



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

GRAZIELE CUBA LEAL GONÇALVES

**ENTRE NÚMEROS E HISTÓRIAS: UMA ANÁLISE SOBRE A SÍFILIS
GESTACIONAL E CONGÊNITA NA BAIXADA SANTISTA**

SANTOS

2026

GRAZIELE CUBA LEAL GONÇALVES

ENTRE NÚMEROS E HISTÓRIAS: UMA ANÁLISE SOBRE A SÍFILIS
GESTACIONAL E CONGÊNITA NA BAIXADA SANTISTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, como requisito para a obtenção do título de Mestra.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais.

Linha de pesquisa: Condições Sociais da Saúde, Políticas Públicas, Gestão, Programas e Práticas em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza.

SANTOS

2026

GRAZIELE CUBA LEAL GONÇALVES

ENTRE NÚMEROS E HISTÓRIAS: UMA ANÁLISE SOBRE A SÍFILIS
GESTACIONAL E CONGÊNITA NA BAIXADA SANTISTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, como requisito para a obtenção do título de Mestra.

Área de concentração: Saúde, Ambiente e Mudanças Sociais. Linha de pesquisa: Condições Sociais da Saúde, Políticas Públicas, Gestão, Programas e Práticas em Saúde.

Aprovada em: 23/04/2026.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza (Orientador)
Universidade Católica de Santos (Unisantos)

Profa. Dra. Ysabely de Aguiar Pontes Pamplona
Universidade Católica de Santos (Unisantos)

Profa. Dra. Ana Suelen Pedroza Cavalcante
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

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

- G635e Gonçalves, Grazielle Cuba Leal
 Entre números e histórias: uma análise sobre a Sífilis gestacional
 e congênita na Baixada Santista / Grazielle Cuba Leal Gonçalves;
 orientador Eduardo Carvalho de Souza - 2026.
 102 f.
- Dissertação (mestrado) - Universidade Católica de
 Santos, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em
 Saúde Pública, 2026.
 Inclui bibliografia
1. Sífilis. 2. Sífilis gestacional. 3. Sífilis congênita.
 4. Epidemiologia. 5. Infecção sexualmente transmissível.
 6. Sistema Único de Saúde. 7. Saúde pública. I. Souza, Eduardo
 Carvalho de. II. Título.

CDU: Ed. 1997 -- 614(043.3)

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho é resultado de um processo contínuo de dedicação, disciplina e amadurecimento acadêmico, viabilizado pelo apoio de pessoas e instituições fundamentais ao longo desta trajetória.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo apoio institucional e pelo suporte financeiro concedido por meio de bolsa de estudos, fundamental para o desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus pais, pelo suporte incondicional, pelos valores transmitidos e pelo incentivo permanente à formação acadêmica, que constituíram a base para a construção deste percurso.

Ao meu esposo, pela compreensão, equilíbrio e apoio constante durante todo o período de desenvolvimento desta pesquisa, especialmente nos momentos de maior exigência e dedicação.

Aos meus filhos, fonte de motivação e propósito, pela compreensão diante das demandas impostas pela pós-graduação e pelo estímulo diário à superação.

Ao meu orientador, pela condução criteriosa, pelas contribuições técnicas, pela disponibilidade e pela confiança depositada ao longo da elaboração deste estudo, elementos essenciais para o rigor científico e a qualidade deste trabalho.

Aos professores do programa, pelas reflexões acadêmicas, pela formação crítica proporcionada e pelas contribuições que ampliaram minha perspectiva teórica e metodológica.

Por fim, a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desta etapa, expresso minha sincera gratidão.

“Uma noite com Vênus, uma vida com Mercúrio.” — Provérbio europeu (séculos XVII–XIX)

Se outrora o sofrimento estava associado à limitação dos recursos terapêuticos, no contexto atual ele evidencia fragilidades na gestão, na vigilância e no compromisso institucional com a saúde materno-infantil (Domingues; Leal, 2016)

RESUMO

A sífilis gestacional e congênita permanece como desafio à saúde pública, apesar de diagnóstico e tratamento eficazes, refletindo desigualdades sociais e fragilidades no pré-natal que sustentam a transmissão vertical. O presente estudo teve como objetivo analisar a variação temporal da sífilis gestacional e congênita na Região Metropolitana da Baixada Santista e as percepções de mulheres que vivenciaram a sífilis durante a gestação e cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita. Trata-se de um estudo de métodos mistos do tipo convergente-paralelo, de natureza descritiva e exploratória, com análise de dados secundários do DATASUS/SINAN (2009–2023) e etapa qualitativa com entrevistas semiestruturadas realizadas no Hospital Guilherme Álvaro, em Santos. Incluiu todos os casos notificados, analisados por estatística descritiva, cálculo de taxas e regressão Joinpoint, além de análise temática com cinco mulheres, com aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa. Os resultados evidenciaram aumento dos casos ao longo da série histórica, com posterior estabilização, predominando em mulheres jovens, especialmente pardas, com presença de adolescentes e elevada proporção de dados ignorados. A sífilis congênita manteve-se em níveis elevados, indicando persistência da transmissão vertical e falhas no pré-natal. As narrativas revelaram desconhecimento, medo, culpa e dificuldades no cuidado, com impacto emocional relevante. A integração dos achados demonstra que o agravo resulta da articulação entre vulnerabilidades sociais e fragilidades na qualidade da atenção, especialmente na comunicação, continuidade do cuidado e organização dos serviços. Os resultados apontam para a necessidade de qualificação do pré-natal, com ênfase no diagnóstico oportuno, na efetividade do tratamento e na comunicação em saúde, bem como no fortalecimento da articulação entre assistência e vigilância, de modo a reduzir a transmissão vertical e promover cuidado mais integral, equitativo e resolutivo.

Palavras-chave: Sífilis; Sífilis gestacional; Sífilis congênita; Epidemiologia; Infecção sexualmente transmissível; Sistema Único de Saúde; Saúde pública.

ABSTRACT

Gestational and congenital syphilis remain a public health challenge, despite the availability of effective diagnostic methods and treatment, reflecting social inequalities and weaknesses in prenatal care that sustain vertical transmission. This study aimed to analyze the temporal variation of gestational and congenital syphilis in the Metropolitan Region of Baixada Santista and the perceptions of women who experienced syphilis during pregnancy and whose children were diagnosed with congenital syphilis. This is a mixed-methods study with a convergent-parallel design, descriptive and exploratory in nature, including analysis of secondary data from DATASUS/SINAN (2009–2023) and a qualitative stage based on semi-structured interviews conducted at Hospital Guilherme Álvaro, in Santos. All reported cases were included and analyzed using descriptive statistics, rate calculations, and Joinpoint regression, in addition to thematic analysis with five women. The study was approved by a Research Ethics Committee. The results showed an increase in cases over the historical series, followed by stabilization, with predominance among young women, especially those identified as mixed-race, with a relevant presence of adolescents and a high proportion of missing data. Congenital syphilis remained at high levels, indicating persistent vertical transmission and failures in prenatal care. The narratives revealed lack of knowledge about the infection, feelings of fear and guilt, difficulties in care, and significant emotional impact associated with the child's illness. The integration of findings demonstrates that the persistence of the condition results from the interplay between social vulnerabilities and weaknesses in the quality of care, particularly in communication, continuity of care, and organization of health services. The findings highlight the need to strengthen prenatal care, with emphasis on timely diagnosis, effective treatment, and health communication, as well as improving the integration between care and surveillance to reduce vertical transmission and promote more comprehensive, equitable, and effective care.

Keywords: Syphilis; Gestational syphilis; Congenital syphilis; Epidemiology; Sexually transmitted infection; Unified Health System; Public health.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1	Região Metropolitana da Baixada Santista.....	32
Figura 2	Fluxograma descritivo dos passos para coleta de dados no SINAN.....	33
Figura 3	Tendência temporal da sífilis gestacional (2009–2023).....	40
Figura 4	Tendência temporal da sífilis congênita na RMBS (2009–2023)...	52
Tabela 1	Número de casos de sífilis gestacional por município da Baixada Santista, 2009–2023.....	39
Tabela 2	Frequência absoluta e percentual da Sífilis em Gestante segundo faixa etária, cor/raça e escolaridade na Baixada Santista, 2009-2023.....	42
Tabela 3	Frequência absoluta e percentual da Sífilis em Gestante por município da Baixada Santista, 2009-2023.....	44
Tabela 4	Frequência absoluta e percentual quanto à classificação da Sífilis em Gestante por município da Baixada Santista, 2009-2023.....	49
Tabela 5	Número de casos de sífilis congênita por município da Baixada Santista, 2009-2023.....	51
Tabela 6	Frequência absoluta e percentual da Sífilis Congênita segundo cor/raça na Baixada Santista, 2009-2023.....	54
Tabela 7	Distribuição da frequência absoluta e percentual da Sífilis Congênita segundo cor/raça nos municípios da Baixada Santista, 2009-2023.....	55
Tabela 8	Frequência absoluta e percentual da Sífilis Congênita segundo a classificação final da doença na Baixada Santista, 2009-2023...	57

Tabela 9	Distribuição da frequência absoluta e percentual da Sífilis Congênita segundo classificação final da doença nos municípios da Baixada Santista, 2009-2023.....	58
Tabela 10	Distribuição absoluta e percentual segundo idade, município de residência, escolaridade, raça/cor, estado civil, religião e renda familiar em mães de recém-nascidos com sífilis congênita no HGA.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APC	<i>Annual Percentage Change</i> (Variação percentual anual)
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FTA-Abs	<i>Fluorescent Treponemal Antibody Absorption</i> (Absorção de anticorpos treponêmicos fluorescentes)
HGA	Hospital Guilherme Álvaro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
RMBS	Região Metropolitana da Baixada Santista
RPR	<i>Rapid Plasma Reagin</i> (Reagina plasmática rápida)
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TPHA	<i>Treponema pallidum Hemagglutination Assay</i> (Ensaio de hemaglutinação para <i>Treponema pallidum</i>)
Unisantos	Universidade Católica de Santos
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i> (Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas)
WHO	<i>World Health Organization</i> (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 Geral.....	16
2.2 Específicos.....	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1 Aspectos históricos da sífilis.....	17
3.2 Definição e características clínicas da sífilis.....	19
3.3 Sífilis na gestação: transmissão vertical e vulnerabilidade materna.....	22
3.3.1 Vulnerabilidade pessoal.....	22
3.3.2 Vulnerabilidade social.....	23
3.4 Sífilis congênita: agravo evitável e evento-sentinela.....	24
3.5 Critérios de notificação da Sífilis Gestacional e Congênita no Brasil....	25
3.5.1 Sífilis Gestacional.....	25
3.5.2 Sífilis Congênita.....	25
3.6 Organização do cuidado pré-natal e enfrentamento da sífilis no Sistema Único de Saúde.....	26
3.6.1 O pré-natal como linha de cuidado na atenção materno-infantil.....	27
3.6.2 Diagnóstico da sífilis gestacional no pré-natal.....	28
3.6.3 Atenção à sífilis congênita na rede de cuidados do SUS.....	29
4 METODOLOGIA.....	31
4.1 Tipo e natureza do estudo.....	31
4.2 Local de realização do estudo.....	31
4.3 Período de realização do estudo.....	32
4.4 Etapa Quantitativa.....	33
4.4.1 População e amostra.....	33
4.4.2 Coleta de dados.....	33
4.4.3 Análise de dados.....	34
4.5 Etapa Qualitativa.....	35

4.5.1 População e amostra.....	35
4.5.2 Coleta de dados.....	36
4.5.3 Análise dos dados.....	36
4.6 Aspectos éticos.....	37
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
5.1 Sífilis gestacional e congênita na Região Metropolitana da Baixada Santista: caracterização e panorama 2009–2023.....	39
5.2 Eixos temáticos da análise qualitativa: conhecimento, vivências e impactos da sífilis na experiência materna.....	60
5.2.1 Caracterização das participantes do estudo.....	60
5.2.2 Conhecimento e percepções sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis e a Sífilis.....	64
5.2.3 A vivência da gestação e o percurso do cuidado pré-natal diante do diagnóstico de sífilis.....	67
5.3 Integração dos achados quantitativos e qualitativos.....	74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS.....	79
APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista Semiestruturado.....	91
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	95
ANEXO A - Aprovação no Comitê de Ética.....	97
ANEXO B - Apoio da Clínica de Psicologia da UNISANTOS.....	101
ANEXO C - Termo de Anuência.....	102

1 INTRODUÇÃO

A sífilis permanece como um importante problema de saúde pública no século XXI, figurando entre as infecções sexualmente transmissíveis (IST) de maior ocorrência no mundo (Pinchera et al., 2022). Segundo estimativas recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS), ocorrem aproximadamente 6 milhões de casos anuais de infecção (OMS, 2025). Esse cenário evidencia a elevada magnitude e a persistência da doença em diferentes contextos populacionais, mesmo diante da ampla disponibilidade de métodos diagnósticos e de tratamento eficaz (Pinchera et al., 2022).

Entre as expressões mais graves da persistência da sífilis como agravo em saúde pública, destaca-se sua ocorrência no período gestacional. Quando não diagnosticada e tratada oportunamente durante o pré-natal, a infecção materna pode resultar em transmissão vertical e culminar na sífilis congênita, condição reconhecidamente evitável, mas que permanece como um desafio persistente no Brasil e em outros países. Apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas ao enfrentamento da infecção, observa-se, nas últimas décadas, o crescimento contínuo dos casos de sífilis gestacional e congênita, revelando tensões entre os protocolos institucionais estabelecidos e a realidade vivenciada nos territórios (Brasil, 2023a; Brasil, 2021a).

No cenário internacional, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estimou, para o ano de 2022, mais de 3,3 milhões de novos casos de sífilis nas Américas, correspondendo a 42% das infecções globais notificadas (OPAS, 2024). No Brasil, entre 2012 e 2022, foram registrados mais de 537 mil casos de sífilis em gestantes e 238 mil casos de sífilis congênita, com a ocorrência de mais de 2 mil óbitos infantis evitáveis (Brasil, 2023a). Esses dados evidenciam a gravidade da transmissão vertical e reforçam a necessidade de compreender por que essa forma de transmissão persiste em um país que dispõe de diretrizes específicas para o rastreamento e o tratamento da infecção.

Embora a testagem no pré-natal seja obrigatória e o tratamento esteja disponível de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o percentual de gestantes que recebem tratamento adequado ainda permanece abaixo dos 95% preconizados pela OMS (Brasil, 2023a). Esse descompasso tem sido associado a um conjunto de fatores que extrapola a dimensão estritamente técnica do cuidado,

incluindo fragilidades no acesso e na qualidade da assistência, dificuldades na abordagem e no tratamento da parceria sexual, estigmatização do diagnóstico, subnotificação e insegurança das usuárias diante da infecção (Costa et al., 2022; Ferreira et al., 2023).

A persistência dessas limitações repercute diretamente nos cenários regionais, expressando-se em padrões epidemiológicos desfavoráveis. No estado de São Paulo, a sífilis gestacional e a sífilis congênita apresentam crescimento contínuo e expressivo das taxas de incidência ao longo da última década. Entre 2011 e 2022, foram notificados 125.776 casos de sífilis em gestantes e 42.418 casos de sífilis congênita, com tendências estatisticamente significativas de aumento para ambos os agravos. Esse panorama evidencia a manutenção da transmissão vertical e aponta para fragilidades no pré-natal, no acesso oportuno ao diagnóstico e na efetividade do tratamento, indicando a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância, rastreamento precoce e cuidado integral à saúde materno-infantil no estado (Pereira et al., 2024).

Nesse contexto, a Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), composta por nove municípios do litoral paulista, apresenta a sífilis congênita como um agravo ainda expressivo. Segundo Pereira, Siqueira e Montanha (2021), com base em dados secundários referentes ao período de 2010 a 2019, a região apresentou taxas médias elevadas de detecção da infecção em recém-nascidos, com destaque negativo para os municípios de Cubatão, Praia Grande e São Vicente. O perfil das mães era composto, majoritariamente, por mulheres jovens, com baixa escolaridade, pertencentes à raça/cor parda e que, embora em sua maioria tenham realizado o pré-natal, não receberam tratamento adequado.

Além disso, a alta proporção de registros com campos ignorados nas fichas de notificação, como escolaridade, raça/cor, momento do diagnóstico e esquema de tratamento, compromete a produção de informações qualificadas para subsidiar as políticas públicas (Pereira; Siqueira; Montanha, 2021). Esse panorama motivou, inclusive, a criação do Comitê Municipal de Combate à Sífilis em Santos, em 2023, como estratégia para intensificar o enfrentamento do agravo e articular esforços intersetoriais (Santos, 2023).

Nesse contexto, permanece a necessidade de compreender como, mesmo com estratégias estabelecidas, a sífilis gestacional e congênita ainda se perpetuam em territórios como a Baixada Santista. Há uma lacuna importante na literatura no

que se refere à escuta das mulheres afetadas por esse agravo, especialmente no que diz respeito à forma como percebem o diagnóstico, o cuidado recebido e os impactos para a saúde dos filhos (Vicente et al., 2023). Assim, a presente pesquisa propõe-se a investigar: quais são os fatores que explicam a persistência da sífilis gestacional e congênita na Região Metropolitana da Baixada Santista e como as mulheres diagnosticadas com sífilis na gestação percebem essa vivência e seus desdobramentos para a saúde de seus filhos?

A relevância da pesquisa reside em sua proposta de integrar análise epidemiológica com as experiências subjetivas das mulheres, produzindo conhecimento situado, sensível às vulnerabilidades territoriais e capaz de subsidiar estratégias de cuidado mais humanizadas, resolutivas e equitativas no enfrentamento da sífilis congênita.

A escolha do tema desta pesquisa está ancorada na trajetória profissional da pesquisadora como médica ginecologista e obstetra atuante em hospitais de baixo risco e em um hospital de referência para gestação de alto risco no município de Santos. A inserção contínua no cuidado a gestantes e recém-nascidos têm possibilitado a observação recorrente de casos de sífilis diagnosticados durante a gestação, bem como de desfechos associados à sífilis congênita, muitos deles potencialmente evitáveis por meio de diagnóstico oportuno e manejo adequado no pré-natal.

A experiência assistencial no serviço tem evidenciado contradições entre a reconhecida disponibilidade de métodos diagnósticos e de tratamento eficaz para a sífilis e a persistência de desfechos adversos maternos e neonatais. Situações como diagnóstico tardio, tratamento incompleto, dificuldades de adesão terapêutica e ausência da parceria sexual no cuidado emergem de forma recorrente na prática cotidiana, indicando que a manutenção da transmissão vertical não se restringe a falhas clínicas, mas envolve determinantes sociais, organizacionais e subjetivos que atravessam o percurso do cuidado.

Nesse sentido, esta pesquisa se fundamenta na necessidade de aprofundar a compreensão desse fenômeno a partir da perspectiva das próprias mulheres que vivenciaram a sífilis durante a gestação. Ao privilegiar a escuta de suas experiências, percepções e dificuldades, busca-se produzir conhecimento que contribua para a qualificação das práticas assistenciais, o fortalecimento de estratégias de cuidado mais sensíveis às vulnerabilidades e a consolidação de abordagens alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a variação temporal da sífilis gestacional e congênita na Região Metropolitana da Baixada Santista e as percepções de mulheres que vivenciaram a sífilis durante a gestação e cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita.

2.2 Específicos:

- Caracterizar o perfil demográfico das mulheres notificadas com sífilis gestacional na Baixada Santista;
- Descrever a distribuição dos casos de sífilis congênita na região;
- Caracterizar as mulheres participantes do estudo qualitativo;
- Descrever os conhecimentos e compreensões das mulheres sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis e a sífilis;
- Sistematizar, a partir da perspectiva das mães, a experiência da sífilis na gestação, incluindo o cuidado pré-natal e o impacto da doença na vida materna e infantil.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Aspectos históricos da sífilis

A história da sífilis é marcada por controvérsias, especialmente quanto à sua origem, tema que mobiliza pesquisadores de áreas como arqueologia, genética molecular e história da medicina. Duas hipóteses principais estruturam esse debate: a teoria colombiana e a teoria pré-colombiana.

A teoria colombiana sustenta que a sífilis teria sido introduzida na Europa após as viagens de Cristóvão Colombo às Américas. Segundo essa perspectiva, membros da tripulação teriam contraído a infecção no novo continente e a levado de volta à Europa em 1493. Um argumento frequentemente citado em favor dessa explicação é a ocorrência do primeiro grande surto europeu de sífilis logo depois, no final do século XV, período em que a doença passou a se disseminar rapidamente pelo continente (Tampa et al., 2014).

Em contraposição, a teoria pré-colombiana propõe que a sífilis já existia na Europa antes das navegações, mas era confundida com outras afecções cutâneas ou ainda não havia sido descrita detalhadamente. Achados paleopatológicos, como lesões ósseas compatíveis com treponematoses datadas de antes do século XV, são utilizados para sustentar essa hipótese. De acordo com essa interpretação, a notoriedade da sífilis teria crescido apenas com as transformações sociais e sanitárias do Renascimento (Tampa et al., 2014).

Estudos recentes, ao identificarem material genético de bactérias da família *Treponema* em fósseis das Américas datados de cerca de 9.000 anos, reforçam a possibilidade de que a infecção tenha sido introduzida no continente europeu após os contatos coloniais (Majander et al., 2024; Garcia, 2024).

O primeiro registro robusto de um surto de sífilis na Europa ocorreu em 1495, durante a invasão da Itália por Carlos VIII. A enfermidade, até então desconhecida no continente, espalhou-se rapidamente entre os soldados, provocando manifestações graves, sobretudo entre aqueles que evoluíam para o estágio terciário (Marinković; Dukić, 2012). No ano seguinte, a infecção se disseminou para as cidades, sendo transmitida principalmente por contato sexual ou de forma vertical, durante a gestação, o que contribuiu para sua ampla propagação na Europa e, posteriormente, no restante do mundo (Tampa et al., 2014).

Nas décadas e séculos seguintes, a sífilis assumiu papel central entre as infecções sexualmente transmissíveis, tornando-se a primeira grande epidemia documentada desse grupo. Diversas figuras históricas teriam sido acometidas, como os reis Francisco I e Henrique III, da França, e o imperador Carlos V. Há registros de que lideranças religiosas, incluindo cardeais, bispos e até mesmo os papas Alexandre VI e Júlio II, tenham sofrido com a doença (BBC News Brasil, 2018). O forte estigma moral consolidado nesse período relacionava a sífilis a comportamentos considerados pecaminosos, recaindo sobretudo sobre as mulheres, frequentemente responsabilizadas pela transmissão. Crianças com sífilis congênita também foram alvo de preconceito, uma vez que a enfermidade era equivocadamente tratada como hereditária (Brasil, 2023a).

A compreensão científica da sífilis avançou significativamente apenas no início do século XX, quando, em 1905, Fritz Schaudinn e Erich Hoffmann identificaram o *Treponema pallidum*, agente etiológico da doença (Waugh, 2005). Essa descoberta possibilitou o aprimoramento dos métodos diagnósticos e terapêuticos e consolidou o caráter bacteriano da infecção. Nos anos seguintes, surgiram exames sorológicos fundamentais, como os testes não treponêmicos *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e *Rapid Plasma Reagin* (RPR), utilizados na triagem, e, posteriormente, os testes treponêmicos *Fluorescent Treponemal Antibody Absorption* (FTA-Abs) e *Treponema pallidum Hemagglutination Assay* (TPHA), que conferiram maior especificidade às etapas de confirmação diagnóstica (Walsh; Brunton, 2019; Brasil, 2020).

No que se refere ao tratamento, os primeiros séculos foram marcados por tentativas empíricas e frequentemente nocivas. Entre os séculos XV e XVI, o uso do mercúrio, por via tópica ou oral, foi amplamente difundido, apesar de provocar efeitos tóxicos severos, como distúrbios neurológicos, perda dentária e morte (Tampa et al., 2014). No início do século XX, o desenvolvimento do Salvarsan (arsfenamina) por Paul Ehrlich e Sahachiro Hata representou um avanço considerável, sendo considerado o primeiro quimioterápico efetivo contra a sífilis, embora ainda apresentasse toxicidade significativa (Brasil, 2020).

O marco definitivo no tratamento ocorreu com a descoberta da penicilina, em 1928, por Alexander Fleming. Identificada inicialmente como uma substância capaz de inibir o crescimento bacteriano, a penicilina só passou a ser produzida em escala e utilizada amplamente na década de 1940, graças aos esforços de Howard Florey e

Ernst Boris Chain (Zinzin, 2015). A partir desse momento, a penicilina G benzatina consolidou-se como o tratamento de primeira escolha, devido à sua elevada eficácia, baixo custo e segurança. Nos casos de gestantes e recém-nascidos, permanece como a única terapia capaz de prevenir a transmissão vertical e tratar a sífilis congênita de forma efetiva (Brasil, 2021b).

Assim, a trajetória histórica da sífilis evidencia o entrelaçamento entre descobertas científicas, transformações sociais e avanços terapêuticos, elementos fundamentais para compreender a complexidade dessa infecção e os desafios contemporâneos para seu controle.

3.2 Definição e características clínicas da sífilis

A sífilis é uma infecção bacteriana causada pelo *Treponema pallidum* e caracteriza-se por sua complexidade clínica e epidemiológica, constituindo um importante desafio para a saúde pública em escala global. Embora a via sexual seja a principal forma de transmissão, a infecção também pode ocorrer por transmissão vertical, da gestante para o feto, e, mais raramente, por transfusão sanguínea (Brasil, 2020).

A história natural da sífilis envolve estágios clínicos distintos, denominados primário, secundário, latente e terciário. Cada fase está associada a manifestações específicas e a complicações de gravidade progressiva, o que reforça a importância do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno para a redução dos impactos da infecção (Brasil, 2020).

No estágio primário, surge uma lesão única denominada cancro duro no local de entrada da bactéria, geralmente entre 10 e 90 dias após o contágio. Essa lesão pode manifestar-se no pênis, vulva, vagina, colo do útero, ânus, boca ou outras regiões da pele, caracterizando-se por ser indolor, sem prurido e sem secreção purulenta. Pode haver linfadenopatia inguinal associada, e, sem tratamento, a lesão tende a desaparecer espontaneamente, gerando falsa impressão de cura (Brasil, 2021b; Silva et al, 2020).

O estágio secundário ocorre entre seis semanas e seis meses após o surgimento e a cicatrização do cancro duro. Essa fase caracteriza-se por erupções cutâneas geralmente não pruriginosas, mal-estar, cefaléia e linfadenopatia generalizada. Assim como na fase primária, os sinais podem desaparecer sem

tratamento, contribuindo para a percepção equivocada de cura espontânea (Brasil, 2021b; Silva et al, 2020).

A fase latente é assintomática e subdivide-se em latente recente, quando ocorre até um ano de infecção, e latente tardia, quando ocorre após esse período. Essa fase pode ser interrompida pelo ressurgimento de manifestações típicas das formas secundária ou terciária (Brasil, 2021b; Silva et al, 2020).

A sífilis terciária pode manifestar-se entre um e quarenta anos após a infecção inicial e envolve formas graves e potencialmente destrutivas da doença. Podem surgir lesões conhecidas como gomas, que acometem ossos e articulações e evoluem para sinovites, artrites, periostites e osteíte. As manifestações cardiovasculares incluem estenose de artérias coronárias, aortite e aneurismas da aorta, especialmente na porção torácica. O comprometimento neurológico pode resultar em meningite, gomas no sistema nervoso central, atrofia do nervo óptico, alterações de pares cranianos, quadros psiquiátricos, demência, convulsões, paralisias e óbito (Fiocruz, 2019; Silva et al 2020).

No contexto gestacional, a sífilis é definida quando o diagnóstico ocorre durante o pré-natal, no parto, no puerpério ou em internações decorrentes de abortamento. Essa condição representa importante agravo à saúde materno-infantil devido ao elevado risco de transmissão vertical, cuja probabilidade varia conforme o estágio clínico da infecção (Brasil, 2022b).

A sífilis congênita foi descrita pela primeira vez em 1497 pelo médico italiano Gaspar Torella, constituindo um dos primeiros registros de transmissão vertical na história da medicina. Trata-se de uma das formas mais graves da infecção pelo *Treponema pallidum*, pois compromete o desenvolvimento fetal e pode gerar manifestações severas tanto no período neonatal quanto na infância (Brasil, 2020).

Clinicamente, a sífilis congênita é classificada em precoce ou tardia, conforme o momento de surgimento dos sinais e sintomas. A forma precoce ocorre ao nascimento ou até os dois primeiros anos de vida, sendo mais frequente nas primeiras semanas e geralmente manifestando-se até o terceiro mês. Aproximadamente sessenta por cento dos recém-nascidos acometidos são assintomáticos ao nascimento (Brasil, 2020).

Entre as manifestações da sífilis congênita precoce destacam-se rinite sifilítica, erupções cutâneas, hepatomegalia, icterícia, linfadenopatia generalizada, febre, meningite e alterações ósseas. A rinite sifilítica, ou snuffles, costuma surgir na

primeira semana de vida e apresenta secreção inicialmente branca, podendo evoluir para aspecto purulento ou sanguinolento. As erupções cutâneas surgem a seguir e podem se apresentar como pápulas avermelhadas, descamação e crostas, localizando-se sobretudo nas costas, nádegas, coxas, palmas das mãos e plantas dos pés. Em alguns casos, podem tornar-se bolhosas ou ulceradas. As alterações ósseas são comuns, ocorrendo em sessenta a oitenta por cento dos casos não tratados, incluindo periostite, desmineralização cortical e osteocondrite. Tais alterações podem causar dor intensa e limitação de movimentos, configurando a pseudoparalisia de Parrot, que pode simular paralisia motora (Brasil, 2020).

A sífilis congênita tardia refere-se aos casos em que os sinais e sintomas surgem após os dois anos de idade. Essa forma resulta de infecção transplacentária não tratada ou tratada de forma inadequada durante a gestação, e estima-se que cerca de quarenta por cento das crianças nascidas de gestantes não tratadas possam evoluir para a forma tardia da doença (Brasil, 2020). Suas manifestações incluem alterações faciais, esqueléticas e neurológicas e, em alguns casos, a presença de gomas, lesões típicas da fase terciária da sífilis (Benenson, 1983). Embora muitas dessas manifestações possam ser prevenidas com tratamento materno adequado ou com intervenção precoce no recém-nascido, especialmente nos primeiros três meses de vida, alguns casos ainda podem evoluir com sequelas tardias (Brasil, 2022b).

Entre as manifestações da forma tardia encontram-se fronte proeminente, nariz em sela, mandíbula protuberante, ceratite intersticial, cicatriz corneana, perda auditiva neurosensorial de início súbito, alterações dentárias como os dentes de Hutchinson, fissuras periorais, presença de gomas cutâneas, deficiência intelectual, hidrocefalia, paralisias de nervos cranianos, tíbia arqueada, artrite indolor dos joelhos e hipertrofia esternoclavicular, também conhecida como sinal de Higoumenakis. Essas alterações podem comprometer de maneira significativa a qualidade de vida da criança, o que reforça a importância do diagnóstico precoce e da notificação compulsória dos casos suspeitos ou confirmados (Brasil, 2022b).

3.3 Sífilis na gestação: transmissão vertical e vulnerabilidade materna

A importância clínica da sífilis gestacional decorre, sobretudo, da elevada probabilidade de transmissão vertical, cuja magnitude está diretamente associada à carga bacteriana circulante no organismo materno e à fase da infecção. Nas fases iniciais, primária e secundária, o *Treponema pallidum* apresenta maior atividade e concentrações bacterianas mais elevadas, situação que se relaciona às maiores taxas de transmissão materno-fetal (Brasil, 2021b). Ainda que a sífilis latente tardia envolva menor carga bacteriana, o risco de transmissão permanece presente, justificando a necessidade de tratamento em todos os estágios da doença.

As consequências da infecção durante a gestação são amplas e podem envolver aborto espontâneo, prematuridade, natimortalidade, malformações congênitas e sequelas crônicas no recém-nascido, reforçando a importância do diagnóstico precoce e da abordagem adequada no pré-natal (Brasil, 2022a). Entretanto, a ocorrência e a gravidade da sífilis congênita não dependem exclusivamente de fatores biomédicos. A vulnerabilidade materna, resultante da interação entre aspectos individuais, sociais e programáticos, desempenha papel central na determinação do risco de aquisição, manutenção e transmissão da infecção (Ayres et al., 2003).

3.3.1 Vulnerabilidade pessoal

A vulnerabilidade pessoal envolve características individuais que influenciam a capacidade de a gestante reconhecer situações de risco, adotar comportamentos protetivos e acessar serviços de saúde. Essa concepção, amplamente discutida por Ayres et al. (2003), destaca que elementos cognitivos, afetivos e comportamentais moldam a exposição diferencial aos agravos de saúde. Assim, a insuficiência de conhecimento sobre IST, a baixa compreensão das formas de prevenção e a falta de valorização do início precoce do pré-natal configuram componentes centrais dessa dimensão (Brasil, 2021b; WHO, 2016).

O comportamento sexual também representa fator significativo. Dificuldades na negociação do uso de preservativo, relações sexuais desprotegidas e múltiplos parceiros, frequentemente influenciados por relações de gênero, dependência emocional e desigualdade na tomada de decisão, são aspectos reconhecidos na

literatura como ampliadores da vulnerabilidade feminina a IST (Ayres et al., 2003; Cruzeiro et al., 2010). Em conjunto, fatores psicológicos como depressão, ansiedade, baixa autoestima e histórico de violência impactam o autocuidado e podem retardar o início do pré-natal ou prejudicar a adesão ao tratamento (Rodrigues et al., 2020).

O uso de álcool e outras drogas constitui outro elemento importante, pois favorece comportamentos sexuais de risco e dificulta o acompanhamento gestacional, conforme descrito em revisões sistemáticas sobre vulnerabilidade materna e práticas reprodutivas (Silva et al., 2024). A continuidade do tratamento e o engajamento do parceiro, essenciais para evitar reinfecções, também podem ser prejudicados pelo consumo de substâncias psicoativas.

3.3.2 Vulnerabilidade social

A vulnerabilidade social decorre da inserção da gestante em contextos permeados por desigualdades socioeconômicas, relações de gênero assimétricas, precariedade habitacional, baixa escolaridade, insegurança alimentar, desemprego e violência. Tais fatores, conforme discutido por (Ayres et al., 2003; Czeresnia, 1999), reduzem as oportunidades de proteção e dificultam a construção de respostas individuais diante dos agravos de saúde.

A baixa escolaridade limita a compreensão de informações de saúde e dificulta a apropriação das orientações do pré-natal, contribuindo para o início tardio do acompanhamento gestacional (Rodrigues et al., 2020). A renda insuficiente, frequentemente associada a vínculos laborais frágeis ou ausência de emprego formal, impacta diretamente a capacidade de comparecimento às consultas e reduz a autonomia da mulher, reforçando dependências econômicas e vulnerabilidades nas relações afetivas (Silva et al., 2024).

A violência doméstica e de gênero constitui um determinante crítico da vulnerabilidade materna, uma vez que prejudica a autonomia, a saúde mental e a aderência aos serviços de saúde. Estudos apontam que mulheres expostas à violência apresentam maior probabilidade de envolver-se em relações sexuais desprotegidas e menor adesão ao pré-natal (Cruzeiro et al., 2010; WHO, 2016).

Além disso, dificuldades de acesso geográfico, falta de transporte, sobrecarga de trabalho doméstico e insuficiência de profissionais de saúde,

especialmente em regiões rurais e periferias urbanas, agravam a vulnerabilidade social, podendo resultar em diagnósticos tardios e tratamentos incompletos (Brasil, 2021b).

3.4 Sífilis congênita: agravo evitável e evento-sentinela

A sífilis congênita é amplamente reconhecida como um agravo evitável, uma vez que existem métodos diagnósticos simples, acessíveis e de baixo custo, além de tratamento eficaz com penicilina benzatina, cuja administração adequada previne a transmissão vertical na quase totalidade dos casos (Domingues; Leal, 2016). Estudos nacionais demonstram que, quando a gestante recebe acompanhamento pré-natal qualificado, com testagem oportuna e tratamento completo, a cadeia de transmissão é interrompida de forma eficiente, evidenciando que a persistência do agravo está diretamente relacionada a falhas evitáveis na assistência (Domingues et al., 2014).

No Brasil, a ocorrência de sífilis congênita está associada a fatores como início tardio do pré-natal, número insuficiente de consultas, falhas na interpretação dos testes, ausência de tratamento da gestante ou do parceiro e dificuldades estruturais dos serviços, incluindo o desabastecimento de insumos essenciais (Costa et al., 2020). Esses elementos refletem desigualdades no acesso às ações de cuidado e revelam fragilidades na organização da atenção primária, que tem papel central na detecção e tratamento da infecção.

Por sua natureza evitável, a sífilis congênita é classificada como evento-sentinela, indicando falhas nos processos assistenciais e sinalizando a necessidade de revisão de práticas clínicas, protocolos e fluxos de cuidado. Estudos brasileiros destacam que eventos-sentinela, como a sífilis congênita, permite identificar gargalos na assistência pré-natal, contribuindo para o monitoramento da qualidade dos serviços e para o aperfeiçoamento das ações de vigilância epidemiológica (Domingues; Saraceni; Hartz, 2013).

O agravo funciona, ainda, como um marcador sensível da efetividade da atenção primária. Evidências apontam que a persistência de altos índices de sífilis congênita está relacionada tanto à insuficiência da cobertura e da qualidade do pré-natal quanto às desigualdades socioeconômicas, que dificultam o acesso das gestantes às ações preventivas e ao tratamento oportuno (Magalhães et al., 2011).

Assim, a vulnerabilidade social constitui um determinante relevante para a ocorrência da infecção e para a manutenção da transmissão vertical.

A análise sistemática dos casos notificados de sífilis congênita permite identificar padrões de falhas assistenciais e subsidiar intervenções que contribuam para qualificar o cuidado, como a capacitação de equipes, a revisão de protocolos, o aprimoramento da busca ativa de gestantes e a ampliação das estratégias de promoção da saúde (Costa et al., 2020). Dessa forma, o enfrentamento do agravo exige ações articuladas entre vigilância, assistência e políticas sociais, considerando os determinantes clínicos, organizacionais e sociais envolvidos no processo de cuidado.

Compreender a sífilis congênita como agravo evitável e evento-sentinela é essencial para orientar práticas de prevenção e fortalecer a vigilância epidemiológica ativa. A consolidação de um pré-natal qualificado, associado à testagem adequada, ao tratamento oportuno e ao acompanhamento do recém-nascido, constitui estratégia fundamental para a interrupção da transmissão vertical e para a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil no país (Domingues; Leal, 2016).

3.5 Critérios de notificação da Sífilis Gestacional e Congênita no Brasil

3.5.1 Sífilis Gestacional

A notificação de sífilis em gestantes no Brasil se tornou obrigatória pela Portaria n.º 33, de 14 de julho de 2005. Assim, todas as gestantes com os critérios abaixo devem ser notificadas. 1. Mulher assintomática para sífilis, que durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério apresenta pelo menos um teste reagente - treponêmico ou não treponêmico com qualquer titulação – e sem registro de tratamento prévio. 2. Mulher sintomática para sífilis, que, durante o pré-natal, parto ou puerpério, apresente pelo menos um teste reagente, treponêmico e/ou não treponêmico, com qualquer titulação. 3. Mulher que, durante o pré-natal, parto e/ou puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independentemente da sintomatologia de sífilis e de tratamento prévio (SINAN). Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados (Brasil, 2005; Brasil, 2025).

3.5.2 Sífilis Congênita

A sífilis congênita é de notificação compulsória nacional desde 1986, conforme a Portaria nº 542, de 22 de dezembro de 1986, e permanece como agravo de notificação obrigatória no SINAN nas situações abaixo: 1. Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis não tratada

ou tratada de forma não adequada. Tratamento adequado: Tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, e INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrarem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada. Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe. 2. Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: * Alteração clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente; * Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente; *Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições; *Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após 6 meses de idade, exceto em situação de seguimento terapêutico; * Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade sem diagnóstico prévio de sífilis congênita. Nesta situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida. 3. Evidência microbiológica de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto. Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado) (Brasil, 2005; Brasil, 2025).

3.6 Organização do cuidado pré-natal e enfrentamento da sífilis no Sistema Único de Saúde

A organização da atenção materno-infantil no SUS fundamenta-se na estruturação do cuidado pré-natal como estratégia central para promoção da saúde, prevenção de agravos e redução da transmissão vertical de infecções. Nesse contexto, compreender o papel do pré-natal na rede assistencial torna-se essencial para análise das respostas do sistema de saúde frente à sífilis gestacional e à sífilis congênita. Assim, este tópico apresenta, inicialmente, o pré-natal como componente estruturante da linha de cuidado materno-infantil, destacando os princípios de integralidade e coordenação da atenção.

Em seguida, discute-se o diagnóstico da sífilis gestacional no âmbito do acompanhamento pré-natal, enfatizando a importância da detecção oportuna e do manejo adequado da infecção. Por fim, aborda-se a atenção à sífilis congênita como desdobramento das ações desenvolvidas durante a gestação, evidenciando a articulação entre assistência e vigilância epidemiológica na continuidade do cuidado à criança no SUS.

3.6.1 O pré-natal como linha de cuidado na atenção materno-infantil

A assistência pré-natal constitui um dos eixos estruturantes da atenção à saúde materno-infantil no SUS, sendo organizada como estratégia prioritária para promoção da saúde, prevenção de agravos e redução da morbimortalidade materna e neonatal (Brasil, 2012). No modelo assistencial brasileiro, o acompanhamento gestacional ocorre predominantemente na Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pela identificação precoce da gestação, pelo acompanhamento longitudinal das mulheres e pela coordenação do cuidado ao longo do ciclo gravídico-puerperal (Brasil, 2022a).

A organização contemporânea do pré-natal ultrapassa a dimensão procedimental das consultas periódicas, configurando-se como componente central de uma linha de cuidado materno-infantil estruturada de forma regionalizada e integrada entre os diferentes níveis assistenciais. A instituição da Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI) reafirma essa perspectiva ao estabelecer que o cuidado à mulher deve ocorrer de maneira contínua, segura e humanizada desde o planejamento reprodutivo até o puerpério, assegurando também ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro e ao desenvolvimento saudável (Brasil, 2023).

Nesse arranjo organizacional, a APS assume papel estratégico ao garantir acesso, vínculo e acompanhamento permanente das gestantes, inclusive em contextos de maior vulnerabilidade social. A RAMI reforça elementos operacionais que caracterizam o pré-natal como linha de cuidado, incluindo acompanhamento multiprofissional, realização mínima de consultas ao longo da gestação, estratificação contínua do risco gestacional e acesso oportuno a exames diagnósticos necessários à tomada de decisão clínica (Brasil, 2023).

A assistência pré-natal estrutura-se, portanto, a partir da estratificação dinâmica do risco gestacional, permitindo que cada mulher seja acompanhada conforme suas necessidades clínicas e sociais. O Manual de Gestação de Alto Risco destaca que essa avaliação deve ocorrer desde a primeira consulta e ser continuamente revisada, preservando o vínculo territorial e evitando fragmentação do cuidado mesmo quando há necessidade de encaminhamento para atenção especializada (Brasil, 2022a).

A integralidade da assistência manifesta-se pela articulação entre ações clínicas, preventivas e de vigilância em saúde, envolvendo avaliações periódicas, atividades educativas e monitoramento das condições maternas e fetais. O Caderno de Atenção Básica nº 32 permanece como referência organizadora dessas práticas na APS, especialmente quanto à sistematização do acompanhamento longitudinal da gestante (Brasil, 2012).

Dessa forma, o pré-natal configura-se como dispositivo organizador da atenção materno-infantil, integrando serviços e ordenando fluxos assistenciais no continuum pré-natal, parto e puerpério, contribuindo para consolidação de um modelo de cuidado orientado pela universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 2022a).

3.6.2 Diagnóstico da sífilis gestacional no pré-natal

Considerando o pré-natal como eixo estruturante da atenção materno-infantil no SUS, sua efetividade está diretamente relacionada à capacidade dos serviços em identificar precocemente agravos capazes de comprometer a evolução da gestação e os desfechos neonatais. Entre esses agravos, a sífilis gestacional assume relevância epidemiológica expressiva em razão do elevado potencial de transmissão vertical e das repercussões preveníveis quando o diagnóstico e o tratamento são realizados oportunamente (Brasil, 2022a).

As diretrizes nacionais estabelecem que o rastreamento da sífilis deve ocorrer de forma universal durante o acompanhamento gestacional. A incorporação dos testes rápidos na APS ampliou a capacidade diagnóstica dos serviços ao permitir identificação imediata da infecção no próprio local de atendimento, reduzindo o intervalo entre testagem e início do tratamento e fortalecendo a resolutividade do cuidado pré-natal (Brasil, 2021b; Brasil, 2022a).

O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Infecções Sexualmente Transmissíveis estabelece que o diagnóstico de sífilis em gestantes demanda início imediato do tratamento diante de teste reagente, não devendo ser postergado para confirmação laboratorial quando inexistir comprovação de tratamento prévio adequado. Tal conduta visa interromper precocemente a transmissão vertical do *Treponema pallidum* (Brasil, 2022a).

O tratamento deve ser realizado exclusivamente com penicilina benzatina, conforme o estágio clínico da infecção, sendo este o único medicamento com eficácia comprovada na prevenção da sífilis congênita. A adequação terapêutica depende do início do tratamento e do manejo concomitante das parcerias sexuais, evitando reinfecção materna e falhas terapêuticas (Brasil, 2020; Brasil, 2022a).

Apesar da ampliação do acesso ao pré-natal, a persistência da sífilis congênita evidencia fragilidades relacionadas à oportunidade diagnóstica, à continuidade do cuidado e à integração entre assistência e vigilância epidemiológica, demonstrando que a qualidade do acompanhamento gestacional constitui elemento central para prevenção da transmissão vertical (Brasil, 2012; Brasil, 2022a).

3.6.3 Atenção à sífilis congênita na rede de cuidados do SUS

No âmbito da atenção materno-infantil no SUS, a ocorrência da sífilis congênita relaciona-se diretamente à qualidade das ações desenvolvidas durante o pré-natal e à articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. A atenção à criança exposta ou diagnosticada constitui continuidade do cuidado iniciado ainda na gestação, exigindo integração entre assistência pré-natal, atenção ao parto, cuidado neonatal e vigilância epidemiológica (Brasil, 2022a).

O manejo do recém-nascido baseia-se na avaliação das condições maternas, na investigação clínica e laboratorial ao nascimento e na definição oportuna da conduta terapêutica. Considerando a possível ausência de manifestações clínicas iniciais, a análise do histórico materno e da adequação do tratamento no pré-natal é fundamental para a condução assistencial (Brasil, 2021a).

As diretrizes nacionais estabelecem que crianças expostas à sífilis devem ser acompanhadas longitudinalmente, prioritariamente na Atenção Primária à Saúde, permitindo monitoramento sorológico e avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. Esse acompanhamento reafirma o papel coordenador da APS na continuidade do cuidado após o nascimento (Brasil, 2022a).

A notificação compulsória integra as ações de vigilância epidemiológica e possibilita o monitoramento da transmissão vertical, contribuindo para identificação de fragilidades assistenciais e planejamento de intervenções voltadas à qualificação da atenção materno-infantil. Assim, a atenção à sífilis congênita constitui

componente estratégico para avaliação da efetividade do cuidado ofertado às gestantes e crianças no SUS (Brasil, 2022a).

Dessa forma, a abordagem da sífilis congênita deve ser compreendida como parte integrante da linha de cuidado materno-infantil, na qual diagnóstico oportuno, tratamento adequado e continuidade assistencial configuram elementos fundamentais para interrupção da transmissão vertical e fortalecimento da atenção integral à saúde da mulher e da criança.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e natureza do estudo

Trata-se de um estudo de métodos mistos do tipo convergente-paralelo, de natureza descritiva e exploratória, cuja etapa quantitativa baseia-se em dados secundários de série histórica e cuja etapa qualitativa apresenta delineamento transversal, fundamentado em entrevistas semiestruturadas. A estratégia metodológica adotada envolveu a coleta e análise simultânea, porém independente, dos dois tipos de dados, integrados posteriormente para ampliar a compreensão do fenômeno investigado (Creswell; Plano Clark, 2013; Polit; Beck, 2011).

A abordagem descritiva buscou caracterizar a ocorrência da sífilis gestacional e congênita, identificando suas variações segundo território e tempo, bem como aspectos demográficos e sociais relacionados (Gil, 2019). Já a abordagem exploratória permitiu apreender elementos subjetivos e contextuais que ampliam a compreensão do problema em situações concretas de atenção à saúde e gestão pública (Vergara, 2015).

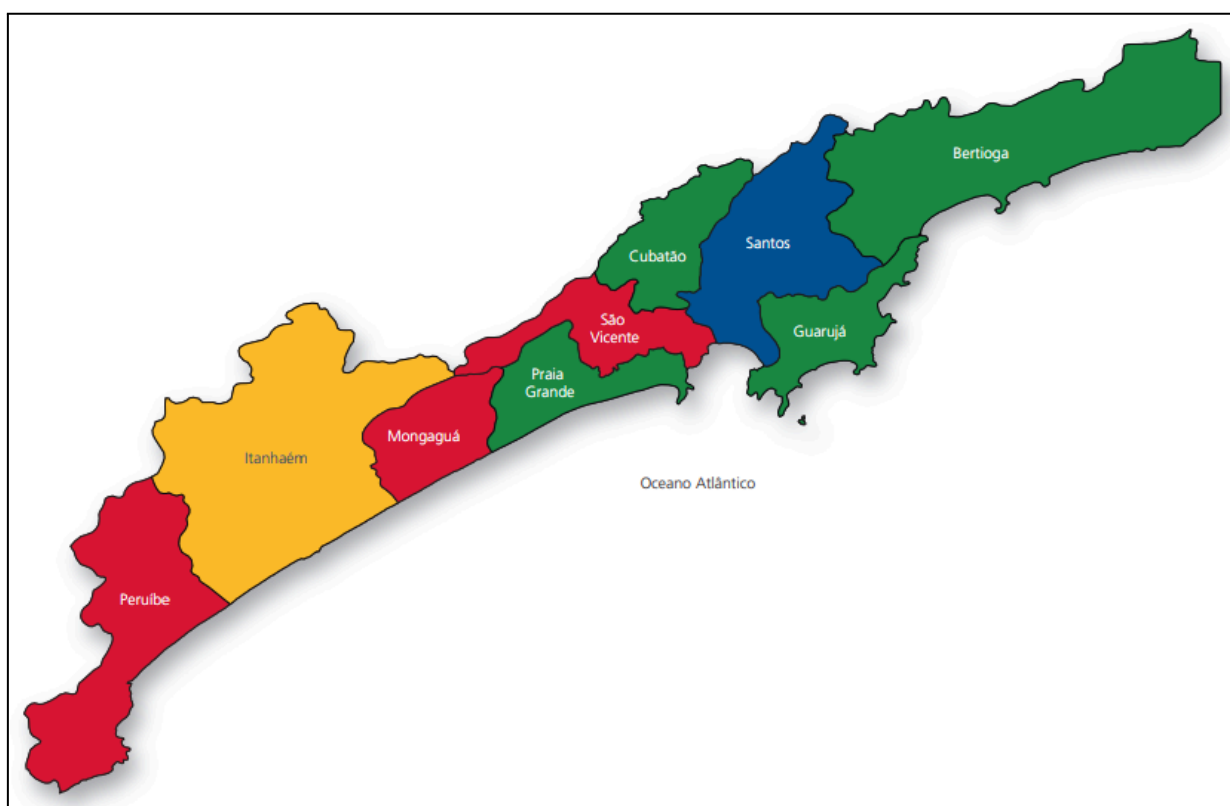
No componente quantitativo, foi adotado um delineamento ecológico, baseado na análise de dados agregados, organizados por território e período, o que possibilitou descrever a distribuição dos agravos e suas variações segundo indicadores demográficos e sociais da população (Almeida Filho; Rouquayrol; Gurgel, 2018). No componente qualitativo, foi utilizada uma abordagem compreensiva, sustentada por entrevistas semiestruturadas, voltada à apreensão dos significados atribuídos pelas mulheres à vivência da sífilis durante a gestação e seus desdobramentos na vida materna e infantil (Minayo, 2014).

4.2 Local de realização do estudo

O estudo foi realizado na Região Metropolitana da Baixada Santista, composta pelos municípios de Peruíbe, Itanhaém, Mongaguá, Praia Grande, São Vicente, Cubatão, Santos, Guarujá e Bertioga. Criada em 1996, a RMBS está localizada na porção central do litoral do Estado de São Paulo, abrangendo uma área de 2.419,93 km², o que representa cerca de 1,0% do território paulista (São Paulo, 1996; Índice Paulista de Responsabilidade Social, 2019).

A etapa quantitativa do estudo esteve associada à análise de dados secundários disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) referentes aos casos de sífilis gestacional e congênita registrados na RMBS. A etapa qualitativa foi desenvolvida no Hospital Guilherme Álvaro (HGA), localizado no município de Santos. Trata-se de um hospital regional de grande porte, referência para o atendimento de gestantes de alto risco e de casos complexos, que atende pacientes oriundas de todos os municípios da região.

Figura 1 – Região Metropolitana da Baixada Santista



Fonte: Índice Paulista de Responsabilidade Social, 2019.

4.3 Período de realização do estudo

O estudo foi desenvolvido no período de novembro de 2024 a abril de 2026, contemplando as etapas de planejamento, coleta e análise de dados, bem como a redação final e a divulgação dos resultados.

4.4 Etapa Quantitativa

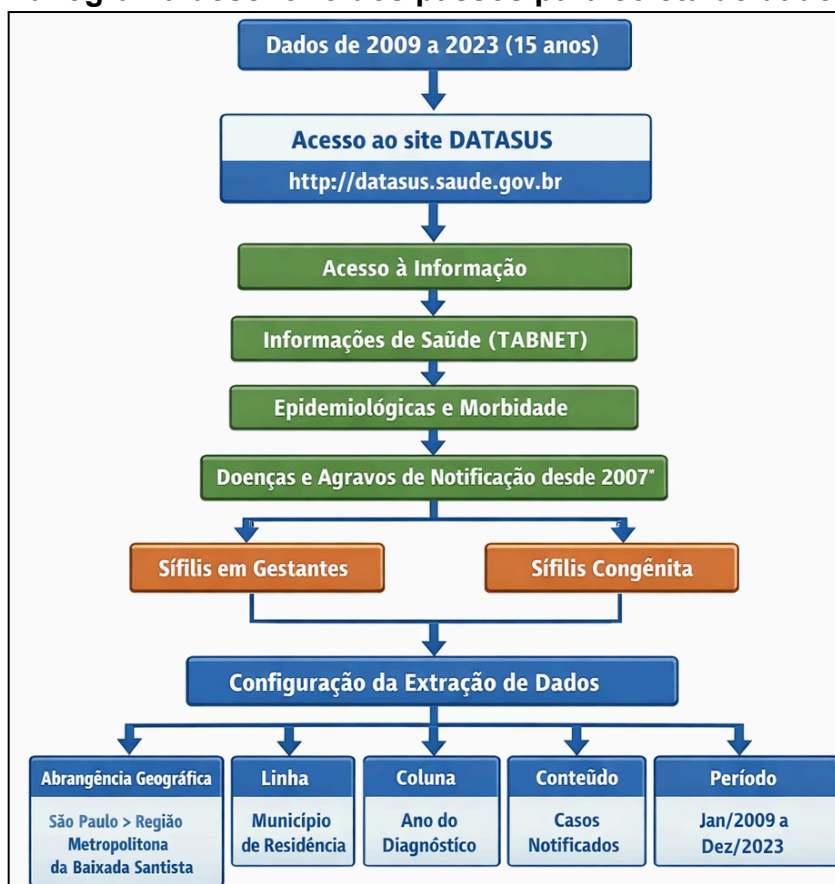
4.4.1 População e amostra

A população compreende os registros agregados de casos confirmados de sífilis gestacional e sífilis congênita notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponíveis no DATASUS, no período de 2009 a 2023, referentes aos municípios que integram a RMBS. A amostra é composta por todos os registros disponíveis nesse período, caracterizando-se como um censo.

4.4.2 Coleta de dados

A coleta de dados da etapa quantitativa foi realizada em abril de 2025, por meio de dados secundários referentes aos casos notificados de sífilis gestacional e sífilis congênita na RMBS.

Figura 2 - Fluxograma descritivo dos passos para coleta de dados no SINAN



Fonte: Elaborada pela autora.

4.4.3 Análise de dados

Os dados brutos foram sistematizados em planilhas do *software Microsoft Excel®* e utilizados para o cálculo das frequências absolutas e relativas dos casos de sífilis gestacional e sífilis congênita registrados na RMBS.

Para a análise descritiva, considerou-se a distribuição dos casos segundo as variáveis: município de residência, faixa etária, cor/raça, escolaridade e classificação final, conforme a disponibilidade das informações no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os resultados foram apresentados em tabelas, expressos em números absolutos e percentuais, possibilitando a visualização da variação temporal e territorial dos agravos no período de 2009 a 2023.

Ressalta-se que não foram aplicados testes estatísticos nessa etapa, uma vez que o objetivo consistiu em descrever a magnitude e a distribuição dos casos na região, configurando um panorama epidemiológico de caráter descritivo e exploratório.

Para a construção dos indicadores, os dados foram organizados em planilhas do *Microsoft Excel®*, sendo calculadas as taxas de detecção de sífilis gestacional e de incidência de sífilis congênita.

Adotou-se como numerador o número absoluto de casos notificados por ano e, como denominador, o número de nascidos vivos no mesmo período e município. As taxas foram expressas por 1.000 nascidos vivos, considerando o porte populacional dos municípios que compõem a RMBS.

Após o processamento inicial, os dados foram exportados para o *software Joinpoint Regression Program*, versão 4.6.0.0, desenvolvido pelo *National Cancer Institute* dos Estados Unidos da América (EUA), para a realização da análise de tendência temporal.

Foi estimada a variação percentual anual (*Annual Percentage Change – APC*), com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Valores negativos de APC indicaram tendência decrescente, enquanto valores positivos indicaram tendência crescente dos agravos ao longo do período analisado.

Definiu-se como variável dependente o ano do diagnóstico e, como variável independente, as taxas anuais de detecção de sífilis gestacional e de incidência de sífilis congênita.

4.5 Etapa Qualitativa

4.5.1 População e amostra

A amostra foi do tipo intencional, com previsão inicial de inclusão entre 10 e 15 mulheres. No entanto, participaram cinco mulheres atendidas no Hospital Guilherme Álvaro, que apresentaram diagnóstico de sífilis durante a gestação e cujos recém-nascidos foram diagnosticados com sífilis congênita, conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Por se tratar de um hospital terciário de referência, o Hospital Guilherme Álvaro recebe, predominantemente, casos encaminhados após diagnóstico e acompanhamento na rede de atenção primária e secundária. Nesse contexto, considera-se que a maioria das gestantes com sífilis recebeu diagnóstico e tratamento oportunos durante o pré-natal, reduzindo a ocorrência de transmissão vertical. Assim, os casos de sífilis congênita atendidos na instituição correspondem a uma parcela específica e menos frequente, relacionada a falhas no diagnóstico, no tratamento ou no seguimento adequado durante o período gestacional.

Embora o número de participantes tenha sido inferior ao previsto inicialmente, tal fato não comprometeu a qualidade e a consistência dos dados obtidos, uma vez que, na pesquisa qualitativa, a definição do tamanho amostral está relacionada à profundidade, à riqueza e à relevância das informações produzidas, sendo considerada suficiente quando permite a adequada compreensão do fenômeno investigado e o alcance dos objetivos propostos (Minayo, 2014).

Critérios de inclusão:

- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Ter recebido atendimento no HGA durante a gestação ou parto;
- Ter sido diagnosticada com sífilis gestacional;
- Ter filho com diagnóstico confirmado de sífilis congênita;
- Residir em um dos municípios da RMBS.

Critérios de exclusão:

- Apresentar comprometimento da comunicação verbal ou cognitiva que impeça a entrevista;
- Estar em situação de sofrimento psíquico evidente no momento da abordagem.

4.5.2 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio e outubro de 2025, por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, conduzidas de forma presencial nas dependências do HGA, a partir de um convite durante o período de internação, em local reservado no qual assegurou conforto, sigilo e privacidade às participantes.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro semiestruturado (APÊNDICE A), previamente elaborado, com questões abertas relacionadas à vivência da sífilis gestacional, ao cuidado recebido, às dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços e ao impacto da doença na vida da mulher e da criança.

As entrevistas tiveram duração entre 19 e 35 minutos e foram gravadas em áudio, mediante autorização expressa das participantes, para posterior transcrição literal. Com o objetivo de preservar o anonimato das mulheres, ao final de cada fala foi utilizada a letra “E”, correspondente à palavra entrevistada, seguida de um número de 1 a 5, que indica apenas a ordem de realização das entrevistas, sem qualquer outra finalidade identificadora.

4.5.3 Análise dos dados

As entrevistas transcritas foram submetidas à análise temática, conforme a técnica proposta por Minayo (2014), adequada à abordagem qualitativa em saúde. A análise ocorrerá em três etapas:

- Pré-análise: leitura flutuante do material, identificação das ideias centrais, definição de categorias provisórias e organização do corpus empírico com base nos objetivos do estudo;
- Exploração do material: codificação das falas e agrupamento em categorias temáticas, com base na recorrência de conteúdos significativos, expressões simbólicas e padrões discursivos;
- Tratamento e interpretação dos dados: discussão das categorias à luz do referencial teórico adotado, buscando articulação entre os achados empíricos e os conceitos que fundamentam a pesquisa, com ênfase na compreensão dos sentidos atribuídos pelas participantes à sua experiência com a sífilis gestacional.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi conduzida em conformidade com as normas éticas estabelecidas pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, bem como com os princípios da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos, parecer nº 7.515.432 (ANEXO A).

Foram assegurados o respeito à integridade dos participantes, a confidencialidade das informações e a utilização dos dados exclusivamente para fins científicos. Sendo assim, todas as participantes foram devidamente informadas sobre os objetivos, procedimentos, riscos, benefícios e direitos relacionados à sua participação, conforme detalhado no TCLE, que foi apresentado em duas vias, sendo uma delas entregue à participante.

A participação no estudo foi voluntária, sem qualquer tipo de remuneração ou custo financeiro. A entrevistada poderia desistir a qualquer momento, sem necessidade de justificativa e sem qualquer prejuízo à sua relação com os pesquisadores ou com os serviços de saúde que frequenta. A coleta de dados ocorreu em local reservado no HGA. As entrevistas foram gravadas em áudio com a finalidade exclusiva de subsidiar a análise científica dos dados. As gravações foram armazenadas com segurança, em dispositivo criptografado, acessível apenas à pesquisadora responsável.

Os riscos envolvidos são mínimos, limitando-se a eventuais desconfortos emocionais durante o relato de experiências pessoais relacionadas à sífilis na gestação. Para minimizar esses riscos, foi assegurado um ambiente acolhedor e, caso necessário, a participante poderia ser encaminhada ao serviço de psicologia da Universidade Católica de Santos (ANEXO B).

Os benefícios são indiretos, relacionados à contribuição para a produção de conhecimento científico sobre a sífilis gestacional e congênita, ampliando a compreensão sobre o tema e potencialmente subsidiando o aprimoramento das políticas públicas de saúde. Os resultados do estudo serão utilizados para fins acadêmicos, compondo a dissertação de mestrado da pesquisadora, além de poderem ser divulgados em eventos científicos e periódicos especializados. Em todas as fases, foi garantido o sigilo e o anonimato das participantes, não sendo divulgadas informações que permitam sua identificação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentados a seguir procuram evidenciar o cenário da sífilis na gestação e da sífilis congênita na RMBS, bem como as vivências e percepções das mulheres que experimentaram essa condição durante o ciclo gravídico-puerperal. A estrutura desta seção foi delineada de modo a oferecer uma compreensão ampla e articulada do fenômeno, iniciando pela dimensão epidemiológica e avançando para a dimensão experiencial, em que emergem as vozes das participantes do estudo.

Em um primeiro momento, são apresentados os dados que expressam a magnitude e o comportamento da sífilis gestacional e congênita na região entre os anos de 2009 e 2023. Esses resultados permitem observar a distribuição dos casos entre os diferentes municípios, bem como analisar a tendência temporal do número de casos ao longo do período estudado e descrever o perfil sociodemográfico das mulheres acometidas. No caso da sífilis congênita, são ainda apresentadas análises referentes à frequência absoluta e percentual segundo raça/cor e à classificação final da doença na Região Metropolitana da Baixada Santista.

Na sequência, são apresentados os resultados da pesquisa de campo, que dão voz às mulheres que vivenciaram a sífilis durante a gestação e tiveram filhos com diagnóstico de sífilis congênita. Inicialmente, descreve-se o perfil das participantes, seguido da análise de três eixos temáticos que abordam o conhecimento e as percepções sobre as infecções sexualmente transmissíveis e a sífilis, a vivência da gestação e do cuidado pré-natal diante do diagnóstico, e o impacto emocional e social da doença na experiência materna.

A articulação entre esses dois conjuntos de resultados, o epidemiológico e o narrativo, será aprofundada em seção específica de integração, permitindo compreender a sífilis não apenas como um agravo de natureza infecciosa, mas como expressão das experiências humanas que se constroem na interface entre vulnerabilidade, cuidado e resistência.

5.1 Sífilis gestacional e congênita na Região Metropolitana da Baixada Santista: caracterização e panorama 2009–2023

Entre 2009 e 2023, foram registrados 8.370 casos de sífilis em gestantes na RMBS, expressando a dimensão do agravo no período analisado. A distribuição anual dos casos encontra-se apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Número de casos de sífilis gestacional por município da Baixada Santista, 2009–2023

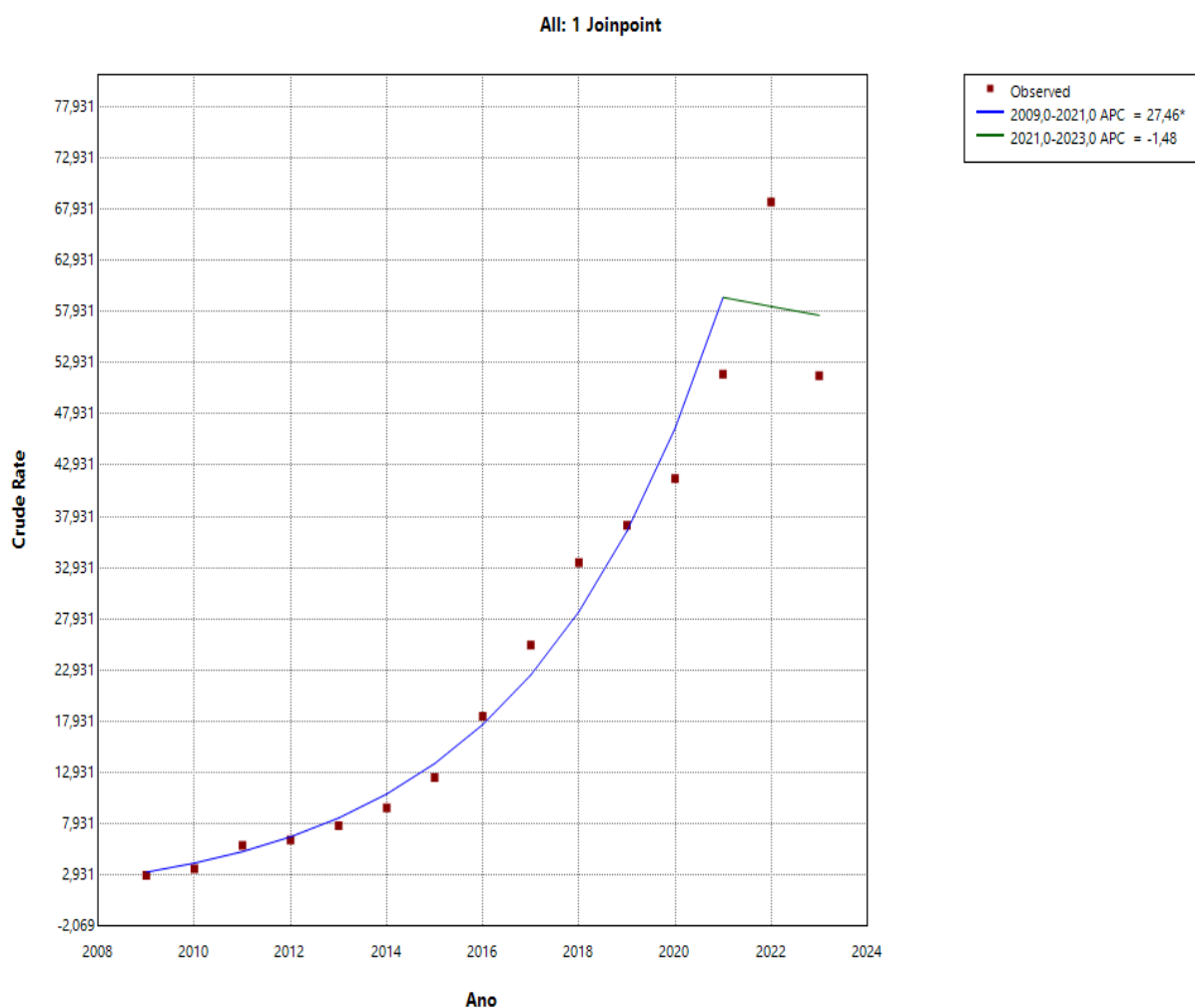
Município	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Bertioga	0	2	3	2	9	4	11	6	11	25	8	5	11	47	46	190
Cubatão	3	6	9	13	4	17	23	41	45	51	54	88	108	106	57	625
Guarujá	7	5	13	25	50	46	83	92	120	165	170	160	208	250	185	1579
Itanhaém	10	12	8	15	12	12	19	19	43	38	36	89	86	112	110	621
Mongaguá	0	0	2	1	5	3	6	4	7	5	5	8	8	9	13	76
Peruíbe	1	3	5	5	13	16	4	11	18	30	25	21	39	31	28	250
Praia Grande	3	9	17	23	24	34	48	50	72	140	157	213	190	217	151	1348
Santos	22	22	28	35	49	40	61	56	122	204	209	193	284	356	198	1879
São Vicente	25	28	62	45	28	69	60	162	177	145	170	149	159	269	254	1802
Total	71	87	147	164	194	241	315	441	615	803	834	926	1093	1397	1042	8370

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SINAN.

Pode-se observar que ao longo dos anos houve aumento no número de casos. Dessa forma, procedeu-se à análise do comportamento temporal dos casos de sífilis gestacional ao longo do período estudado. Essa etapa permite observar a evolução do número de notificações entre os anos de 2009 e 2023.

O APC foi calculado com o objetivo de identificar as tendências temporais das notificações de sífilis gestacional no período analisado. Observou-se tendência crescente entre os anos de 2009 e 2021, com variação percentual anual de 27,46%, estatisticamente significativa ($p < 0,001$). No período subsequente, entre 2021 e 2023, verificou-se redução anual de 1,48%, porém sem significância estatística ($p = 0,876$), caracterizando tendência estável. Esses resultados indicam aumento expressivo das notificações ao longo da maior parte da série histórica, seguido de estabilização nos anos mais recentes, conforme pode ser observado na Figura 3.

Figura 3 - Tendência temporal da sífilis gestacional (2009–2023)



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the $\alpha = 0.05$ level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Estes achados são consistentes com o comportamento descrito para a taxa de detecção de sífilis em gestantes no Brasil entre 2014 e 2024. No período inicial, observa-se concordância quanto à tendência de crescimento contínuo das notificações, evidenciada no estudo pela variação percentual anual de 27,46% entre 2009 e 2021 ($p < 0,001$), e, no cenário nacional, pelos aumentos sucessivos, ainda que com variações no ritmo, incluindo incrementos mais discretos em 2019 (5,1%) e 2020 (6,6%) (Brasil, 2025).

No período mais recente, também se identifica convergência entre os dados. Enquanto o presente estudo aponta redução anual de 1,48% entre 2021 e 2023, sem significância estatística ($p = 0,876$), caracterizando tendência de estabilidade, os dados nacionais indicam desaceleração do crescimento a partir de 2023, com incremento de menor magnitude (3,8% entre 2023 e 2024) (Brasil, 2025).

Dessa forma, os resultados evidenciam dois momentos distintos e complementares: um primeiro período de crescimento sustentado das notificações e um segundo período marcado por desaceleração e estabilização, padrão que se mostra semelhante tanto na análise local quanto no cenário nacional (Brasil, 2025).

Após a apresentação da distribuição dos casos ao longo do período analisado, procedeu-se à caracterização destas mulheres notificadas com sífilis gestacional segundo variáveis sociodemográficas na RMBS.

Tabela 2 - Frequência absoluta e percentual da Sífilis em Gestante segundo faixa etária, cor/raça e escolaridade na Baixada Santista, 2009-2023

Variáveis	Região Metropolitana da Baixada Santista		
		n	%
Faixa etária	10-14	92	1,09
	15-19	1830	21,86
	20-39	6274	74,95
	40-59	264	3,15
Cor/Raça	Branca	2659	31.76
	Preta	716	8.55
	Amarela	46	0.54
	Parda	4210	50.29
	Indígena	14	0.16
	Ignorado	726	8.67
Escolaridade	Analfabeto	8	0.09
	1ª a 4ª série incompleta	141	1.68
	4ª série completa do EF	127	1.51
	5ª a 8ª série incompleta	1160	13.85
	Ensino fundamental completo	712	8.50
	Ensino médio incompleto	1359	16,23
	Ensino médio completo	2013	24,05
	Educação superior incompleta	100	1,19
	Educação superior completa	114	1,36
	Ign/Branco	2636	31,49

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SINAN.

Dos casos notificados de sífilis em gestantes na RMBS as maiores proporções concentraram-se em mulheres de 20 a 39 anos (74,9%) e adolescentes de 15 a 19 anos (21,9%), revelando maior ocorrência entre mulheres em idade reprodutiva jovem. Em relação à cor/raça, metade das gestantes era parda (50,3%), seguida por brancas (31,7%) e pretas (8,5%), evidenciando a expressiva presença de mulheres não brancas entre os casos notificados.

Quanto à escolaridade, predominaram aquelas com ensino médio completo (24,1%) e médio incompleto (16,3%), mas observa-se elevada proporção de registros ignorados (31,4%), o que limita a qualificação da informação. Esses resultados indicam que a sífilis gestacional na região acomete, majoritariamente, mulheres jovens, pardas e com escolaridade intermediária, refletindo vulnerabilidades sociais e desigualdades persistentes no acesso e na qualidade da atenção pré-natal.

Na sequência, são apresentados os dados referentes à distribuição dos casos de sífilis em gestantes por município de residência na RMBS. A Tabela 2 apresenta as frequências absolutas e percentuais segundo variáveis sociodemográficas selecionadas, permitindo visualizar a magnitude do agravo em cada território e a composição das gestantes notificadas quanto à faixa etária, cor/raça, escolaridade e classificação clínica. Essa disposição facilita a compreensão da distribuição dos casos e evidencia as diferenças quantitativas entre os municípios, compondo um panorama regional detalhado da sífilis gestacional.

Tabela 3 - Frequência absoluta e percentual da Sífilis em Gestante por município da Baixada Santista, 2009-2023

Variáveis	Bertioga		Cubatão		Guarujá		Itanhaém		Mongaguá		Peruíbe		Praia Grande		Santos		São Vicente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Faixa etária																		
10-14	2	1%	4	1%	31	2%	7	1%	1	1%	0	0%	13	1%	19	1%	15	1%
15-19	32	16%	148	24%	390	25%	118	19%	18	24%	50	20%	303	22%	338	18%	433	24%
20-39	155	81%	458	73%	1136	72%	477	77%	52	68%	191	76%	1010	75%	1480	79%	1315	73%
40-59	1	0.5%	15	2%	22	1%	19	3%	5	7%	9	4%	22	2%	42	2%	39	2%
Cor/Raça																		
Branca	48	25%	139	22%	463	29%	264	43%	40	53%	94	37%	472	35%	576	31%	563	31%
Preta	22	12%	49	8%	119	8%	56	9%	12	16%	17	7%	108	8%	163	9%	170	9%
Amarela	0	0%	8	1%	15	1%	3	0%	0	0%	2	1%	5	0%	6	0%	7	0%
Parda	83	44%	371	59%	861	55%	247	40%	24	32%	118	47%	686	51%	866	46%	954	53%
Ignorado	37	19%	55	9%	120	8%	48	8%	0	0%	19	8%	77	6%	266	14%	104	6%
Indígena	0	0%	3	0%	1	0%	3	0%	0	0%	1	0%	0	0%	2	0%	4	0%

Tabela 3 - Frequência absoluta e percentual da Sífilis em Gestante por município da Baixada Santista, 2009-2023

Variáveis	Bertioga		Cubatão		Guarujá		Itanhaém		Mongaguá		Peruíbe		Praia Grande		Santos		São Vicente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Escolaridade																		
Ignorado/Branco	85	72%	212	63%	727	76%	172	68%	13	46%	96	72%	253	45%	817	78%	261	41%
Analfabeto	1	1%	1	0%	0	0%	2	1%	0	0%	1	1%	1	0%	0	0%	2	0%
1ª a 4ª série incompleta	4	3%	13	4%	23	2%	7	3%	4	14%	2	2%	26	5%	22	2%	40	6%
4ª série completa	3	3%	18	5%	17	2%	6	2%	2	7%	2	2%	16	3%	28	3%	35	5%
5ª a 8ª série incompleta	25	21%	92	27%	190	20%	66	26%	9	32%	32	24%	268	48%	175	17%	303	47%
Ensino fundamental completo	7	10%	55	18%	111	18%	39	11%	5	10%	19	16%	116	15%	139	17%	221	19%
Ensino médio incompleto	30	42%	89	30%	192	31%	103	28%	15	31%	46	39%	291	37%	219	26%	374	32%
Ensino médio completo	32	44%	134	45%	297	48%	208	57%	25	52%	43	37%	346	44%	400	48%	528	45%
Educação superior incompleta	0	0%	2	1%	15	2%	10	3%	2	4%	8	7%	15	2%	35	4%	13	1%
Educação superior completa	3	4%	18	6%	7	1%	8	2%	1	2%	1	1%	16	2%	44	5%	25	2%

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SINAN.

Em todos os municípios da RMBS, predominam gestantes na faixa etária de 20 a 39 anos, com percentuais entre 68% e 81%, seguidas pela faixa de 15 a 19 anos, que apresenta a segunda maior proporção de casos, destacando-se Guarujá 25%, Cubatão 24%, São Vicente 24% e Mongaguá 24%. As faixas extremas mantêm participação reduzida. Na faixa etária de 10 a 14 anos, a cidade do Guarujá apresenta 2% do total de casos, enquanto nos demais municípios o percentual fica em 1% dos casos. Na faixa etária de 40 a 59 anos a frequência variou entre 1% na região do Guarujá e 7% na região de Mongaguá.

Quanto à cor/raça, observa-se predominância de gestantes pardas, com percentuais mais elevados em Cubatão 59% e Guarujá 55% e São Vicente 53%, Mongaguá e Bertioga apresentam o maior percentual de mulheres pretas 16% e 12%. Em relação aos registros ignorados, as cidades de Bertioga e Santos apresentam frequência de 19% e 14%. Itanhaém exibe distribuição mais equilibrada entre brancas e pardas, com 43% de branca e 40% de parda.

A escolaridade apresenta variação expressiva entre os municípios, sobretudo quanto à completude dos registros, Santos 78%, Guarujá 76%, Bertioga 72% e Peruíbe 72% concentram as maiores proporções de dados ignorados ou em branco. Entre as gestantes com informação disponível, predomina o ensino médio completo, principalmente em Itanhaém 57%, Mongaguá 52%, Santos e Guarujá com 48%.

Ao comparar os achados da RMBS com os dados nacionais mais recentes (Brasil, 2025), observa-se convergência quanto à concentração dos casos em mulheres jovens, embora com diferenças na delimitação das faixas etárias. Enquanto o dado nacional destaca a faixa de 20 a 29 anos (60,1%), o presente estudo abrange mulheres de 20 a 39 anos (74,95%), o que amplia o espectro etário e limita a comparabilidade direta. Ainda assim, ambos os cenários evidenciam maior ocorrência da sífilis gestacional em mulheres em idade reprodutiva.

Destaca-se, ainda, o número de adolescentes (10 a 19 anos), que corresponderam a 22,95% dos casos na RMBS; dentre esses, 1,09% referem-se à faixa etária de 10 a 14 anos (n = 92). No cenário nacional, a faixa etária de 10 a 19 anos representou 19,9% das notificações. Esses dados evidenciam a presença consistente de adolescentes entre os casos de sífilis gestacional, tanto no contexto local quanto no nacional (Brasil, 2025).

Chama atenção, contudo, o número de meninas de 10 a 14 anos, uma vez que, conforme o Código Penal Brasileiro, a prática de ato sexual com menores de 14 anos é classificada como estupro de vulnerável, independentemente de consentimento, nos termos do Art. 217-A da Lei nº 12.015/2009 (Brasil, 2009). Nesse sentido, a ocorrência de gestação associada à sífilis nessa faixa etária deve ser compreendida não apenas como evento infeccioso, mas também como possível marcador de violência sexual e de elevada vulnerabilidade social, demandando resposta articulada dos serviços de saúde e dos sistemas de proteção social.

No que se refere à escolaridade, os achados do presente estudo devem ser interpretados considerando as limitações relacionadas à qualidade do preenchimento dessa variável, aspecto também evidenciado pelo Ministério da Saúde por meio do Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2025.

Nesse documento, observa-se que, desde 2017, a proporção de registros com escolaridade ignorada permanece elevada, em torno de 27%, com discreta redução para 23,3% em 2024, o que limita análises mais robustas. Ainda assim, entre os casos com informação disponível, predomina o ensino médio completo (41,9%), seguido por ensino fundamental completo ou mais (32,8%) e fundamental incompleto (19,8%), enquanto o ensino superior representa menor proporção (5,1%) (Brasil, 2025). Esse padrão é compatível com os achados da RMBS, que também evidenciam maior concentração de casos em mulheres com escolaridade intermediária, associada a elevada proporção de dados ignorados (31,4%).

Ressalta-se que a baixa escolaridade tem sido descrita como um marcador associado à maior exposição às ISTs, possivelmente relacionada ao menor acesso à informação e às medidas de prevenção (Cavalcante; Pereira, Castro, 2017).

Em relação à raça/cor, os dados nacionais apresentados no Boletim Epidemiológico de Sífilis 2025 apontam predominância de gestantes pardas (54%), seguidas por brancas (28,9%) e pretas (12,6%). Ao agrupar pretas e pardas, observa-se que 66,6% das gestantes notificadas no país são negras, resultado que dialoga com o perfil identificado na RMBS, onde também se verifica maior ocorrência entre mulheres não brancas.

Observa-se que as taxas de infecção por sífilis são mais elevadas em áreas com maior concentração de populações negras e pardas, frequentemente associadas a contextos de desigualdades socioeconômicas, menor acesso à

informação em saúde e barreiras no acesso a serviços de saúde adequados (Pinto et al., 2022).

Esse conjunto de achados evidencia um padrão consistente na distribuição sociodemográfica da sífilis gestacional, marcado pela concentração dos casos em mulheres jovens, predominantemente não brancas e com escolaridade intermediária, ainda que com limitações importantes na qualidade dos registros. Tais características reforçam a importância de considerar determinantes sociais na compreensão do agravo, especialmente no que se refere ao acesso à informação, aos serviços de saúde e às condições de vida das gestantes.

Ao comparar esses resultados com estudo conduzido na Região Noroeste do estado de São Paulo, observam-se elementos de convergência e distinção. Em ambos os contextos, há predominância de gestantes na faixa etária de 20 a 39 anos (74,9% na RMBS e 72,79% no estudo comparativo), indicando concentração dos casos em mulheres em idade reprodutiva. No entanto, quanto à cor/raça, identificam-se diferenças relevantes, uma vez que na RMBS predominam mulheres pardas, enquanto na Região Noroeste observa-se maior proporção de mulheres brancas, evidenciando variações no perfil racial entre os territórios analisados (Garbin et al., 2021).

No que se refere à escolaridade, também se observam distinções entre os contextos. Enquanto na RMBS predomina o ensino médio completo ou incompleto, no estudo da Região Noroeste destaca-se maior frequência de gestantes com ensino fundamental. Ressalta-se, contudo, que a elevada proporção de registros ignorados na variável escolaridade na RMBS limita a comparabilidade direta, devendo esse aspecto ser considerado na interpretação dos resultados (Garbin et al., 2021).

Na sequência, apresenta-se a distribuição dos casos de sífilis em gestantes segundo a classificação clínica da doença, conforme descrito na Tabela 4. Essa análise permite compreender o estágio da infecção no momento do diagnóstico, contribuindo para a avaliação do perfil epidemiológico do agravo nos diferentes municípios da RMBS.

Tabela 4 - Frequência absoluta e percentual quanto à classificação da Sífilis em Gestante por município da Baixada Santista, 2009-2023

Variáveis	Bertioga		Cubatão		Guarujá		Itanhaém		Mongaguá		Peruíbe		Praia Grande		Santos		São Vicente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Classificação																		
Ign/Branco	85	45%	301	48%	305	19%	148	24%	14	18%	69	28%	113	8%	811	43%	253	14%
Primária	81	43%	210	34%	393	25%	250	40%	31	41%	114	46%	297	22%	380	20%	633	35%
Secundária	9	5%	24	4%	34	2%	9	1%	5	7%	4	2%	57	4%	44	2%	235	13%
Terciária	4	2%	45	7%	38	2%	44	7%	20	26%	32	13%	162	12%	18	1%	23	1%
Latente	11	6%	45	7%	809	51%	170	27%	6	8%	31	12%	719	53%	626	33%	658	37%

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SINAN.

Observa-se predominância das formas latente e primária na maioria dos municípios, com destaque para a forma latente em Guarujá (51%), Praia Grande (53%) e Santos (33%), e para a forma primária em municípios como Peruíbe (46%) e Itanhaém (40%). A sífilis secundária e terciária apresentam menor frequência relativa, embora com variações pontuais, como maior proporção de casos terciários em Mongaguá (26%) e Peruíbe (13%). Destaca-se ainda a elevada proporção de registros classificados como ignorados ou em branco em alguns municípios, especialmente Cubatão (48%), Bertioga (45%) e Santos (43%), o que pode comprometer a acurácia da classificação clínica e limitar a interpretação mais precisa do estágio da doença no momento da notificação.

Nesse contexto, a qualidade da informação sobre a classificação clínica torna-se um elemento central para a análise epidemiológica do agravo. No estudo de Ribeiro, Perez e Silva (2025), destaca-se que a identificação da sífilis em sua fase primária é fundamental para o tratamento oportuno, contribuindo para evitar a progressão da doença para estágios mais avançados, associados a maiores riscos para a saúde materna e fetal. Assim, a elevada proporção de registros incompletos observada neste estudo não apenas limita a compreensão do perfil clínico da doença, como também dificulta a avaliação da oportunidade diagnóstica e terapêutica, impactando diretamente o planejamento das ações de vigilância e cuidado em saúde.

Silva et al. (2024) destacam que a classificação do estágio clínico da sífilis pode apresentar inconsistências, uma vez que depende da avaliação clínica adequada e da experiência do profissional, sendo a classificação incorreta um problema reconhecido em diferentes contextos. Nesse sentido, a elevada proporção de casos classificados como sífilis primária deve ser interpretada com cautela, considerando a possibilidade de erros na definição do estágio da infecção. Tais limitações reforçam a importância da qualificação da assistência e da acurácia no registro das informações, uma vez que a correta classificação clínica é fundamental para o manejo adequado da doença e para a análise epidemiológica do agravo.

Após a análise dos dados de sífilis em gestantes notificadas nos municípios da RMBS, evidenciou-se a expressiva magnitude da sífilis gestacional no território, permitindo estabelecer uma base analítica consistente para a compreensão de seus desdobramentos, especialmente no que se refere à transmissão vertical.

Dando continuidade, são apresentados os dados referentes à sífilis congênita no período de 2009 a 2023, totalizando 3.166 casos na região, conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 5 – Número de casos de sífilis congênita por município da Baixada Santista, 2009-2023

Município	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Total
Bertioga	0	1	0	2	2	4	4	1	3	1	0	2	1	1	4	26
Cubatão	10	7	7	14	10	19	24	32	2	29	46	57	63	43	32	395
Guarujá	0	0	2	11	11	5	71	31	22	26	30	28	49	44	20	350
Itanhaém	0	1	2	6	11	4	21	29	50	19	13	6	16	29	13	220
Mongaguá	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4
Peruíbe	0	0	0	0	3	2	0	0	1	0	0	1	4	2	6	19
Praia Grande	6	7	18	42	46	54	66	63	93	67	32	55	63	79	51	742
Santos	9	14	29	29	56	61	55	68	108	119	69	92	77	83	88	957
São Vicente	4	10	15	29	24	24	30	50	61	57	41	30	23	24	31	453
Total	29	40	76	133	163	173	271	274	340	318	231	272	296	305	245	3166

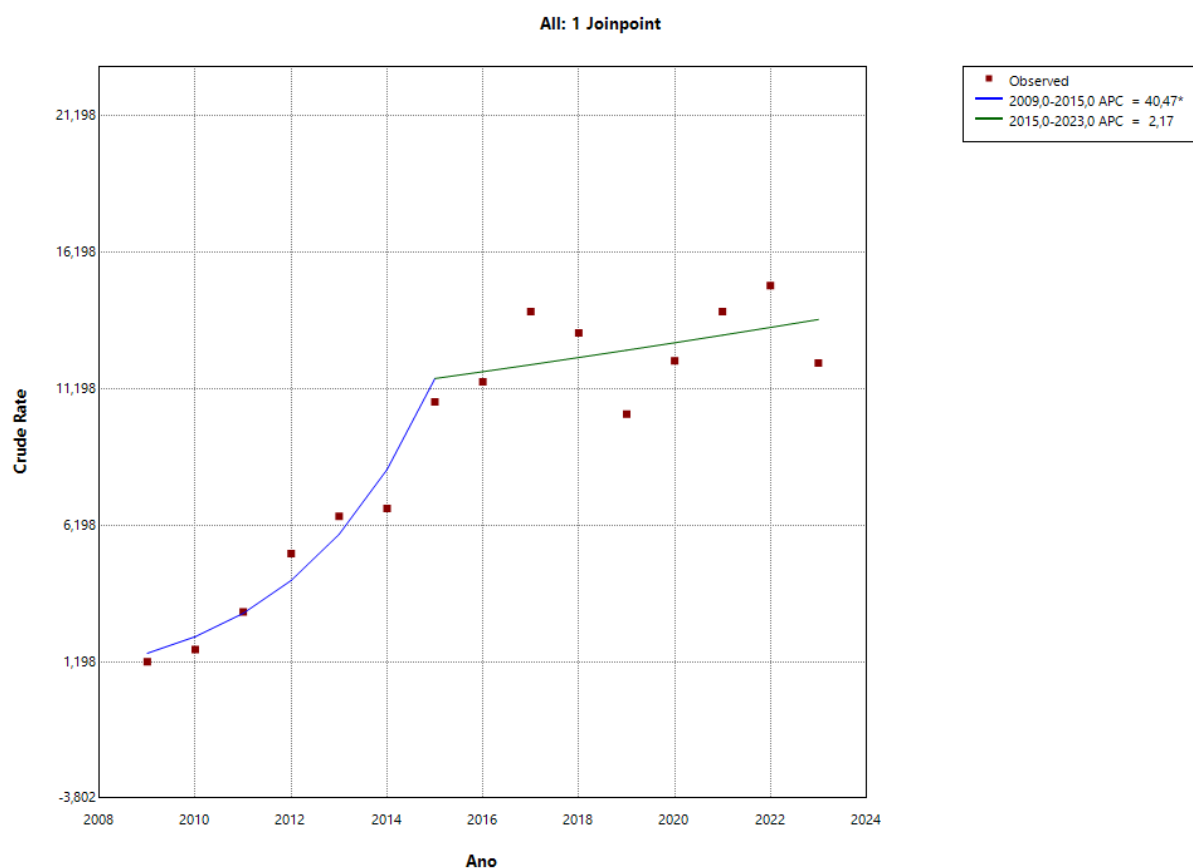
Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SINAN

Como evidenciado na Tabela 5, a distribuição dos casos de sífilis congênita na RMBS, entre 2009 e 2023, apresenta crescimento ao longo da série histórica, com elevação progressiva até meados de 2010, seguida de manutenção em patamares elevados, ainda que com oscilações anuais. O número total de casos aumentou de 29, em 2009, para valores superiores a 300 a partir de 2017, indicando mudança importante no padrão de ocorrência do agravo ao longo do período.

A distribuição dos casos não ocorreu de forma homogênea entre os municípios, observando-se maior concentração em parte do território e menor ocorrência em outros, o que evidencia heterogeneidade na dinâmica epidemiológica regional.

Na figura 4, a seguir, pode-se verificar a tendência temporal dos casos de sífilis congênita na RMBS no período supracitado. Na qual identificou-se dois períodos com tendências diferentes (2009-2015 / 2015-2023).

Figura 4 - Tendência temporal da sífilis congênita na RMBS (2009–2023)



Os achados do presente estudo evidenciam uma dinâmica temporal marcada por dois momentos distintos na evolução da sífilis congênita na RMBS. No primeiro período, entre 2009 e 2015, observa-se crescimento acentuado das notificações, com variação percentual anual de 40,47%, estatisticamente significativa ($p < 0,01$), indicando aumento consistente dos casos ao longo desses anos. No segundo período, entre 2015 e 2023, o ritmo de crescimento se reduz substancialmente, com APC de 2,17% e ausência de significância estatística ($p = 0,298$), caracterizando tendência estável e indicando manutenção dos níveis de ocorrência sem variações relevantes ao longo do tempo.

Ao comparar esses resultados com os achados de Araújo et al. (2025), observa-se que, enquanto a RMBS apresenta desaceleração e estabilização nos anos mais recentes, a Região Sudeste manteve tendência crescente ao longo de todo o período analisado (2008–2022), com aumento de 12,8%, incluindo crescimento específico no estado de São Paulo (14,1%). Assim, diferentemente do padrão regional, que indica continuidade do aumento dos casos, os dados da RMBS sugerem alteração na dinâmica temporal após 2015, com interrupção do crescimento acelerado e manutenção em patamar estável nos anos subsequentes.

Os dados apresentados por Santos et al. (2025) evidenciam tendência crescente da sífilis congênita no Brasil, com aumento da taxa de incidência de 2,35 para 4,65 casos por 1.000 nascidos vivos entre 2010 e 2024, correspondendo a uma variação percentual média anual de 5,6% ($p < 0,001$). Esse crescimento foi observado em todas as regiões do país, com maior intensidade no Centro-Oeste (AAPC: 9,9%; $p < 0,001$) e no Norte (AAPC: 8,3%; $p < 0,001$), indicando expansão consistente do agravo em nível nacional.

De forma complementar, destaca-se que algumas capitais apresentaram incrementos ainda mais expressivos, como Goiânia e Belém, com aumentos anuais de 27% e 20,1%, respectivamente, evidenciando heterogeneidade na intensidade do crescimento entre diferentes contextos urbanos. Esses achados reforçam a tendência de ampliação da sífilis congênita no país ao longo da última década (Santos et al., 2025).

Dando continuidade à análise da sífilis congênita, apresenta-se, na Tabela 5, a distribuição dos casos segundo a variável raça/cor na Região Metropolitana da Baixada Santista. Essa análise permite caracterizar o perfil dos casos quanto a essa

variável e observar sua frequência no conjunto das notificações registradas no período estudado.

Tabela 6 - Frequência absoluta e percentual da Sífilis Congênita segundo cor/raça na Baixada Santista, 2009-2023

Cor/Raça	Região Metropolitana da Baixada Santista	
	n	%
Ignorado/Branco	565	18%
Branca	1113	35%
Preta	90	3%
Amarela	14	0%
Parda	1380	44%
Indígena	4	0%
Total	3.166	100%

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SINAN

A análise dos registros de sífilis congênita na RMBS evidencia predominância de casos em crianças pardas 44% e brancas 35%, enquanto a variável cor/raça apresentou 18% de registros classificados como ignorados, o que limita a precisão da distribuição racial. As categorias preta, amarela e indígena apresentaram baixa frequência, com percentuais inferiores a 3%, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 7 - Distribuição da frequência absoluta e percentual da Sífilis Congênita segundo cor/raça nos municípios da Baixada Santista, 2009-2023

Variáveis	Bertioga		Cubatão		Guarujá		Itanhaém		Mongaguá		Peruíbe		Praia Grande		Santos		São Vicente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cor/Raça																		
Ignorado	2	8%	55	14%	72	21%	45	20%	0	0%	7	37%	102	14%	234	24%	48	11%
Branca	13	50%	143	36%	73	21%	82	37%	2	50%	7	37%	279	38%	319	33%	195	43%
Preta	0	0%	9	2%	3	1%	9	4%	0	0%	2	11%	23	3%	31	3%	13	3%
Amarela	0	0%	0	0%	13	4%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%
Parda	11	42%	188	48%	189	54%	82	37%	2	50%	3	16%	337	45%	372	39%	196	43%
Indígena	0	0%	0	0%	0	0%	2	1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	1	0%

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SINAN

Na análise por município, observa-se que a população parda predomina na maioria dos territórios, com variação entre 16% em Peruíbe e 54% em Guarujá. A população branca corresponde à segunda maior proporção na maior parte dos municípios, com destaque para Mongaguá e Bertioga, ambas com 50%. Os registros com informação ignorada apresentam variação expressiva entre os municípios, sendo mais elevados em Peruíbe 37%, Santos 24% e Guarujá 21%. As demais categorias (preta, amarela e indígena) mantêm baixa representatividade em todos os municípios, com percentuais inferiores a 11%.

A relação entre desigualdade étnico-racial e doenças infecciosas deve ser compreendida à luz de fatores históricos, socioeconômicos e estruturais. No contexto brasileiro, as desigualdades raciais estão enraizadas no processo histórico de colonização e escravização, produzindo repercussões duradouras nas condições de vida, no acesso à educação, à renda e aos serviços de saúde. Essas iniquidades se expressam, entre outros aspectos, em barreiras de acesso e menor efetividade da assistência, resultando em piores desfechos de saúde para determinados grupos populacionais. Nesse cenário, a população negra enfrenta maiores dificuldades de acesso às políticas públicas, incluindo o SUS, o que contribui para a persistência de desigualdades raciais em agravos como a sífilis materna e congênita (Miranda; Lima, 2023).

Nesse sentido, a desigualdade racial configura-se como um elemento estruturante na compreensão da ocorrência da sífilis em gestantes e de seus desdobramentos na sífilis congênita. Tal contexto demanda abordagens que ultrapassem a dimensão biomédica, incorporando a garantia de direitos sociais e a melhoria das condições de vida, em consonância com os princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra, que orienta a redução das iniquidades em saúde e a atenção às especificidades das populações historicamente vulnerabilizadas (Miranda; Lima, 2023).

À luz dessas dimensões, torna-se pertinente avançar na análise dos desfechos da doença, especialmente no que se refere à sífilis congênita. Na sequência, apresenta-se, na Tabela 6, a distribuição dos casos segundo a classificação final da doença, permitindo aprofundar a compreensão do agravo a partir dos critérios diagnósticos adotados.

Tabela 8 - Frequência absoluta e percentual da Sífilis Congênita segundo a classificação final da doença na Baixada Santista, 2009-2023

Classificação Final da doença	Região Metropolitana da Baixada Santista	
	n	%
Sífilis Congênita Recente	2850	90%
Sífilis Congênita Tardia	3	0%
Natimorto/Aborto por Sífilis	189	6%
Descartado	124	4%
Total	3166	100%

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SINAN.

Os achados do presente estudo evidenciam predominância da forma recente da sífilis congênita (90%), seguida por natimortos/abortos por sífilis (6%) e casos descartados (4%), enquanto a forma tardia apresentou frequência mínima no período analisado. Esse padrão é semelhante ao observado no estudo realizado no estado do Ceará por Mesquita et al. (2024), no qual a sífilis congênita recente também correspondeu à maioria dos casos (91,1%), seguida por natimortos/abortos (3,72%) e casos descartados (3,0%), com ocorrência residual da forma tardia (0,13%).

A comparação entre os estudos evidencia convergência quanto à predominância da forma recente e à baixa frequência da forma tardia, indicando padrão consistente na classificação dos casos. Observa-se, contudo, maior proporção de natimortos/abortos no presente estudo em relação ao Ceará, enquanto os casos descartados apresentam magnitudes semelhantes entre os contextos analisados.

Tabela 9 - Distribuição da frequência absoluta e percentual da Sífilis Congênita segundo classificação final da doença nos municípios da Baixada Santista, 2009-2023

Variáveis	Bertioga		Cubatão		Guarujá		Itanhaém		Mongaguá		Peruíbe		Praia Grande		Santos		São Vicente	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Classificação Final																		
Sífilis Congênita Recente	26	100%	395	100%	297	85%	217	99%	4	100%	17	89%	591	79%	876	92%	427	94%
Sífilis Congênita Tardia	0	0%	0	0%	1	0,2%	0	0%	0	0%	0	0%	2	0,2%	0	0%	0	0%
Natimorto/ Aborto por Sífilis	0	0%	0	0%	35	10%	2	1%	0	0%	2	11%	92	12%	44	5%	14	3%
Descartado	0	0%	0	0%	17	5%	1	0%	0	0%	0	0%	57	8%	37	4%	12	3%

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SINAN

Em relação à classificação final, a Tabela 8 evidencia predominância da sífilis congênita recente em todas as localidades da RMBS, com percentuais máximos em Mongaguá, Cubatão e Bertioga (100% dos casos). Praia Grande e Peruíbe destacam-se pelos maiores percentuais de natimorto/aborto por sífilis (12% e 11%, respectivamente). Os casos descartados apresentam maior representatividade em Praia Grande (8%) e Guarujá (5%), enquanto a sífilis congênita tardia é pouco frequente na região, com apenas três casos isolados registrados em Guarujá e Praia Grande.

A classificação da sífilis congênita constitui elemento central para o manejo clínico e para a vigilância epidemiológica, uma vez que permite qualificar a análise dos casos e identificar possíveis falhas na linha de cuidado materno-infantil. Conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, os casos são categorizados em sífilis congênita recente, sífilis congênita tardia, natimorto ou aborto por sífilis e casos descartados após investigação (Brasil,2022b), o que possibilita compreender diferentes desfechos da transmissão vertical.

Nesse contexto, a predominância da forma recente observada neste estudo está em consonância com o perfil epidemiológico esperado, uma vez que essa manifestação ocorre até os dois anos de idade e pode apresentar amplo espectro clínico, incluindo prematuridade, baixo peso ao nascer e alterações sistêmicas. Por outro lado, a baixa frequência da forma tardia reforça seu caráter menos comum, geralmente associado à ausência de diagnóstico e tratamento oportuno, podendo resultar em sequelas irreversíveis (Brasil,2022a).

Adicionalmente, a presença de casos classificados como natimorto ou aborto por sífilis evidencia a gravidade da transmissão vertical e aponta para possíveis falhas no acompanhamento pré-natal, especialmente no rastreio e tratamento adequado da gestante e de seus parceiros. Já os casos descartados indicam a importância da investigação criteriosa para a adequada classificação do agravo. Assim, a distribuição das categorias observadas não apenas descreve o perfil dos casos, mas também fornece subsídios para avaliar a qualidade da assistência e da vigilância em saúde. Nesse sentido, a manutenção de elevados percentuais de sífilis congênita recente, associada à ocorrência de desfechos evitáveis, reforça a necessidade de fortalecimento das ações de detecção precoce e tratamento oportuno durante a gestação (WHO, 2016; Domingues; Leal, 2016).

Em síntese, os dados epidemiológicos da sífilis gestacional e congênita na RMBS evidenciam um padrão de aumento das notificações ao longo da série histórica, seguido de desaceleração e estabilidade nos anos mais recentes, além de variações na distribuição dos casos segundo características sociodemográficas e territoriais. A análise conjunta desses agravos permite compreender a dinâmica da transmissão vertical no território, destacando a relação entre o perfil das gestantes notificadas e os desfechos observados nos casos de sífilis congênita, constituindo base empírica para a interpretação do fenômeno no contexto regional.

5.2 Eixos temáticos da análise qualitativa: conhecimento, vivências e impactos da sífilis na experiência materna

5.2.1 Caracterização das participantes do estudo

Como etapa inicial da análise qualitativa, apresenta-se a caracterização sociodemográfica das mulheres entrevistadas no Hospital Guilherme Álvaro, elemento fundamental para a contextualização das narrativas produzidas no estudo. A Tabela 9, apresentada abaixo, sistematiza essas informações, permitindo delinear o perfil das participantes e compreender o contexto social no qual se inserem suas experiências relacionadas à sífilis na gestação e seus desdobramentos.

A descrição dessas características não se limita a um exercício descritivo, mas constitui base analítica para a interpretação dos eixos temáticos, na medida em que aspectos como idade, escolaridade, renda, estado civil e pertencimento racial atravessam as vivências maternas, influenciando percepções, acessos e modos de enfrentamento da doença. Dessa forma, a caracterização das participantes contribui para qualificar a análise qualitativa, articulando os relatos individuais a dimensões sociais mais amplas que permeiam a experiência da sífilis no contexto da maternidade.

Tabela 10 - Distribuição absoluta e percentual segundo idade, município de residência, escolaridade, raça/cor, estado civil, religião e renda familiar em mães de recém-nascidos com sífilis congênita no HGA

Variáveis	N	(%)
Idade		
10 a 14 anos	0	0
15 a 19 anos	0	0
20 a 39 anos	5	100
40 a 59 anos	0	0
Município de residência		
Santos	0	0
São Vicente	3	60
Praia Grande	1	20
Guarujá	0	0
Bertioga	1	20
Mongaguá	0	0
Peruíbe	0	0
Cubatão	0	0
Itanhaém	0	0
Escolaridade		
Sem instrução	0	0
Ensino fundamental incompleto	0	0
Ensino fundamental completo	1	20
Ensino médio incompleto	0	0
Ensino médio completo	4	80
Ensino Superior incompleto	0	0
Ensino superior completo	0	0

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 10: Distribuição absoluta e percentual segundo idade, município de residência, escolaridade, raça/cor, estado civil, religião e renda familiar em mães de recém-nascidos com sífilis congênita no HGA

Variáveis	N	(%)
Raça/cor		
Branca	3	60
Amarela	0	0
Parda	2	40
Negra	0	0
Asiática	0	0
Indígena	0	0
Estado civil		
Solteira	5	100
casada	0	0
Separada/divorciada	0	0
Viúva	0	0
Religião		
Católica	1	20
Evangélica	3	60
Espírita	0	0
Religiões de matriz africana	0	0
Nenhuma	1	20
Outras	0	0
Renda familiar		
Menos de 1 salário mínimo	3	60
De 1 a 2 salários mínimos	2	40
De 3 a 4 salários mínimos	0	0
Acima de 4 salários mínimos	0	0

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que a maioria das participantes encontrava-se na faixa etária de 20 a 39 anos, sendo que todas tinham menos de 40 anos. Quanto ao município de residência, predominou o município de São Vicente, seguido por Praia Grande e Bertioga.

Em relação à escolaridade, o ensino médio completo foi o nível mais frequente entre as participantes. Nenhuma das entrevistadas possuía ensino

superior e não houve registro de analfabetismo. Quanto à cor/raça, verificou-se predominância de mulheres brancas, seguidas por pardas.

No que se refere ao estado civil, todas as participantes eram solteiras. A religião evangélica foi a mais declarada entre as entrevistadas. Em relação à renda familiar, predominou o grupo com renda inferior a um salário mínimo, seguido por aquelas com renda entre um e dois salários mínimos.

A caracterização das participantes do estudo apresenta elementos que dialogam, em parte, com os dados epidemiológicos previamente descritos para a sífilis gestacional e congênita na RMBS, especialmente no que se refere à concentração de casos em mulheres em idade reprodutiva e à escolaridade de nível médio. No entanto, algumas variáveis exploradas na pesquisa de campo, como estado civil, religiosidade e renda familiar, não foram contempladas na análise epidemiológica anterior, o que amplia o escopo de compreensão do perfil dessas mulheres.

Dessa forma, embora parte dos achados já tenha sido discutida à luz da literatura no capítulo anterior, a inclusão dessas novas dimensões permite aprofundar a análise, incorporando aspectos sociais e contextuais que contribuem para uma leitura mais abrangente do fenômeno, sobretudo no que se refere às condições de vida e às características individuais das participantes.

A caracterização das participantes evidencia elementos que dialogam com os determinantes sociais da saúde, particularmente no que se refere às condições de vulnerabilidade associadas à sífilis. A predominância de mulheres solteiras no estudo pode ser compreendida à luz de evidências que apontam o estado civil como marcador indireto de risco para infecções sexualmente transmissíveis, refletindo padrões de relacionamento, dinâmicas das redes sexuais e adesão às práticas preventivas (Newman et al., 2015; WHO, 2016). Além disso, essa condição pode influenciar o vínculo com os serviços de saúde e a continuidade do cuidado, especialmente no contexto do pré-natal (Domingues; Leal, 2016).

No que se refere à religiosidade, a predominância de mulheres evangélicas deve ser interpretada de forma contextualizada, uma vez que a literatura aponta efeitos ambivalentes desse fator. Enquanto o envolvimento religioso pode estar associado a comportamentos considerados protetores, também pode, em determinados contextos, limitar o acesso à informação e a adoção de métodos

preventivos, como o uso de preservativos, além de influenciar a busca por diagnóstico e tratamento (Regnerus, 2007; WHO, 2016; CDC).

Em relação à renda, a concentração de participantes em faixas de menor rendimento reforça a associação entre sífilis e vulnerabilidade socioeconômica, amplamente descrita na literatura. Mesmo em contextos de maior desenvolvimento econômico, a infecção permanece mais frequente entre populações com menor acesso aos serviços de saúde, evidenciando o papel das desigualdades sociais na determinação do risco e dos desfechos da doença (WHO, 2016).

5.2.2 Conhecimento e percepções sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis e a Sífilis

Na etapa qualitativa, o tema do conhecimento e das percepções sobre as ISTs, incluindo a sífilis, evidenciou fragilidades importantes na compreensão das participantes acerca dessas infecções. Ao longo das entrevistas, observou-se que as mulheres apresentavam um conhecimento restrito, frequentemente baseado em informações incompletas e repassadas de maneira superficial, o que contribui para a manutenção de práticas preventivas inconsistentes e para o desconhecimento sobre os riscos de transmissão vertical.

O desconhecimento sobre a sífilis e outras ISTs mostrou-se evidente na maioria das falas, revelando concepções parciais e lacunas significativas no entendimento das entrevistadas. Embora algumas mulheres associassem essas infecções às relações sexuais, poucas demonstraram domínio sobre os modos de transmissão, sintomas ou complicações. As falas a seguir ilustram esse cenário:

Sei mais ou menos. DST são doenças sexualmente transmissíveis com a AIDS e a Sífilis. Eu não conheço muito assim para explicar (E1).

Eu soube assim por última hora mesmo. Nem procurei saber. Eu sei que não é muito legal (E2).

Não sei muito. Só pelo que pesquisei na internet e sei que passa de pessoa para pessoa (E4)

Tal achado não se configura como fenômeno isolado, mas converge com evidências recentes da literatura nacional, que apontam fragilidades semelhantes no conhecimento de mulheres atendidas na APS (Silva et al., 2020).

Apesar das campanhas promovidas pelo Ministério da Saúde e das orientações oferecidas pela APS, persistem desafios relacionados tanto ao acesso quanto à compreensão efetiva das informações sobre sífilis e outras ISTs (Brasil, 2023).

Quando questionadas especificamente sobre a doença que as acometia, as participantes revelaram desconhecimento sobre a sífilis, seus sintomas e o agente etiológico. Em diversos relatos, o primeiro contato com informações mais detalhadas sobre a infecção ocorreu apenas após o diagnóstico, muitas vezes por meio de pesquisas individuais na internet.

Não sabia nada. Só sabia que o meu marido tinha tido quando era adolescente, mas não sabia muita coisa... que podia causar no bebê e passar para o bebê (E1)

Depois que eu descobri eu fui para a internet, fui pesquisar, fui saber. Nem imaginava, eu não tive nenhum sintoma (E3).

Eu não sabia nem sobre essa doença. Na verdade eu não sei muito. Só sei pelo que eu pesquisei na internet. Eu sei que é uma IST e que pega tendo relação com a pessoa. É uma doença que não tem cura, mas tem tratamento (E4).

Eu já ouvi falar, mas nunca me aprofundi, assim de querer saber muito... Eu sabia que pegava na relação, só que os sintomas eu não sabia (E5).

Mulheres grávidas no Brasil têm pouco conhecimento sobre sífilis durante a gravidez, levando a lacunas no desempenho do tratamento e na conscientização do parceiro, apesar do fácil acesso aos cuidados pré-natais (Silva et al., 2020).

Esse movimento de busca por informações por meio da internet pode ser compreendido no contexto mais amplo de acesso à informação durante a gestação, uma vez que mulheres grávidas muitas vezes recorrem à internet como uma fonte primária de informações relacionadas à gravidez (Conrad, 2024).

Ao explorarem as fontes de informação, as entrevistadas apontaram a escola e o posto de saúde como os principais espaços em que tiveram algum contato com o tema, ainda que de forma pontual e limitada. A família, por outro lado, não foi citada como fonte de orientação sobre sexualidade e prevenção, o que reforça a ausência de diálogo intergeracional sobre o tema.

Na escola tinha muita palestra. Em casa não, fui criada só pelo meu pai, não foi explicado, mas na escola eu lembro que teve palestra (E1).

Nenhum lugar (E3).

Foi na escola o meu primeiro contato sobre essas doenças, a AIDS... Porque na época do Cazuza chamava atenção (E4).

No posto me falaram assim por alto (E5).

As falas evidenciam que, embora as participantes tenham tido algum contato com informações sobre ISTs em espaços institucionais, essas ações foram pontuais e pouco aprofundadas, não resultando em mudanças significativas de comportamento ou na construção de um saber consolidado sobre o tema.

O medo de contrair uma IST esteve presente em quase todas as narrativas, especialmente em relação à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e à própria sífilis, mas esse sentimento nem sempre se refletiu em práticas preventivas consistentes.

Sim, já tive (E1).

Sim, a AIDS, alguma coisa diferente, e até mesmo a Sífilis. Eu não imaginava que ia ter (E2).

Já tive muito medo, a gente nunca sabe de quem, né? Eu peguei de uma pessoa que eu ficava antigamente. Eu estava separada do meu marido, ele não pegou (E3).

Principalmente do HIV, tive muito medo.” E5 expressou: “Já sempre, né? Eu nunca imaginei que ia pegar. Eu descobri na gestação, porém nunca imaginei que iria pegar (E4).

Apesar da preocupação relatada, a utilização de métodos preventivos, como o preservativo, não era prática comum entre as entrevistadas. Apenas uma delas referiu o uso regular, motivada por uma condição clínica que a impedia de utilizar anticoncepcionais hormonais.

Eu usava camisinha mesmo, porque eu tenho lúpus e não posso usar remédio para não ter filho, porque não é compatível com os meus medicamentos (E2).

Eu nunca preveni (E3).

De modo geral, as narrativas revelam uma contradição entre o reconhecimento do risco de infecção e a ausência de comportamentos preventivos efetivos. As lacunas de informação, a falta de diálogo familiar e a fragilidade das ações educativas em saúde parecem contribuir para essa vulnerabilidade. O conjunto das falas indica que, embora as mulheres identifiquem as ISTs como infecções transmissíveis e reconheçam o medo de adquiri-las, persistem barreiras sociais, culturais e informacionais que dificultam a adoção de medidas de prevenção e a busca ativa por conhecimento sobre o tema.

Esse achado encontra respaldo na literatura, que aponta o desconhecimento sobre a doença, suas formas de prevenção e tratamento como fator que dificulta a adesão de parceiros e de indivíduos em situação de risco ou vulnerabilidade (Moreira et al., 2017). Além disso, evidencia-se que níveis adequados de letramento funcional em saúde não garantem, necessariamente, conhecimento específico sobre a sífilis, indicando uma dissociação entre essas dimensões no contexto da gestação (Manola et al., 2020).

Nesse sentido, tais evidências reforçam a necessidade de abordagens educativas que superem a transmissão de informações de forma pontual, incorporando estratégias que considerem aspectos culturais, relacionais e contextuais. A adoção de práticas educativas mais participativas pode contribuir para ampliar a compreensão sobre a doença, favorecer a autonomia das mulheres e estimular comportamentos preventivos mais consistentes, incluindo o uso de preservativos e a busca ativa por cuidado (Brasil, 2022c; WHO, 2022).

5.2.3 A vivência da gestação e o percurso do cuidado pré-natal diante do diagnóstico de sífilis

A vivência da gestação e o percurso do cuidado pré-natal diante do diagnóstico de sífilis revelaram trajetórias marcadas por sentimentos ambíguos, diferentes experiências de acolhimento e variados níveis de adesão ao tratamento. As participantes foram convidadas a falar sobre a descoberta da gravidez, a aceitação pessoal e familiar, o acesso ao pré-natal, as dificuldades encontradas nos serviços de saúde e o momento do diagnóstico e tratamento da infecção. As narrativas demonstram que a gestação, em muitos casos, foi um acontecimento inesperado, gerando sentimentos de surpresa, medo e insegurança diante das condições de vida e das circunstâncias pessoais de cada mulher.

Para a maioria das entrevistadas, a descoberta da gestação ocorreu de forma não planejada e foi acompanhada de resistência inicial à maternidade. As falas revelam a coexistência de desejo, medo e negação, expressando a complexidade das experiências maternas diante de contextos de vulnerabilidade social e emocional.

Eu demorei para aceitar porque eu sempre falei que não queria outro filho, eu quero ter um. Por mais que eu seja casada, eu não quero. Eu demorei

para aceitar, acho que fui aceitar, eu já estava com seis meses. Achei que não ia conseguir ser mãe de dois (E1).

Foi um susto e ao mesmo tempo não, porque eu queria ter realmente (E2).

Ele sempre quis ter filho e eu nunca engravidei dele, achei que não podia e aí depois da separação, quando a gente voltou, eu engravidei. Não sei o que senti... fiquei feliz ainda mais quando descobri que era gêmeo (E3).

Foi bem difícil porque eu estava sozinha. Uma pessoa que eu não conhecia direito. Eu tô numa situação bem difícil da minha vida financeiramente. O meu ex-marido tinha montado uma lojinha para mim, eu estava bem feliz. Aí, de repente, fiz o teste e deu positivo. Para mim foi um choque (E4).

Foi um baque, eu não queria agora. Não era o que eu queria, eu queria me estabilizar, ter uma estabilidade boa de vida para ter um filho (E5).

A aceitação familiar da gestação também variou amplamente entre as participantes. Enquanto algumas relataram apoio do companheiro e dos familiares, outras vivenciaram rejeição, julgamentos e até sugestões de interrupção da gravidez.

Meu marido sempre quis. O sonho dele era ser pai de um bebê. Todo mundo ficou muito feliz. Minha mãe ficou muito feliz. A única pessoa que não queria era eu (E1).

O pai do bebê é presente. A gente está junto e a minha família aceitou (E5).

Ele está super feliz, está apaixonado pelas crianças. Eu não tenho muito contato com a minha família, eu e minha mãe brigamos muito (E3).

Em contraposição, E4 relatou uma situação de abandono e pressão para interromper a gestação, conforme é ilustrado no trecho a seguir:

Não aceitaram, inclusive minha mãe falou que eu tinha, que era melhor eu abortar. Minhas filhas falavam que eu tinha que abortar porque eu iria morrer e elas não queriam me perder. Eu sou contra o aborto. Ainda bem que descobri com cinco meses para eu não ter que fazer isso, eu não ia me perdoar. Eu não tinha apoio de ninguém, falavam para eu tirar ou doar. Todo mundo achava que eu não ia aguentar porque era a sexta cesária (E4).

Esses relatos expressam a complexidade das experiências maternas em contextos de vulnerabilidade social, emocional e de saúde, evidenciando que a gestação não é vivida de forma homogênea, mas mediada por fatores individuais, familiares e sociais (UNFPA, 2022).

A literatura corrobora esses achados ao demonstrar que a gestação inesperada pode desencadear ambivalência emocional, sentimentos de insegurança e dificuldades na adesão aos cuidados em saúde, especialmente quando associada ao diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis ou outras condições

clínicas de risco (UNFPA, 2022). Ademais, evidências indicam que a forma como a mulher vivencia a gestação está diretamente relacionada à qualidade do acolhimento nos serviços de saúde, à comunicação estabelecida com a equipe e ao suporte familiar disponível (Silva et al., 2020).

Nesse sentido, tais elementos reforçam a necessidade de que o cuidado pré-natal ultrapasse a dimensão técnico-assistencial, incorporando abordagens sensíveis às dimensões psicológicas, sociais e culturais que atravessam a experiência gestacional.

No que se refere ao percurso assistencial, especificamente ao pré-natal, a maioria das mulheres relatou não ter enfrentado dificuldades significativas para o agendamento de consultas, realização de exames e acompanhamento médico. Quando mencionadas, as dificuldades estavam mais relacionadas a questões pessoais do que a barreiras estruturais nos serviços de saúde. Apenas uma participante destacou problemas de comunicação entre os diferentes pontos da rede de atenção, especialmente nos processos de referência e contrarreferência.

Foi tranquilo, foi no bairro onde eu moro, fui acompanhada pela médica de lá, fiz umas quatro ou cinco consultas porque comecei tarde. Só não foi tranquilo porque descobri a sífilis (E1).

Algumas foram porque estava muito complicado. Eu marcava num lugar e eles me mandavam para outro e depois falavam que eu não fui no pré-natal por causa do lúpus. Eu passava certo aqui no Guilherme Álvaro, mas também continuava os outros para não dar erro em nada. Faltava comunicação entre eles, não estava legal (E2).

Foi fácil fazer as consultas porque eu morava na rua de cima e o posto era na rua de baixo. Eu fiz muitas consultas e os ultrassons, só não colocaram o comprovante do tratamento na carteirinha (E3).

Foi fácil. Me deram muito suporte. A assistente social, agente de saúde, melhor que convênio. Eles vão até a casa da pessoa (E4)."

Quando eu descobri a gestação eles já marcaram de imediato o pré-natal (E5).

Embora a maioria das participantes tenha relatado facilidade de acesso ao pré-natal, com agendamento de consultas, realização de exames e acompanhamento médico sem dificuldades significativas, esse achado deve ser analisado à luz do cenário nacional. Evidências indicam que, em diferentes regiões do país, o acesso ao pré-natal ainda é marcado por limitações estruturais, como escassez de profissionais, tempo de espera prolongado, dificuldades de deslocamento e fragilidades na articulação da rede de atenção (Brasil, 2023).

A diferença observada pode estar associada a fatores contextuais, como a organização local dos serviços, maior proximidade das unidades de saúde e melhor funcionamento dos fluxos assistenciais. Além disso, aspectos individuais, como apoio familiar, mobilidade e escolaridade, influenciam a forma como o acesso é percebido e vivenciado (Silva et al., 2020).

Ainda assim, o acesso aos serviços não garante, por si só, a qualidade do cuidado. A literatura aponta que a comunicação efetiva, o acolhimento e a continuidade do acompanhamento são determinantes para a adesão ao tratamento e para a compreensão do diagnóstico, especialmente em situações que envolvem maior carga emocional, como a sífilis na gestação (Silva et al., 2020).

Nesse sentido, mesmo em contextos com menor presença de barreiras estruturais, falhas na comunicação entre níveis de atenção, atrasos na realização de exames e descontinuidade do acompanhamento podem comprometer o cuidado (Moura et al., 2021).

O diagnóstico da sífilis ocorreu, na maioria dos casos, logo na abertura do pré-natal, e o tratamento foi iniciado imediatamente após o resultado do teste rápido. O diagnóstico precoce da sífilis, aliado ao início imediato do tratamento com penicilina, demonstrou ser um fator positivo na redução de complicações maternas e do risco de transmissão vertical. Esse achado está alinhado com as recomendações do Ministério da Saúde, que orientam o início precoce do tratamento materno com penicilina benzatina imediatamente após a confirmação do diagnóstico, preferencialmente no início do pré-natal, garantindo pelo menos 30 dias de tratamento antes do parto para prevenção da transmissão vertical (Brasil, 2022a).

As mulheres relataram adesão ao tratamento conforme as orientações recebidas, ainda que algumas tenham enfrentado dificuldades pessoais que interferem na regularidade das doses.

No dia que abri o pré-natal fiz o teste rápido e já comecei o tratamento. Tomei três doses de benzetacil. Toda semana eu tomava duas doses. Eu fiz todas as doses (E1).

No início do pré-natal elas me mandaram um papel para eu começar o tratamento, eu e a pessoa que estava comigo também. Eu tomei todas as injeções certinho em cada lado da bunda em três semanas (E2).

Na hora que abri o pré-natal, no primeiro dia já tomei as duas primeiras doses de injeção. Depois, na outra semana, tomei mais duas doses e na terceira semana tomei mais duas (E3).

E4 descreveu uma experiência de maior dificuldade de adesão:

A médica do pré-natal me chamou para conversar e falou: '[...], deu 1:16 do sífilis e você tem que tratar'. Na hora me deram a benzetacil, fizeram a receita e me disseram que eu não podia faltar um dia porque teria que iniciar tudo de novo. Só que aí eu faltei e aconteceu três vezes de eu não conseguir completar o esquema. O problema foi pessoal mesmo, eu tinha meus outros filhos, tinha que levar para a escola, outra hora eu não conseguia acordar mesmo pois eu tinha muito sono na gestação; outra hora eu não tinha dinheiro para chegar no posto que era longe da minha casa, eu demorava vinte minutos andando com aquele barrigão e ainda levava o meu bebê de dois anos andando porque não conseguia pegar no colo. Aí eu falei: ele vai nascer e não vai dar mais tempo. A médica falou: já se prepara que ele vai ficar internado por conta de você não ter feito tudo certinho (E4).

Por fim, E5 contou:

Foi bem no início da gestação mesmo, quando eu descobri que estava grávida. Elas pediram para fazer o teste rápido e deu que eu estava com sífilis. Já pediram para eu tomar a injeção, comecei então no primeiro dia. Aí só pediram pra mim ir na próxima semana para tomar o restante. Fiz três semanas. É bom, dolorido (E5).

As falas demonstram que, embora o acesso ao diagnóstico e ao tratamento tenha ocorrido de forma relativamente ágil, fatores pessoais, socioeconômicos e emocionais interferiram no cumprimento integral do esquema terapêutico em alguns casos.

No entanto, estudos nacionais revelam que, em muitos contextos, o tratamento precoce ainda não é universal. Pesquisas indicam que uma parcela significativa de gestantes recebe tratamento inadequado ou inicia a terapêutica tardiamente, e a adesão do parceiro é frequentemente baixa, aumentando o risco de reinfeção e complicações neonatais (Oliveira et al., 2022; Moura et al., 2021; Pinto et al., 2024).

5.2.4 O impacto emocional e social da sífilis congênita na experiência materna

O impacto emocional e social da sífilis congênita na experiência materna revelou-se profundo e permeado por sentimentos de culpa, medo, solidão e sofrimento diante da hospitalização prolongada dos recém-nascidos e da incerteza quanto às possíveis sequelas. As narrativas das participantes evidenciam a fragilidade de informações sobre a doença, a angústia vivida durante o tratamento dos bebês e a ausência de redes de apoio consistentes durante esse processo.

No início das entrevistas, observou-se que as mulheres apresentaram baixo conhecimento sobre a sífilis congênita e suas implicações para a saúde do bebê.

Muitas desconheciam que poderiam transmitir a infecção ao feto, e quando possuíam algum entendimento sobre a doença, esse conhecimento havia sido adquirido por meio de buscas na internet, e não por orientações recebidas nos serviços de saúde.

Eu andei procurando por cima no Google, mas não entendi muito bem. Ele fez um exame da coluna porque pode dar alteração nos ossos dele, mas graças a Deus não deu nada. Eu não entendi direito (E1).

Não. Nem quis pesquisar essas coisas ainda (E2).

Não sabia que podia passar a doença para o bebê (E3).

Em contraponto, a E4 demonstrou maior familiaridade com o tema:

Sei, cegueira. Pode trazer vários problemas físicos e psicológicos. Mas quando ele nasce tem que fazer o acompanhamento no ambulatório para continuar o tratamento (E4).

Em tempo, a E5 relatou ter sido informada durante o pré-natal:

Falaram sim que se eu não tratasse correria o risco de ele ter. Podia ficar cego, surdo, vir com algumas manchinhas pelo corpo e que se eu não tratasse não poderia amamentar, falaram o básico (E5).

Nesse sentido, a ausência de informações claras e acessíveis compromete a autonomia da gestante, dificulta a compreensão do diagnóstico e potencializa sentimentos de insegurança, medo e ansiedade. (Vicente et al, 2022; Mafra et al , 2021).

Os relatos evidenciam que o desconhecimento sobre a sífilis congênita vai além da dimensão biomédica, envolvendo também a carência de acompanhamento educativo contínuo durante o pré-natal e o puerpério. Essa lacuna reforça a necessidade de estratégias de comunicação e cuidado que garantam à mulher informações compreensíveis e apoio emocional durante o enfrentamento da doença.

Durante o tratamento dos recém-nascidos, as falas das participantes revelaram o sofrimento diante da hospitalização e da separação de outros filhos e familiares, somado à sensação de culpa por ter transmitido a infecção ao bebê. A experiência do internamento prolongado foi permeada por angústia, medo de sequelas e exaustão física e emocional.

Nenhum desafio por mim e sim pelo meu filho, por eu ter passado para ele e ele estar em tratamento agora. É muito difícil ver ele sendo furado toda hora. Eu me culpo por isso. Eu vim para cá para ter ele e voltar e não foi isso que aconteceu. Já faz doze dias que estamos aqui. Minha filha está em casa e eu não consigo ver ela. Acho que isso é a parte mais difícil (E1).

A literatura aponta que a experiência materna diante de agravos neonatais frequentemente envolve processos de autorresponsabilização, especialmente quando relacionados a IST, historicamente atravessadas por julgamentos morais. Nesse sentido, os relatos das participantes evidenciam que a vivência da hospitalização do recém-nascido é marcada não apenas pelo sofrimento diante do tratamento, mas também pela internalização da culpa pela transmissão da infecção, reforçando a dimensão moral que permeia essas experiências (Mafra et al., 2021; Vicente et al., 2022; WHO, 2016).

A ruptura da expectativa idealizada da maternidade, socialmente associada ao nascimento saudável e ao convívio imediato com o bebê, intensifica sentimentos de impotência, tristeza e medo. Assim, a culpabilização materna deve ser compreendida em uma perspectiva sociocultural, na qual a maternidade é construída como espaço de responsabilidade quase exclusiva da mulher pelos desfechos gestacionais, o que contribui para a intensificação do sofrimento vivenciado nesse contexto (Badinter, 1985).

O relato de E2 reforça a solidão e a incerteza vivida durante o período de internação:

O desafio é ficar sozinha aqui. Não poder fazer nada. Não sei o que vai acontecer, alguma sequela, alguma coisa ruim no bebê, não sei de nada. Meu filho não está aqui comigo também. Muito ruim (E2).

Evidências indicam que a internação em unidade neonatal está associada ao aumento de sintomas ansiosos e depressivos maternos, sobretudo quando acompanhada de comunicação insuficiente e percepção de perda de controle sobre o cuidado do filho (Montanhaur, 2021).

Outra participante descreveu reações iniciais de medo e desinformação, mas também relatou acolhimento por parte da equipe de saúde, o que contribuiu para reduzir a ansiedade diante da doença.

No começo eu fiquei muito assustada porque não sabia que podia passar para o bebê, mas as médicas me acalmaram e disseram que se eu fiz o tratamento não tem problema (E3).

O apoio social, aqui representado pela equipe de saúde, é reconhecido como importante fator protetor frente a eventos estressores, atuando como

moderador do impacto emocional e favorecendo a adaptação materna no período gravídico-puerperal (Cohen et al, 2025).

O afastamento da família e dos filhos mais velhos foi um fator recorrente de sofrimento, conforme relatado por E4:

O mais difícil foi ficar longe dos meus filhos (E4).

No contexto da sífilis congênita, a limitação das redes de apoio pode agravar sentimentos de isolamento, estigmatização e insegurança, interferindo inclusive na construção e no fortalecimento do vínculo mãe-bebê.

Já E5 descreveu o período de internação como doloroso e exaustivo:

Está sendo dolorido porque nunca fiquei muito tempo internada. Eu não achei que ia ser fácil porque eu já sabia que ele tem meningomielocoele e teve que operar. Tá sendo uma fase difícil porque a gente tá muitos dias internados (E5).

Em síntese, os relatos evidenciam que a experiência materna diante da sífilis congênita é atravessada por múltiplas dimensões que extrapolam o cuidado biomédico, envolvendo aspectos emocionais, informacionais e relacionais. A vivência da hospitalização, associada à incerteza quanto ao prognóstico e à fragilidade das redes de apoio, contribui para intensificar o sofrimento materno. Nesse contexto, torna-se fundamental a articulação de práticas de cuidado que integrem acompanhamento clínico, escuta qualificada e suporte contínuo, de modo a favorecer a compreensão do processo vivido e o enfrentamento das demandas impostas pela condição do recém-nascido.

5.3 Integração dos achados quantitativos e qualitativos

A integração dos achados quantitativos e qualitativos constituiu etapa central da análise, ao permitir uma compreensão mais abrangente da sífilis gestacional e congênita na Região Metropolitana da Baixada Santista. Mais do que reunir dois conjuntos distintos de resultados, essa articulação possibilitou identificar nexos entre a magnitude epidemiológica do agravo e as experiências concretas das mulheres no percurso do cuidado. Nesse sentido, a escolha pelos métodos mistos mostrou-se particularmente relevante, pois permitiu interpretar os dados para além de sua dimensão descritiva, evidenciando como números e narrativas se esclarecem mutuamente.

Na dimensão quantitativa, os resultados evidenciaram a persistência da sífilis gestacional e congênita ao longo da série histórica, além de um perfil epidemiológico marcado pela concentração dos casos em mulheres jovens, predominantemente pardas e com escolaridade intermediária, ainda que com limitações importantes na completude de algumas variáveis. Esses achados delineiam a magnitude e a distribuição do agravo no território, mas, isoladamente, não explicam os processos que sustentam sua manutenção. Foi a análise qualitativa que permitiu aprofundar essa compreensão, ao evidenciar fragilidades no conhecimento sobre a doença, dificuldades na compreensão das orientações recebidas, insegurança diante do diagnóstico e experiências de cuidado marcadas por sofrimento, culpa e apoio social limitado.

A articulação entre essas duas dimensões permitiu compreender, de forma mais consistente, que a persistência da sífilis não pode ser interpretada apenas a partir da presença ou ausência de acesso formal aos serviços de saúde. Embora as participantes tenham relatado, em sua maioria, acesso ao pré-natal e ao diagnóstico, as narrativas mostraram que esse percurso nem sempre foi acompanhado de comunicação efetiva, compreensão adequada das informações ou segurança em relação ao tratamento. O confronto entre os achados evidencia, portanto, que a existência de acompanhamento em saúde não equivale, necessariamente, à produção de cuidado qualificado, aspecto que dificilmente seria apreendido apenas por uma das abordagens.

Outro ganho analítico decorrente da integração dos métodos refere-se à possibilidade de qualificar a leitura das vulnerabilidades identificadas no perfil epidemiológico. Os dados quantitativos apontaram maior ocorrência da sífilis em determinados grupos populacionais e territórios; já os dados qualitativos permitiram situar essas ocorrências em contextos concretos de vida, marcados por instabilidade econômica, fragilidade das redes de apoio, experiências de solidão, dificuldades emocionais e limitações no acesso à informação. Assim, a abordagem integrada permitiu deslocar a análise de uma leitura apenas distributiva do agravo para uma compreensão mais densa de suas mediações sociais e assistenciais.

No caso da sífilis congênita, a combinação entre os achados também ampliou a compreensão dos desdobramentos da transmissão vertical. Enquanto os dados epidemiológicos evidenciaram a manutenção dos casos e o predomínio da forma recente, os relatos das mulheres revelaram o impacto subjetivo e social da

hospitalização do recém-nascido, os sentimentos de culpa pela transmissão da infecção e a ruptura da expectativa de uma maternidade associada ao nascimento saudável e ao convívio imediato com o bebê. Desse modo, a integração dos resultados permitiu evidenciar que a sífilis congênita não se limita a um desfecho clínico ou notificável, mas se constitui também como experiência social e emocionalmente disruptiva para as mulheres.

Dessa forma, a principal contribuição analítica dos métodos mistos neste estudo reside na possibilidade de compreender a sífilis gestacional e congênita como fenômeno simultaneamente epidemiológico, assistencial e experiencial. Os dados quantitativos permitiram delimitar a extensão, a tendência temporal e o perfil do agravo, enquanto os qualitativos explicitaram os sentidos, dificuldades e repercussões implicados nesse processo. A análise integrada, portanto, não apenas ampliou a interpretação dos resultados, mas tornou visíveis dimensões que permaneceriam parciais se examinadas separadamente, conferindo maior consistência explicativa ao estudo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise integrada dos resultados evidenciou que a persistência da sífilis gestacional e congênita na RMBS não se explica apenas pela magnitude epidemiológica do agravo, mas pela forma como o cuidado é produzido ao longo do percurso assistencial. Os achados indicam uma dissociação entre a presença de acompanhamento em saúde e a efetividade do cuidado, expressa em fragilidades na comunicação, na compreensão das orientações e na continuidade do seguimento.

A articulação entre os dados quantitativos e qualitativos permitiu qualificar essa interpretação, ao evidenciar que a manutenção do agravo está relacionada a um conjunto de fatores que incluem vulnerabilidades sociais, limitações informacionais e dificuldades na organização do cuidado. No caso da sífilis congênita, os resultados demonstram que seus impactos ultrapassam a dimensão clínica, afetando diretamente a experiência materna e evidenciando limites na atenção materno-infantil.

Do ponto de vista metodológico, o uso de métodos mistos mostrou-se fundamental para a compreensão do fenômeno, ao permitir o confronto entre diferentes níveis de análise e evidenciar aspectos que não seriam plenamente apreendidos por abordagens isoladas.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a utilização de dados secundários com incompletude de variáveis, o que pode comprometer a precisão da caracterização sociodemográfica. No componente qualitativo, o número de participantes e a realização em um único serviço delimitam o alcance dos achados, embora tenham possibilitado aprofundamento analítico das experiências investigadas.

Os resultados apontam para a necessidade de qualificação do cuidado pré-natal, com ênfase na comunicação em saúde, na articulação entre os serviços e na continuidade do acompanhamento, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade.

Por fim, o estudo evidencia que a compreensão da sífilis gestacional e congênita exige abordagens que integrem diferentes dimensões do cuidado, sendo fundamental o desenvolvimento de pesquisas que aprofundem a análise da

organização dos serviços, da integração entre assistência e vigilância e das estratégias voltadas à interrupção da transmissão vertical.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MedBook, 2018.

ARAUJO, O. B.; SOUZA, O. F. de; KERSANACH, B. B.; MOZZER, J. S. C.; FEITOSA, V. L.; BRANDÃO, V. A.; ALENCAR, F. E. C. de; OLIVEIRA, N. S.; SILVA, A. V. B. da; ABREU, L. C. de. Trends in congenital syphilis incidence and mortality in Brazil's Southeast Region: a time-series analysis (2008–2022). **Epidemiologia**, v. 6, n. 2, p. 22, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/epidemiologia6020022>.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117–139.

BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BBC NEWS BRASIL. A primeira epidemia de DST: a história da doença sexual que levou a Europa a culpar a América no século XVI. *BBC News Brasil*, 24 abr. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-44844848>. Acesso em: 25 nov. 2025.

BENENSON, A. S. *Control of communicable diseases in man*. 13. ed. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 1983. 420 p.

BRASIL. Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e dá outras providências. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 10 ago. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12015.htm. Acesso em: 2 abr. 2025.

_____. Ministério da Saúde. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico de sífilis*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a.
https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2021/sifilis/boletim_sifilis_2021_internet.pdf.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico de sífilis*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a.
https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/sifilis/boletim_sifilis2023.pdf.

_____. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico de sífilis*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.
<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-da-sifilis.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. *Manual de gestação de alto risco*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.

_____. Ministério da Saúde. *Manual técnico para o diagnóstico da sífilis*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021b.
<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2021/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis/@@display-file/file>

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde integral da população negra: uma política do SUS*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade/publicacoes/populacao-negra/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 13, de 13 de janeiro de 2023. Institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2023.

_____. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2020/ist/pcdt_ist_final_revisado_020420.pdf/@@display-file/file

_____. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b.

https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/@@display-file/file

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim epidemiológico: sífilis – número especial, outubro de 2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-desifilis-numero-especial-out-2022/view>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim epidemiológico: sífilis 2025*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2025/boletim-epidemiologico-da-sifilis.pdf/view?utm_source=chatgpt.com

CAVALCANTE, P. A. de M.; PEREIRA, R. B. de L.; CASTRO, J. G. D. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007–2014. **Epidemiologia e**

Serviços de Saúde, Brasília, v. 26, n. 2, p. 255–264, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200003>.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). *Sexually transmitted disease surveillance 2023*. Atlanta: CDC, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/statistics/2023/default.htm>.

COHEN, S.; WILLS, T. A. Estresse, apoio social e a hipótese de buffering. **Psychological Bulletin**, v. 98, n. 2, p. 310–357, 1985. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>.

CONRAD, M. Comportamentos de busca de informações de saúde na internet entre mulheres grávidas: uma revisão narrativa da literatura. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 42, p. 194–208, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2088711>.

COSTA, A. R. *et al.* Estigma e barreiras no tratamento da sífilis gestacional. **Revista de Saúde Materno-Infantil**, v. 18, n. 2, p. 121–134, 2022.

COSTA, C. C. *et al.* Cobertura e qualidade do pré-natal na prevenção da sífilis congênita no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, e200052, 2020.

CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. *Pesquisa de métodos mistos*. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CRUZ, R. F. da; RUBERTI, J. A.; MOTA, T. S.; SILVEIRA, L. V. de A.; CHIARAVALLOTI-NETO, F. Modelagem bayesiana espaço-temporal do risco de sífilis congênita em São Paulo, SP, Brasil. **Spatial and Spatio-temporal Epidemiology**, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.sste.2024.100651>.

CRUZEIRO, A. L. S. *et al.* Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1149–1158, jun. 2010.

CURBANI VIEIRA MANOLA, C.; MENDES DE MELO, E. B.; CORREIA LAU, Y. K.; PERASOL BEDIN, L.; VILARINHO DE OLIVEIRA, M.; INÁCIO DE ALMEIDA, M. A.; RIBEIRO DE CASTRO, M.; SILVA MACHADO, P. Letramento funcional em saúde: sífilis em gestantes. **Nursing Edição Brasileira**, [S. l.], v. 23, n. 265, p. 4193–4204, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i265p4193-4204>. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/632>. Acesso em: 3 abr. 2026.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, out. 1999. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400004>.

DOMINGOS COSTA, J.; et al. Caracterização epidemiológica da sífilis congênita no Brasil entre os anos de 2017 e 2021. **Brazilian Journal of Implantology and**

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 766–774, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005114>.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. do C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. e00082415, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SARACENI, V.; HARTZ, Z. M. A. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade do pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147–157, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102013000100019>.

FEITOSA, [iniciais não informadas] *et al.* Sífilis congênita. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, 2016. ISSN 2238-5339.

FERREIRA, R. C. *et al.* Percepções e vivências de gestantes diagnosticadas com sífilis. **Saúde Pública & Sociedade**, v. 12, p. 45–59, 2023.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). *Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS 2014–2018: versão 2019*. Disponível em: <http://www.iprs.seade.gov.br/downloads/pdf/>. Acesso em: 5 ago. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto Nacional de Infectologia. *Sífilis: diagnóstico, vigilância e tratamento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

GARBIN, C. A. S.; CUSTÓDIO, L. B. de M.; SALIBA JÚNIOR, O. A.; GARBIN, A. J. Í.; MOIMAZ, S. A. S. Sífilis na gravidez: perfil e fatores sociodemográficos associados na Região Noroeste do Estado de São Paulo. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 14, n. 3, e7772, 2021. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/01/1354308/03_7772-clea-adas_versao-portugues.pdf.

GARCIA, R. Bactéria da sífilis já estava no Brasil quando portugueses chegaram, mostra estudo. *O Globo*, Rio de Janeiro, 24 jan. 2024. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/saude/ciencia/noticia/2024/01/24/bacteria-da-sifilis-ja-estava-no-brasil-quando-portugueses-chegaram-mostra-estudo.ghtml>. Acesso em: 20 jan. 2024.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

Health Sciences, v. 5, n. 5, p. 1138–1146, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p1138-1146>.

MAFRA, A. L. S.; ANGELO, M. Experiências de parentalidade de mães com filhos diagnosticados com sífilis congênita: revisão de escopo. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, [S. l.], 2023. DOI: <https://doi.org/10.31508/1676-3793202300331>.

MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 22, supl. 1, p. S43–S54, 2011.

MAGALHÃES, D. M. S. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio.

Cadernos de Saúde Pública, v. 15, n. 4, out. 1999. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000400004>.

MAJANDER, K.; PLA-DÍAZ, M.; DU PLESSIS, L. *et al.* Redefining the treponemal history through pre-Columbian genomes from Brazil. **Nature**, v. 627, p. 182–188, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06965-x>.

MALAGÓN-OVIEDO, R. A.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 237–249, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>.

MANOLA, C.C.V.; *et al.* Letramento funcional em saúde: sífilis em gestantes. **Nursing Edição Brasileira**, v. 23, n. 265, p. 4193–4204, 2020. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/632/623>

MARINKOVIĆ, Z.; DUKIĆ, S. The origin of syphilis — still controversial? **Istorija medicine**, v. 7, n. 2, p. 127–130, 2012. Disponível em: https://sanamed.rs/sanamed_pdf/sanamed_7_2/THE_ORIGIN_OF_SYPHILIS.pdf. Acesso em: 1 fev. 2025.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, A.; LIMA, R. Syphilis as a marker of ethnoracial inequalities in Brazil. **The Lancet Global Health**, v. 11, p. e1670–e1671, 2023. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00406-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00406-0).

MONTANHAUR, C. D.; RODRIGUES, O. M. P. R.; ARENALES, N. G. Saúde emocional materna e tempo de internação de neonatos. **Aletheia**, Canoas, v. 54, n. 1, p. 55–63, jun. 2021. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942021000100007&lng=pt&nrm=iso. DOI: <https://doi.org/10.29327/226091.54.1-6>.

MOREIRA, B. C.; RIBEIRO, J. L.; FIGUEREDO, R. C.; AMORIM, R. C. C. S.; SILVA, L. S.; SILVA, R. S. Os principais desafios e potencialidades no enfrentamento da sífilis pela atenção primária em saúde. **Revista Remecs**, v. 5, n. 9, p. 3, 2020. <https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/52/52>.

MOREIRA, [iniciais não informadas] *et al.* Perfil dos casos notificados de sífilis congênita. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 1, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.48949>.

MOURA, [iniciais não informadas] *et al.* Epidemiologia da sífilis gestacional em um estado brasileiro: análise à luz da teoria social ecológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUS>.

NEWMAN, L.; ROWLEY, J.; VANDER HOORN, S. *et al.* Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. **PLoS ONE**, v. 10, n. 12, e0143304, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143304>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Diretrizes da OMS para o tratamento de Treponema pallidum (sífilis)*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-guidelines-for-the-treatment-of-treponema-pallidum-%28syphilis%29>.

_____. *Estratégia global do setor de saúde sobre infecções sexualmente transmissíveis, 2016–2021*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-16.09>.

_____. Syphilis. Geneva: World Health Organization, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Guidance for the elimination of syphilis and congenital syphilis in the Americas*. Washington, D.C.: OPAS, 2024.

_____. *Relatório técnico do termo de cooperação nº 112: políticas públicas de controle das IST, do HIV/Aids, das hepatites virais, da tuberculose, micobacterioses não tuberculosas, micoses sistêmicas e da hanseníase (2021)*. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/relatorio-tecnico-do-termo-cooperacao-no-112-politicas-publicas-controle-das-ist-do-0>.

PAIXÃO, E. *et al.* Sífilis materna e congênita atribuível a desigualdades étnico-raciais: um estudo longitudinal nacional com vinculação de registros de 15 milhões de nascimentos no Brasil. **The Lancet Global Health**, 2023. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00405-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00405-9).

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Social Science & Medicine**, v. 57, n. 1, p. 13–24, 2003. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0).

PEREIRA, G. F. M. *et al.* Tendência temporal da sífilis em gestantes no estado de São Paulo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 33, n. 1, 2024.

PEREIRA, M. V.; SIQUEIRA, C. V.; MONTANHA, D. Sífilis congênita e o perfil das mães residentes nos municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 18, n. 53, p. 5–16, 2021.

PINCHERA, B. *et al.* Epidemiological and clinical features of syphilis in the 21st century: a seven-year observational retrospective study of outpatients. **Clinical Epidemiology and Global Health**, v. 16, 101100, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2022.101100>.

PINTO, R.; VALENTIM, R.; FERNANDES DA SILVA, L. *et al.* Use of interrupted time series analysis in understanding the course of the congenital syphilis epidemic in Brazil. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 7, 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REGNERUS, M. *Forbidden fruit: sex & religion in the lives of American teenagers*. Oxford: Oxford University Press, 2007.

RIBEIRO, W. V.; PEREZ, L. G. M.; SILVA, A. P. Syphilis in pregnant women in northern Brazil: epidemiological aspects from 2014 to 2023. **Clinics Biopsychosocial**, v. 3, n. 1, p. 49–57, 2025. DOI: <https://doi.org/10.54727/cbps.31.45>.

RODRIGUES, V. H. V. *et al.* Fatores associados ao início tardio do pré-natal: revisão integrativa. In: *Multiplicidade das Ciências da Saúde*. Fortaleza: Editora In Vivo, 2020. cap. 2, p. 76–87.

SANTOS, C. S. *et al.* Spatio-temporal modeling of congenital syphilis: a 15-year ecological and population-based study. **BMC Pediatrics**, v. 25, p. 831, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12887-025-06090-w>.

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, e62131247631, 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v13i12.4763>. Acesso em: 10 fev. 2025.

SANTOS (Município). Prefeitura Municipal. Santos lança comitê para combate à sífilis. Santos, 2023.

SÃO PAULO (Estado). Lei Complementar nº 815, de 30 de julho de 1996. Cria a Região Metropolitana da Baixada Santista e autoriza o Poder Executivo a instituir o Conselho de Desenvolvimento da Região Metropolitana da Baixada Santista. São

Paulo, 1996. Disponível em:

<https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1996/lei.complementar-815-30.07.1996.html>. Acesso em: 20 jan. 2025.

SILVA, M. *et al.* Conhecimento sobre a sífilis e o acompanhamento de gestantes em uma clínica da família da Zona Oeste do Rio de Janeiro. **Saúde Coletiva**, v. 10, n. 52, p. 2124–2137, 2020. DOI:

<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i52p2124-2137>.

SILVA, M. M.; et al. Análise dos fatores associados à incidência e prevenção da sífilis gestacional no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 11, p. e18057, 2024. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e18057.2024>.

TAMPA, M.; SARBU, I.; MATEI, C.; BENEÁ, V.; GEORGESCU, S. R. Brief history of syphilis. **Journal of Medicine and Life**, v. 7, n. 1, p. 4–10, 2014.

UNFPA – FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Situação da população mundial 2022: ver o invisível – a crise das gravidezes não planejadas*. Nova York: UNFPA, 2022.

VERGARA, S. C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

VICENTE, J. B.; SANGUINO, G. Z.; RICCIOPPO, M. R. P. L.; SANTOS, M. R. dos; FURTADO, M. C. de C. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: women's experiences from the perspective of symbolic interactionism. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 76, n. 1, e20220210, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0210>.

WALSH, M. C.; BRUNTON, L. L. Congenital syphilis: clinical features and diagnosis. **Journal of Pediatric Infectious Diseases**, 2019.

WAUGH, M. The centenary of *Treponema pallidum*: on the discovery of *Spirochaeta pallida*. **Skinmed**, v. 4, n. 5, p. 313–315, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1540-9740.2005.03988.x>.

ZAMPIERI, M. de F. M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 3, p. 359–367, 2010. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000300009>.

ZINZIN, L. *Alexander Fleming: o descobridor da penicilina*. São Paulo: Contexto, 2015.

APÊNDICE A – Roteiro para Entrevista Semiestruturado**ANÁLISE DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO E CONGÊNITA NA BAIXADA SANTISTA:
UM ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS****DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

1. Qual o seu nome? _____
2. Quantos anos você tem?
 - ☐ () 18 a 19 anos
 - ☐ () 20 a 24 anos
 - ☐ () 25 a 29 anos
 - ☐ () 30 a 34 anos
 - ☐ () 35 a 39 anos
 - ☐ () 40 a 44 anos
 - ☐ () 45 a 49 anos
 - ☐ () Acima de 50 anos
3. Qual o seu município de residência?
 - ☐ () Santos
 - ☐ () São Vicente
 - ☐ () Praia Grande
 - ☐ () Guarujá
 - ☐ () Bertioga
 - ☐ () Mongaguá
 - ☐ () Peruíbe
 - ☐ () Cubatão
 - ☐ () Itanhaém
4. Qual a sua escolaridade?
 - ☐ () Sem instrução
 - ☐ () Ensino Fundamental incompleto
 - ☐ () Ensino Fundamental completo
 - ☐ () Ensino Médio incompleto
 - ☐ () Ensino Médio completo

- ☐ () Ensino Superior incompleto
 - ☐ () Ensino Superior completo
5. Qual a sua raça/cor?
- ☐ () Branca
 - ☐ () Amarela
 - ☐ () Parda
 - ☐ () Negra
 - ☐ () Asiática
 - ☐ () Indígena
6. Qual o seu estado civil?
- ☐ () Solteira
 - ☐ () Casada
 - ☐ () Separada/Divorciada
 - ☐ () Viúva
7. Qual a sua religião?
- ☐ () Católica
 - ☐ () Evangélica
 - ☐ () Espírita
 - ☐ () Religiões de matriz africana
 - ☐ () Nenhuma
 - ☐ () Outra. Qual? _____
8. Qual a sua renda familiar?
- ☐ () Menos de 1 salário mínimo
 - ☐ () De 1 a 2 salários mínimos
 - ☐ () De 3 a 4 salários mínimos
 - ☐ () Acima de 4 salários mínimos

ROTEIRO - ENTREVISTA

1. Vamos começar falando sobre Doenças sexualmente transmissíveis. Você sabe o que é? Teve essa informação como (escola, família, amigos, mídia e outros)? Já usou algum método de prevenção, qual?
2. Alguma vez teve receio de ser contaminada?

3. Vamos falar sobre sua experiência na gestação. Como foi para você descobrir que estava grávida?
4. Essa gestação foi algo planejado ou aconteceu de forma inesperada? Como você se sentiu ao descobrir?
5. E quando sua família soube da gestação, como foi a reação deles?
6. Você pode me contar um pouco sobre seu acompanhamento pré-natal? Como e quando foi o início? Você encontrou dificuldades para agendar consultas, fazer exames e retorno com os resultados?
7. Você pode me dizer o que sabe ou sabia sobre sífilis antes do seu diagnóstico? Como descreveria essa doença?
8. Quais sinais e sintomas você já ouviu falar ou experimentou sobre a sífilis?
9. Como foi a experiência de receber o diagnóstico de sífilis? Quantos meses de gestação você tinha quando recebeu o diagnóstico?
10. Quando recebeu esse diagnóstico, qual foi seu primeiro pensamento? Você teve algum medo ou preocupação?
11. Como foi o processo de iniciar o tratamento? Você conseguiu começar rapidamente ou enfrentou dificuldades? Quanto ao intervalo de aplicação, você conseguiu realizar corretamente? Como foi o seu tratamento, explique.
12. O tratamento foi tranquilo para você ou houve algum momento em que sentiu dificuldades, seja pelo acesso à medicação ou por efeitos colaterais, ou emocional? Você abandonou o tratamento? Caso afirmativo, por qual razão?
13. Você realizou o seguimento sorológico conforme orientação médica? Alguma dificuldade no seguimento?
14. Como sua família lidou com a informação? Você teve apoio durante esse período?
15. E o seu parceiro, ele fez o exame? Como ele reagiu ao seu diagnóstico e ao próprio resultado?
16. Ele aceitou fazer o tratamento? E os controles sorológicos, foram realizados? Você sentiu que ele compreendeu a importância do processo?
17. Você teve outras parcerias sexuais durante a gestação? Eles tinham conhecimento do diagnóstico?

18. Como você enxerga hoje esse período da gestação e do tratamento? Quais foram os maiores desafios que enfrentou?
19. Agora, falando um pouco sobre o bebê, você sabe o que a sífilis pode causar no seu bebê? Ele precisou de algum tratamento específico? Como foi o acompanhamento após o nascimento?
20. O que representou para você o período de internação prolongada do bebê, caso tenha ocorrido?
21. O que você gostaria que as pessoas soubessem sobre a sífilis na gestação e seus impactos? Se pudesse dar um conselho para outras mulheres nessa situação, o que diria?
22. Muito obrigado por compartilhar sua experiência. Sua história é muito importante para entendermos melhor essa realidade e ajudarmos outras mulheres.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa “Análise da Sífilis na Gestação e Congênita na Baixada Santista: Um Estudo de Métodos Mistos”, desenvolvida pela mestranda Grazielle Cuba Leal Gonçalves, sob a orientação do Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza. O objetivo geral do estudo é analisar o padrão temporal da sífilis gestacional e congênita na Baixada Santista, bem como compreender a percepção de mulheres que vivenciaram a sífilis na gestação e cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita. Você está sendo convidada a participar deste estudo por ter vivenciado a sífilis gestacional e ter um filho diagnosticado com sífilis congênita. Caso aceite participar da pesquisa, será convidada a conceder uma entrevista ao pesquisador, que será gravada por meio de um gravador digital e utilizada exclusivamente para os fins deste estudo. Sua participação é voluntária, sem qualquer custo financeiro e sem remuneração. Você poderá, a qualquer momento, desistir de participar, sem que isso acarrete prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com quaisquer serviços de saúde. Os riscos da pesquisa são mínimos, estando relacionados a possíveis desconfortos ao relatar experiências pessoais. Esses riscos serão minimizados por meio da garantia de privacidade, anonimato, sigilo das informações e da possibilidade de desistência a qualquer momento. Caso necessário, a participante será encaminhada ao serviço de psicologia da Unisantos. Os benefícios são indiretos e incluem a contribuição para uma maior compreensão da sífilis gestacional e congênita, bem como para o aprimoramento das políticas de saúde pública relacionadas ao tema. Os resultados serão utilizados na dissertação de mestrado e divulgados em eventos e periódicos científicos, garantindo o sigilo e o anonimato das participantes. Você receberá uma cópia deste termo, onde constam os contatos da pesquisadora principal e do

orientador, para eventuais dúvidas ou desistências. Caso tenha compreendido e aceite participar voluntariamente da pesquisa, assine este Termo de Consentimento em duas vias. Uma via ficará com você, e a outra com o pesquisador. Em caso de dúvidas ou desistência, entre em contato com a pesquisadora Graziele Cuba Leal Gonçalves, pelo telefone (13) 99763-0603 ou e-mail graziele.goncalves@unisantos.br, ou com o orientador Prof. Eduardo Carvalho de Souza, pelo telefone (13) 99117-2178 ou e-mail ecsouza@unisantos.br. Para questões éticas, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, localizado na Av. Conselheiro Nébias, 300, Campus Dom Idílio José Soares, Santos - SP, telefone (13) 3205-5555, e-mail comet@unisantos.br.

Santos - SP, _____ de _____ de 2025.

PARTICIPANTE

PESQUISADOR(A)

ANEXO A - Aprovação no Comitê de Ética

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SANTOS - UNISANTOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO E CONGÊNITA NA BAIXADA SANTISTA: UM ESTUDO DE MÉTODOS MISTOS

Pesquisador: EDUARDO CARVALHO DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87551225.2.0000.5536

Instituição Proponente: Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.515.432

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto que aborda a sífilis gestacional e congênita, a qual é descrita como um grave problema de saúde pública no Brasil. Os indicadores epidemiológicos apontam aumento dos casos nos últimos anos, inclusive na Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), motivando a necessidade de estudos mais aprofundados. Assim, a intenção é analisar o padrão temporal da sífilis gestacional e congênita na Região Metropolitana da Baixada Santista, bem como compreender a percepção de mulheres que vivenciaram a sífilis na gestação e cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita. O estudo utiliza a abordagem de métodos mistos, de natureza descritiva, exploratória e transversal. A análise quantitativa será realizada com base em dados secundários do DATASUS (2014 a 2023), abrangendo registros de sífilis gestacional e congênita na RMBS. A análise qualitativa será conduzida por meio de entrevistas semiestruturadas com mulheres atendidas em um Hospital Regional com sede no Município de Santos, diagnosticadas com sífilis gestacional e cujos filhos foram acometidos por sífilis congênita. A amostra qualitativa será intencional, com inclusão de mulheres maiores de 18 anos residentes na RMBS. As entrevistas serão gravadas e analisadas pela técnica de análise temática. A pesquisa seguirá os preceitos da Resolução CNS nº 466/2012, assegurando o anonimato, o sigilo e a voluntariedade da participação, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os resultados esperados visam contribuir com evidências científicas que subsidiem ações de saúde mais efetivas e

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300 Campus Dom Idílio José prédio administrativo, 2º andar, sala202

Bairro: Vila Mathias

CEP: 11.015-002

UF: SP

Município: SANTOS

Telefone: (13)3205-1254

Fax: (13)3205-5555

E-mail: comet@unisantos.br

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
SANTOS - UNISANTOS**

Continuação do Parecer: 7.515.432

humanizadas no enfrentamento da sífilis congênita.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Analisar o padrão temporal da sífilis gestacional e congênita na Região Metropolitana da Baixada Santista, bem como compreender a percepção de mulheres que vivenciaram a sífilis na gestação e cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita.

Objetivo Secundário:

Analisar a tendência temporal da sífilis gestacional na Baixada Santista. Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres notificadas com sífilis gestacional na Baixada Santista, considerando renda, escolaridade e raça/cor. Identificar a tendência temporal da sífilis congênita na Baixada Santista. Caracterizar as mulheres participantes do estudo. Compreender, a partir da perspectiva das mães, os fatores que contribuíram para a ocorrência da sífilis congênita. Investigar como se deu a assistência pré-natal das mulheres que vivenciaram a sífilis gestacional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Os riscos previstos são mínimos, relacionados à possibilidade de desconforto emocional durante o relato de experiências pessoais ligadas ao diagnóstico de sífilis gestacional e à vivência com a sífilis congênita em seus filhos. Para minimizar esses riscos, as entrevistas serão conduzidas em local reservado, garantindo privacidade e acolhimento. Caso seja identificado sofrimento emocional significativo, a participante poderá ser

encaminhada ao serviço de psicologia da Universidade Católica de Santos (UniSantos) para apoio especializado.

Benefícios:

Os benefícios são indiretos, vinculados à produção de conhecimento científico sobre a sífilis gestacional e congênita, contribuindo para a melhoria da atenção à saúde materno-infantil e para o aperfeiçoamento das políticas públicas voltadas à prevenção e cuidado. A pesquisa também permitirá dar visibilidade às vivências das mulheres e aos desafios enfrentados na rede de atenção, subsidiando estratégias mais sensíveis e efetivas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa que poderá contribuir para a análise do cenário da sífilis gestacional e congênita na Região Metropolitana da Baixada Santista e, possivelmente, no Brasil.

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300 Campus Dom Idílio José prédio administrativo, 2º andar, sala202
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3205-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS



Continuação do Parecer: 7.515.432

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- a) TCLE apresentado de acordo com a Resolução 466/2012, entretanto necessita de alguns ajustes: parágrafo com a menção expressa do participante no entendimento da pesquisa e o detalhamento do procedimento metodológico, como por exemplo o tempo dispendido em cada entrevista.
- b) Documento de autorização da Clínica de Psicologia da UniSantos;
- c) Termo de anuência do hospital participante da pesquisa;
- d) Brochura detalhada com apêndice contendo o roteiro para a entrevista semiestruturada;
- e) Cronograma de execução;
- f) Orçamento;
- g) Folha de rosto com informações básica sobre o projeto.

Recomendações:

Informar a duração da entrevista no detalhamento de procedimento metodológico, tanto na Brochura, quanto no TCLE.

No TCLE expressar com maior clareza a oportunidade do participante esclarecer suas dúvidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências, apenas recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Cumprindo com as Resoluções vigentes sobre Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde, o Recurso do Protocolo de Pesquisa foi aceito e analisado por um relator, porém, em Reunião Ordinária ocorrida em 08/04/2025, o colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Santos o considerou Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2511645.pdf	31/03/2025 20:42:53		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CLINICA_PSICOLOGIA_UNISANTOS.pdf	31/03/2025 20:41:45	EDUARDO CARVALHO DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado	PROJETO_CEP_SIFILIS.pdf	31/03/2025	EDUARDO	Aceito

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300 Campus Dom Idílio José prédio administrativo, 2º andar, sala202
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3205-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS



Continuação do Parecer: 7.515.432

/ Brochura Investigador	PROJETO_CEP_SIFILIS.pdf	20:40:18	CARVALHO DE SOUZA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PESQUISA_SIFILIS.pdf	31/03/2025 20:39:55	EDUARDO CARVALHO DE SOUZA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PESQUISA_SIFILIS.pdf	31/03/2025 20:39:41	EDUARDO CARVALHO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GRAZIELE.pdf	31/03/2025 20:39:30	EDUARDO CARVALHO DE SOUZA	Aceito
Declaração de concordância	HGA_TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	31/03/2025 20:39:12	EDUARDO CARVALHO DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_pesquisa_sifilis.pdf	31/03/2025 20:38:54	EDUARDO CARVALHO DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTOS, 21 de Abril de 2025

Assinado por:
MATEUS CATALANI PIRANI
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300 Campus Dom Idílio José prédio administrativo, 2º andar, sala202
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3205-1254 **Fax:** (13)3205-5555 **E-mail:** comet@unisantos.br

ANEXO B - Apoio da Clínica de Psicologia da UNISANTOS



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

Santos, 28 de fevereiro de 2025

Att.

Graziele Cuba Leal Gonçalves, mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos

e

Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza – Professor do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos

Prezados,

Em resposta a solicitação de apoio / suporte da Clínica Psicológica da Universidade Católica de Santos, em função de possíveis desconfortos ou queixas oriundas nos participantes que responderem a pesquisa intitulada: **"Análise da sífilis gestacional e congênita na Baixada Santista: um estudo de métodos mistos"**, e consequente encaminhamento para a Clínica Psicológica da UNISANTOS, vimos consignar o nosso **"DE ACORDO"**.

Sem mais, colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos que porventura se fizerem necessários.

Atenciosamente



Prof. Me. Wagner José Tedesco
Coordenador das Clínicas de Psicologia
Universidade Católica de Santos

ANEXO C - Termo de Anuência**HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO
TERMO DE ANUÊNCIA**

Eu, Bruno Pompeu Marques, Diretor Clínico da Divisão Médica do Hospital Guilherme Álvaro, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Análise da sífilis gestacional e congênita na Baixada Santista: um estudo de métodos mistos", que será conduzida pela pesquisadora Grazielle Cuba Leal Gonçalves, sob orientação do Prof. Dr. Eduardo Carvalho de Souza.

Estamos cientes de que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após a emissão do parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Santos (Unisantos), assegurados todos os preceitos estabelecidos pelas Resoluções 466/2012 e 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Santos - SP, 13 de março de 2025

Dr. Bruno Pompeu Marques
Diretor Clínico
Hospital Guilherme Álvaro

Bruno Pompeu Marques
CRM 37154
CPF 801.230.908.49
CLINICA MEDICA