampliar os espaços de participação social e fortalecimento das comunidades negras na construção das políticas públicas de saúde. A incorporação das experiências, demandas e conhecimentos produzidos pelas próprias populações atingidas constitui um elemento central para a formulação de estratégias mais efetivas, democráticas e socialmente comprometidas.

Um aspecto que merece destaque refere-se à escassez de evidências científicas e de dados epidemiológicos sobre a sífilis na gestação em homens trans e em pessoas transmasculinas que gestam. Embora o título desta pesquisa tenha sido concebido para contemplar todas as pessoas que gestam, a revisão da literatura e os sistemas oficiais de informação analisados demonstraram que a produção científica e os registros epidemiológicos permanecem centrados, quase exclusivamente, em mulheres cisgênero. Essa limitação reflete não apenas a reduzida produção de conhecimento sobre a saúde da população trans, mas também as fragilidades dos sistemas de informação em saúde, que frequentemente não coletam ou não disponibilizam dados desagregados por identidade de gênero, o que dificulta a identificação das necessidades específicas dessa população.

Essa invisibilidade científica e epidemiológica pode ser compreendida como expressão das desigualdades históricas que atravessam o acesso à saúde das pessoas trans. A ausência de dados não significa ausência de adoecimento ou de risco, mas evidencia processos de exclusão que repercutem tanto na produção do conhecimento quanto na formulação de políticas públicas. Considerando que homens trans e pessoas transmasculinas podem vivenciar a gestação e estão igualmente suscetíveis à sífilis e à transmissão vertical, torna-se imprescindível que futuras pesquisas e os sistemas de vigilância epidemiológica incorporem a variável de identidade de gênero de forma

sistemática. Somente com a produção de evidências que contemplem essa população será possível desenvolver estratégias de cuidado mais inclusivas, equitativas e coerentes com os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade que orientam o Sistema Único de Saúde.

Por fim, conclui-se que a sífilis em pessoas negras e pardas que gestam, no município de Santos/SP, expressa de maneira concreta as contradições sociais e raciais que atravessam a realidade brasileira contemporânea. Sua persistência evidencia que o acesso formal aos serviços de saúde não é suficiente para garantir um cuidado efetivo quando as estruturas que produzem desigualdade, exclusão e vulnerabilidade permanecem inalteradas.

Dessa forma, a eliminação da transmissão vertical da sífilis exige mais do que a ampliação do diagnóstico e do tratamento oportunos. Exige compromisso político com a redução das desigualdades sociais, o enfrentamento do racismo estrutural, o fortalecimento das políticas públicas de equidade racial e a construção de práticas de cuidado humanizadas, acolhedoras e efetivamente comprometidas com o direito à saúde da população negra.

Embora os estudos selecionados para compor esta revisão narrativa crítica não contemplem especificamente pesquisas desenvolvidas no município de Santos/SP, seus achados mostraram-se fundamentais para a compreensão e análise da realidade local. As evidências apresentadas pela literatura nacional e internacional permitiram estabelecer importantes aproximações teóricas e analíticas ao contexto santista, especialmente no que se refere à influência das desigualdades sociais, raciais e de gênero sobre a ocorrência da sífilis gestacional e congênita. Dessa forma, os estudos analisados contribuíram para ampliar a compreensão dos processos estruturais que atravessam a realidade do município, possibilitando reflexões críticas sobre os desafios locais relacionados à equidade em saúde, ao enfrentamento do racismo estrutural e à qualificação da atenção à saúde da população negra.

Espera-se, portanto, que esta pesquisa contribua para ampliar o debate acadêmico, político e institucional sobre as relações entre sífilis gestacional, racismo estrutural e desigualdades em saúde, fortalecendo a produção de conhecimento crítico comprometido com a transformação social e com a construção de uma sociedade mais justa, democrática e equitativa.

9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Embora esta pesquisa tenha possibilitado uma análise crítica da relação entre sífilis gestacional, desigualdades raciais e DSS, algumas limitações devem ser consideradas. Por se tratar de uma revisão crítica narrativa, os resultados dependem da disponibilidade, abrangência e qualidade da literatura publicada, não seguindo os critérios de exaustividade e reprodutibilidade característicos das revisões sistemáticas. Além disso, uma parte significativa dos estudos identificados foi realizada em diferentes contextos regionais do Brasil, o que exige cautela na extrapolação direta dos achados para a realidade específica do município de Santos.

Outra limitação refere-se à própria disponibilidade de dados que articulem simultaneamente sífilis gestacional, raça/cor e contexto local. Observou-se escassez relativa de estudos voltados especificamente a pessoas negras e pardas que gestam no município de Santos, o que reforçou a necessidade de dialogar com evidências provenientes de outras localidades. Além disso, os dados epidemiológicos utilizados estão sujeitos às limitações inerentes aos sistemas de informação em saúde, incluindo possíveis subnotificações, inconsistências no preenchimento da variável raça/cor e variações na qualidade dos registros ao longo do tempo. Apesar dessas limitações, a pesquisa contribui para ampliar a compreensão crítica das desigualdades raciais relacionadas à sífilis gestacional e para subsidiar futuras investigações e políticas públicas voltadas à promoção da equidade em saúde.

Por fim, a natureza bibliográfica desta investigação não permitiu o acesso direto às experiências, percepções e trajetórias de cuidado das pessoas que gestam e são afetadas pela sífilis, aspecto que poderia aprofundar a compreensão dos mecanismos pelos quais o racismo estrutural, as desigualdades de gênero e as vulnerabilidades sociais se expressam nos percursos de adoecimento e no acesso aos serviços de saúde. Além disso, a escassez de estudos e de dados epidemiológicos sobre homens trans e outras pessoas transmasculinas que gestam evidenciou uma importante lacuna na produção científica nacional. Nesse sentido, pretende-se, em uma futura pesquisa de doutorado, aprofundar a investigação sobre a ocorrência da sífilis, as experiências de cuidado e as barreiras de acesso aos serviços de saúde entre homens trans e outras pessoas transmasculinas que gestam, contribuindo para ampliar a produção de conhecimento sobre essa população historicamente invisibilizada e para subsidiar políticas públicas e práticas assistenciais orientadas pelos princípios da equidade e da integralidade do Sistema Único de Saúde.

10 BIBLIOGRAFIA

ABETIE, T. A.; BANTE, S. A.; ATNAFU, D. D. Impactos na saúde do conflito armado na Etiópia: uma revisão abrangente das evidências de 2018 a 2023. **BMC Public Health**, v. 25, art. 3947, p. 1–17, 2025. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-025-25365-6>. Acesso em: 28 fev 2026.

AGÉNOR, M. et al. Barreiras estruturais à saúde sexual e reprodutiva entre mulheres negras e latinas, cisgênero e transgênero nos EUA que usam drogas: um estudo qualitativo. **BMC Health Services Research**, v. 25, art. 754, 27 maio 2025. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-025-12910-7>. Acesso em: 28 fev. 2026.

AHMAD, M. N. Revisões narrativas da literatura em pesquisa científica: prós e contras. **Jordan Journal of Agricultural Sciences**, v. 21, n. 1, p. 1–4, 2025. DOI: 10.35516/jjas.v21i1.4143.

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade**. São Paulo: Pólen Livros, 2019.

ALMEIDA, S. L. **Racismo estrutural**. São Paulo: Pólen, 2019.

ANDRADE, A. L. et al. Fatores associados à sífilis gestacional no Brasil: análise recente. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, 2023.

ANDRADE, N. G. A. et al. Incidência de sífilis em gestantes entre 2019 e 2023 no Brasil: um estudo transversal. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 6, p. 1658–1666, 2024.

ASTOLFO, S.; ANDRADE, A. C. S.; KEHRIG, R. T. Análise temporal e distribuição espacial da sífilis adquirida no estado de Mato Grosso, Brasil, 2010-2021: um estudo ecológico. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, p. e2023398, 2024.

ATWANI, R. et al. Associação dos desertos de cuidados maternos com mortalidade materna e relacionada à gravidez. **Obstetrícia e Ginecologia**, v. 146, n. 2, p. 181–188, 2025.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 121-143.

AZEVEDO, W. F. et al. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Einstein**, v. 13, n. 4, p. 618–626, 2015.

AZQUL, M. M.; GRINER, S. B.; PINTO, C. N. Sífilis congênita nos Estados Unidos: uma revisão narrativa. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 52, n. 4, p. 211-216, 2025.

BACHMANN, L. H. et al. CDC clinical guidelines on the use of doxycycline postexposure prophylaxis for bacterial sexually transmitted infection prevention, United States, 2024. **MMWR Recommendations and Reports**, v. 73, n. 2, p. 1-24, 2024.

BANCO MUNDIAL. **World Bank Country and Lending Groups** — income classification 2025/2026. Washington, DC: World Bank, 2025. Disponível em: <https://data-helpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>. Acesso em: 03 mar. 2026.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

BARBOSA FILHO, J. O. et al. Incidência de sífilis congênita em nascimentos vivos no Brasil (2013–2023). **Revista OMNIA Saúde**, v. 8, n. esp., p. 178–182, 2025. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-025-25365-6>. Acesso em: 03 mar. 2026.

BARBOSA, A. C.; OLIVEIRA, R. G.; CORRÊA, R. M. Cuidado em saúde e mulheres negras: notas sobre colonialidade, re-existência e conquistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 9, p. 2469–2477, set. 2023.

BATISTA, L. E.; BARROS, S. Enfrentando o racismo nos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, 2017.

BATISTA, L. E.; BARROS, S.; LEITE, M. T. Saúde da população negra: políticas e equidade. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 593–603, 2012.

BEFEKADU, B.; SHUREMU, M.; ZEWDIE, A. Seroprevalência da sífilis e seus preditores entre gestantes na zona de Buno Bedele, sudoeste da Etiópia: um estudo transversal baseado na comunidade. **BMJ Open**, v. 12, n. 8, p. e063745, 2022.

BENEDETTI, K. C. S. V. et al. High prevalence of syphilis and inadequate prenatal care in Brazilian pregnant women: a cross-sectional study. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 101, n. 4, p. 761–766, 2019.

BERNARDES, A. C. F. et al. Utilização inadequada dos cuidados pré-natais e fatores associados em São Luís, Brasil. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, art. 266, 2014.

BEZERRA, M. L. M. B. et al. Sífilis congênita como medida da saúde materna e infantil, Brasil. **Doenças Infecciosas Emergentes**, v. 25, n. 8, 25 jun. 2019. Disponível em: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/25/8/18-0298_article. Acesso em: 01.03.2026.

BORBA, K. B.; SILVA, R. M. Fatores de risco sócio-demográficos para sífilis gestacional em uma maternidade em Santa Catarina, Brasil. **Revista Ciências em Saúde**, v. 12, n. 4, p. 42–47, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 542 de 22 dezembro de 1986**. Para efeitos de Aplicação da Lei Nº 6.259 de 30 de Outubro de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica e dá outras providências, ficam incluídas na relação constante da Portaria Ministerial Nº 608Bsb, de 28 de Outubro de 1979, a SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA/AIDS e a SÍFILIS CONGÊNITA. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/portaria-no-542-de-22-dezembro-de-1986/>. Acesso em: 8 jun. 2026.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 8 jun 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 33, de 14 de julho de 2005.** Inclui doenças à relação de notificação compulsória, define agravos de notificação imediata e a relação dos resultados laboratoriais que devem ser notificados pelos Laboratórios de Referência Nacional ou Regional. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html. Acesso em: 8 jun. 2026.

BRASIL. Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais Da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil:** relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009.** Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.472, de 31 de agosto de 2010.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme 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 estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html. Acesso em: 8 jun. 2026

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). **Nota Informativa Nº 02-SEI/2017.** Esta Nota Informativa revoga a Nota Informativa Conjunta nº 109/2015/GAB/SVS/MS, GAB/SCTIE/MS, publicada no ano de 2015, que recomendou a priorização da benzilpenicilina benzatina para tratamento de sífilis em gestantes e parcerias, e da benzilpenicilina potássica/cristalina para tratamentoda sífilis congênita, em decorrência do desabastecimento nacional e global de benzilpenicilina benzatina e benzilpenicilina potássica/cristalina. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/nota-informativa-no-02-sei-2017-diahv-svs-ms/>. Acesso em: 8 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra:** uma política do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 03 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução das Desigualdades em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 264, de 17 de fevereiro de 2020.** Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir a doença de Chagas crônica, na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0264_19_02_2020.html. Acesso em: 8 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 13 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília: MS, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Saúde da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Boletim Epidemiológico: Sífilis 2024a**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.148, de 6 de fevereiro de 2024b**. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 2017, para incluir a infecção pelo vírus Linfotrópico de Células T Humanas -HTLV, da Infecção pelo HTLV em gestante, parturiente ou puérpera e da criança exposta ao risco de transmissão vertical do HTLV na lista nacional de notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de Saúde Pública, nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3148_15_02_2024.html. Acesso em: 8 jun. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Antirracista para a Saúde: Plano de Ação 2025**. Brasília: MS, 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-sem-racismo/publicacoes>. Acesso em: 12.02.2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde lança painel de doenças e agravos na população por raça e cor**. Brasília: Ministério da Saúde, 21 mar. 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/saude-lanca-painel-de-doencas-e-agravos-na-populacao-por-raca-e-cor>. Acesso em: 01.03.2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRITO, K. P. A. **Saúde mental das mulheres negras brasileiras: uma revisão de escopo**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

BRITTO, A. M. A. et al. Trend and characteristics of congenital and maternal syphilis in Rio de Janeiro, 2007–2017. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. e7733, 2022.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.

CAMÊLO, L. V. et al. Racismo e iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim: o papel da mobilidade social intergeracional no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. e00341920, 2022.

CAMPOS, A. L. A. et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 9, p. 397–402, 2012.

CARNEIRO, Sueli. *Dispositivo de racialidade: a construção do outro como não ser como fundamento do ser*. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

CENTRO DE INTEGRAÇÃO DE DADOS E CONHECIMENTOS PARA A SAÚDE (CIDACS). **Determinantes sociais e desigualdades em saúde**. Projeto Sífilis. Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/sifilis/capacidade/determinantes-sociais-e-desigualdades-em-saude/>. Acesso em: 01 mar. 2026.

CENTROS DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS. **Diretrizes de tratamento de infecções sexualmente transmissíveis**. Atlanta: CDC, 2021.

CHELAK, K.; CHAKOLE, S. Determinantes sociais da saúde e desigualdades em saúde: uma síntese de evidências. **Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública**, v. 20, 2023.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICKMAN, P. C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4021–4032, 2021.

COELHO, R. et al. **Desigualdades raciais na saúde**: cuidados pré-natais e mortalidade materna no Brasil, 2014–2020. Nota Técnica n. 27, Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), 17 ago. 2022. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/08/IEPS_NT27.pdf. Acesso em: 30 jan. 2026.

COLLINS, P. H. **Interseccionalidade**. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONCEIÇÃO, H. N.; CÂMARA, J. T.; PEREIRA, B. M. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe, p. 1145–1158, 2020.

CRENSHAW, K. **Demarginalizing the intersection of race and sex**. University of Chicago Legal Forum, 1989.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Futures Studies, 1991.

DAMASCENO, A. L. S. et al. Iniquidades interseccionais no atendimento obstétrico às mulheres negras de comunidade quilombola. **Revista Ciência Plural**, v. 10, n. 2, p. 1–16, ago. 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/34948>. Acesso em: 25 jun. 2025.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Prevalência da sífilis na gravidez e nos testes pré-natais de sífilis no Brasil: Estudo sobre nascimento no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 766–774, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015.

DOMINGUES, C. S. B. et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: vigilância epidemiológica. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 54, supl. 1, p. e2020549, 2021.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical. **Cadernos de Saúde Pública**, 2016.

DANTAS, J. C. et al. Temporal trend and factors associated with spatial distribution of congenital syphilis in Brazil: an ecological study. **Frontiers in Pediatrics**, v. 11, 2023.

ETTI, M. et al. Determinantes da sífilis congênita em Fortaleza, Brasil: um estudo caso-controle retrospectivo. **Saúde Pública Global do PLOS**, v. 3, n. 12, p. e0002626, 2023.

Disponível em:

<https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0002626>. Acesso em: 05 mar. 2026.

FARMER, P. **Pathologies of power**. Berkeley: University of California Press, 2004.

FERNANDES, J. M. B.; VIEIRA, L. T.; CASTELHANO, M. V. C. Revisão narrativa enquanto metodologia científica significativa: reflexões técnicas-formativas. **REDES – Revista Educacional da Sucesso**, v. 3, n. 1, p. 1-7, 2023. Disponível em: <https://www.editoraverde.org/portal/revistas/index.php/rec/article/view/223>. Acesso em: 15 mar. 2025.

FERREIRA, A. C. S. al. Maternal and congenital syphilis attributable to ethnoracial inequalities: a national record-linkage longitudinal study of 15 million births in Brazil. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 28, 2023, e100648.

FERREIRA, G. G.; DOLABELA, M. F. Tendências e perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil e no Pará. **Revista de Questões Sociais e Ciências da Saúde**, 2024.

FIGUEIREDO, D. C. et al. Fatores associados à sífilis gestacional. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 563–572, 2020.

FONTE, V. R. F. et al. Enfrentamento da sífilis em pessoas vivendo em situação de rua: relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 49, n. 144, p. e9237, jan.–mar. 2025. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/9237>. Acesso em: 07 jan. 2025.

FREITAS, C. H. S. M. et al. Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, art. 76, 2019. Disponível em: <https://rsp.fsp.usp.br/article/factors-associated-with-prenatal-care-and-hiv-and-syphilis-testing-during-pregnancy-in-primary-health-care/>. Acesso em: 03 fev. 2026.

GALVÃO, A. L. M. et al. Determinantes estruturais da saúde: raça, gênero e classe social: uma revisão de escopo. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 2, e200743, 2021.

GARCÍA, P. J. et al. Partner notification among pregnant women with syphilis. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 42, n. 8, p. 457–462, 2015.

GIRARDI, G.; LONGO, M.; BREMER, A. A. Determinantes sociais da saúde em pessoas grávidas de populações sub-representadas, pouco estudadas e subnotificadas nos Estados Unidos. **Revista Internacional para Equidade na Saúde**, v. 22, art. 186, 2023.

GLEESON, D. E.; BUSCH, S. H.; ICKOVICS, J. R. Prevalência estadual de desertos de cuidados maternos: associação com o acesso, utilização e resultados à saúde entre beneficiárias do Medicaid. **AJPM Focus**, v. 4, n. 5, p. 100362, 2025.

GOMES, R. N. S. et al. Desigualdade de gênero e seus efeitos na saúde das mulheres. In: II Congresso Nacional de Saúde da Mulher, Fortaleza, 2024. **Anais...** Fortaleza: II Congresso Nacional de Saúde da Mulher, 04 dez. 2024. Disponível em: <https://doity.com.br/anais/iiconasm2024/trabalho/411944>. Acesso em: 28 fev. 2026.

GOMEZ, G. B. et al. Untreated maternal syphilis and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 91, p. 217–226, 2013.

GUEDES, A. L. L. et al. Prevenção da sífilis congênita na atenção primária à saúde: contribuições do estudo de avaliabilidade. **HU Revista**, v. 48, p. 1-11, 11 ago. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/37056/>. Acesso em: 19 fev. 2026.

GUIMARÃES, W. C. S. S. Reflexões sobre agendas de cuidado e população negra brasileira. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, p. e230076, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230076>. Acesso em: 09 maio 2025.

GUIMARÃES, J. C. N. et al. Racismo obstétrico sofrido por mulheres negras no cuidado pré-natal e no parto: um estudo qualitativo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 46, e20240265, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240265.en>. Acesso em: 12.02.2026.

GUIMARÃES, A.; QUEIROZ, P. Determinantes sociais da saúde e adesão do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico. **Health Residencies Journal**, v. 2, n. 9, p. 112–124, 2021. Disponível em: <https://hrj.emnuvens.com.br/hrj/article/view/149>. Acesso em: 23 abr. 2026.

GÜLERSSEN, M. et al. Risk factors and adverse outcomes associated with syphilis infection during pregnancy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM**, v. 5, n. 3, p. 100957, 2023.

GUTIERREZ, R.; ALMEIDA, G.; SANTOS, A. L. Saúde sexual e reprodutiva de pessoas trans e não binárias: desafios e caminhos para a atenção em saúde. **Interface**, 2021.

HAILE, E. et al. Prevalência e fatores associados de infecções sexualmente transmissíveis entre gestantes que frequentam cuidados pré-natais em hospitais públicos em Adis Abeba, Etiópia. **BMC Infectious Diseases**, v. 25, art. 956, 29 jul. 2025. Disponível em: <https://bmcinfctdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-025-11388-2/>. Acesso em: 15 fev. 2026.

HAILU, E. M. et al. Structural racism and adverse maternal health outcomes: a systematic review. **Health & Place**, v. 78, p. 102923, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829222001848>. Acesso em: 19 jan. 2026.

HENRY, T. et al. Efficacy of post-exposure prophylaxis with doxycycline in reducing bacterial sexually transmitted infections: systematic review and meta-analysis. **Sexually Transmitted Infections**, v. 101, n. 1, p. 59-66, 2025.

HERINGER, A. L. S. et al. Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007–2016. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, e8, 2020. Disponível em: <https://journal.paho.org/es/articulos/desigualdades-tendencia-sifilis-congenita-ciudad-niteroi-brasil-2007-2016>. Acesso em: 25 jan. 2026.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Notas técnicas sobre classificação de cor ou raça**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 48. Disponível em: biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101972_notas_tecnicas.pdf. Acesso em: 19 maio 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Mulheres negras e pardas passam mais tempo em tarefas domésticas, participam menos do mercado de trabalho e são mais afetadas pela pobreza. **Notícias Agency**, 08 Mar. 2024. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/en/agencia-news/2184-news-agency/news/39359-black-and-brown-women-spend-more-time-in-household-tasks-participate-less-in-the-labor-market-and-are-more-affected-by-poverty?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 02 fev. 2026.

JOSEPH, N. T. et al. Determinantes sociais das necessidades de saúde e risco perinatal em pacientes grávidas socialmente vulneráveis. **Revista de Cuidados de Saúde para os Pobres e Menos Atendidos**, v. 34, n. 2, p. 685-702, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37464526/>. Acesso em: 15 jan. 2026.

KALCKMANN, Suzana et al. Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 146–155, 2007.

KRIEGER, N. **Epidemiology and the people's health**. Oxford: Oxford University Press, 2011.

LAFETA, K. R. G. et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 1, p. 63-74, 2016.

LARANJEIRA, A. O. et al. Análise dos casos de sífilis gestacional no Brasil entre os anos de 2017 a 2021: um estudo ecológico. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 4, p. 855–865, 8 abr. 2024. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1727>. Acesso em: 27 fev. 2026.

LAURENTINO, A. C. N. et al. Atenção à saúde dos parceiros sexuais de adolescentes com sífilis gestacional e seus filhos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 5, p. e12162023, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n7Ksm8KNG6sXtWc9Cqtw9Wg/>. Acesso em: 07 fev. 2025.

LEAL, M. C. et al. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 2011-2012. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1–10, 2017.

LEAL, M. C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, supl. 1, e00078816, 2017.

LESSA, M. A.; et al. Cuidados pré-natais de mulheres brasileiras: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3881-3890, out. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36134794/>. Acesso em: 01 mar. 2026.

LINK, D. G. et al. Barreiras estruturais, sistêmicas e políticas à qualidade da saúde durante o continuum da maternidade: um documento de consenso da American Academy of Nursing. **Nursing Outlook**, v. 73, n. 6, p. 102557, nov–dez. 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41109197/>. Acesso em: 15 nov. 2025.

LÓPEZ, Laura Cecília. **O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde**. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 121–134, 2012.

LOPES, J. F. C. V. et al. Violência obstétrica e racismo estrutural: a realidade das mulheres negras no SUS. 2024. **Anais... II Congresso Nacional de Violência Contra a Mulher**, 2024. Disponível em: <https://doity.com.br/anais/iiconvim2024/trabalho/420490>. Acesso em: 8 jun. 2026.

LOUREIRO, A. A. R. et al. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional nas macrorregiões de Minas Gerais, Brasil, entre os anos de 2018 e 2023. **Revista Interdisciplinar de Promoção da Saúde**, v. 9, p. e20280, 2026.

LUPPI, C. G. et al. Sífilis no estado de São Paulo, Brasil, 2011–2017. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200103, 2020.

MACÊDO, V. C. et al. Risk factors for syphilis in women: case-control study. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 78, 2017.

MARMOT, M. **A lacuna na saúde: o desafio de um mundo desigual**. Londres: Bloomsbury Publishing, 2017.

MATOS, L. S. et al. Recorte raça/cor dos indicadores materno-infantis em uma regional de saúde do estado de Goiás. **Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”**, v. 9, n. 9, p. 1-18, 2023. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/626>. Acesso em: 19 fev. 2026.

MAYS, A. M.; ROSEN, S. Determinantes sociais da saúde. In: WASSERMAN, M. R. (ed.). **Medicina Geriátrica**. Cham: Springer, 2024.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

MELLO JORGE, M. H. P.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 7–18, 2010.

MIRANDA, A. E.; LIMA, R. C. C. Syphilis as a marker of ethnoracial inequalities in Brazil. **The Lancet Global Health**, v. 11, n. 11, p. e1670–e1671, 2023.

MONTEIRO, A. L. A. et al. Fatores relacionados à sífilis gestacional e congênita: revisão de escopo. **Aracê**, v. 7, n. 1, p. 1899–1920, 2025.

MORAIS, T. R. et al. Sífilis gestacional e determinantes sociais no Brasil. **ID Online Revista de Psicologia**, v. 13, n. 47, 2019.

MORAIS, T. R. et al. Interseccionalidades em saúde: predominância de sífilis gestacional em mulheres negras e pardas no Brasil. **ID on Line: Revista de Psicologia**, v. 13, n. 45, p. 670–679, 2019.

MORCELI, G. Sífilis gestacional no Brasil: evidências recentes e desafios persistentes. **Saúde Coletiva**, 2025.

MUNANGA, K. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil**: identidade nacional versus identidade negra. 5. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.

NEVES, J. B.; YAVO, I. S. Vulnerabilidade e sofrimento psíquico: condições de acesso em saúde durante o pré-natal. **Revista de Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 13, n. 1, 2024.

ORBE-ORIHUELA, Y. C. et al. Syphilis as re-emerging disease, antibiotic resistance, and vulnerable population: global systematic review and meta-analysis. **Pathogens**, v. 11, n. 12, p. 1546, 2022.

OLIVEIRA, B. M. C.; KUBIAK, F. Racismo institucional e a saúde da mulher negra: uma análise da produção científica brasileira. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 939-948, 2019.

OLIVEIRA, G. L. et al. A completeness indicator of gestational and congenital syphilis information in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, 2023.

OLIVEIRA, I. M. et al. Prevalência de sífilis e fatores associados em gestantes no Brasil: revisão sistemática e meta-análise. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 46, e-rbgo28, jun. 2024.

OLIVEIRA, L. R. D.; SANTOS, E. S. D.; SOUTO, F. J. D. Syphilis in pregnant women and congenital syphilis: spatial pattern and relationship with social determinants of health in Mato Grosso. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 53, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the Commission on Social Determinants of Health**. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>. Acesso em: 9 jun. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diminuindo diferenças**: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro: OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis)**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549714>. Acesso em: 9 jun. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Determinantes sociais da saúde**. Ficha informativa. OMS, 6 de maio de 2025. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 10 out. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Equidade em saúde: conceitos, evidências e perspectivas**. Washington, DC: OPAS, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Eliminação da transmissão materno-infantil do HIV, da sífilis, da hepatite B e da doença de Chagas: linhas de ação para acelerar o progresso na Região das Américas 2024-2030**. Washington, DC: OPAS, 2024.

PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R.; PELLOSO, S. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e3019, 2018.

PAIXÃO, E. S. et al. Sífilis maternal e congênita atribuível às desigualdades etnorraciais: um estudo longitudinal de registro nacional de ligação de 15 milhões de nascimentos no Brasil. **The Lancet Global Health**, v. 11, n. 11, p. e1734–e1742, 2023.

PASCHOAL, J. et al. Gestational Syphilis In Santos/Sp: Epidemiologic Analysis From 2016 To 2022. **International Journal of Health & Medical Research**, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.58806/ijhmr.2024.v3i07n01>. Acesso em: 9 jun. 202

PAULI, F. B. et al. Sífilis gestacional em um serviço de saúde terciário no Paraná, Brasil: um estudo caso-controle. **PLOS ONE**, v. 19, e0305525, 2024.

PIMENTEL, S. V. T. et al. Desigualdades na magnitude e tendência da sífilis congênita nos municípios mais populosos da Baixada Fluminense (RJ), 2015 to 2024. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 25, e20230320, 2025. Disponível em: <https://www.rbsmi.org.br/details/6071/en-US/inequalities-in-the-magnitude-and-trend-of-congenital-syphilis-in-the-most-populous-municipalities-of-baixada-fluminense--rj---2015-to-2024>. Acesso em: 01 mar. 2026.

PIRES, C. P. et al. Associated factors, incidence, and management of gestational and congenital syphilis in a Brazilian state capital: a cross-sectional study. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 66, e21, 2024.

QUIRINO, K. H. B. S.; OLIVEIRA, I. S.; MELO NETO, B. Gestational syphilis: an epidemiological study in Northeastern Brazil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 6, e51210616001, 2021.

RABELO, R. G.; MELO, A. L.; ARAUJO, N. A sífilis está de volta = Syphilis is back. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia**, v. 50, n. 2, 2020.

REIS, J. Ministério da Saúde autoriza Doxi-PEP para prevenção de ISTs enquanto estudo no INI/Fiocruz analisa cenário. **Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)**, 25 mar. 2026.

ROCHA, F. C. et al. Análise da tendência nas taxas de detecção de sífilis em gestantes e de incidência de sífilis congênita no Ceará no período de 2015 a 2021. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, e230052, 2023.

RODRIGUES, M. P.; PFAFFENBACH, G.; ZANATTA, A. B. Iniquidades raciais em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as**, v. 13, n. 37, p. 485–510, 2021. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1177>. Acesso em: 11 abr. 2026.

ROSENBERG, J. Racial disparidades no cuidado pré-natal precoce e adequado. **Perspectivas sobre Saúde Sexual e Reprodutiva**, 2003.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. v-vi, abr./jun. 2007.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTANA, J. G. et al. Desigualdades étnico-raciais na ocorrência da sífilis gestacional e congênita no Brasil. In: Congresso Brasileiro De Epidemiologia, 11., 2021, Brasil. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2021. Disponível em: <https://proceedings.science/epi-2021>. Acesso em: 23 abr. 2026.

SANTOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria n.º 018, de 12 de abril de 2023**. Institui o Comitê Municipal de Enfrentamento, Investigação e Prevenção da Transmissão de Sífilis Adquirida, Sífilis em Gestante e Sífilis Congênita no Município de Santos.

SANTOS, V. N. Sífilis gestacional e congênita: o panorama epidemiológico nacional de uma década. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 27, supl. 1, 2023.

SANTOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim epidemiológico: sífilis no município de Santos**. Santos: Secretaria Municipal de Saúde, 2024.

SANTOS, L. S. et al. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional no Brasil de 2019 a 2023. **Journal of Human Growth and Development**, v. 34, n. 3, p. 536-545, 2024a.

SANTOS, M. C. M. et al. Sífilis congênita no Brasil: uma análise do perfil epidemiológico de 2013 a 2022. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 12, p. e62131247631, 2024b.

SANTOS, G. G. et al. Mortalidade materna entre mulheres negras no Brasil: um estudo de coorte retrospectivo. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 23, n. 1, p. 94, 9 jan. 2026. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41595887/>. Acesso em: 09 fev. 2026.

SANTOS, V. N.; TRAVASSOS, A. G. Á. Sífilis gestacional e congênita: o panorama epidemiológico nacional de uma década. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 27, supl. 1, 2023.

SARACCI, C.; MAHAMAT, M.; JACQUÉRIOZ, F. Como escrever um artigo narrativo de revisão bibliográfica? **Revista Médica Suíça**, v. 15, p. 1694-1698, 2019.

SARACENI, V. et al. Vigilância da sífilis na gravidez: desafios para o controle da transmissão vertical no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

SARKAR, S.; BHATIA, G. Redação e avaliação de resenhas narrativas. **Revista de Pesquisa Clínica e Científica**, v. 10, n. 3, p. 169-172, 2021.

SILVA, P. H. A. et al. Prevalência do acesso ao cuidado pré-natal no primeiro trimestre da gravidez entre mulheres negras em comparação com outras raças/etnias: uma revisão sistemática e metaanálise. **Revisões de Saúde Pública**, v. 43, p. 1604400, 2022a. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35860809/>. Acesso em: 07 nov. 2025.

SILVA, Â. A. O. et al. Análise da distribuição espaço-temporal da sífilis no Brasil: casos de sífilis congênita e sífilis em gestantes de 2001 a 2017. **PLoS ONE**, v. 17, n. 10, e0275731, 2022b.

SILVA, H. B. M. et al. Syphilis in pregnancy and adverse birth outcomes: a nationwide longitudinal study in Brazil. **International Journal of Gynaecology & Obstetrics**, v. 166, n. 1, p. 80-89, 2024a. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38706411/>. Acesso em: 14 out. 2025.

SILVA, T. P. R. et al. Spatial and trend analysis of gestational syphilis cases in Brazil from 2011 to 2020: an ecological study. **BMC Public Health**, v. 24, n. 1859, 2024b.

SILVA, B. P. B. et al. Tendências temporais da taxa de incidência de sífilis durante a gravidez e sífilis congênita em São Paulo, Brasil, 2011-2023. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, e2024637, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39879421/>. Acesso em: 07 fev. 2026.

SILVA, R. R. C.; FILGUEIRAS, C. A. L. A química e a sífilis: um percurso histórico. **Química Nova**, v. 47, n. 3, e20230111, 2024.

SILVA, E. N. A.; FREITAS, R. C. M. V. Desigualdades na sífilis gestacional e congênita. **Revista JRG**, 2023.

SILVA, A. M. S.; RABELO, J. B. Sífilis gestacional: características sociodemográficas e acesso ao tratamento em gestantes atendidas na atenção básica. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, 2026. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/7155>. Acesso em: 23 abr. 2026.

SOARES, M. A. S.; AQUINO, R. Completude e caracterização dos registros de sífilis gestacional e congênita na Bahia, 2007–2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 4, e20201148, 2021.

SOARES, M. C. O.; SILVA, K. E. D.; SILVA, B. H. Prevalência da sífilis gestacional e sífilis congênita no Brasil: uma revisão da literatura. In: **CIPEEX**, 2025.

SOUZA, S. T. H. et al. Vivência de racismo institucional por mulheres negras em serviços de saúde. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 16, n. 2, p. e16282568, 2024. DOI: 10.20435/pssa.v16i1.2568. Disponível em: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/2568>. Acesso em: 13 mar. 2026.

SUKHERA, J. Revisões narrativas: flexíveis, rigorosas e práticas. **Revista de Educação Médica de Pós-Graduação**, v. 14, n. 4, p. 414–417, 2022.

TANNE, J. H. Structural racism and sexism cause high maternal deaths and morbidity among Afrodescendant women in the Americas, says UN agency. **BMJ**, v. 382, p. p1643, 17 jul. 2023.

TANNIS, A. et al. Tratamento da sífilis entre pessoas grávidas em seis estados dos EUA, 2018–2021. **Obstetrics & Gynecology**, v. 143, n. 4, p. 1–9, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38626449/>. Acesso em: 12 ago. 2025.

TEIXEIRA, A.M. M. et al. Abordagem pré-natal da sífilis na atenção primária de saúde: uma revisão bibliográfica. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 33, e33210, p. 1-12, 31 ago. 2023. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/4017>. Acesso em: 28 fev. 2026.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, e00195815, 2017.

TONOLLI, D.; et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita em um hospital de referência na cidade de Santos. **UNILUS Ensino e Pesquisa**, 15, 124-141, 2018.

TORRES, P. M. A. **Análise do tratamento da sífilis gestacional durante o pré-natal no município de Ribeirão Preto – SP**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082022-110945/>. Acesso em: 29 ago. 2025.

UCHÔA, T. L. A. et al. Determinants of gestational syphilis among women attending prenatal care programs in the Brazilian Amazon. **Frontiers in Public Health**, v. 10, artigo 930150, 2022.

VELASQUEZ-MEZA, M. et al. Doxycycline prophylaxis for the prevention of sexually transmitted infections: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 143, p. 107014, 2024.

VIANA, C. Pesquisa estima subnotificação de 45 mil casos de sífilis gestacional entre 2007 e 2018. Salvador: **Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde**, 1 ago. 2023. Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/2023/08/pesquisa-estima-subnotificacao-de-45-mil-casos-de-sifilis-gestacional-entre-2007-e-2018/>. Acesso em: 26 fev. 2026.

VIELLAS, E. F. et al. Prenatal care in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S85–S100, 2014.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535-549, 2016.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. **International Journal of Health Services**, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Fechando a lacuna em uma geração:** equidade em saúde por meio da ação sobre os determinantes sociais da saúde. Relatório final da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO diretrizes para o tratamento da** *Treponema pallidum* (**sífilis**). Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Maternal health**. Geneva: WHO, 2023.

YADAV, H. et al. Social determinants of maternal health and access to care. **International Journal of Public Health**, v. 63, 2018.

APÊNDICE A - Síntese analítica dos estudos selecionados para discussão crítica narrativa acerca das relações entre sífilis gestacional, raça/cor e iniquidades em saúde, 2026

Id	A1
Autor, ano	Matos et al., 2023
Título	Recorte raça/cor dos indicadores materno-infantis em uma regional de saúde do estado de Goiás
Fonte	Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago
Tipo de estudo	Prevalência. Estudo ecológico, com dados coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).
Participantes e idade	Indicadores materno infantil, com recorte raça/cor
Fatores socioculturais (pop do estudo)	A falta de adesão das gestantes e mães às consultas de pré-natal, puerpério e puericultura foi a principal falha observada na regional. A falta de vínculo entre equipes de saúde e usuárias do SUS, alta prevalência de famílias carentes e de residentes de zonas rurais na região dificultam o acesso aos serviços de saúde e a continuidade do cuidado.
Exposição ou intervenção	Não houve intervenção por se tratar de um estudo ecológico.
Local	Regional Nordeste I de Goiás
Tipo de seguimento	De 2011 e 2021
Desfecho	Observou-se piora dos indicadores materno-infantis em mulheres negras e indígenas, com maiores percentuais de partos pós-termo e crianças com baixo peso ao nascer, quando comparadas às mulheres brancas e pardas. Alta prevalência de sífilis congênita localmente.
Id	A2
Autor, ano	Tannis et al., 2024
Título	Tratamento da Sífilis entre Pessoas Grávidas em Seis Estados dos EUA, 2018–2021
Fonte	Pubmed
Tipo de estudo	Coorte de vigilância
Participantes e idade	A mediana de idade no momento do primeiro diagnóstico foi de 27 anos. A distribuição etária foi: ≤ 24 anos: 39,4%; 25–29 anos: 29,8%; 30–34 anos: 19,8%; e ≥ 35 anos: 11,0%. Esses dados mostram que a maioria das pessoas grávidas com sífilis estava na faixa reprodutiva tradicionalmente considerada de maior risco obstétrico (20–34 anos) As pessoas grávidas foram incluídas se: 1) Atenderam à definição de caso de sífilis (todos os estágios) do <i>Council of State and Territorial Epidemiologists</i> em algum momento durante a gestação ou tiveram um recém-nascido

	natimorto ou vivo com sífilis ou uma criança que atendesse à definição de caso provável ou confirmado de sífilis congênita de 2018; 2) Tiveram um estágio de vigilância relatado (primário, secundário ou latente precoce; latente tardio ou desconhecido); e 3) Tiveram um desfecho de gestação relatado e uma data de desfecho de gestação que ocorreu entre 1º de janeiro de 2018 e 31 de dezembro de 2021. O Arizona e Nova Jersey relataram dados de 2018–2021, a Geórgia de 2018–2019, Michigan de 2020–2021, o Estado de Nova York de 2018 e 2020–2021 e Washington de 2018–2020. Pessoas grávidas relatadas como estando no estágio de vigilância “Outro” foram agrupadas com os estágios latente tardio ou desconhecido, com base na orientação de vigilância do CDC
Fatores socioculturais (pop do estudo)	Uso de substâncias: uma proporção relevante das pessoas grávidas relatou uso de substâncias durante a gestação — aproximadamente 1 em cada 5 pessoas no estudo. O uso de substâncias foi associado a uma maior probabilidade de não receber tratamento adequado para sífilis. Histórico de situação de rua: cerca de 11,7% das pessoas grávidas relataram ter vivenciado situação de rua. Esse fator foi associado a uma probabilidade maior de tratamento inadequado ou ausência de tratamento. Histórico de encarceramento: uma parte dos participantes relatou histórico de encarceramento (8,5%), outro determinante social relacionado à exclusão, estigma e acesso precário aos cuidados de saúde. Acesso ao pré-natal: embora a maioria (82,2%) tenha recebido cuidados de pré-natal em tempo considerado “oportuno”, ainda houve pessoas que receberam cuidados não oportunos (5,1%) ou nenhum pré-natal (12,7%).
Exposição ou intervenção	Pré-natal oportuno, tardio ou ausente; uso de substâncias; situação de rua; encarceramento; características sociodemográficas e clínicas
Local	Seis estados dos USA: Arizona, Geórgia, Michigan, Nova Jersey, Estado de Nova York e Washington
Tipo de seguimento	De 2018 a 2021
Desfecho	A pessoas sem pré-natal oportuno apresentaram o maior risco de inadequação ao tratamento da sífilis; no entanto, quase um terço das pessoas que receberam cuidados pré-natais oportunos não foram tratadas adequadamente. Essas descobertas ressaltam as lacunas na triagem e tratamento da sífilis para pessoas grávidas, especialmente aquelas que usam substâncias e ficam sem-teto, e a necessidade de intervenções baseadas em sistemas, como tratamento fora dos ambientes tradicionais de atendimento pré-natal.
Id	A3
Autor, ano	Befekadu et al., 2022

Título	Soroprevalência da sífilis e seus preditores entre gestantes na zona de Buno Bedele, sudoeste da Etiópia: um estudo transversal baseado na comunidade
Fonte	Pubmed
Tipo de estudo	Estudo transversal baseado em estabelecimentos de saúde.
Participantes e idade	920 gestantes selecionadas aleatoriamente que visitaram unidades de saúde na zona de Buno Bedele para serviços de cuidados pré-natais de maio a agosto de 2021 foram incluídas no estudo. Mulheres com sífilis previamente diagnosticada e aquelas em tratamento foram excluídas do estudo.
Fatores socioculturais (pop do estudo)	Apenas 10 (1%) das participantes relataram ter tatuagens e 24 (2,6%) relataram ter feito perfurações no corpo nos últimos 12 meses. Mais da metade (53,2%) das mulheres casou-se quando tinha mais de 18 anos de idade. Entre todas as entrevistadas, apenas 24 (2,6%) relataram histórico de relações extraconjugais, mas somente 3 (12,5%) dessas utilizaram preservativo durante o encontro. Gestantes que consomem álcool representam 2,1% dentre aquelas que usam...
Exposição ou intervenção	Fatores sociodemográficos, comportamentais e obstétricos associados à sífilis gestacional (escolaridade materna, idade ao casamento, conhecimento sobre sífilis, número de consultas de pré-natal e uso de substâncias pelo parceiro).
Local	Zona de Buno Bedele, sudoeste da Etiópia
Tipo de seguimento	De maio a agosto de 2021
Desfecho	A prevalência de sífilis materna nesta área de estudo mostrou-se comparável à prevalência nacional. A escolaridade das mulheres, a história de uso de substâncias do marido, os cuidados pré-natais, a idade no casamento e o conhecimento sobre sífilis foram os preditores independentes de sífilis. Deve ser dada ênfase ao rastreio de todas as mulheres grávidas, à educação das mulheres, aos factores de estilo de vida e à prevenção do casamento precoce.
Id	A4
Autor, ano	Silva et al., 2022
Título	Análise da distribuição espaço-temporal da sífilis no Brasil: casos de sífilis congênita e sífilis em gestantes de 2001 a 2017.
Fonte	Pubmed
Tipo de estudo	Estudo ecológico retrospectivo utilizando dados de vigilância secundária obtidos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
Participantes e idade	Considerando todos os casos notificados de Sífilis Congênita e sip entre 2001 a 2017.
Fatores socioculturais (pop do estudo)	O perfil epidemiológico do Brasil indica que a maioria dos casos notificados de SC ocorreu em recém-nascidos "mestiços" que foram diagnosticados até sete dias após o nascimento e cujas mães receberam assistência pré-natal, mas o perfil epidemiológico varia de acordo com a macrorregião brasileira. Em relação à sip, a maioria dos casos

	ocorreu entre mulheres que se autodeclararam 'pardas', tinham entre 20 e 39 anos, tinham até oito anos de escolaridade formal e foram diagnosticadas com sífilis primária ou latente
Exposição ou intervenção	Características sociodemográficas (raça/cor, escolaridade, idade, pré-natal) e distribuição espaço-temporal dos casos
Local	Entre 2001 a 2017.
Tipo de seguimento	Não se aplica
Desfecho	De 2012 a 2016, os casos de SC aumentaram significativamente em quase todos os estados brasileiros, principalmente nas macrorregiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, de 2001 a 2017 e o risco relativo (RR) de sip aumentou em torno de 400% (RR: 1,00 a 445,50). Considerando o cenário epidemiológico da infecção no Brasil, é necessário aprimorar as medidas de prevenção, controle e erradicação. Quanto ao sip, a maioria dos casos foi entre mulheres que relataram ser 'mestiças', tinham entre 20 e 39 anos, tinham até oito anos de educação formal e foram diagnosticadas com sífilis primária ou latente.
Id	A5
Autor, ano	Fonte, 2025
Título	Enfrentamento da sífilis em Pessoas Vivendo em Situação de Rua: relato de experiência
Fonte	Revista Saúde em debate - SCIELO
Tipo de estudo	Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado em uma ecnardo
Participantes e idade	Dentre as 371 Pessoas Vivendo em Situação de Rua cadastradas na equipe, 86 foram diagnosticadas com sífilis adquirida ou gestacional.
Fatores socioculturais (pop do estudo)	Não tem residência/ Molradores de área livre.
Exposição ou intervenção	Implantação de estratégias de cuidado para enfrentamento da sífilis em pessoas vivendo em situação de rua por equipe de Consultório na Rua (testagem rápida, busca ativa, tratamento oportuno, educação em saúde e reorganização dos fluxos assistenciais).
Local	Município do Rio de Janeiro, Brasil
Tipo de seguimento	entre os meses de maio de 2022 e novembro de 2023.
Desfecho	Em 2022 foram notificados no país 213.129 casos de sífilis adquirida, sendo a taxa de detecção de 99,2 casos por 100.000 habitantes. O estado do Rio de Janeiro, possui dados superiores à média nacional, apresentando taxa de 127,5 casos por 100.000 habitantes; e, em gestantes, de 69,7 por 1000 nascidos vivos, a maior do Brasil. No que tange a cor da pele, acomete, principalmente, pessoas pretas e pardas. Até novembro de 2023, haviam sido cadastradas na equipe 371 PVSR, das quais 86 (23,18%) tiveram diagnóstico de sífilis
Id	A6

Autor, ano	Camêlo, 2022
Título	Racismo e iniquidade racial na autoavaliação de saúde ruim: o papel da mobilidade social intergeracional no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil)
Fonte	Cadernos de Saúde Pública
Tipo de estudo	Estudo transversal — DADOS populacional análise de dados coletados em um único momento (linha de base do ELSA-Brasil, 2008-2010).
Participantes e idade	Servidores públicos de ambos os sexos. 35–44 anos → ~22%; 45–54 anos → ~39%; 55–64 anos → ~28%; 65–74 anos → ~11%
Fatores socioculturais (pop do estudo)	Servidores públicos
Exposição ou intervenção	Raça/cor da pele autorreferida (marcador social do racismo) e mobilidade social intergeracional (educacional e socio-ocupacional).
Local	Belo Horizonte (Minas Gerais), Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Rio de Janeiro, Salvador (Bahia), São Paulo e Vitória (Espírito Santo)
Tipo de seguimento	2008-2010
Desfecho	Após ajustes por idade, sexo e centro de investigação foram encontradas maiores chances de autoavaliação de saúde ruim entre pretos (OR = 2,15; IC95%: 1,92-2,41) e pardos (OR = 1,82; IC95%: 1,64-2,01) quando comparados aos brancos. A mobilidade educacional e sócio-ocupacional intergeracional mediarão, respectivamente, 66% e 53% da associação entre a raça/cor e autoavaliação de saúde ruim em pretos, e 61% e 51% em pardos, respectivamente. Resultados confirmam a iniquidade racial na autoavaliação de saúde e apontam que a mobilidade social intergeracional desfavorável é um importante mecanismo para explicar essa iniquidade.
Id	A7
Autor, ano	Paixão, 2023
Título	Sífilis materna e congênita atribuível a desigualdades etnoraciais: um estudo longitudinal de ligação nacional de 15 milhões de nascimentos no Brasil
Fonte	Lancet
Tipo de estudo	É um estudo longitudinal de coorte, de base populacional, com vinculação de registros
Participantes e idade	Incluindo todos os nascimentos vivos únicos no Brasil de 1º de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2017. Todos os nascidos vivos únicos com informações sobre raça materna (cor da pele) durante o período do estudo foram elegíveis
Fatores socioculturais (pop do estudo)	No estudo de Paixão et al. (2023), os fatores socioculturais associados à população analisada (gestantes e recém-nascidos no Brasil) não são tratados como características individuais isoladas, mas como marcadores sociais estruturais, articulados pelo racismo estrutural. Raça/cor da pele (marcador central)

Exposição ou intervenção	Por se tratar de um estudo observacional de coorte retrospectiva, não houve intervenção. A principal exposição analisada foi a raça/cor da pele materna, compreendida como marcador social das desigualdades etnorraciais, bem como sua interação com a escolaridade. Os desfechos avaliados foram a ocorrência de sífilis gestacional e sífilis congênita..
Local	Brasil
Tipo de seguimento	De 1º de janeiro de 2012 a 31 de dezembro de 2017
Desfecho	Os desfechos do estudo foram a ocorrência de sífilis gestacional e de sífilis congênita, analisados a partir de registros administrativos nacionais, com o objetivo de estimar a fração atribuível às desigualdades etnorraciais no Brasil. De 15.810.488 registros de nascimento, 144.564 mulheres tinham sífilis materna e 79.580 tinham sífilis congênita. Se todas as mulheres tivessem o mesmo risco inicial que as mulheres brancas, 35% (IC 95% 34,89–36,10) de toda a sífilis materna e 41% (40,49–42,09) de toda a sífilis congênita teriam sido prevenidos. Comparado a outras categorias etnorraciais, essas porcentagens foram maiores entre mulheres Parda/pardas (46% [45,74–47,20] da sífilis materna e 52% [51,09–52,93] da sífilis congênita teriam sido prevenidas) e mulheres negras (61% [60,25–61,75] da sífilis materna e 67% [65,87–67,60] da sífilis congênita teriam sido prevenidas). Se todos os grupos etnorraciais tivessem o mesmo risco que mulheres brancas com mais de 12 anos de escolaridade, 87% de toda a sífilis materna e 89% de toda a sífilis congênita teriam sido prevenidos.
Id	A8
Autor, ano	Oliveira, 2024
Título	Prevalência da sífilis e fatores associados entre gestantes no Brasil: revisão sistemática e meta-análise.
Fonte	Revista brasileira de ginecologia e obstetrícia
Tipo de estudo	Revisão sistemática, acompanhada de uma meta-análise, teve como objetivo estimar a prevalência de sífilis em gestantes no Brasil e descrever seus fatores associados. Nossos critérios de inclusão foram estudos transversais publicados entre 2005 e 2023, sem restrições linguísticas. A prevalência combinada da infecção por sífilis foi estimada usando o modelo de efeitos aleatórios no software R, com intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e $p < 0,01$ como estatisticamente significativo.
Participantes e idade	Artigos científicos publicados em periódicos e disponíveis em seis bancos de dados eletrônicos por meio de busca avançada. Foram utilizados: Biblioteca Nacional de Medicina (pubmed), Literatura Latino-Americana sobre Ciências da Saúde (LILACS), Science Direct, Scientific Electronic Library Online (scielo), Scopus, Web of Science e Portal Capes, usando palavras-chave incluídas nos Títulos de Assuntos Médicos (termos mesh) e Descritores de Ciências da Saúde (decs) combinados por operador booleano E:

Fatores socioculturais (pop do estudo)	cor/raça preta e parda, baixa escolaridade, baixa renda, vulnerabilidades relacionadas ao parceiro sexual, uso de álcool e outras drogas e condições desfavoráveis de acesso ao pré-natal.
Exposição ou intervenção	Fatores sociodemográficos, socioeconômicos, comportamentais e relacionados ao parceiro associados à ocorrência de sífilis em gestantes.
Local	Brasil
Tipo de seguimento	Foi realizada em outubro de 2023.
Desfecho	Um total de 24 artigos foram recrutados, que juntos investigaram 221.884 mulheres. A prevalência combinada de sífilis em gestantes no Brasil foi de 1,79% (IC 95%: 1,24-2,57%), e os principais fatores associados à sua ocorrência foram cor de pele negra e parda, baixa escolaridade e fatores relacionados ao parceiro. Houve alta prevalência de sífilis na gravidez no Brasil, principalmente associada a fatores socioeconômicos.
Id	A9
Autor, ano	Neves, Yado, 2024
Título	Vulnerabilidade e sofrimento psíquico: condições de acesso em saúde durante o pré-natal. Revista de Psicologia, Diversidade e Saúde,
Fonte	Revista de Psicologia, Diversidade e Saúde,
Tipo de estudo	Pesquisa qualitativa, de natureza exploratória e descritiva
Participantes e idade	Gestantes em acompanhamento pré-natal.
Fatores socioculturais (pop do estudo)	Raça/cor, racismo estrutural e obstétrico, violência de gênero, vulnerabilidade socioeconômica, desigualdades no acesso aos serviços de saúde, qualidade do acolhimento no pré-natal e sofrimento psíquico associado a experiências de discriminação e exclusão social.
Exposição ou intervenção	Vulnerabilidade social, racismo estrutural/racismo obstétrico e condições de acesso à assistência pré-natal.
Local	Brasil
Tipo de seguimento	Período não informado pelos autores
Desfecho	O sofrimento psíquico não pode ser compreendido de forma isolada do contexto social; A qualidade do pré-natal depende não apenas da oferta de exames e consultas, mas do cuidado relacional; A ausência de uma abordagem integral pode comprometer a prevenção de agravos evitáveis na gestação. O artigo critica modelos de cuidado centrados exclusivamente no biológico e reforça a necessidade de práticas mais humanizadas.
Id	A10
Autor, ano	Soares, 2021
Título	Completo e caracterização dos registros de sífilis gestacional e congênita na Bahia, 2007–2017. Epidemiologia e Serviços de Saúde

Fonte	Epidemiologia e Serviços de Saúde (RESS), Ministério da Saúde, Brasil.
Tipo de estudo	Estudo ecológico com dados secundários -SINAN
Participantes e idade	Gestantes com sífilis: 20–39 anos (categoria mais frequente); Todos os casos notificados de sífilis gestacional e sífilis congênita na Bahia entre 2007 e 2017.
Fatores socioculturais (pop do estudo)	Educação básica incompleta (5ª a 8ª série), predominante; Raça/cor, escolaridade materna, acesso ao pré-natal e tratamento do parceiro
Exposição ou intervenção	Características sociodemográficas e assistenciais
Local	Bahia
Tipo de seguimento	2007 a 2017
Desfecho	Foram identificados 15.050 casos de sífilis gestacional e 7.812 de sífilis congênita, no período analisado. A taxa de incidência variou de 1,3 para 15,1 casos em gestantes/1 mil nascidos vivos, e de 0,5 para 6,7 casos em menores de 1 ano/1 mil nascidos vivos. A completude da ‘classificação clínica’ dos casos de sífilis gestacional apresentou preenchimento variável, entre 58,2% e 67,2%, entre 2007 e 2017. A caracterização dos casos demonstrou maiores percentuais de ocorrência da doença entre mulheres negras, na faixa etária de 20 a 39 anos com menor escolaridade. Este perfil epidemiológico foi semelhante ao encontrado em outros estudos ¹⁵⁻¹⁷ e está associado com menor acesso ao acompanhamento pré-natal de qualidade, ^{18,19} que contribui para a manutenção da transmissão vertical. As desigualdades no acesso e a baixa qualidade do pré-natal explicariam, em alguma medida, a maior exposição das crianças de classes menos privilegiadas ao risco de contraírem sífilis congênita.
Id	A11
Autor, ano	Torres, 2022
Título	Análise do tratamento da sífilis gestacional durante o pré-natal no município de Ribeirão Preto - SP
Fonte	Biblioteca Digital USP
Tipo de estudo	Estudo de coorte retrospectivo, desenvolvido a partir de dados secundários.
Participantes e idade	Gestantes diagnosticadas com sífilis notificadas no SINAN
Fatores socioculturais (pop do estudo)	Raça/cor: A maioria das gestantes foi classificada como não branca (58,8%), evidenciando desigualdades raciais no adoecimento e no acesso ao cuidado, em consonância com a literatura que aponta maior vulnerabilidade de mulheres negras à sífilis gestacional. Escolaridade: Observou-se baixa escolaridade, com 35,5% das gestantes apresentando ensino fundamental incompleto, fator associado a menor acesso à informação em saúde, dificuldades de compreensão das orientações e menor adesão ao seguimento pós-tratamento.

	Situação ocupacional: A maioria das gestantes (90%) não possuía trabalho formal, refletindo condições de vulnerabilidade socioeconômica, dependência de políticas públicas e possíveis barreiras ao acesso contínuo aos serviços de saúde. Faixa etária: A população foi composta majoritariamente por mulheres jovens, com mediana de idade de 23 anos entre aquelas com tratamento adequado e 25 anos entre as que não receberam tratamento adequado, o que pode influenciar comportamentos de cuidado, autonomia e negociação do tratamento com parceiros. Aspectos relacionais: Em 35% dos casos, os parceiros sexuais não foram tratados, sendo a ausência de contato o principal motivo, o que evidencia fragilidades nas relações afetivo-sexuais e dificuldades na responsabilização do cuidado.
Exposição ou intervenção	Características sociodemográficas e assistenciais
Local	Ribeirão Preto, SP , Brasil
Tipo de seguimento	2022
Desfecho	O desfecho principal do estudo foi a adequação do tratamento da sífilis gestacional durante o pré-natal, conforme os protocolos preconizados, considerando esquema terapêutico correto para o estágio da sífilis e tempo adequado de tratamento. Como desfechos secundários, o estudo avaliou: O seguimento pós-tratamento, especialmente a realização de testes não treponêmicos conforme as recomendações; O tratamento da parceria sexual, como componente essencial para prevenção da reinfecção; A associação entre características sociodemográficas e clínicas (idade materna, idade gestacional no diagnóstico, escolaridade, raça/cor, situação de trabalho, estágio da sífilis) e a ocorrência de tratamento adequado. Das 316 notificações incluídas no estudo, o tratamento adequado das gestantes ocorreu em 238 (75,3%) mulheres, sendo as variáveis idade ($p=0,0406$) e idade gestacional ($p=0,007$) associadas a esse tratamento. Houve 151 (58,8%) gestantes com a raça/cor não branca, 67 (35,5%) com ensino fundamental incompleto, a mediana de idade foi de 23 e 25 anos (respectivamente, tratamento adequado e não adequado), 98 (90%) sem trabalho formal, 230 (73%) com diagnóstico no primeiro trimestre da gestação e 273 (89%) com sífilis latente. Quanto ao seguimento pós tratamento, apenas 17 (5,3%) utilizaram os testes não treponêmicos da forma recomendada. Em 111 (35%) casos não houve tratamento da parceria sexual, sendo o motivo principal o fato do parceiro não ter tido mais contato com a gestante.
Id	A12
Autor, ano	Borba, 2022
Título	Fatores de risco sócio-demográficos para sífilis gestacional em maternidade de Santa Catarina, Brasil
Fonte	Revista Ciências e Saúde
Tipo de estudo	Estudo de coorte.com abordagem histórica, com abordagem quantitativa,

Participantes e idade	A população do estudo é composta por mulheres grávidas que participaram do acompanhamento do estudo de coorte e realizaram testes rápidos para detecção de sífilis durante a gestação e na hospitalização.
Fatores socioculturais (pop do estudo)	Na população do estudo, os principais fatores socioculturais associados à sífilis gestacional foram baixa classe social, etnia negra e, de forma contextual em literatura relacionada, baixos níveis educacionais e comportamentos de risco sexual e social que refletem vulnerabilidade social mais ampla.
Exposição ou intervenção	A exposição do estudo foi a infecção por sífilis durante a gestação. Não houve intervenção terapêutica ou experimental imposta pelos pesquisadores.
Local	Local da pesquisa foi um hospital universitário em Santa Catarina
Tipo de seguimento	entre 2018 e 2019
Desfecho	Identificar fatores associados à infecção (por exemplo, classe social e etnia).
Id	A13
Autor, ano	Pauli, 2024
Título	Sífilis gestacional em um serviço de saúde terciário no Paraná, Brasil: Um estudo de caso-controle
Fonte	Revista Ciências e Saúde
Tipo de estudo	Estudo caso-controle pareado, de abordagem observacional e analítica, com delineamento retrospectivo (ambissexual), na proporção 1:2.
Participantes e idade	Gestantes internadas em maternidade terciária, sem especificação da faixa etária, com pareamento por idade entre casos e controles.
Fatores socioculturais (pop do estudo)	Raça/cor da pele não branca, múltiplos parceiros sexuais, tabagismo e histórico de ists configuraram fatores socioculturais associados à sífilis gestacional, refletindo contextos de vulnerabilidade social e desigualdades no acesso ao cuidado em saúde.
Exposição ou intervenção	Exposição: fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde materna (raça/cor da pele, múltiplos parceiros sexuais, tabagismo e histórico de ists). Intervenção: não se aplica (estudo observacional caso-controle).
Local	Gestantes internadas em uma maternidade terciária do Estado do Paraná
Tipo de seguimento	Setembro de 2020 a outubro de 2021
Desfecho	O estudo identificou associação significativa entre sífilis gestacional e fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde materna. Gestantes com raça/cor da pele não branca apresentaram maior chance de sífilis (OR: 2,12; IC95%: 1,19–3,80). A ocorrência da infecção também foi mais frequente entre aquelas que relataram mais de um parceiro sexual (OR: 3,69; IC95%: 1,70–8,00). Além disso, o tabagismo mostrou-se fortemente associado ao desfecho, tanto entre ex-fumantes (OR: 2,07; IC95%: 1,07–4,01) quanto entre fumantes

	atuais (OR: 4,31; IC95%: 1,55–11,98). O histórico prévio de infecções sexualmente transmissíveis foi o fator de maior magnitude de associação, aumentando significativamente o risco de sífilis gestacional (OR: 10,87; IC95%: 4,04–29,27).
Id	A14
Autor, ano	Padovani, 2018
Título	Sífilis durante a gestação: associação de características maternas e perinatais em uma região do sul do Brasil
Fonte	Revista Latino-Americana de Enfermagem
Tipo de estudo	Estudo retrospectivo, de delineamento transversal
Participantes e idade	Mulheres grávidas com sífilis notificada durante a gestação naquela região e período de tempo.
Fatores socioculturais (pop do estudo)	Cor/etnia não branca — gestantes que se declararam não-brancas apresentaram maior prevalência de sífilis durante a gestação, sugerindo desigualdades raciais no acesso à assistência e condições socioeconômicas. Baixo nível educacional — mulheres com menos anos de estudo (especialmente menos de 8 anos de escolaridade) tiveram risco significativamente maior de sífilis gestacional. Ausência de ocupação formal/trabalho remunerado — mulheres sem emprego remunerado apresentaram associação maior com a ocorrência de sífilis. Ser estudante — também foi associado a maior prevalência de sífilis, possivelmente refletindo situações de vulnerabilidade social ou de menor acesso a informações e serviços de saúde.
Exposição ou intervenção	Exposição: existência de sífilis diagnosticada durante a gestação. Intervenção: nenhuma intervenção experimental/controlada — o estudo não interveio no tratamento nem randomizou grupos, sendo inteiramente observacional
Local	O local do estudo foi na 15ª Região de Saúde do Estado do Paraná, na região Sul do Brasil. Isso significa que os dados de gestantes com sífilis e os desfechos maternos e perinatais foram analisados para mulheres residentes e atendidas nessa região do estado do Paraná, Brasil.
Tipo de seguimento	O período dos dados analisados foi entre 2011 e 2015.
Desfecho	Prevalência de sífilis na gestação foi de 0,57% entre as mulheres da 15ª Região de Saúde do Paraná (sul do Brasil). A taxa de detecção de sífilis gestacional aumentou ao longo dos anos, passando de 2,02 casos por 1.000 nascidos vivos em 2011 para 12,79 casos por 1.000 em 2015. Foram notificados 176 casos de sífilis congênita, com incidência crescente de 0,30 para 9,67 casos por 1.000 nascidos vivos no mesmo período. A sífilis durante a gestação foi estatisticamente associada a várias características maternas: Cor/etnia não branca (maior prevalência); Baixo nível de escolaridade (menos de 8 anos de estudo);

	Ausência de atenção pré-natal; Multiparidade e história de perda fetal também apresentaram associação maior com a infecção.
Id	A15
Autor, ano	Marmot, 2017
Título	A Lacuna de Saúde: O Desafio de um Mundo Desigual: o argumento”
Fonte	Um ensaio teórico analítico.
Tipo de estudo	Publicado como “ <i>Original article – Marmot Symposium</i> ”, com caráter reflexivo e argumentativo
Participantes e idade	Como se trata de um ensaio teórico-analítico, Michael Marmot discute desigualdades em saúde utilizando dados secundários e evidências de diferentes populações já investigadas em outros estudos, como: População de Baltimore, especialmente comparação entre bairros socialmente desiguais; Servidores públicos britânicos dos estudos Whitehall; Crianças e adultos avaliados no ACE Study (<i>Adverse Childhood Experiences</i>); Populações de diversos países em análises comparativas internacionais.
Fatores socioculturais (pop do estudo)	Os fatores socioculturais abordados por Michael Marmot (2017) incluem condições socioeconômicas, nível educacional, raça/etnia, estrutura familiar, ambiente territorial, acesso a políticas públicas e experiências adversas na infância, os quais, de forma inter-relacionada, produzem e reproduzem desigualdades em saúde ao longo do curso da vida.
Exposição ou intervenção	Por se tratar de um ensaio teórico, a exposição não é operacionalizada como variável mensurável, sendo abordada de forma conceitual a partir do referencial dos determinantes sociais da saúde: Condições socioeconômicas; Renda e pobreza (absoluta e relativa); Desigualdade de renda; Condições de moradia e território; Inserção no mercado de trabalho; Educação; Nível de escolaridade; Qualidade da educação; Desenvolvimento na infância; Acesso a oportunidades educacionais ao longo da vida; Estrutura familiar e contexto social; Tipo de arranjo familiar (ex: famílias monoparentais); Apoio social e comunitário; Exposição à violência e criminalidade; Raça/etnia e discriminação; Racismo estrutural e institucional; Segregação racial (ex: bairros majoritariamente negros vs. Brancos); Acúmulo de desvantagens ao longo da vida associado à raça; Ambiente e território; Condições do bairro (segurança, infraestrutura, serviços); Desigualdade entre áreas ricas e pobres; Acesso a recursos urbanos e políticas públicas; Acesso a serviços e políticas públicas; Sistema de saúde; Educação pública; Proteção social (transferência de renda, creches, transporte, etc.); Experiências na infância; Experiências adversas (violência, negligência, abuso); Impactos no desenvolvimento físico, mental e social; Efeitos de longo prazo na saúde
Local	O autor utiliza múltiplos contextos geográficos para ilustrar as desigualdades em saúde, como: Baltimore (exemplo central de desigualdade intraurbana); Estados Unidos; Inglaterra; Índia. Comparações entre diversos países de alta, média e baixa renda

Tipo de seguimento	Não se aplica, por se tratar de um ensaio teórico fundamentado em evidências provenientes de estudos realizados em diferentes períodos.
Desfecho	Por se tratar de um ensaio teórico, o desfecho não é operacionalizado como variável mensurável, sendo abordado de forma conceitual como as desigualdades em saúde produzidas pelas condições sociais, econômicas e estruturais ao longo do curso da vida.