

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ADRIANA DE OLIVEIRA SAREFINO

SÍFILIS CONGÊNITA E ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL: uma análise
sobre as vulnerabilidades.

Rio de Janeiro

2025

Adriana de Oliveira Sarefino

SÍFILIS CONGÊNITA E ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL: uma análise
sobre as vulnerabilidades.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisitos parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Ana Beatriz Azevedo Queiroz

Rio de Janeiro

2025

CIP - Catalogação na Publicação

S244s Sarefino, Adriana de Oliveira
SÍFILIS CONGÊNITA E ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL: uma
análise sobre as
vulnerabilidades/Adriana de
Oliveira Sarefino. -- Rio de Janeiro,
2025.
90 f.

Orientadora: Ana Beatriz Azevedo Queiroz
. Dissertação (mestrado) -
Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
2025.

1. Sífilis congênita. 2. Pré natal. 3.
Vulnerabilidades. 4. Atenção primária à
saúde. I.
Queiroz, Ana Beatriz Azevedo, orient. II.
Título.

Adriana de Oliveira Sarefino

SÍFILIS CONGÊNITA E ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL: uma análise
sobre as vulnerabilidades.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisitos parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Apovada em: 30 de Janeiro de 2025

Prof.^a Ana Beatriz Azevedo Queiroz (Presidente)
Doutora em Enfermagem
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Prof.^a Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza (1^a Examinadora)
Doutora em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof.^a Ana Luiza de Oliveira Carvalho (2^a Examinadora)
Doutora em Enfermagem
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Prof.^a Andreza Pereira Rodrigues (Suplente)
Doutora em Enfermagem
Escola de Enfermagem Anna Nery – UFRJ

Prof.^a Adriana Lenho de Figueiredo Pereira (Suplente)
Doutora em Enfermagem
Faculdade de Enfermagem – UERJ

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, que é a razão do meu sucesso e a fonte de toda a minha força. Sem a sua presença constante em minha vida, nada disso seria possível. A fé que tenho em sua orientação me sustentou em momentos de desafios e incertezas, e sou eternamente grata por cada bênção recebida ao longo desta jornada.

À minha família, toda gratidão. Ao meu marido, Anderson, por seu apoio, por acreditar em mim e por estar ao meu lado em cada passo desta trajetória. Sua paciência, amor e compreensão foram fundamentais para que eu pudesse me dedicar a este projeto. Às minhas queridas filhas, Anna Júlia e Isabella, que me inspiram diariamente e me lembram da importância de sonhar e lutar pelos meus objetivos. Vocês são a razão pela qual busco sempre ser a melhor versão de mim mesma.

Agradeço de maneira especial à minha orientadora, professora Ana Beatriz Azevedo Queiroz, pela orientação, apoio e sua expertise e dedicação foram cruciais para o desenvolvimento deste trabalho, e sou imensamente grata por cada ensinamento e por toda a confiança que depositou em mim. De igual forma agradeço a professora Sheila Nascimento Pereira de Farias, que me deu a oportunidade de ingressar no mestrado.

Agradeço também às minhas amigas, Elaine e Ananda, que estiveram comigo em momentos cruciais, especialmente durante a coleta de dados. Sua disposição em ajudar, suas sugestões e o incentivo foram essenciais para que eu pudesse concluir esta pesquisa com êxito.

Não posso deixar de expressar minha gratidão à Divisão de Vigilância em Saúde e Coordenadoria Geral de Atenção Primária à Saúde da AP 5.3 e às instituições que colaboraram na coleta de dados, Clínica da Família Sergio Arouca e Clínica da Família José Antonio Ciraudó. Agradeço pela abertura e pela confiança depositada em mim, permitindo que eu realizasse esta pesquisa. Ao apoio e a disponibilidade de todos foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Meus sinceros agradecimentos ao meu amigo Gilvan, aos Agentes Comunitários de Saúde e a gerência das respectivas Clínicas da Família, por todo apoio facilitador nesse processo

Por fim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta dissertação. Cada palavra de incentivo, cada gesto de apoio e cada momento compartilhado foram importantes para que eu chegasse até aqui.

Muito obrigado a todos!

RESUMO

SAREFINO, Adriana de Oliveira. **Sífilis congênita e acompanhamento pré-natal: uma análise sobre as vulnerabilidades.** Rio de Janeiro, 2025. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Introdução: O estudo analisa a percepção das mulheres cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita sobre o acompanhamento pré-natal realizado na Estratégia Saúde da Família. A pesquisa tem como foco identificar as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas presentes nesse processo, considerando a relevância do controle da sífilis congênita na Atenção Primária à Saúde. Estudos nacionais e internacionais trouxeram uma ampla discussão sobre a sífilis gestacional e sífilis congênita, abordando aspectos como diagnóstico, tratamento, barreiras no pré-natal, desigualdades sociais, e os desafios de prevenção e controle. Apontando diversos estudos de abordagem quantitativa relatando os fatores contribuintes para a transmissão vertical da sífilis, no entanto, há escassez de estudos de abordagem qualitativa e estudos que dão voz a quem vivencia o problema. **Objetivos:** Identificar a percepção das mulheres que tiveram filhos diagnosticados com sífilis congênita sobre o acompanhamento pré-natal na estratégia saúde da família; analisar os fatores contribuintes à transmissão vertical da sífilis durante o acompanhamento pré-natal na estratégia saúde da família, na visão das mulheres que tiveram filhos diagnosticados com sífilis congênita e discutir as vulnerabilidades individual, social e programática no acompanhamento pré-natal das mulheres que tiveram filhos diagnosticados com sífilis congênita na estratégia saúde da família. **Método:** A pesquisa seguiu uma abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, sendo realizada na região da Área Programática 5.3 do município do Rio de Janeiro. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas com 20 mulheres cujos filhos foram diagnosticados com sífilis congênita entre 2016 e 2021. Os dados foram analisados utilizando o apoio software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires e a análise baseou-se no referencial teórico das vulnerabilidades segundo Ayres. **Resultados:** Revelaram que a sífilis congênita persiste como um desafio na atenção primária à saúde, estando associada a diversas vulnerabilidades. Entre as vulnerabilidades individuais, destacaram-se dificuldades na adesão ao tratamento, baixo nível de escolaridade e fatores comportamentais. No âmbito social, a desigualdade socioeconômica e a falta de apoio dos parceiros foram determinantes para a não adesão ao tratamento adequado. Já as vulnerabilidades programáticas incluíram falhas no acompanhamento pré-natal, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e deficiências na

realização dos testes rápidos e tratamento oportuno das gestantes e de seus parceiros.

Conclusão: Apesar da ampliação das políticas públicas voltadas para a prevenção e tratamento da sífilis congênita, ainda há lacunas na qualidade do acompanhamento pré-natal e na efetividade das estratégias de intervenção. O estudo reforça a necessidade de fortalecer a atuação da enfermagem na atenção pré-natal, com ênfase em abordagens educativas e na sensibilização das gestantes e seus parceiros para a importância do tratamento. Ademais, evidencia-se a relevância da implementação de estratégias mais eficazes de acompanhamento e monitoramento das gestantes diagnosticadas com sífilis, visando reduzir os casos de transmissão vertical e melhorar os indicadores de saúde materno-infantil no Brasil.

Palavras-chave: sífilis congênita; transmissão vertical de doenças infecciosas; cuidado pré-natal; atenção primária à saúde; vulnerabilidade social.

ABSTRACT

SAREFINO, Adriana de Oliveira. **Congenital syphilis and prenatal care: an analysis of vulnerabilities.** Rio de Janeiro, 2025. Dissertation (Master Degree in Nursing) – Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Introduction: This study analyzes the perceptions of women whose children have been diagnosed with congenital syphilis regarding the prenatal care provided through the Family Health Strategy. It focuses on identifying individual, social, and programmatic vulnerabilities present in this process, given the relevance of controlling congenital syphilis in primary health care. National and international studies have provided extensive discussions on gestational syphilis and congenital syphilis, addressing aspects such as diagnosis, treatment, barriers in prenatal care, social inequalities, and the challenges of prevention and control. Various quantitative studies have reported contributing factors for the vertical transmission of syphilis; however, there is a scarcity of qualitative studies that give voice to those experiencing the problem. **Objectives:** Identify the perception of women who had children diagnosed with congenital syphilis regarding prenatal care in the family health strategy; analyze the contributing factors to vertical transmission of syphilis during prenatal care in the family health strategy, from the perspective of women who had children diagnosed with congenital syphilis; and discuss the individual, social, and programmatic vulnerabilities in the prenatal care of women who had children diagnosed with congenital syphilis in the family health strategy. To identify women's perceptions of prenatal care in the FHS, analyze the factors contributing to the vertical transmission of syphilis, and discuss the individual, social, and programmatic vulnerabilities associated with the prenatal care of these women. **Method:** The research followed a qualitative, descriptive, and exploratory approach, conducted in the Programmatic Area 5.3 of the municipality of Rio de Janeiro. Data collection occurred through semi-structured interviews with 20 women whose children were diagnosed with congenital syphilis between 2016 and 2021. The data were analyzed using the software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires, and the analysis was based on the theoretical framework of vulnerabilities according to Ayres. **Results:** The findings revealed that congenital syphilis remains a challenge in primary health care, linked to multiple vulnerabilities. Among individual vulnerabilities, difficulties in adhering to treatment, low educational levels, and behavioral factors were highlighted. Socially, socioeconomic inequality and lack of partner support were determinants for non-adherence to appropriate treatment. Programmatic vulnerabilities included failures in prenatal

monitoring, difficulties accessing health services, and deficiencies in the timely performance of rapid tests and treatment of pregnant women and their partners. **Conclusion:** Despite the expansion of public policies aimed at the prevention and treatment of congenital syphilis, there are still gaps in the quality of prenatal care and the effectiveness of intervention strategies. The study reinforces the need to strengthen nursing practice in prenatal care, emphasizing educational approaches and raising awareness among pregnant women and their partners about the importance of treatment. Furthermore, it highlights the relevance of implementing more effective strategies for monitoring and supporting pregnant women diagnosed with syphilis, aiming to reduce cases of vertical transmission and improve maternal and child health indicators in Brazil.

Keywords: congenital syphilis; vertical transmission of infectious diseases; prenatal care; primary health care; social vulnerability.

RESUMEN

SAREFINO, Adriana de Oliveira. **Sífilis congénita y seguimiento prenatal: un análisis sobre las vulnerabilidades.** Río de Janeiro, 2025. Disertación (Maestría en Enfermería) – Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, 2025.

Introducción: Este estudio analiza la percepción de las mujeres cuyos hijos han sido diagnosticados con sífilis congénita sobre el seguimiento prenatal realizado en la Estrategia de Salud Familiar. La investigación se centra en identificar las vulnerabilidades individuales, sociales y programáticas presentes en este proceso, considerando la relevancia del control de la sífilis congénita en la atención primaria de salud. Estudios nacionales e internacionales han proporcionado amplias discusiones sobre la sífilis gestacional y la sífilis congénita, abordando aspectos como diagnóstico, tratamiento, barreras en el seguimiento prenatal, desigualdades sociales y los desafíos de prevención y control. Diversos estudios cuantitativos han informado sobre los factores que contribuyen a la transmisión vertical de la sífilis; sin embargo, hay escasez de estudios cualitativos que den voz a quienes viven el problema. **Objetivos:** Identificar la percepción de las mujeres que tuvieron hijos diagnosticados con sífilis congénita sobre el acompañamiento prenatal en la estrategia de salud familiar; analizar los factores que contribuyen a la transmisión vertical de la sífilis durante el acompañamiento prenatal en la estrategia de salud familiar, desde la perspectiva de las mujeres que tuvieron hijos diagnosticados con sífilis congénita, y discutir las vulnerabilidades individual, social y programática en el acompañamiento prenatal de las mujeres que tuvieron hijos diagnosticados con sífilis congénita en la estrategia de salud familiar. **Método:** La investigación siguió un enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado en la Área Programática 5.3 del municipio de Río de Janeiro. La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas semiestructuradas con 20 mujeres cuyos hijos fueron diagnosticados con sífilis congénita entre 2016 y 2021. Los datos fueron analizados utilizando el software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires, y el análisis se basó en el marco teórico de las vulnerabilidades según Ayres. **Resultados:** Los hallazgos revelaron que la sífilis congénita sigue siendo un desafío en la atención primaria de salud, asociada a diversas vulnerabilidades. Entre las vulnerabilidades individuales, se destacaron las dificultades en la adherencia al tratamiento, bajo nivel educativo y factores conductuales. En el ámbito social, la desigualdad socioeconómica y la falta de apoyo de los compañeros fueron determinantes para la no adherencia al tratamiento adecuado. Las vulnerabilidades programáticas incluyeron fallas en el seguimiento prenatal, dificultades de acceso a los

servicios de salud y deficiencias en la realización de pruebas rápidas y tratamiento oportuno de las gestantes y sus parejas. **Conclusión:** A pesar de la ampliación de las políticas públicas dirigidas a la prevención y tratamiento de la sífilis congénita, aún existen brechas en la calidad del seguimiento prenatal y en la efectividad de las estrategias de intervención. El estudio refuerza la necesidad de fortalecer la actuación de la enfermería en la atención prenatal, con énfasis en enfoques educativos y en la sensibilización de las gestantes y sus parejas sobre la importancia del tratamiento. Además, se evidencia la relevancia de implementar estrategias más efectivas de seguimiento y monitoreo de las gestantes diagnosticadas con sífilis, con el objetivo de reducir los casos de transmisión vertical y mejorar los indicadores de salud materno-infantil en Brasil.

Palabras clave: sífilis congénita; transmisión vertical de enfermedades infecciosas; cuidado prenatal; atención primaria de salud; vulnerabilidad social.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APPMS - Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde

AP - Área programática

APS - Atenção Primária à Saúde

CHD - Classificação Hierárquica Descendente

CF - Clínica da Família

DVS - Divisão da Vigilância em Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

IRAMUTEQ - Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires

IM - Intramuscular

OMS - Organização Mundial de Saúde

PN - Pré-natal

PHPN - Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento

RAS - Redes de Atenção à Saúde

ST - Segmento de texto

SC - Sífilis congênita

SG - Sífilis gestacional

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

T.pallidum - Treponema Pallidum

UF - Unidades da Federação

MS - Ministério da Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Questão Norteadora.....	18
1.2	Objetivos.....	18
1.3	Justificativa.....	18
1.4	Relevância e contribuição do estudo	20
2	REFERÊNCIAL CONCEITUA E TEÓRICO	22
2.1	Estratégias políticas para eliminação da sífilis congênita	22
2.2	Atenção primária à saúde	24
2.3	O acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde.....	25
2.4	Sífilis: aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento.....	27
2.5	O conceito da vulnerabilidade e sua interrelação com a saúde.....	28
3	MÉTODO	30
3.1	Tipo de estudo	30
3.2	Local do estudo.....	30
3.3	Participantes do estudo	30
3.4	Coleta de dados	31
3.5	Análise dos dados.....	32
3.6	Aspectos éticos.....	35
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	36
4.1	Caracterização das mulheres participantes do estudo	36
4.2	Classificação Hierárquica Descendente – CHD	45
4.2.1	Bloco temático 1: A sífilis gestacional e o acompanhamento pré-natal: a presença das vulnerabilidades	50
4.2.1.1	Classe 1: O Diagnóstico da Sífilis Gestacional: da descoberta a busca por informação: A vulnerabilidade individual	50

4.2.1.2	Classe 4: O acompanhamento pré-natal: as vulnerabilidades individual, programática e social.....	54
4.2.1.3	Classe 5: A presença da vulnerabilidade frente a percepção do atendimento específico para a sífilis na gestação.....	58
4.2.2	Bloco temático 2: A transmissão vertical da sífilis e os contextos de vulnerabilidades	60
4.2.2.1	Classe 2: Orientações no pré-natal referente a transmissão vertical e a sífilis congênita: uma vulnerabilidade programática.....	60
4.2.2.2	Classe 3: Os sentimentos causados pela transmissão vertical da sífilis: vulnerabilidade individual e social.....	65
5	CONCLUSÃO.....	69
	REFERÊNCIAS.....	71
	ANEXO - FIGURA 1	83
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTUTURADA	84
	APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	86
	APÊNDICE C - PALAVRAS REPRESENTATIVAS DAS CLASSES CONFORME PERFIS DE CHD – RELATÓRIO IRAMUTEQ.....	87
	APÊNDICE D – CRONOGRAMA	90

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como objeto a percepção das mulheres que tiveram filhos com sífilis congênita (SC) sobre o acompanhamento pré-natal (PN) na Estratégia Saúde da Família (ESF) e as possíveis vulnerabilidades individual, social e programática nesse acompanhamento. O interesse pela temática iniciou-se ao longo da graduação, a partir das atividades práticas e estágios relacionados à saúde materno-infantil no âmbito da saúde pública. Após a graduação, iniciei minha carreira como enfermeira na ESF no Município de Tefé, no estado do Amazonas, onde atuei por onze meses e tive a oportunidade de ingressar em uma especialização em Saúde Pública.

Ao término desse período, mudei-me para a cidade do Rio de Janeiro e comecei a trabalhar na Clínica da Família (CF), na Área Programática (AP) 5.3, localizada na zona oeste da cidade, onde atuei por oito anos (2012 a 2020) como enfermeira na Atenção Primária à Saúde (APS).

O entusiasmo em desenvolver essa pesquisa está vinculado à minha atividade profissional no Município do Rio de Janeiro, onde atendi casos de SC e pude vivenciar o aumento do número de casos. A busca pelo tema foi maior após o crescente número de casos de sífilis em gestantes atendidas na CF, fazendo-me refletir sobre a importância de resgatar a discussão das vulnerabilidades para essas mulheres no âmbito dessa infecção sexualmente transmissível (IST).

Como enfermeira atuante na assistência direta ao indivíduo, família e comunidade, conto com extenso afeto pela linha de pesquisa selecionada – A saúde dos grupos humanos – somado ao interesse em estudar sobre a transmissão da SC a partir do olhar de quem vivenciou essa experiência, no caso, as mulheres que tiveram seus filhos diagnosticados com SC.

A SC resulta da transmissão vertical do *Treponema pallidum* (T.pallidum) da gestante para o concepto. O T. pallidum é uma bactéria de alta patogenicidade que, quando presente na corrente sanguínea da gestante, atravessa a barreira placentária e penetra na corrente sanguínea do feto (Brasil, 2021).

A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio da doença materna, podendo resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um vasto espectro de manifestações clínicas. Somente os casos mais graves são clinicamente aparentes ao nascimento. Entre as gestantes com sífilis precoce não tratada, 40% resultam em aborto espontâneo, em 70% a 100% a criança nasce com infecção congênita, na ausência de

tratamento eficaz, 11% resultam em morte fetal a termo e 13% em partos prematuros ou baixo peso ao nascer (Brasil, 2020).

As ações para o controle da SC estão na garantia de uma assistência completa, ampla e de qualidade. No Brasil, tem-se investido na ampliação das redes de APS com a implementação da ESF, visto ser uma ampla rede de articulação que auxilia na promoção de saúde e avança na prevenção e no controle da sífilis e demais agravos no sistema de saúde (Araújo, 2019).

Cabe salientar que, na ESF, a enfermeira é a profissional responsável pelo desenvolvimento das ações de promoção da saúde, pois é ela quem mantém um maior vínculo com a população adscrita, facilitando a adesão dos usuários às ações educativas. Neste enfoque, a enfermeira participa de forma direta na mudança do estilo de vida das pessoas, reduzindo os fatores de risco, assim como estimula a capacidade de autoavaliação e protagonismo do usuário no próprio cuidado (Silva, 2020).

O meio que abrange a adesão é complexo. As ações precisam ser aceitas pelo indivíduo, sejam preventivas, terapêuticas ou de reabilitação. Necessitam de motivação, cooperação e, por vezes, determinação. Podem exigir uma mudança no estilo de vida e o abandono de hábitos de toda uma vida ou de prazeres estimados. A condução dos problemas deve ser feita em conjunto entre o profissional de saúde e a pessoa a ser cuidada, e as mudanças devem ser coerentes com os objetivos de vida e com as prioridades da pessoa. O indivíduo precisa estar convicto de que seu esforço se justifica (Stewart et al, 2017).

No âmbito do cuidado PN, que corresponde a uma das práticas da enfermeira na APS, afirma-se que o PN de risco habitual pode ser realizado integralmente pela enfermeira, de acordo com a legislação brasileira do exercício profissional da enfermagem, cabendo a realização de atividades de educação em saúde à gestante e à puérpera, prestando, a partir da consulta de enfermagem, a prescrição e a assistência de enfermagem (Brasil, 2012).

No entanto, é importante ressaltar que, após o diagnóstico de sífilis gestacional (SG), a gestante passa a ser classificada como alto risco. As gestantes nessa situação precisarão de cuidados de uma equipe de saúde especializada e multiprofissional, além do apoio local. Por outro lado, é a coordenação dos cuidados pela APS que permite que a gestante permaneça vinculada ao território. A unidade de origem deve continuar fornecendo cuidado PN compartilhado por meio de consultas médicas e de enfermagem e visitas domiciliares. Isso mantém a responsabilidade pelo cuidado da gestante (Brasil, 2022).

Evidencia-se a enfermeira como uma das profissionais essenciais para efetuar a assistência PN, devido à sua qualificação na intervenção de estratégias de promoção da saúde,

prevenção de doenças e por utilizar a humanização nos cuidados prestados. Com esse intuito, elabora o plano de assistência na consulta de acompanhamento PN, de acordo com as necessidades identificadas e priorizadas, estabelecendo as intervenções, orientações e encaminhando para outros serviços, promovendo a interdisciplinaridade das ações (Gomes et al, 2019).

Sehnen et al (2020), em seu estudo, destacaram como potencialidades a variedade de intervenções clínicas que podem ser desempenhadas durante a consulta de enfermagem, como o exame clínico-obstétrico, a realização de testes rápidos, a solicitação de exames laboratoriais e de imagem e a prescrição de algumas medicações.

Destaca-se que o cumprimento das estratégias de controle para a sífilis durante o PN tem por objetivo principal evitar a transmissão para o feto. Assim sendo, recomenda-se a realização de testes diagnósticos não treponêmicos, os quais investigam anticorpos não específicos contra o *T. pallidum* e de testes treponêmicos que atuam na detecção de anticorpos específicos, por meio do uso de antígenos do *T. pallidum* (Macedo et al., 2017).

As gestantes devem ser testadas para sífilis no mínimo na primeira consulta de PN, sendo essa preferencialmente no primeiro trimestre de gestação, no início do terceiro trimestre e na internação. As gestantes que apresentarem teste rápido reagente devem ser consideradas como sífilis positiva e tratadas (Brasil, 2020).

Um estudo realizado por Izolan et al (2021), no Rio Grande do Sul, com os casos notificados de SG e SC no período de janeiro de 2008 a junho de 2018, destacou a importância da realização do PN para evitar danos futuros à gestante e ao neonato. Porém, foi percebido que a grande maioria dos casos de SC foi de mães que realizaram o PN (77,5%), sendo desconhecida sua eficácia e monitoramento dos testes diagnósticos, mostrando que ainda há muito o que se fazer no que se refere à qualidade no atendimento. Constatou também que a parcela de gestantes que fizeram tratamento inadequado (52%) ou não realizaram nenhum tratamento (32,4%) continua muito alta, assim como o não tratamento da(s) parceria(s).

Em relação ao não tratamento da(s) parceria(s), um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro apontou que a grande vulnerabilidade social é um fator desafiador, dado à característica de migração dos moradores, a multiplicidade de parceiros sexuais e o alto índice de violência urbana, relacionada ao tráfico de drogas. Outro problema enfrentado pelos profissionais é se depararem com parcerias reclusas no sistema prisional (Cerqueira, Silva e Gama, 2021).

A sífilis é um problema de saúde pública passível de tratamento e prevenção. No

entanto, fatores de risco associados à sua forma congênita permanecem frequentes e necessitam de abordagem efetiva da gestante infectada (Motta et al, 2018). Em 2020, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) 22.065 casos de SC, com taxa de 7,7/1000 nascidos vivos (Brasil, 2021).

Segundo dados disponibilizados pela Divisão da Vigilância em Saúde (DVS), na Coordenadoria Geral de APS da AP 5.3, em 2016 foram notificados no SINAN 92 casos de SC, 70 casos em 2017, 70 casos em 2018, 80 casos em 2019, 72 casos em 2020 e 81 casos em 2021 na AP 5.3, período correspondente às datas das notificações usadas na coleta de dados.

Silva et al (2022), em seu estudo, evidenciaram como os fatores sociais influenciam a continuidade da SC, através da desigualdade socioeconômica e do déficit na educação em saúde. Os fatores de risco, como a baixa renda e reduzida escolaridade, mostram que a manutenção da sífilis transcende o fenômeno físico e biológico e envolve um estigma social, esfera política e as diversas vulnerabilidades.

Para Sevalho (2018), a vulnerabilidade é um conceito definido em diferentes campos temáticos, assumindo ângulos condizentes com cada campo e remetendo ao sentido de fragilidade sob a visão e o contexto de cada área. Na saúde, são características como fatores físicos, mentais ou comportamentais que podem expor um indivíduo a riscos de adoecimento.

Assim, frente a essa problemática, um estudo sobre as vulnerabilidades busca entender como os indivíduos e coletividades se expõem a um determinado agravo. Esta exposição é marcada pelas relações estabelecidas entre as pessoas; isso pode ser entre parceiros, no meio social, institucional ou individual (Ayres, 2009).

Dessa forma, existem três dimensões analíticas que ajudam a entender a relação indivíduo/vulnerabilidade. Essas dimensões incluem aspectos individualizáveis (biológicos, comportamentais e afetivos), que se referem à exposição e suscetibilidade ao agravo em questão; características relacionadas ao contexto e aos relacionamentos sociais estabelecidos; e a terceira dimensão é sobre o modo como as tecnologias operam nesses contextos (políticas, programas, serviços, ações) e influem sobre a situação, chamadas, respectivamente, de dimensão individual, social e programática (Ayres, 2009).

Mediante este cenário, enfatiza-se a importância da identificação dos fatores relacionados às vulnerabilidades que favorecem a transmissão da SC. Para tanto, faz-se necessário uma estrutura de análise que incorpore o comportamento individual, o âmbito coletivo e o social no acompanhamento PN na ESF.

1.1 Questões Norteadoras

- Qual a percepção das mulheres que tiveram filhos diagnosticados com SC sobre o acompanhamento PN na ESF?
- Quais foram os fatores, na percepção dessas mulheres, que contribuíram para a transmissão vertical da sífilis referente ao acompanhamento PN na ESF?
- Frente a essas percepções, quais as possíveis vulnerabilidades individual, social e programática no acompanhamento PN das mulheres que tiveram filhos diagnosticados com SC na ESF?

1.2 Objetivos

- Identificar a percepção das mulheres que tiveram filhos diagnosticados com SC sobre o acompanhamento PN na ESF;
- Analisar os fatores contribuintes à transmissão vertical da sífilis durante o acompanhamento PN na ESF, na visão das mulheres que tiveram filhos diagnosticados com SC;
- Discutir as vulnerabilidades individual, social e programática no acompanhamento PN das mulheres que tiveram filhos diagnosticados com SC na ESF.

1.3 Justificativa

Esta pesquisa justifica-se devido à situação da sífilis no Brasil ser preocupante, especialmente em relação à sífilis congênita (SC), que ocasiona consequências para o recém-nascido, seja precoces ou tardias na infância.

Em 2023, 11 Unidades da Federação (UF) registraram taxas de incidência de SC superiores à média nacional (casos por 1.000 nascidos vivos). As UF com as maiores taxas, conforme apresentado na figura 1, foram: Rio de Janeiro (18,5), Tocantins (17,8), Roraima (16,1), Espírito Santo (15,0), Rio Grande do Sul (14,0), Pernambuco (14,0), Rio Grande do Norte (13,1), Sergipe (13,0), Ceará (12,8), Amapá (11,4) e Alagoas (10,3) (Brasil, 2024).

Entre as capitais brasileiras, 12 registraram taxas de incidência de SC superiores à taxa nacional (figura 1- Anexo). As capitais com maiores taxas (casos por 1.000 nascidos vivos) foram: Porto Alegre (39,4), Recife (31,6), Natal (27,5), Rio de Janeiro (23,0), Fortaleza (20,7), Aracaju (19,5), Macapá (16,6), Salvador (15,9) e Maceió (15,5) (Brasil, 2024). Devido à grande taxa de incidência de SC no município do Rio de Janeiro, torna-se importante abordar este tema (Brasil, 2024).

Outra justificativa para este estudo se dá por possibilitar ampliar o conhecimento

sobre as vulnerabilidades no contexto individual, social e programático no acompanhamento pré-natal (PN) das mulheres que tiveram filhos diagnosticados com SC na ESF. Neste contexto, o objetivo da produção do conhecimento é fornecer uma nova perspectiva sobre a realidade, ou seja, obter conhecimento a partir dos sujeitos, pois eles são os protagonistas do conhecimento e têm toda a compreensão e percepção sobre o risco e as vulnerabilidades que enfrentam.

Ainda que políticas públicas tenham sido implementadas em prol da redução do número de casos de SC, o número de casos ainda é predominantemente alto. Esta pesquisa auxilia na identificação de prováveis lacunas que possam estar ocorrendo no acompanhamento à gestante com sífilis.

Um estudo mostrou que a maioria das gestantes estudadas realizou acompanhamento PN; contudo, o fato não impediu o aumento de casos de SC. Identificou-se que a realização do PN não assegurou o tratamento adequado para uma parcela representativa de gestantes e de seus parceiros, o que evitaria a infecção da criança (Holztrattner et al., 2019).

Em 2020, notou-se uma diminuição dos casos de sífilis em quase todo o país; porém, essa redução pode estar relacionada a dificuldades quanto à transferência de dados entre as esferas de gestão, podendo ocasionar diferença no total de casos nas bases de dados municipais, estaduais e federais. Outra possibilidade que deve ser fortemente considerada é a demora na notificação e alimentação das bases de dados devido à mobilização dos profissionais de saúde decorrente da pandemia da COVID-19 (Brasil, 2021).

Ademais, com o intuito de buscar o estado da arte, foi realizada uma busca utilizando-se a seguinte questão de pesquisa: Na percepção das mulheres atendidas na APS que tiveram filhos diagnosticados com SC, quais foram os fatores que contribuíram para a transmissão vertical da sífilis?

Em seguida, foi realizada uma busca na literatura científica, considerando os seguintes critérios de inclusão: textos completos de livre acesso em bases de dados, publicados em português, espanhol ou inglês, com relevância para o tema e claramente metodológicos. A estratégia de busca avançada foi conduzida com o auxílio dos operadores booleanos “AND” e “OR”, combinando os descritores extraídos da lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “sífilis congênita”, “transmissão vertical de doenças infecciosas”, “cuidado pré-natal”, “atenção primária à saúde”, “atenção básica”, “populações vulneráveis”, “fatores socioeconômicos” e “percepção”. As bases de dados utilizadas incluíram Medline, LILACS e BDENF.

Estudos nacionais e internacionais trouxeram uma ampla discussão sobre a sífilis

gestacional (SG) e a sífilis congênita (SC), abordando aspectos como diagnóstico, tratamento, barreiras no PN, desigualdades sociais e os desafios de prevenção e controle. Apontando diversos estudos de abordagem quantitativa relatando os fatores contribuintes para a transmissão vertical da sífilis, no entanto, há escassez de estudos de abordagem qualitativa e estudos que dão voz a quem vivencia o problema. Assim, esses estudos se fazem necessários por permitir que as experiências vivenciadas sobre a SC e as possíveis inquietações vividas nesse processo sejam expressas.

1.4 Relevância e contribuição do estudo

A relevância deste estudo reside em uma temática necessária para a saúde coletiva e permanece na Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), contemplando os eixos 6 e 14. A APPMS ratifica o compromisso do Ministério da Saúde (MS) com o desenvolvimento de pesquisas em saúde, com a finalidade de integrar a ciência, a tecnologia e a inovação aos serviços prestados à população brasileira (Brasil, 2018).

A SC continua a se caracterizar como um problema de saúde pública com possibilidade de prevenção e controle; no entanto, na prática, percebe-se que há dificuldades. Um estudo realizado por Andrade et al. (2018) apontou falhas que podem ser atribuídas a problemas na cobertura e na qualidade do PN, no diagnóstico e no tratamento na APS, bem como na captação e no tratamento de parcerias sexuais.

Ressalta-se que o estudo do fenômeno dentro de seu contexto é significativo no sentido de ampliar as informações sobre sua forma de ocorrência, apontando possíveis fatores relacionados à incidência da doença, constituindo um alerta tanto para os profissionais de saúde atuantes quanto para a população em geral.

Em síntese, espera-se contribuir academicamente com o intuito de ampliar o conhecimento e as discussões acerca da temática de forma precoce na formação dos profissionais de enfermagem, despertando a relevância do papel da enfermeira no contexto social e sua importância na APS.

Ademais, torna-se relevante para o ensino e a pesquisa, a fim de subsidiar a criação de ações e estratégias que visem, cada vez mais, no âmbito da academia, a disseminação de conhecimentos inerentes à transmissão da SC.

Este estudo contribuirá para a produção de evidências, viabilizando a realização de novos estudos nesta temática e buscando fortalecer as ações de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS, funcionando como ferramenta de apoio à gestão, pois apresenta dados que poderão subsidiar as ações de controle da doença.

Outras contribuições do estudo estão relacionadas ao fortalecimento do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde Coletiva (NUPENSC) e ao Grupo de Pesquisa de Saúde Sexual e Reprodutiva dos Grupos Humanos, contribuindo com os estudos das Linhas de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) e do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com reflexões acerca da temática e publicações de artigos em revistas nacionais e internacionais.

2 REFERÊNCIAL CONCEITUAL E TEÓRICO

2.1. Estratégias políticas para eliminação da sífilis congênita.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a SC um sério problema de saúde pública. Visando a eliminação da SC, foram criadas várias estratégias no âmbito mundial e nacional (Brasil, 2015). Apesar dos esforços para prevenção e controle, o número de casos notificados de SC no Brasil continua a crescer.

No período de 1998 a 2017, foram notificados 159.890 casos de SC em menores de 1 (um) ano de idade. Destaca-se que, nos últimos 10 anos, houve um aumento progressivo na taxa de incidência desse agravo. Vale ressaltar que, em 2006, a taxa observada era de 2,0 casos para cada mil nascidos vivos, aumentando em 2016 para 6,8 casos/1.000 nascidos vivos, sendo as maiores taxas apresentadas nas regiões Sul e Sudeste (Brasil, 2017). Em 2023, observou-se uma taxa de incidência de 9,9 casos/1.000 nascidos vivos (Brasil, 2024).

No Brasil, desde 1986, a SC passou a ser considerada uma doença de notificação compulsória, com a criação da Portaria nº 542. A notificação é feita pelo preenchimento da ficha de notificação individual pelo profissional de saúde; posteriormente, as informações da ficha são transmitidas para o meio informatizado, denominado SINAN (Brasil, 2020).

No ano de 1993, o Ministério da Saúde (MS), em acordo com a proposta de controle de agravos nas Américas formulada pela OMS e pela Organização Pan-Americana de Saúde, propôs um Projeto de Eliminação da SC enquanto um problema de saúde pública, definindo seu alcance com a meta de uma incidência menor ou igual a 1 caso/1.000 nascidos vivos (Brasil, 2006).

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi criado em 2000, pela Portaria GM/MS nº 569, com o objetivo de garantir melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e recém-nascidos. Aos municípios, era previsto incentivo financeiro quando garantissem adequado acompanhamento do pré-natal, sendo compreendido como adequado: cadastramento das gestantes, realização de seis consultas, exames e vacinas estabelecidos e a consulta de puerpério. O programa era avaliado a partir de indicadores, entre eles, o percentual de recém-nascidos com diagnóstico de SC em relação ao total de recém-nascidos do município (Brasil, 2002).

Em 2005, foi publicada a diretriz “Diretrizes para o controle da SC”, abrangendo orientações aos profissionais de saúde referentes ao rastreamento da infecção, tratamento e acompanhamento da gestante, dos parceiros sexuais e recém-nascidos, bem como medidas de

vigilância, prevenção e controle do agravo (Brasil, 2005).

O MS, em 2006, lançou o Pacto pela Saúde, tendo como uma das prioridades a redução da mortalidade materno-infantil. Os objetivos e metas incluíam: a redução da mortalidade neonatal a 5% em 2006 e apoio à criação de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes. O Pacto pela Vida, para o biênio 2010-2011, incluiu como o sétimo indicador para redução da mortalidade infantil a redução da transmissão vertical da sífilis, com meta de reduzir em 15% a incidência de SC (Brasil, 2006; Brasil, 2009).

No ano de 2007, o Programa Nacional de DST e AIDS divulgou o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, tendo como meta o aumento das coberturas da testagem para HIV e sífilis no pré-natal, tratamento adequado das gestantes diagnosticadas com sífilis, com inclusão dos parceiros sexuais e aumento das ações de profilaxia da transmissão vertical do HIV e sífilis em gestantes, parturientes e crianças expostas (Brasil, 2007).

Outra estratégia implantada foi a Rede Cegonha, constituída pela Portaria GM/MS nº 1459/2011, com vista a fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança. Entre as ações constitutivas do PN da Rede Cegonha, encontram-se a prevenção, tratamento das DST, HIV/Aids e a inclusão de novos exames a serem realizados durante o pré-natal. Assim como a inserção de testes rápidos de HIV e sífilis no âmbito da APS, buscando promover o diagnóstico precoce dos agravos e o início oportuno das ações de prevenção da transmissão vertical (Brasil, 2011).

No mesmo ano, foi promulgada a Portaria nº 3.161/2011, outra importante estratégia do MS para conter o avanço da epidemia de sífilis no país, que regulariza e assegura a administração da penicilina nas unidades básicas de saúde, podendo ser administrada pelo auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, enfermeiro, farmacêutico e médico (Brasil, 2011).

Novos marcos históricos em resposta à sífilis foram criados. Em 2012, foi implementada a realização de testes rápidos de sífilis na rotina do PN na APS. Em 2016, houve o lançamento da Agenda Estratégica para Redução da Sífilis no Brasil e do guia de PN do parceiro. No ano de 2017, foi implantado o projeto de Resposta Rápida à Sífilis (projeto Sífilis Não) e renovadas as ações estratégicas para os próximos dois anos, por meio da Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil (Brasil, 2020).

A Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil foi ampliada para os anos 2020-2021, com a inclusão de instituições de ensino superior e pesquisa do país,

tendo como objetivo atualizar as prioridades estabelecidas anteriormente e agregar novas atividades que estimulem o envolvimento de novos atores e da sociedade brasileira como um todo (Brasil, 2021).

Outro marco importante é a criação da Rede Alyne, que tem como objetivo fortalecer a proteção e o enfrentamento à violência contra mulheres em situação de vulnerabilidade no Brasil. Lançada em 12 de setembro de 2024, na cidade de Belford Roxo, Rio de Janeiro, a iniciativa busca articular diferentes serviços e políticas públicas para garantir acolhimento, apoio e segurança às vítimas. A escolha do nome homenageia Alyne Pimentel, uma mulher vítima de violência obstétrica que levou seu caso à ONU, representando a luta pelos direitos das mulheres. A Rede Alyne se posiciona como um marco no combate à violência de gênero, promovendo ações integradas e eficazes em todo o território nacional (Brasil, 2024).

2.2 Atenção Primária à Saúde

A portaria nº 2.436/2017, aprova e revisa a Política Nacional de Atenção Básica e considera equivalentes os termos APS ou Atenção Básica e os definem como:

[...]conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade (Brasil, 2017a, p. 1).

Desde 2011, com a proposta de Redes de Atenção à Saúde (RAS) nas regiões brasileiras, a APS foi estabelecida como a porta de entrada do SUS, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde (Oliveira, 2016).

Conforme determinado pelo MS, a APS abrange a promoção, a prevenção e a reabilitação da saúde, inclui diversas categorias profissionais e objetiva acompanhar a integralidade do cuidado aos indivíduos e suas famílias, observando o ambiente social/comunitário ao qual estão inseridos. Valoriza o estudo do território de residência das pessoas, emprega a vigilância em saúde e promove a integração entre as diferentes estruturas que compõem a RAS (Neto, 2021).

Dessa forma, reforçam-se os princípios da APS em um sistema universal de saúde como é o SUS: acessibilidade, equidade, universalidade, humanização, integridade, continuidade, coordenação, vínculo, responsabilidade e participação social (Brasil, 2017).

Reconhecendo que a SC pode ser controlada na APS, o MS adotou medidas estratégicas para sua redução, através do aprimoramento da vigilância da sífilis em gestantes, por meio da ampliação do acesso e da oferta dos testes rápidos para diagnóstico e rastreamento das

infecções sexualmente transmissíveis, além de viabilizar a oferta da benzilpenicilina benzatina para o tratamento das gestantes e de suas parcerias sexuais. A combinação das estratégias de apoio diagnóstico e tratamento da sífilis durante a realização do PN no âmbito da APS aumenta as chances de sucesso no tratamento da SC e reduz a exposição do feto ao *T. Pallidum* (Brasil, 2020). Em um estudo realizado por Rodrigues et al. (2022), observou-se que quanto maior foi a cobertura da APS, menor foi a taxa de incidência de SC.

Ao longo de mais de 30 anos de SUS, é preciso reconhecer a importância da APS na ampliação do acesso, na melhoria dos indicadores de saúde e na redução das desigualdades socio-regionais. Tais avanços derivam de políticas de governo como a ESF, o Programa Mais Médicos, o Programa Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e a própria Política Nacional de Atenção Básica em suas primeiras versões (Giovanella e Rizzotto, 2018).

As evoluções da APS no Brasil para o acesso universal são inegáveis, porém, muitos desafios referentes à estrutura e ao processo de trabalho ainda precisam ser enfrentados, no sentido de buscar melhores resultados em saúde. No Brasil, a cobertura de APS no ano de 2019 foi de 74,6%, com cobertura estimada de 155.607.475 pessoas, considerando todas as tipologias de APS existentes (Brasil, 2019).

2.3 O acompanhamento pré-natal na Atenção Primária à Saúde

O acompanhamento PN é uma ação programática realizada, principalmente, na APS e está diretamente associado aos níveis de saúde do binômio mãe-filho e aos resultados obstétricos. Cerca de 90% das gestantes brasileiras realizam seu acompanhamento pré-natal na rede básica de saúde (Leal et al., 2020).

O PN é um conjunto de ações direcionadas à prevenção de doenças e agravos, promoção da saúde, identificação, diagnóstico e tratamento precoce de enfermidades, visando à saúde da mãe e do filho (a) durante a gestação. A atenção PN de qualidade é responsável pela redução de óbitos maternos, infantis e fetais, devido à sua característica de acompanhar a evolução da gestação (Gonçalves et al., 2017).

A APS é o componente do SUS mais próximo do território; assim, possui habilidades em conhecer as famílias cadastradas nas unidades e potencializar esse cuidado em saúde, por meio da identificação rápida de gestantes na região e do incentivo à realização do PN, a fim de evitar desfechos negativos da gestação (Guimarães et al., 2018).

Em 2011, o MS lançou a Portaria nº 1.459, que instituiu o programa Rede Cegonha, uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao

puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Tendo como finalidade estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil (Brasil, 2011).

A SC é considerada um verdadeiro marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal, em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, de sua relativa simplicidade diagnóstica e do fácil manejo clínico/terapêutico (Brasil, 2012).

A equipe da APS precisa ser multiprofissional, contando com, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo acrescentar a equipe de saúde bucal (Brasil, 2012).

Os profissionais devem realizar o PN de baixo risco, oferecendo cuidado contínuo ao longo da gestação. Toda a equipe deve envolver-se nos cuidados à gestante. As consultas devem, preferencialmente, ser intercaladas entre médicos e enfermeiros; os agentes comunitários de saúde devem realizar visitas, no mínimo, mensais às gestantes (Brasil, 2012).

Recomenda-se que sejam feitas ao menos seis consultas de PN. O acompanhamento deve ser iniciado no primeiro trimestre, sugerindo-se consultas mensais até 28 semanas, quinzenais até 36 semanas e semanais até o parto. Todos os atendimentos precisam ser registrados no prontuário e na caderneta da gestante (Brasil, 2012).

Um estudo observou associação entre infecção por sífilis e baixa qualidade do PN: número de consultas inferior a seis, não realização do PN ou seu início tardio e diagnóstico de sífilis em gestante durante ou após o parto (Reis et al., 2018).

De acordo com a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem, Decreto nº 94.406/1987, o PN de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro, considerando-se a gravidez como um evento fisiológico que deveria transcorrer sem complicações. As ações desenvolvidas e a qualidade da assistência prestada durante o período gestacional e o parto por esses profissionais são fundamentais para a redução da transmissão vertical e consequente redução dos casos de sífilis congênita (Brasil, 2012).

O estudo realizado por Sehnem et al. (2020), destacou que as intervenções realizadas pela enfermeira durante o acompanhamento das gestantes potencializam a consulta de PN. O vínculo entre a enfermeira e a gestante, bem como o uso de protocolos municipais, também foram destacados como elementos que possibilitaram a atenção ao pré-natal.

2.4. Sífilis: aspectos clínicos, diagnóstico e tratamento

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível causada pela bactéria gram-negativa, denominada *T. pallidum*, de caráter sistêmico, curável e exclusiva da raça humana.

Porém, quando não tratada precocemente, poderá trazer sequelas irreversíveis, como cegueira ou até a morte. Sua transmissão se dá de forma predominantemente sexual (sífilis adquirida) ou por via transplacentária (SC) (Andrade et al., 2018).

É classificada em sífilis recente e sífilis tardia, sendo que a sífilis recente é dividida entre as fases primária, secundária e latente recente, com o período de maior transmissibilidade e gravidade para o feto, e corresponde a até um ano de evolução. A sífilis tardia pode ser dividida em latente tardia e terciária, correspondendo a mais de um ano de evolução da doença (Domingues et al., 2021).

Em relação à SC, ela é dividida em duas fases: a primeira, chamada de SC precoce (diagnosticada em crianças até 2 anos de idade), e a segunda, conhecida como SC tardia (diagnosticada após os 2 anos de idade). Frequentemente, a transmissão da sífilis materna para o conceito resulta em desfechos negativos, como aborto, natimorto ou criança com malformações congênitas (BRASIL, 2020).

Para o diagnóstico de sífilis, é importante correlacionar a clínica, testes laboratoriais e investigação epidemiológica, sendo este confirmado por exames laboratoriais. Os testes imunológicos são divididos em treponêmicos, que detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos de *T. pallidum* e não treponêmicos, que detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum*. Os testes treponêmicos (teste rápido, FTA-Abs, TPHA) são os primeiros a se tornarem reagentes, devendo ser utilizados como primeiro teste. Em 85% dos casos, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento, e, por esse motivo, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento. Já os testes não treponêmicos permitem a análise qualitativa e quantitativa, e o resultado final dos testes reagentes é expresso em titulação. Estes são utilizados tanto para diagnóstico quanto para monitoramento da resposta ao tratamento e controle de cura (Brasil, 2020).

O MS disponibiliza, de forma universal, nas unidades de saúde, o teste treponêmico de imunocromatografia de fluxo lateral (teste rápido). Para todas as gestantes, deve-se realizar, no mínimo, na primeira consulta de PN, no terceiro trimestre de gestação e no momento do parto, a fim de proporcionar ao recém-nascido a possibilidade de tratamento precoce, caso a gestante não tenha sido tratada ou tenha sido reinfectada após tratamento. Para o seguimento da paciente, os testes não treponêmicos (Venereal Disease Research Laboratory - VDRL) devem ser realizados mensalmente nas gestantes e, no restante da população, a cada três meses até o 12º mês do acompanhamento do paciente (3, 6, 9 e 12 meses). O monitoramento é fundamental para classificar a resposta ao tratamento, identificar possível reinfeção e definir

a conduta correta para cada caso (Brasil, 2020).

O rastreamento deve ser realizado inclusive em pessoas assintomáticas para interromper a cadeia de transmissão. Se o contato sexual não é tratado conjuntamente, ocorre a reexposição, caso não se estabeleça a adesão ao uso de preservativos. Indica-se avaliação clínica, seguimento laboratorial e oferta de tratamento presuntivo com dose única de penicilina a parceiros sexuais expostos à sífilis (Gaspar et al., 2021).

O tratamento de escolha é a penicilina benzatina e, assim como o teste rápido, está disponível em todas as unidades de saúde do SUS. Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação é considerado inadequado para a mãe. O diagnóstico deve ser precoce e o tratamento imediato (Brasil, 2020).

A penicilina benzatina pode ser utilizada em qualquer fase da sífilis adquirida. Na sífilis recente: primária, secundária e latente recente (com até 1 ano de evolução), a Benzilpenicilina Benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular (IM), em dose única (1,2 milhões UI em cada glúteo), com teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal); na sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de 1 ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária, a Benzilpenicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1 vez por semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas, totalizando 7,2 milhões UI, IM, com teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal). Em casos de neurosífilis, utiliza-se a Penicilina cristalina/potássica 18-24 milhões UI, 1 vez por dia, EV, administrada em doses de 3 a 4 milhões de UI a cada 4 horas ou por infusão contínua durante 14 dias, com exame de líquido cefalorraquidiano (LCR) a cada 6 meses até normalização (Brasil, 2020).

O primeiro trimestre da gestação é o recomendado para o tratamento da sífilis na gestante, com maior eficácia quando ocorre até 30 dias antes do parto. Em caso de não realização do tratamento dentro desse período, é necessário tratar o recém-nascido (Brasil, 2020).

Em relação ao tratamento da SC, as indicações abrangem todos os casos com diagnóstico confirmado ou provável de sífilis, ou seja, os neonatos com teste não treponêmico positivo e com achados clínicos e/ou laboratoriais e/ou radiológicos da doença, e aqueles assintomáticos, cujo tratamento materno não foi realizado de forma oportuna e adequada, ausência de registro documental, não realização de tratamento, não emprego de penicilina ou, ainda, realizado nas quatro semanas anteriores ao parto (Brasil, 2021).

2.5. O conceito de vulnerabilidade e sua interrelação com a saúde

A definição de vulnerabilidade foi expandida em 1990 e, segundo Ayres (2003), relaciona-se a um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais que ocasionam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, sendo indissociável, em níveis maiores ou menores, ao acesso a recursos para assegurar sua proteção.

Nesse contexto, a vulnerabilidade em saúde é compreendida como uma condição humana, decorrente da interatividade entre o sujeito e o social, a partir das relações de poder, e que pode estar em situação de precariedade, quando o empoderamento do sujeito ou do coletivo não está sendo vivenciado no presente momento. Desse modo, a precariedade reverte em problemas psíquicos, relacionais, físicos ou sociais, e o empoderamento está ligado às redes de apoio, reflexões, espiritualidade, sentimentos positivos, práticas de promoção à saúde e resiliência (Florêncio, 2018).

Ayres (2003), ao analisar a vulnerabilidade, conceitua a avaliação articulada de três componentes: individual, social e programático. O modelo de vulnerabilidade que relaciona os aspectos individuais, sociais e programáticos identifica a determinação social da doença e exerce papel fundamental para renovar as práticas de saúde, como práticas sociais e históricas, incluindo diferentes setores da sociedade. Desse modo, recomenda-se considerar o ponto de vista da multifatorialidade e a complexidade das verdadeiras causas da doença.

No aspecto individual, refere-se ao grau e à qualidade de informações que o indivíduo dispõe sobre o problema e à capacidade de operá-las e agregá-las em suas preocupações, e, a partir destas, conseguir resultá-las em práticas de proteção. No aspecto social, a conduta dos indivíduos sofre interferências de aspectos como alcance aos meios de comunicação, escolarização, acessibilidade a recursos materiais, colaboração em decisões políticas, enfrentamento de barreiras culturais, liberdade das opressões sociais e poder de defender-se delas. Enfim, o aspecto programático refere-se aos investimentos em ações e programas de informação e educação preventivas, como também ao acesso a serviços sociais e de saúde, com qualidade elevada, democraticamente traçados, regularmente retroalimentados e avaliados, e sem discriminação institucional (Ayres, 2003).

No campo da saúde pública, a definição de vulnerabilidade tem sido usada há mais de duas décadas e encontrou espaço nas discussões com o objetivo de contribuir com uma leitura mais clara dos complexos processos de saúde-doença. Tendo como característica principal de atuação a busca em entender como os aspectos sociais, culturais e individuais interagem para criar condições em que certos perigos ou ameaças se concretizem (Oviedo; Czeresnia, 2015).

Sendo assim, percebe-se que a ocorrência da SC pode ser discutida sob a ótica da

vulnerabilidade em saúde, uma vez que diversos estudos demonstram o quanto fatores socioeconômicos, individuais e relacionados aos serviços de saúde influenciam na ocorrência deste agravo (Silva et al., 2022; Izolan et al., 2021; Reis et al., 2018).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa. Cerro, Bervian e da Silva (2007) afirmam que a pesquisa descritiva é desenvolvida quando se quer registrar, analisar e correlacionar fenômenos, sem a manipulação do pesquisador.

A pesquisa científica com enfoque qualitativo consiste no estudo que visa compreender as relações de crenças, percepções, opiniões e interpretações dos indivíduos referentes à sua forma de se posicionar, pensar, sentir e viver; ou seja, é um universo de significados que corresponde a processos e fenômenos mais complexos. A abordagem qualitativa traz um maior aprofundamento em questões particulares aos participantes, expondo uma realidade que não pode ser avaliada em variáveis matemáticas (Minayo, 2014).

A pesquisa qualitativa nas ciências sociais traz intensidade nas relações, fenômenos e processos, não sendo operacionalizada à quantificação. Possibilita compreender o indivíduo em sua complexidade, elaborando uma assistência baseada nas vivências, relações sociais e experiências (Kinalski et al., 2017).

3.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado na AP 5.3, localizada na região oeste do município do Rio de Janeiro, na residência das mães de crianças notificadas com SC na CF Sérgio Arouca e na CF José Antonio Ciraudó. A AP 5.3 é uma das divisões territoriais da prefeitura do Rio de Janeiro - RJ para planejamento e organização dos serviços de saúde, composta pelos bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba. As unidades de saúde selecionadas para a pesquisa localizam-se no bairro Santa Cruz. Ressalta-se que a área escolhida para a pesquisa justifica-se pelo fato de ser o cenário onde emergiu a problemática, causando inquietação na pesquisadora e dando origem ao estudo. É uma área com alta incidência de casos de SC, de acordo com dados extraídos do SINAN e disponibilizados pela DVS, na Coordenadoria Geral de Atenção Primária da AP 5.3.

3.3 Participantes do estudo

As participantes do estudo foram as mulheres que tiveram filhos diagnosticados com

SC. Foram incluídas no estudo mulheres com idade a partir de 18 anos, que realizaram o acompanhamento PN na ESF da AP 5.3 e cuja notificação das crianças com SC ocorreu nos anos de 2016 a 2021. Este período corresponde à implementação e ampliação da Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil, com a inclusão de instituições de ensino superior e pesquisa do país, que teve como objetivo atualizar as prioridades estabelecidas anteriormente e agregar novas atividades que estimulassem o envolvimento de novos atores e da sociedade brasileira como um todo (Brasil, 2021). Foram excluídas do estudo mulheres notificadas no SINAN com SC que não estavam morando no território do estudo.

O convite para a participação foi feito pela pesquisadora, e o contato com as mulheres do estudo foi estabelecido por meio de visitas domiciliares, a partir da tabela de casos notificados pela DVS, que disponibilizava o endereço e telefone, abrangendo um total de 67 mulheres. Desse total, 19 não atendiam aos critérios de inclusão, 13 não moravam mais no endereço informado, quatro não quiseram participar da pesquisa e 11 não atenderam às ligações telefônicas. Assim, com 20 participantes, foram agendadas as visitas domiciliares com o intuito da coleta de dados, e, na maioria dos casos, as entrevistas foram realizadas durante o primeiro contato. Entretanto, em algumas situações, o agendamento de retornos foi necessário, conforme a preferência das participantes.

3.4 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada através de uma entrevista semiestruturada com as mulheres que tiveram filhos diagnosticados com SC, notificadas no SINAN. Para a entrevista, foi elaborado um formulário de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), um formulário para traçar o perfil socioeconômico-demográfico, visando conhecer os percentuais relacionados às características: idade, cor, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar, com quem reside, recebimento de benefício do governo, religião, e outro formulário da história da SG para saber a idade gestacional no início do PN, número de consultas, idade gestacional no diagnóstico da sífilis, classificação clínica da sífilis, tratamento realizado, se tem parceiro, tratamento do parceiro, repetição dos exames, uso de álcool, uso de cigarros, uso de drogas ilícitas, se viveu em situação de rua e uso de meios de transporte.

As entrevistas foram realizadas no domicílio e gravadas com o uso de aplicativo de celular, com autorização das participantes, e, posteriormente, transcritas na íntegra para a fase de análise dos dados.

Cabe ressaltar que a coleta de dados foi realizada pela pesquisadora durante o período de agosto a setembro de 2023, com retorno em março de 2024 para complementar

informações. Diante do aceite em participar da pesquisa, cada participante, após a leitura, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Salienta-se que a coleta dos dados ocorreu de forma individual e os dados foram produzidos e analisados exclusivamente pela pesquisadora, assegurando a confidencialidade das participantes por meio do processo de codificação, utilizando-se “M” de mulher para identificar as participantes, seguida de um número arábico que indica a sequência cronológica da entrevista realizada (M1, M2, M3 etc.).

Dados sociodemográficos e histórico gestacional foram analisados por meio de estatística descritiva, abrangendo variáveis como idade, raça/cor autodeclarada, escolaridade, conjugalidade, ocupação, renda familiar, coabitação, recebimento de benefícios governamentais, religião, idade gestacional no início do PN, número de consultas, idade gestacional no diagnóstico da sífilis, classificação clínica da sífilis, tratamento realizado e tratamento da parceria sexual.

3.5 Análise dos dados

A análise dos dados sociodemográficos e do histórico gestacional foi realizada a partir de estatística simples descritiva. Destaca-se que a exposição desses dados é importante para a caracterização das participantes do estudo, assim como aprimora a apresentação de algum aspecto específico do grupo estudado, o que viabilizará a correlação com os dados coletados nas entrevistas, conduzindo à compreensão do objeto de estudo.

Os demais dados resultantes das entrevistas foram analisados por meio da análise lexical, com auxílio do software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ). Este software é uma boa ferramenta para uma compreensão mais ampla e profunda dos resultados da pesquisa qualitativa em enfermagem. Possibilita a integração de métodos estatísticos e análises qualitativas subjetivas, com auxílio de representações gráficas e de compreensão relativamente simples. Ademais, permite a utilização de bancos de dados de diversos tamanhos, reforçando a importância do pesquisador em todas as fases da pesquisa, uma vez que requer experiência e conhecimento teórico para montar o corpus textual a ser processado (Acauan et al., 2020).

O IRAMUTEQ é um software gratuito, desenvolvido em conformidade com a lógica *open source* e licenciado pela *General Public License* (GPLv2). Seu fundamento estatístico ancora-se no software R e na linguagem Python. Foi utilizada a versão 0.7 alpha 2, licença 2008/2014, disponível no site responsável pela divulgação do software (<http://www.iramuteq.org/>). A utilização do IRAMUTEQ como suporte à análise de dados

qualitativos otimiza a organização e a análise dos dados, bem como a elaboração dos resultados de pesquisa, apresentando rigor científico e metodológico (Medeiros et al., 2022).

Para o processamento dos dados pelo IRAMUTEQ, foi necessário realizar a organização do *corpus* textual. Assim, é preciso compreender os conceitos de *corpus*, texto e segmento de texto (ST). Segundo Camargo e Justo (2018), o termo *corpus* refere-se a todo material a ser analisado com o auxílio do software; neste estudo, o conjunto de entrevistas. Cada entrevista passa a ser denominada um texto, e um conjunto de unidades de textos constitui um *corpus* de análise (Camargo e Justo, 2018).

Já o ST é entendido como os ambientes das palavras, as principais unidades de análise textual deste tipo de *software*, que geralmente possuem o tamanho aproximado de três a seis linhas, determinadas pelo *software* em função do tamanho do *corpus* (Camargo e Justo, 2018).

Destarte, na preparação do *corpus* textual, fez-se a correção e revisão das palavras transcritas, retirando-se os vícios de linguagem e as letras maiúsculas existentes no meio das frases. Empregou-se underline (_) nas palavras cujo sentido é construído em composição, a exemplo de: clínica_da_família. O material verbal e as perguntas construídas para direcionamento da coleta de dados foram excluídos, permanecendo apenas as respostas das participantes. Evitou-se o uso de diminutivos, as siglas foram padronizadas e os números foram transcritos na forma de algarismos.

Estabeleceram-se ainda as variáveis que iriam compor as linhas de comando; dessa forma, criou-se um arquivo de texto (Word) e, posteriormente, transferiu-se para um arquivo Open Office. Em seguida, o arquivo foi salvo utilizando-se a opção sem formatação, padrão UTF-8, conforme recomendado pelo manual de utilização do software.

Cada texto foi separado por uma linha de comando, formada por códigos específicos para identificação do software. Quatro asteriscos (***) davam início às linhas de comando, em seguida, espaço, mais um (*)

com a identificação do participante da pesquisa (M_1 até M_20, conforme a ordem das entrevistas) e os códigos para as variáveis utilizadas, conforme exemplo:

```
**** *M_01 *ida_1 *par_2 *tto_1 *esc_4
```

O quadro 1 apresenta a descrição das variáveis utilizadas nas linhas de comando, com seus respectivos códigos.

Quadro1 - Variáveis utilizadas nas linhas de comando.

Variável	Código	Classificação
Idade	ida_1, ida_2 e ida_3	ida_1= 20 à 29 anos ida_2= 30 à 39 ano ida_3= 40 a 49 anos
Possui parceiro	par_1 e par_2	par_1= sim par_2= não
Realizou tratamento	tto_1 e tto_2	tto_1= sim tto_2= não
Escolaridade	esc_1, esc_2, esc_3 e esc_4	esc_1= ensino fundamental incompleto esc_2= ensino fundamental completo esc_3= ensino médio incompleto esc_4= ensino médio completo

Fonte: A autora, 2023.

Dessa forma, estando o corpus preparado, cabe ressaltar que o IRAMUTEQ viabiliza, conforme expresso por Camargo e Justo (2018), as seguintes análises: estatísticas textuais clássicas; lexografia básica a partir do cálculo de frequência de palavras; análises multivariadas com análise de similitude e nuvem de palavras; pesquisa de especificidades de grupos; e método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD).

Optou-se, no decorrer deste estudo, por explorar o tipo de análise: Análise através da CHD. Este método foi proposto por Reinert (1990) e utilizado pelo software Alceste (*Analyse Lexicale pour Context d'un Ensemble de Segments de Texte*). Neste tipo de análise, os segmentos de textos são agrupados em função dos seus vocabulários respectivos, tendo seu conjunto fragmentado com base na frequência das formas reduzidas. Objetivando a obtenção de classes, onde cada classe é composta por vocabulário semelhante entre si e, ao mesmo tempo, diferente das outras classes, paralelamente, possibilita a análise de segmentos de texto, calculando distâncias e proximidades a partir de testes de Qui-quadrado (χ^2) (Camargo e Justo, 2018).

Dessa forma, o software processa cálculos estatísticos e concede resultados que nos propiciam a descrição de cada uma das classes, principalmente pelo seu vocabulário característico (léxico) e pelas suas palavras com asterisco (variáveis). A partir dessa análise, os dados são organizados em um dendrograma que ilustra as relações entre as classes (Camargo e Justo, 2018).

Os dados provenientes dos resultados brutos apresentados pelo software permitiram o

tratamento dos resultados, inferência e interpretação, na qual buscou-se tornar os resultados significativos e válidos, ocorrendo a dedução de maneira lógica, a descrição e análise das diferentes classes encontradas pelo software. Neste momento, valeu-se de outras descobertas encontradas na literatura para embasar a análise, conferindo sentido à interpretação, com o objetivo de compreender o que está implícito no significado das palavras para uma abordagem mais aprofundada dos discursos.

Por fim, com base nas informações obtidas, procurou-se realizar uma análise das vulnerabilidades envolvidas, considerando o pressuposto de que estas resultam da interação entre fatores individuais, coletivos e contextuais que influenciam a suscetibilidade à infecção e ao adoecimento.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery / Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis / Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP-EEAN/HESFA/UFRJ) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde – RJ.

O estudo seguiu a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/MS, que normatiza pesquisas com seres humanos. Está em consonância com a Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, tendo em vista que foi realizado em instituição integrante do SUS, por meio do qual não houve interferência nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço.

Os resultados da pesquisa serão divulgados para as participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao final do estudo. A pesquisadora informou as participantes sobre o objetivo da pesquisa, os procedimentos de coleta de dados, a confidencialidade, os benefícios, os riscos e os meios para minimizá-los, o sigilo dos dados e quanto à divulgação dos resultados.

Os dados coletados foram utilizados apenas nesta pesquisa e mantidos em arquivo físico sob a guarda da pesquisadora por um período de cinco anos após o término da pesquisa, garantindo a guarda desse material, a confidencialidade e o sigilo desses dados, em que serão utilizados letras e números no lugar de nomes e serviços.

É importante destacar que a pesquisa apresentou riscos mínimos que poderiam resultar em constrangimento para as participantes e invasão de privacidade. Dessa forma, para evitar constrangimentos e garantir privacidade, as entrevistas foram gravadas; porém, as identidades não foram reveladas. Os nomes não foram colocados na gravação da entrevista, nem no

material escrito a partir da entrevista. Caso as participantes se sentissem constrangidas em responder a alguma pergunta, poderiam optar por não respondê-la e, se desejassem, suas entrevistas poderiam ser reagendadas ou as participações suspensas. Havendo ainda o desejo de ser ouvida pela pesquisadora, teriam apoio para escuta de suas demandas e, se necessário, seriam encaminhadas para o profissional da equipe de referência.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A apresentação dos resultados e a discussão dos dados da presente dissertação estão estruturada em duas seções, a saber: 1) Caracterização das mulheres participantes do estudo (quadro 1) e 2) Descrição dos resultados processados pelo software IRAMUTEQ.

4.1 Caracterização das participantes do estudo

O perfil socioeconômico demográfico das participantes, apresentados na tabela 01, apontaram que as mulheres caracterizaram-se por idade variando de 20 a 48 anos, evidenciando que a sífilis atinge mulheres em diferentes faixas etárias. Entretanto, a grande maioria estava entre 30 à 39 anos com 09 (45%) participantes que corresponde a fase adulta.

A raça/cor autodeclarada predominante foi a cor parda com 13 (65%) participantes, seguida com 05 (25%) da cor preta, totalizando o número de 18 mulheres negras, o que vem ao encontro de estudo que aponta as mulheres negras como as mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis(Dias et al, 2021).

Com relação a escolaridade, prevaleceu 08 (40%) participantes com o ensino médio incompleto, seguida de 05 (25%) com o ensino médio completo. Em corroboração com este estudo, outra pesquisa no Brasil sobre a SC, realizada na cidade de Niterói no Rio de Janeiro, obteve os mesmos resultados em relação à cor, idade e escolaridade, onde o maior número de casos foram em mulheres com idade entre 20 à 35 anos, com baixa escolaridade e da cor parda (Heringer et al, 2020).

Quadro 1– Caracterização das participantes

Participante	Idade	Cor	Escolaridade	Religião	Conjugalidade	Ocupação	Renda familiar	Benefício Do Governo	Uso de Drogas Lícitas a/ou ilícitas	IG no início do PN	Nº Consultas	IG No Diag Sifilis	Local Diag	Tto Realizado	Tto Parceiro
M1	25	Parda	Ensino médio completo	Evangélica	Solteira	Desempregada	R\$750,00	Bolsa Família	Nega	6s e 5d	6	33s e 5d	Maternidade	Sim (após o parto)	Sim (após o parto)
M2	23	Parda	Ensino fundamental incompleto	Nenhuma	Solteira	Desempregada	R\$750,00	Bolsa Família	Cigarro	14s	6	14s	Clínica da Família	Sim	Não
M3	20	Parda	Ensino médio incompleto	Nenhuma	Solteira	Autônoma	R\$3500,00	Auxílio Emergencial	Nega	11s 3d	10	11s 3d	Clínica da Família	Sim	Sim
M4	33	Parda	Ensino médio incompleto	Nenhuma	Vivendo com companheiro	Desempregada	R\$600,00	Bolsa Família	Nega	Não sabe/sem cartão	Não sabe/sem cartão	Não sabe/sem cartão	Clínica da Família	Sim	Sim
M5	35	Amarela	Ensino fundamental completo	Nenhuma	Vivendo com companheiro	Autônoma	R\$2300,00	Nega	Nega	4s	14	4s	Clínica da Família	Sim	Sim
M6	31	Preta	Ensino fundamental incompleto	Nenhuma	Vivendo com companheiro	Desempregada	Não sabe	Nega	Alcoól e cigarro	8s	4	37s	Maternidade	Sim (após o parto)	Não
M7	32	Parda	Ensino médio incompleto	Evangélica	Casada	Desempregada	R\$1800,00	Bolsa Família	Nega	8s	Não sabe	30s	Clínica da Família	Sim	Sim
M8	22	Preta	Ensino médio incompleto	Evangélica	Solteira	Desempregada	R\$300,00	Nega	Cigarro	6s	5	26s	Clínica da Família	Sim	Sim
M9	36	Parda	Ensino médio completo	Evangélica	Casada	Desempregada	R\$1500,00	Bolsa Família	Nega	15s	4	15s	Clínica da Família	Sim	Sim
M10	48	Preta	Ensino fundamental	Católica	Solteira	Desempregada	R\$1200,00	LOAS	Alcoól	12s	8	12s	Clínica da Família	Sim	Sim

			incompleto												
M11	39	Parda	Ensino fundamental completo	Nenhuma	Vivendo com companheiro	Empregada doméstica	R\$1200,00	Bolsa Família	Nega	10s 5d	13	10s 5d	Clínica da Família	Sim	Não
M12	40	Preta	Ensino médio incompleto	Nenhuma	Vivendo com companheiro	Desempregada	R\$2800,00	Bolsa Família	Nega	8s 1d	10	Não sabe/sem cartão	Nega	Não	Não
M13	36	Parda	Ensino fundamental completo	Nenhuma	Vivendo com companheiro	Auxiliar de Serviços Gerais	R\$2300,00	Pensionista INSS	Nega	8s	Não sabe/sem cartão	8s	Clínica da Família	Sim	Sim
M14	25	Parda	Ensino médio incompleto	Nenhuma	Solteira	Cozinheira	R\$2000,00	Bolsa Família	Alcoól e cigarro	27s	5	Não sabe/sem cartão	Na maternidade	Sim (após o parto)	Não
M15	29	Parda	Ensino médio completo	Nenhuma	Casada	Desempregada	R\$600,00	Bolsa Família	Alcoól e cocaína	Não sabe/sem cartão	Não sabe/sem cartão	Não sabe/sem cartão	Clínica da Família	Sim	Não
M16	41	Branca	Ensino médio completo	Evangelica	Vivendo com companheiro	Desempregada	R\$1300,00	Nega	Nega	5s	Não sabe/sem cartão	32s	Clínica da Família	Sim	Sim
M17	44	Parda	Ensino fundamental completo	Nenhuma	Solteira	Desempregada	R\$1060,00	Bolsa Família	Nega	24s	Não sabe/sem cartão	24s	Clínica da Família	Sim	Não
M18	31	Parda	Ensino médio incompleto	Nenhuma	Solteira	Desempregada	R\$750,00	Bolsa Família	Cigarro	24s	7	24s	Clínica da Família	Sim	Não
M19	33	Preta	Ensino médio completo	Católica	Solteira	Vendedora	R\$2500,00	Bolsa Família	Nega	5s	13	Não sabe/sem cartão	Clínica da Família	Sim	Sim
M20	20	Parda	Ensino médio incompleto	Evangelica	Vivendo com companheiro	Desempregada	R\$2000,00	Bolsa Família	Alcoól e cigarro	7s 1d	4	Após o parto	Maternidade	Sim (após o parto)	Sim (após o parto)

Quanto à religião professada, 12 (60%) afirmaram não seguir nenhuma religião, enquanto 08 eram de religiões cristãs, sendo 06 (30%) evangélicas e 02 (10%) católicas. Soares et al. (2020) apontam que as crenças religiosas influenciam as informações e os comportamentos a respeito das infecções sexualmente transmissíveis, bem como as escolhas do tipo de método de sexo seguro a ser utilizado, principalmente pela mulher, em razão da submissão feminina que, culturalmente, é vivenciada em nossa sociedade.

A conjugalidade foi marcada por 09 (45%) mulheres solteiras sem parcerias, enquanto 11 vivem com companheiros, sendo 08 (40%) em união estável e 03 (15%) são casadas. Das solteiras, 07 moram apenas com os filhos e 02 com os filhos, a mãe e irmãos. Das 11 mulheres que possuem parceiros, 10 moram com os maridos e filhos e 01 mora apenas com o marido; o filho mora com os avós maternos.

Quanto à ocupação, a grande parcela encontrava-se desempregada, com 14 (70%) participantes, sendo que as outras 06 (30%) realizavam alguma atividade remunerada. A renda familiar variou entre menos de 01 salário mínimo a 04 salários mínimos, sendo que 50% ganham menos de 01 salário mínimo e 01 (5%) participante não soube informar a renda familiar.

Em relação ao recebimento de benefícios governamentais, 13 (65%) recebem Bolsa Família, 3 (15%) outros tipos de benefícios, como o auxílio emergencial, pensionista do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), e 04 (20%) afirmam não receber nenhum benefício.

Percebe-se que, no contexto familiar, no estudo predominou mulheres solteiras, desempregadas, com renda familiar baixa e dependentes dos programas do governo. No que diz respeito à ocupação das mulheres, um estudo realizado no município de Caxias, estado do Maranhão, Brasil, que teve como objetivo analisar o perfil epidemiológico e a distribuição espacial dos casos de SG e SC na região, apresenta a associação da sífilis materna com o cumprimento de atividades sem remuneração. Esse fato pode estar relacionado à baixa escolaridade e ao número de filhos, cuja as mulheres disponibilizam seu tempo ao cuidado dos filhos, além de não terem apoio social para dar suporte a esse cuidado (Conceição et al., 2019). Dessa forma, por não exercerem atividades remuneradas e a renda familiar ser baixa, pode-se verificar a predominância de mulheres que estão cobertas pelo auxílio do governo, principalmente o Programa Bolsa Família.

Destarte, a vulnerabilidade é encontrada na caracterização das participantes. O sentido de vulnerabilidade está diretamente associado aos fatores de risco e de proteção, citados e planejados regularmente pelas políticas sociais. É fundamental exceder o olhar do termo

vulnerabilidade, levando em consideração as especificidades, propondo renovar as metodologias de intervenção para atender às necessidades do indivíduo e da coletividade (Musial; Marcolino-Galli, 2019).

Neste contexto, Florêncio (2018) denomina a escolaridade como período de aprendizagem ou de estudo dos sujeitos na escola, alcançando o conceito de letramento funcional presente no elemento sujeito da vulnerabilidade e a baixa escolaridade como potencializadora dos processos de suscetibilidade a problemas de saúde. Dessa forma, observa-se fortemente nas mulheres participantes do estudo a baixa escolaridade, podendo resultar em dificuldades na compreensão de informações e influenciar em seus comportamentos e na tomada de decisão.

O baixo nível de escolaridade e poder econômico e financeiro constituem fatores de vulnerabilidade social (Ayres, 2003). Ao considerar essa afirmação, pode-se concluir que grande parte das participantes deste estudo se encontra em situação de vulnerabilidade social, assim como no estudo de Maschio-Lima (2019), cuja descrição do perfil das mães com filhos com sífilis congênita também reflete a situação social da sífilis. Nesse contexto, o autor conclui que esse tipo de vulnerabilidade se concentra mais em mulheres que são donas de casa e têm menos anos de estudo.

O uso de bebidas alcoólicas durante a gestação foi presente na gestação de 07 (35%) participantes, 04 (20%) relataram ter feito uso de cigarro e 01 (5%) fez uso de drogas ilícitas, especificamente cocaína.

Destarte, o consumo de bebidas alcoólicas estava presente nos relatos das participantes, o que vem ao encontro do estudo de Guimarães et al. (2021), onde os autores afirmam que o uso de drogas, lícitas ou ilícitas, potencializa a vulnerabilidade para IST, uma vez que diminui o discernimento de risco dos usuários em estado de euforia, levando a práticas sexuais de risco. Embora seja visto como um elemento de vulnerabilidade individual, o consumo de drogas é aumentado pelo contexto de vulnerabilidade social, circunstâncias socioeconômicas e tradições culturais em que a população está envolvida.

No item sobre uso de meios de transporte para ir às consultas de PN, 01 (5%) participante relatou ter feito uso de meio de transporte público e 10 (50%) de meio de transporte particular ou privado. O dado de mobilidade urbana até a unidade de saúde é um fator de importância na situação de vulnerabilidade social, pois demonstra a distância das residências até o serviço de saúde. Assim, neste estudo percebe-se que mais da metade das participantes (11 participantes) necessitou de algum tipo de transporte para o seu deslocamento até a ESF, onde realizaram o acompanhamento de PN. Fato este que vem em

concordância com o estudo de Araújo Júnior (2019), que afirma que essa necessidade de deslocamento urbano impacta e influencia diretamente na adesão ao PN e ao tratamento da sífilis, devido à dificuldade de locomoção sem um transporte público adequado disponível.

Nesse sentido, um estudo (Cesár et al., 2020) enfatiza que as principais razões pelas quais gestantes com sífilis começam o PN tardiamente ou não o realizam incluem a distância entre a residência e o serviço de saúde, a falta de recursos para custear o transporte e as horas de trabalho perdidas, ressaltando a vulnerabilidade social e programática envolvidas.

Para melhor visualização do perfil socioeconômico demográfico das participantes, os dados estão apresentados na Tabela 1 abaixo.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico demográfico das participantes - Rio de Janeiro, 2024.

Idade	N	%
20 à 29 anos	07	35
30 à 39 anos	09	45
40 à 44 anos	04	20
Cor autodeclarada	N	%
Parda	13	65
Preta	05	25
Branca	01	05
Amarela	01	05
Indígena	00	00
Escolaridade	N	%
Ensino médio incompleto	08	40
Ensino médio completo	05	25
Ensino fundamental completo	04	20
Ensino fundamental incompleto	03	20
Religião	N	%
Sem religião	12	60
Evangélica	06	30
Católica	02	10
Conjugalidade	N	%
Solteira sem parceria	09	45
Vivendo com companheiro	08	40
Casada	03	15
Ocupação	N	%

Desempregada	14	70
Autônoma	02	10
Empregada doméstica	01	05
Auxiliar de Serviços Gerais	01	05
Cozinheira	01	05
Vendedora	01	05
Renda Familiar	N	%
Menos de 1 salário mínimo	10	50
1 à 2 salário mínimo	06	30
3 à 4 salário mínimo	03	15
Não sabe informar	01	05
Benefício do Governo	N	%
Bolsa Família	13	65
Auxílio Emergencial	01	05
Pensionista INSS	01	05
LOAS	01	05
Nenhum	04	20
Uso de bebidas alcoólicas	N	%
Sim	07	35
Não	13	65
Uso de cigarros	N	%
Sim	04	20
Não	16	80
Uso de drogas ilícitas	N	%
Sim	01	05
Não	19	95
Uso de meio de transportes para a ESF	N	%
Sim	11	55
Não	09	45

Fonte: A autora, 2024.

Quanto ao perfil referente ao PN e à história da sífilis (Tabela 2), verifica-se que 12 (60%) das mulheres iniciaram o PN com até 12 semanas e somente 02 (10%) afirmaram ter iniciado após 12 semanas. No entanto, 06 (30%) não lembravam a idade gestacional do início do PN e não tinham o cartão de gestante para apresentar no momento da entrevista.

O número de consultas de PN das 20 participantes variou entre 04 a 14 consultas,

sendo que 09 (45%) afirmaram ter participado de menos de 06 consultas e 06 (30%) fizeram 06 ou mais consultas de PN. Ainda nesse contexto, 05 (25%) não lembravam a quantidade de consultas realizadas e não tinham o cartão de gestante para verificar.

Quanto ao diagnóstico da sífilis, 15 participantes tiveram durante a gestação, 04 no momento do parto e 01 após o nascimento do filho, quando este passou mal em casa, retornando à maternidade, onde foi então feito o diagnóstico da SC.

A idade gestacional no diagnóstico da sífilis variou entre 04 a 33 semanas gestacionais, sendo que 06 (30%) tiveram o diagnóstico no primeiro trimestre, 04 (20%) no segundo trimestre, 05 (25%) no terceiro trimestre; no entanto, 05 (25%) não souberam relatar e não possuíam cartão da gestante. Destarte, 15 (75%) participantes tiveram o diagnóstico da SG na CF, onde estavam realizando o PN, 04 (25%) na maternidade no momento do parto e 01 (5%) somente soube da SC após o nascimento do filho.

Esses dados apontam que o diagnóstico da sífilis materna ocorreu, sobretudo, tardiamente, apontando um fator contribuinte para a transmissão da SC, assim como o número de consultas de PN realizadas pelas participantes, que estavam em desacordo com o preconizado pelo MS (Brasil, 2021), o que também contribuiu para levar ao diagnóstico tardio da SG. O recomendado é que sejam realizadas no mínimo 06 consultas de PN (Brasil, 2021).

Não foi possível analisar a classificação clínica da sífilis, porque não havia registro nos cartões apresentados pelas participantes e elas não sabiam sobre essa classificação.

O tratamento realizado em 17 (75%) participantes foi a benzilpenicilina, sendo que 14 (70%) realizaram antes do parto e 03 (15%) receberam o tratamento após o nascimento do bebê. Destaca-se que 02 (10%) relataram ter feito o tratamento com outra medicação oral que não sabiam o nome, pois eram alérgicas à benzilpenicilina, e 01 (5%) relatou não ter feito nenhum tipo de tratamento.

A respeito do esquema de tratamento, 13 (65%) relataram ter feito 03 doses, sendo 01 por semana durante 03 semanas, com 01 injeção em cada nádega; 03 (15%) disseram ter feito outros esquemas, e 01 (5%) participante relatou não lembrar o esquema realizado.

Os resultados apresentados evidenciam que a maioria das participantes realizou tratamento com benzilpenicilina antes do parto, o que está em consonância com a recomendação do MS. O tratamento das gestantes com sífilis deve ser feito com benzilpenicilina, conforme a classificação clínica da infecção, iniciado até 30 dias antes do parto (Conceição et al., 2019).

No que se refere ao tratamento da parceria, 12 (60%) participantes disseram que foram tratadas, enquanto 08 (40%) relataram que a parceria não foi tratada. Desse segmento, 07

declaram o não tratamento, pois, ao receber o diagnóstico da sífilis, já estavam separados, e 01 participante, porque ao realizar o teste rápido, o resultado dele foi negativo e o mesmo se negou a fazer o tratamento.

Sobre a repetição dos exames para controle do tratamento e cura da sífilis, 11 (55%) participantes repetiram, enquanto 07 (35%) afirmaram que não e 02 (10%) não souberam responder. Das participantes, apenas 04 possuíam registros dos exames; desses, 01 era teste rápido e 03 registros de VDRL.

Por conseguinte, no que diz respeito aos exames para controle da sífilis, os relatos revelaram que não foram realizados por todas as participantes, ressaltando que os exames laboratoriais interferem diretamente no controle e prevenção da transmissão vertical da sífilis. Esse fato demonstra que os profissionais carecem dos resultados desses exames para dar continuidade ao acompanhamento e assegurar a eficácia do tratamento referente à SG. Destaca-se que o exame de escolha de rotina é o VDRL e o seu resultado é ofertado em diluições, sendo a resposta terapêutica positiva; o VDRL apresenta a redução progressiva dos títulos (Brasil, 2018).

Verifica-se, portanto, que tal achado nas falas das participantes é preocupante por representar um fator de vulnerabilidade programática que colabora para a ocultação de casos que poderiam ser tratados e, dessa forma, contribuir para a diminuição da incidência da SC. O fato de a sífilis, por vezes, ser silenciosa, com pouco ou nenhum sintoma, atribui uma falsa sensação de saúde, evidenciando a importância dos testes diagnósticos que viabilizam o diagnóstico e o tratamento da gestante e de seu concepto (Araujo; Monte; Haber, 2018).

Tabela 2 – Perfil de dados referentes ao pré-natal, sífilis gestacional e congênita - Rio de Janeiro, 2024.

Idade gestacional no início do pré-natal	N	%
Até 12 semanas	12	60
Após 12 semanas	02	10
Não lembra/sem cartão	06	30
Número de consulta de pré-natal	N	%
Menos de 06 consultas	09	45
Igual ou maior que 06 consultas	06	30
Não lembra/sem cartão	05	25
Diagnóstico da sífilis na gestação	N	%
Na gestação	15	75

No parto	04	20
Após o nascimento	01	5
Idade gestacional no diagnóstico	N	%
Primeiro trimestre	06	30
Segundo trimestre	04	20
Terceiro trimestre	05	25
Não se aplica	05	25
Local do diagnóstico da sífilis gestacional	N	%
Na Clínica da Família	15	75
Na maternidade no nascimento	04	20
Na maternidade após o nascimento	01	5
Tratamento realizado	N	%
Benzilpenicilina antes do parto	14	70
Benzilpenicilina após o parto	03	15
Outro	02	10
Nenhum	01	5
Esquema de tratamento	N	%
3 doses (benzilpenicilina)	13	65
Outro esquema (benzilpenicilina)	03	15
Medicação oral por 30 dias	02	10
Não sabe informar	01	5
Nenhum	01	5
Tratamento do parceiro	N	%
Sim	12	60
Não	08	40
Repetição dos exames	N	%
Sim	11	55
Não	07	35
Não sabe informar	02	10

Fonte: A autora, 2023.

4.2 Classificação Hierárquica Descendente – CHD

As principais características retratadas pelo software IRAMUTEQ, na parte da descrição dos resultados foram: o *corpus* constituído por 20 textos (entrevistas), separados em 79 segmentos de texto (ST), com 64 ST aproveitados, portanto, um aproveitamento de 81,01% do material.

A CHD é uma das análises mais relevantes do IRAMUTEQ e sua utilização é viabilizada, uma vez que o *corpus* teve um aproveitamento satisfatório. De acordo com Camargo e Justo (2018) as análises do tipo CHD, para serem úteis à classificação de qualquer material textual, requerem um aproveitamento mínimo de 75% dos segmentos de texto.

Da análise surgiram 2.713 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 542 palavras distintas e 287 palavras com uma única ocorrência (hápx). O *corpus* se dividiu em 05 classes a partir da CHD.

Em relação à leitura do Dendograma na forma horizontal, como ilustrado na figura 1, é feita da esquerda para a direita com base na afinidade entre as classes. Ele apresenta as partições ou interações que foram executadas na classificação dos ST do *corpus*, que correspondem as classes.

Figura 1: Dendograma 1 da CHD



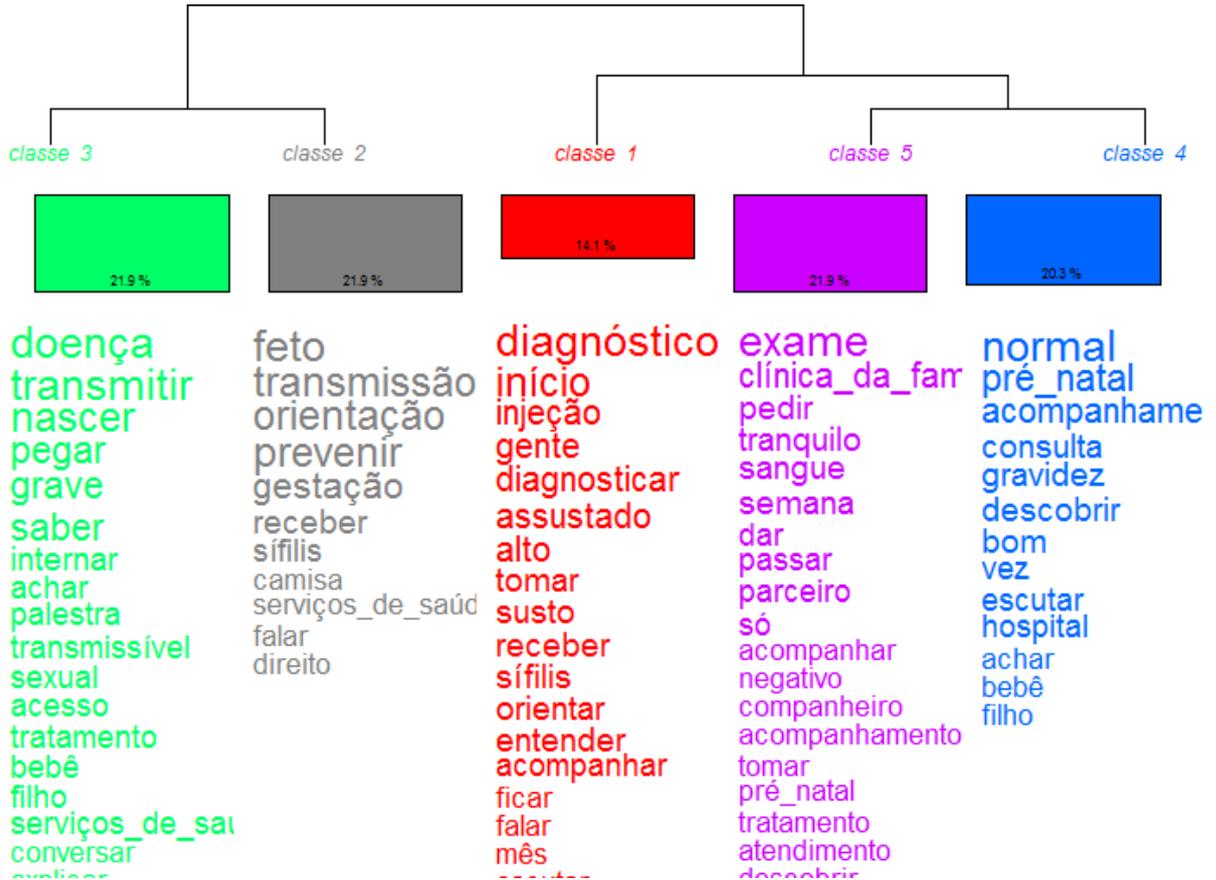
Fonte: Relatório Software IRAMUTEQ 7.2.

Observa-se que, o *corpus* foi dividido (1ª partição) em dois *subcorpus*, que iremos considerar como dois blocos temáticos. Num segundo momento, o primeiro *subcorpus* foi dividido (2ª partição) originando a classe 1 e, em seguida, com o restante do material apresentou nova divisão (3ª partição) originando as classes 4 e 5. Posteriormente, no segundo *subcorpus* ocorre a 4ª e última partição, originando as classes 2 e 3. A CHD cessou as divisões em classes, pois as 5 classes apresentaram-se estáveis, ou seja, constituída de unidades de ST com vocabulário semelhante. Assim, o bloco 1 foi constituído pelas classes

1,4 e 5, enquanto o bloco 2 pelas classes 2 e 3.

A figura 2, demonstrada a baixo, expõe um dendograma na forma vertical, cuja leitura é de cima para baixo. Nele, são demonstradas as palavras ativas contidas nos ST relacionados a cada classe.

Figura 2: Dendograma 2 da CHD



Fonte: Relatório Software IRAMUTEQ 7.2.

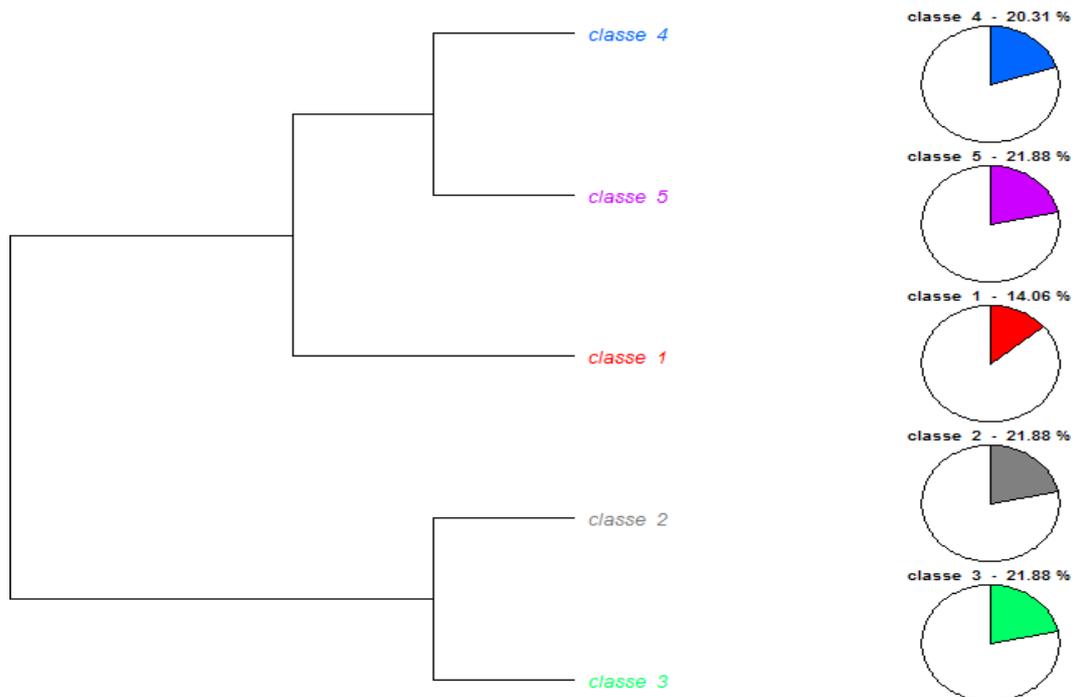
Para a formação de um dicionário de palavras, o software Iramuteq aplica algumas variáveis que mostram a força associativa entre as palavras e a sua respectiva classe, a saber: o qui-quadrado (χ^2) - χ^2 de associação da palavra com a classe; a porcentagem- porcentagem de ocorrências da palavra nos ST de cada classe; eff.st – número de segmentos de texto que contém a palavra em cada classe e eff.total - que é o número de segmentos de texto no *corpus* que contém a palavra citada pelo menos uma vez. Essa força associativa é analisada quando o teste for $>3,84$, representando um $p < 0,001$. O menor valor do χ^2 retrata uma menor relação entre as variáveis (Camargo; Justo, 2018).

As palavras de maior significado segundo o χ^2 , para cada uma das classes, podem ser observado na Figura 2, e suas respectivas frequências e palavras com maior valor do χ^2 estão dispostas no apêndice C.

A Figura 3 mostra uma organização percentual do ST pelas classes obtidas após uma alocação de palavras comuns. Ele apresenta um dendograma horizontal e um gráfico de pizza que mostra a representatividade de cada classe em função do número de ST associados à classe.

Assim, também permite demonstrar a distribuição decrescente de ST por aglutinação entre as classes. Como resultado, a classe 2 concentra 21,9% dos ST, a classe 3 21,9%, a classe 5 tem 21,9%, a classe 4 tem 20,3% e a classe 1 tem 14,1% dos ST.

Figura 3: Dendograma 3 da CHD



Fonte: Relatório Software IRAMUTEQ 7.2.

As classes não são apresentadas na ordem crescente padrão (1,2,3,4,5). O bloco temático 1 e suas classes serão apresentados primeiro, com partições e atendimento aos objetivos deste estudo. O bloco temático 2 e suas classes serão apresentados posteriormente.

Após a análise dos blocos temáticos gerados na 1ª partição (blocos 1 e 2), notou-se que o bloco 01(classes 1,4 e 5) está relacionado ao “ “A sífilis gestacional e o acompanhamento pré-natal: a presença das vulnerabilidades”e o bloco 2 (classes 2 e 3) traz conteúdos sobre “A

transmissão vertical da sífilis e os contextos de vulnerabilidades”.

É importante apontar, que no bloco 1 a primeira classe a se fomar foi a classe 1 que trata “O Diagnóstico da Sífilis Gestacional da descoberta a busca por informação: a vulnerabilidade individual”. Já as outras classes originadas nesse bloco, que foram as classes 5 e 4, simultaneamente, apresentam conteúdos, na classe 5: “A presença das vulnerabilidades frente a percepção do atendimento específico para a sífilis na gestação”; e a classe 4 “O acompanhamento pré-natal: As vulnerabilidades individual, programática e social”.

Por último, as classes 2 e 3, pertencentes ao bloco 2, possuem os conteúdos direcionados à transmissão vertical da sífilis, sendo a classe 2 “Orientações no pré-natal referentes à transmissão vertical da sífilis: a vulnerabilidade programática” e a classe 3 “Os sentimentos causados pela transmissão vertical da sífilis: vulnerabilidade individual e social”.

Os dois grandes blocos temáticos, as classes e suas respectivas denominações, e os subtemas que surgiram das classes são apresentados de forma esquemática no quadro 4, de acordo com uma interpretação do material lexical produzido pelo software IRAMUTEQ. Isso ajuda a compreender o caminho utilizado para analisar os resultados em relação à temática sugerida, aos objetivos do estudo e ao referencial teórico empregado. Acredita-se que isso melhora a visualização para o leitor e traz uma maior organização do material.

Quadro 4 – Organização dos blocos temáticos, classes e subtemas a partir do Dendograma

Bloco temático 1: A SÍFILIS GESTACIONAL E O ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL: A PRESENÇA DAS VULNERABILIDADES	
Classe 1:	O Diagnóstico da Sífilis Gestacional da descoberta a busca por informação: a vulnerabilidade individual.
Subtemas:	- Sentimentos apresentados ao receber o diagnóstico da sífilis na gestação - Desconhecimento da sífilis.
Classe 4:	O acompanhamento pré-natal: as vulnerabilidades individual, programática e social.
Subtema	- Percepção da gestante em relação ao serviço prestado.
Classe 5:	A presença das vulnerabilidades frente a percepção do atendimento específico para a sífilis na gestação.

Subtema – O atendimento específico da sífilis gestacional e a prevenção da sífilis congênita.
Bloco temático 2: A transmissão vertical da sífilis e os contextos de vulnerabilidades.
Classe 2: - Orientações no pré-natal referente a transmissão vertical da sífilis : uma vulnerabilidade programática.
Classe 3: - Os sentimentos causados pela transmissão vertical da sífilis: vulnerabilidade individual e social.

4.2.1 BLOCO TEMÁTICO 1: A sífilis gestacional e o acompanhamento pré-natal: a presença das vulnerabilidades

Neste bloco, as discussões são baseadas nas classes 1, 4 e 5, tendo como conteúdos lexicais o sentimento de apreensão acerca do diagnóstico da SG e o acompanhamento pré-natal, buscando compreender as percepções, sensações, reações vivenciadas e as suas vulnerabilidades.

4.2.1.1 Classe 1: O Diagnóstico da Sífilis Gestacional da descoberta a busca por informação: A vulnerabilidade individual.

A classe 1 contém 9 ST, representando 14,06 % do material classificado para análise. Observa-se associação entre esta classe e a variável de participantes com idade de 30 a 39 anos (χ^2 - 2.21). As entrevistadas M11 e M18 (χ^2 - 2.21) foram as participantes em destaque nesta classe.

Através dos léxicos diagnóstico (χ^2 - 16.19), início (χ^2 - 13.11) e assustada (χ^2 - 7.21) e os ST de maior ligação com a classe pode-se observar que traduzem os sentimentos de apreensão e susto vivenciados pelas participantes ao receber o diagnóstico da sífilis na gestação. Os ST abaixo apresentam as emoções negativas experimentadas ao descobrir o diagnóstico de SG:

Receber o diagnóstico da sífilis foi horrível, porque eu nunca imaginei ter sífilis. (M3).

Receber o diagnóstico da sífilis foi chato, ruim, eu fiquei também bem assustada, nunca tinha tido sífilis (M4).

(.....) receber o diagnóstico da sífilis foi difícil porque eu não aceitava de início, para mim foi meio perturbador (M5).

Quando recebi o diagnóstico da sífilis fiquei assustada, muito nervosa e minha pressão ficou alta. Foi a primeira vez que eu tive sífilis (M11).

Quando recebi o diagnóstico da sífilis tomei um susto, nunca tinha tido sífilis. No início a gente fica desorientada (M13).

Receber o diagnóstico da sífilis foi um susto e mesmo por estar acompanhada desde o início da gestação (M16).

Por se tratar de uma IST, a sífilis é uma doença cujo diagnóstico na gestação gera tensões tanto por suas implicações biológicas, como o risco de malformação fetal, quanto por suas implicações emocionais e sociais. Sentimentos de ansiedade e tristeza ligados às informações sobre possíveis problemas no feto tornam-se um potencializador das vulnerabilidades presentes, o que pode dificultar a adesão ao acompanhamento e tratamento (Figueredo et al., 2020).

Vicente et al. (2023), em concordância com este estudo, relataram que o diagnóstico de sífilis simboliza um choque para as mulheres, que expressaram preocupação, frustração, medo, culpa e responsabilidade pelo seu bem-estar e, principalmente, pelo de seu bebê.

Os contextos históricos demonstram que as mulheres têm enfrentado dificuldades devido à discriminação em relação aos padrões associados à dinâmica de gênero e aos aspectos relacionados à sexualidade e à reprodução. O envolvimento em múltiplos relacionamentos sexuais, a desigualdade nas interações entre homens e mulheres, influências de cunho religioso e questões éticas colocam as mulheres em situação de risco de contrair IST e, ao mesmo tempo, ampliam a fragilidade do gênero feminino (Nascimento et al., 2017).

Santos (2021) define a masculinidade hegemônica como uma construção social e histórica sujeita a contínuas transformações, que exerce grande influência nas dinâmicas de gênero, redefinindo as relações de poder e reforçando estereótipos masculinos associados à força, controle, racionalidade e proteção, sem permitir espaço para emoções ou fragilidades. Desde os tempos mais remotos, os homens exercem uma superioridade e controle sobre o que é considerado o sexo frágil, resultando em uma sociedade machista, onde as mulheres são moldadas para desempenhar papéis tradicionais como mães, cuidadoras do lar e subordinadas à ideologia criada por uma sociedade patriarcal.

Cabe ressaltar que esta é uma realidade em vários países, como apontado em uma pesquisa realizada por pesquisadoras do Chile, com a participação de 239 mulheres pertencentes a 13 países latino-americanos. As desigualdades de gênero, dentro da lógica patriarcal, são entendidas como uma forma eficaz de domesticar e dominar as mulheres

(Porter; López-Angulo, 2022).

Aspectos como a baixa escolaridade, os papéis de gênero, a escassez de oportunidades, a normalização da violência, a dependência econômica e as dinâmicas de poder nas relações íntimas e afetivas são fatores que favorecem as situações de vulnerabilidade e a perpetuação das infecções sexuais (Santos, 2022).

Para Moura et al. (2021), vários fatores tornam as mulheres mais vulneráveis às IST, sendo as desigualdades de gênero uma das principais situações de vulnerabilidade. As questões sociais e de gênero, que as colocam em posição de inferioridade e submissão em relação aos homens, as privam do poder de decisão, como, por exemplo, o uso de preservativos durante as atividades sexuais e o tratamento da parceria da sífilis.

De acordo com Bourdieu (2003), o homem adquire a lógica da dominação masculina, enquanto a mulher internaliza essa dinâmica de forma inconsciente. A repetição é entendida como uma característica inerente ao ser humano, e aprendemos através dos exemplos. Muitas vezes, repetimos sem notar; dessa forma, a sociedade, ao naturalizar comportamentos, legitima a desigualdade de gênero através das repetições sociais.

Além do mais, corroborando com as situações de vulnerabilidade, os autores Moura et al. (2021) ressaltam a atividade sexual precoce, baixa renda, baixa escolaridade e a dependência financeira como variáveis que levam a situações de vulnerabilidade frente a diversas infecções sexualmente transmissíveis, e essas foram vulnerabilidades também encontradas neste estudo.

Os ST demonstram ainda que as participantes não possuíam conhecimentos prévios sobre estarem infectadas e nem sobre o que se tratava a sífilis.

Quando eu fui diagnosticada eu não sabia o que era, eu fiquei sabendo depois que eles conversaram comigo (m3).

Foi um susto, eu não sabia nem o que era sífilis, eles me orientaram melhor. (M8).

Quando recebi o diagnóstico da sífilis eu não entendia, fui pesquisar e foi que eu fui entender. (M18)

A desinformação é uma barreira na prevenção da SC que pode prejudicar o tempo de entrada no PN e o diagnóstico precoce de sífilis durante a gravidez, pois, como afirma Kroeger (2018), esse desconhecimento gera falta de adesão ao PN, ao tratamento, ao entendimento sobre os efeitos na gestação e à consciência sobre sua saúde sexual e reprodutiva. Nesse estudo, chama a atenção a desinformação sobre a sífilis, mesmo se tratando de mulheres adultas com outros filhos, variável com forte associação com essa

classe.

Em conformidade com este estudo, foi observado em uma pesquisa realizada em Fortaleza que, mesmo mulheres adultas e multíparas que fizeram o PN, não sabiam muito sobre as manifestações clínicas da sífilis, os riscos de transmissão vertical e os efeitos para a criança, bem como os procedimentos de diagnóstico e tratamento (Rocha, 2019). Isso demonstra que a temática sífilis normalmente não é abordada nos serviços de saúde e, no PN, somente quando o resultado é positivado, o que perpetua a falta de conhecimento sobre essa infecção sexualmente transmissível, dificultando a tomada de decisão sobre meios de prevenção, o que reforça contextos de vulnerabilidades.

Outro estudo realizado na China, com o objetivo de avaliar a eficácia da implementação de um modelo de prevenção da transmissão de mãe para filho da sífilis e explorar o papel suplementar das Equipes de Gestão de Saúde, apresentou como resultados o conhecimento insuficiente em relação à sífilis (Zhang et al., 2024).

Assim, frente ao desconhecimento e à desinformação sobre essa patologia, pode-se verificar uma vulnerabilidade individual, pois essas lacunas podem levar essas mulheres a não terem atitudes para assumirem condutas ou práticas protetoras e à não adesão adequada ao tratamento (Bonfim, 2021). A vulnerabilidade individual considera o conhecimento acerca de um agravo e o comportamento frente a esse, identificando os fatores físicos, mentais, afetivos, cognitivos e atitudinais (Ayres, 2011).

Portanto, na presença de um conhecimento prejudicado, seja pelo déficit na aprendizagem ou por dificuldades cognitivas, com influências principalmente pela baixa escolaridade, o sujeito é exposto a um letramento funcional inadequado, sendo tal elemento caracterizado como vulnerabilidade individual, podendo favorecer a precarização do sujeito (Moura, 2022).

Mediante esse comportamento, a mulher tem sua capacidade limitada frente à tomada de decisão sobre sua saúde sexual e reprodutiva, concernindo, muitas vezes, ao homem a decisão pelos métodos preventivos, como o uso do preservativo. Dessa forma, mulheres encontram-se expostas às vulnerabilidades, ressaltando o poder desigual de decisão nas relações afetivo-sexuais (Moura, 2022).

Essas vulnerabilidades podem ter explicação no grupo pesquisado que, como apresentado no perfil, é composto de mulheres de baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, pois, como afirma Carvalho (2017), as diferenças de uma população marcada por desigualdades sociais refletem nas desigualdades de acesso à saúde, ao conhecimento, à educação, ao trabalho e à renda, impactando diretamente em situações de vulnerabilidades.

De acordo com um estudo realizado por Costa (2020) no Ceará, que teve como objetivo a construção e validação de uma cartilha educacional para prevenção da SC, foi constatada uma lacuna significativa no entendimento das gestantes sobre a sífilis durante a gravidez. Fato que provou que a falta de conhecimento sobre a infecção dificulta a adesão ao tratamento e a implementação de medidas preventivas.

Nesse contexto, é imprescindível possuir conhecimento em saúde para promover o autocuidado e prevenir agravos. E isso deve ser feito por meio de ações educativas na área da saúde como uma estratégia de conscientizar as pessoas sobre a importância de adquirir novos hábitos de vida, minimizando assim situações de vulnerabilidades (Costa, 2020).

O acompanhamento do PN desempenha um papel fundamental na prevenção da sífilis durante a gravidez. É essencial que os profissionais de saúde estejam preparados para discutir o assunto com as gestantes e suas parcerias, mesmo em caso de exames negativos. Um levantamento feito no estado do Paraná demonstrou que, após a implementação de um programa educacional sobre sífilis para os profissionais de saúde da atenção básica, houve uma significativa queda na taxa de transmissão vertical da doença (Lazarini; Barbosa, 2017).

As questões que dizem respeito ao aconselhamento são amplamente conhecidas por representarem um grande desafio para a aceitação do teste. Apesar de ser necessário acelerar o diagnóstico, também é importante ofertar as condições e orientações necessárias para que o atendimento seja completo. O aconselhamento pré e pós-teste é de extrema relevância para que, ao sair do consultório, a mulher e a sua parceria estejam com todas as suas dúvidas esclarecidas e possam tomar decisões juntas mais conscientes (Previati, 2019).

Diante do contexto de falta de orientação acerca da infecção, fez com que a internet fosse usada como estratégia para busca de informações sobre a sífilis, o que configura falta de vínculo entre as usuárias e os profissionais. Essa dimensão atitudinal ocorre frente à vulnerabilidade programática, pois, nas consultas de PN, o profissional de saúde necessita estar apto a ofertar a todas as gestantes e suas parcerias uma assistência de qualidade, devendo realizar orientações sobre a infecção sexualmente transmissível, as formas de transmissão e as consequências da infecção para todas as gestantes e seus familiares, independente do resultado (Bonfim, 2021).

4.2.1.2 Classe 4: O acompanhamento pré-natal: As vulnerabilidades individual, programática e social.

Esta classe conta com 13 ST (20,31%) e se relaciona com o tema acompanhamento PN. Foi percebido a variável ensino fundamental incompleto ($\chi^2 - 5.34$) com essa classe e

a participante M6 ($\chi^2 - 7.88$).

As palavras normal ($\chi^2 - 25.97$), pré-natal ($\chi^2 - 17.44$) e acompanhamento ($\chi^2 - 10.23$) apresentam conteúdos com relação a percepção que as mulheres tiveram do seu acompanhamento nas consultas de PN na ESF:

Meu acompanhamento pré-natal foi normal, foi minha primeira gravidez (M2).

Meu acompanhamento pré-natal foi normal, uma vez por mês e depois quando eu estava com seis meses, já era de quinze em quinze dias. Faltou nada não eu, fiz o acompanhamento e tomei o remédio (M9).

Os ST acima mostram que algumas participantes avaliaram o acompanhamento do PN como “normal”. Nesse contexto, infere-se que, pelo desconhecimento sobre a problemática da sífilis, algumas mulheres consideraram o acompanhamento do PN sem grandes diferenças ou especificidades devido à situação vivida, o que pode ser uma probabilidade de vulnerabilidade programática. Essa vulnerabilidade está relacionada ao acesso aos serviços de saúde, sua organização, os vínculos e a qualidade dos serviços prestados frente a cada caso, levando em consideração fatores de risco e agravos à saúde (Takashashi e Oliveira, 2001).

Um PN onde é detectada a sífilis gestacional (SG) necessita de cuidados e atenção específicas, pois, como destaca Couto (2021), a transmissão vertical da sífilis pode ser interrompida com um PN de qualidade, com ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva, prevenção e assistência às infecções sexualmente transmissíveis, e práticas de diagnóstico e tratamento precoce da sífilis na gestação no PN.

No entanto, mesmo com momentos diversos em que a prevenção da sífilis pode ocorrer, as abordagens para a prevenção e eliminação da sífilis são, historicamente, concentradas em ações desenvolvidas no PN, com ênfase no fortalecimento das iniciativas de rastreamento da sífilis materna e de seu tratamento oportuno, devendo ter uma atenção e controle especiais junto às gestantes (Brasil, 2020).

Desse modo, os cuidados do PN desempenham uma função de extrema importância na redução de riscos, prevenção de doenças e promoção da saúde da mulher e da criança, devendo detectar possíveis riscos e oferecer cuidado e manejo clínico apropriado a cada caso específico (Garcia, 2019). Assim sendo, observa-se que essas mulheres com o diagnóstico de SG necessitavam de uma assistência do PN com cuidados além dos habituais, além dos “ditos normais”, uma vez que riscos foram identificados.

Em contrapartida, um outro segmento de mulheres percebeu as falhas nesse

acompanhamento, conforme os ST apontam:

Nunca tinha tido sífilis, eu descobri quando minha bebê nasceu, descobri só no hospital tendo minha bebê, no meu pré-natal os exames deram todos negativos, nada foi orientado (M1).

A primeira consulta quando eu descobri foi boa, porque ela me orientou e me explicou a medicação, mas a partir daí, depois ninguém falava mais nada, só perguntava se eu fiz a medicação, se meu parceiro tinha feito e fazia um pré-natal normal, sem nenhum esclarecimento (M5).

Meu acompanhamento pré_natal achei que não foi bom, se não eu não teria perdido meu filho. Eu fui na clínica da família pra poder fazer o meu pré_natal. A médica tentou escutar o coração do bebê com três aparelhos e não conseguiu escutar com nenhum dos três, eu achava que ela tinha que me mandar para o hospital, para algum lugar, mas ela falou que era normal (M6).

Não recebi orientação nenhuma sobre a sífilis na gestação, como prevenir e transmissão para o feto (M18).

Assim, frente ao acompanhamento PN com diversas falhas, inclusive com semelhança a um PN de risco habitual, cabe salientar a presença da vulnerabilidade programática. Os atendimentos ofertados a essas mulheres não permitiram mensurar os riscos existentes, o que levaria a avaliação quanto à probabilidade de que algo negativo viesse a acontecer, bem como, a não orientação adequada e eficaz de condutas durante às consulta de PN.

Ainda com relação aos problemas no acompanhamento PN das participantes com SG, algumas relataram dificuldades para prosseguir no acompanhamento, como verifica-se nos ST abaixo:

Meu acompanhamento pré natal foi bom, não fui atendida melhor porque eu não fui mais as consultas, vieram me visitar e falaram pra eu voltar para as consultas, mas eu não fui porque era muito longe (M10).

Na época eu era muito nova não estava me importando muito, no início da gravidez fui na primeira consulta quando eu descobri a gravidez, e depois eu fiquei um bom tempo sem ir (M20).

Os ST acima apontam fatores que podem estar relacionados à transmissão vertical da sífilis, sendo configurados como vulnerabilidade social. Esse tipo de vulnerabilidade está relacionado à dimensão do adoecimento, ao perfil da população no que se refere às desigualdades sociais, à discriminação, aos gastos com a saúde, ao índice de desenvolvimento e às características vulneráveis de determinados grupos sociais, como mulheres pobres e

adolescentes/jovens (Ayres, 2011; Schramm, 2012).

Nessa perspectiva, verifica-se que são exatamente essas barreiras que emergiram nos ST, seja pela dificuldade de acesso ao serviço, pelo local de moradia ser longe da APS, ou por se tratar de um grupo na juventude. Rocha, Barbosa e Lima (2017) ressaltam alguns dos fatores que levam à vulnerabilidade social no acompanhamento do PN, permitindo a ocorrência da transmissão vertical da sífilis, como o deslocamento ao local das consultas, as desigualdades sociais e regionais, a descredibilidade no PN e a ausência de apoio.

Ressalta-se ainda que, como vulnerabilidade social, esta classe está associada à variável do ensino fundamental incompleto. Achados semelhantes foram reportados em um estudo realizado nos Estados Unidos (O'Callaghan et al., 2024), onde foi desenvolvida uma cascata de prevenção de SC para avaliar a eficácia com que as intervenções de teste e tratamento atingiram gestantes com um resultado de SC. Constatou-se que, quanto menor o nível de escolaridade, mais difícil era a implementação das intervenções de prevenção, aumentando, assim, as situações de vulnerabilidade.

Outro estudo realizado na Colômbia destacou que o baixo nível educacional pode resultar em um contato restrito com profissionais de saúde e em informações escassas, resultando em pouca conscientização sobre a relevância do cuidado PN adequado e da identificação precoce de doenças como a sífilis (Viveros et al., 2021).

Sabe-se que a cobertura de PN no Brasil é alta, mas não é uniforme em todo o país. No entanto, a quantidade de consultas não compensa a qualidade destas. A qualidade ineficaz do PN tem causado vários problemas para a saúde brasileira, incluindo diagnósticos tardios de SG, trazendo como consequência a SC, que permanece na sociedade com dados preocupantes (Brasil, 2021).

Os princípios e diretrizes presentes na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2011) evidenciam que as razões mais frequentes para problemas de saúde entre as mulheres estão mais conectadas a aspectos sociais do que a elementos puramente biológicos. Isso ressalta a urgência de desenvolver abordagens que enfatizem o valor do suporte social para reduzir as disparidades que impactam as mulheres. Embora tenha buscado proporcionar uma visão mais abrangente, ampliando a percepção sobre a saúde da mulher, persiste uma defasagem entre as evidências disponíveis e a realização de medidas que possam minimizar esses efeitos (Curi et al., 2024)

4.2.1.3 Classe 5: A presença das vulnerabilidades frente à percepção do atendimento específico para a sífilis na gestação.

A classe 5 conta com 14 ST, representando 21,88 % do material classificado para análise. Observa-se associação entre esta classe com a seguinte variável: participantes com escolaridade do ensino médio incompleto ($\chi^2 - 3.05$).

As palavras exame ($\chi^2 - 48.13$), clínica da família ($\chi^2 - 18.74$) tranquilo ($\chi^2 - 15.24$) e sangue ($\chi^2 - 14.63$) associados aos ST dessa classe, apresentam relação com a percepção das participantes ao atendimento específico para a sífilis na gestação recebidos nos serviços de saúde na CF onde realizaram as consultas de PN, como mostra os ST:

A médica só passou as injeções para cada semana. Eu ia na clínica da família e tomava até acabar, depois eu fiz o exame de sangue e não acusou mais nada (M1).

Na primeira consulta já pediram os meus exames pra fazer o pré-natal, o teste deu positivo, eu comecei o tratamento na próxima consulta (M4).

Eu fiz o exame e meu parceiro também e no dele deu mais alta, no caso ele me passou a sífilis. (M8).

Não fiz o tratamento para sífilis na clínica da família porque meu exame do início da gestação deu negativo e no final da gravidez deu exame duvidoso (M12).

A sífilis não foi detectada nos exames de 5 semanas até as minhas 32 semanas. Fui acompanhada sendo que não tinha sido detectada na clínica da família, só detectou no hospital.(M16).

A partir das falas apresentadas nos ST, as participantes relataram ter uma percepção de um atendimento básico e medicamentoso no que tange ao atendimento à sífilis na gestação, em relação aos serviços de saúde recebidos pela CF. Inclusive, foram percebidas falhas no diagnóstico precoce e perda da oportunidade de início imediato do tratamento após o diagnóstico.

Além do quadro clínico da sífilis, é fundamental também considerar as particularidades relacionadas às mulheres e o contexto social em que a usuária vive ao enfrentar a doença. Nesse contexto, existem sinais de vulnerabilidade social que se configuram como fatores de risco para infecções sexualmente transmissíveis e transmissão vertical, como a condição socioeconômica e o acesso a informações e tratamentos (Guerra et al., 2021).

Mulheres negras estão mais propensas a enfrentar desfechos desfavoráveis em comparação às mulheres brancas, devido às diferentes vulnerabilidades sociais, possivelmente

ligadas ao racismo estrutural e institucional (Guerra et al., 2021), ressaltando que, nesse estudo, 18 participantes eram mulheres da raça negra, conforme verificado no perfil das participantes.

Convém destacar que a SC se apresenta de forma a ser um agravo evitável por meio da efetividade no diagnóstico e tratamento ao longo da gestação. Dessa forma, seu controle mantém relação direta com a qualidade da assistência PN, devendo manter o monitoramento, avaliação e aperfeiçoamento desta ação nos diversos serviços e níveis de complexidade (Brasil, 2017). Diante desses resultados, percebe-se a presença da vulnerabilidade programática, permitindo inferir que a expansão do acesso aos serviços de saúde necessita caminhar junto com a qualidade da assistência PN.

Moraes, Freire e Rufino (2021) afirmam ser essencial aprimorar a identificação precoce de mulheres grávidas através de exames de qualidade, assegurar um acompanhamento PN eficiente, disponibilizar os exames recomendados pelo MS e desenvolver métodos que assegurem o tratamento adequado e no tempo certo da gestante e de sua parceria, com o objetivo de eliminar a transmissão vertical.

Ressalta-se que os cuidados ofertados durante o PN não devem ser restritos à solicitação e avaliação dos exames de triagem e diagnósticos de sífilis ou ao segmento do tratamento. É fundamental que haja um processo educador, com orientações acerca dos riscos que a sífilis oferece à gestante e ao bebê, no intuito de minimizar situações de vulnerabilidades individuais e sociais. Aliados a esses fatores de controle da doença, a criação do vínculo entre a equipe de saúde e a gestante gera repercussões positivas, visando promover uma maior adesão ao PN e ao plano terapêutico proposto, obtendo uma captação prévia da gestante às consultas, assim como o seguimento necessário para uma evolução adequada do PN (Lima, 2022).

No entanto, os ST abaixo mostram que as mulheres acabam apontando que o acompanhamento para a sífilis foi percebido como um atendimento mínimo:

Eles só fizeram a medicação, depois só pediram exame de sangue não pediram mais nada e não falaram mais nada (M5).

Nos serviços de saúde eles só falaram que eu teria que tomar a vacina, mas não me falaram como é que era, o que ia acontecer foi só exame de sangue (M18).

De acordo com MS, os fatores que contribuem para a prevalência da SG incluem a falta de educação em saúde no período PN e perinatal, além do diagnóstico tardio. A falta de cuidados pré-natais pode resultar em falhas no diagnóstico e tratamento da sífilis nas

gestantes, como foi verificado neste estudo. Os casos de sífilis diagnosticados devem ser rapidamente orientados nos serviços de saúde para que a gestante e seu parceiro estejam cientes das possíveis complicações da doença (Brasil, 2017).

Importa destacar que a comunicação permanente e efetiva entre a equipe e a gestante também se mostra importante no seguimento das consultas, visto que contribui para transmitir maior segurança e credibilidade nos profissionais da equipe e, dessa forma, colaborar para uma boa condução e aceitação do pré-natal (Lima, 2022).

Outro fator importante a ser mencionado, a partir do observado nos serviços de saúde (ST), é um atendimento de qualidade, reforçando a situação de vulnerabilidade programática. As lacunas no acesso aos cuidados de saúde durante a gravidez, na continuidade entre as consultas pré-natais, na falta de testagem eficiente e eficaz para sífilis e nas consultas para tratamento representam barreiras significativas aos cuidados, especialmente entre grupos vulneráveis (Park et al., 2022), como é o caso do segmento estudado.

A educação continuada de profissionais da saúde é fundamental, não apenas em locais com alta incidência de sífilis, mas também em áreas onde os casos são infrequentes, pois a falta de atenção à infecção pode impactar vidas (David et al., 2023).

4.2.2 BLOCO TEMÁTICO 2: A transmissão vertical da sífilis e os contextos de vulnerabilidades

Neste momento, as discussões se baseiam nos resultados das classes 2 e 3, que emergiram conteúdos referentes à percepção da transmissibilidade da sífilis e a SC no contexto da prevenção, elencando orientações recebidas, condições associadas à transmissão, sentimentos vivenciados frente ao diagnóstico da SC e fatores que levaram essas mulheres a situações de vulnerabilidades.

4.2.2.1 Classe 2: Orientações no pré-natal referente a transmissão vertical e a sífilis congênita: vulnerabilidade programática.

Nesta classe estão presentes 14 ST (21,88%) e se relacionam com o tema das orientações recebidas sobre a sífilis no contexto da gestação, da transmissão vertical e da SC. A participante M7 (χ^2 - 3.63) foi a mais destacada, não tendo variáveis com significância estatística nesta classe.

Os léxicos feto (χ^2 - 58.54), transmissão (χ^2 - 53.76), orientação (χ^2 - 49.54), prevenir (χ^2 - 48.13) gestação (χ^2 - 31.66) e receber (χ^2 - 15.81) associadas as ST dessa

classe, traduzem as percepções relatadas pelas mulheres que tiveram filhos nascidos com SC acerca das orientações recebidas sobre a transmissão vertical da sífilis. Nesse contexto, emergiram diferentes percepções sobre a oferta das orientações, um segmento de participantes afirma ter sido ofertado informações sobre a sífilis na gestação e a possibilidade da transmissão para o feto, enquanto um outro segmento declara não ter recebido nenhuma orientação. Abaixo destaca-se ST que declaram o recebimento das orientações:

No meu acompanhamento pré-natal eu tinha a explicação, a médica conversou comigo e começamos o tratamento (M3).

Recebi orientações sobre a sífilis na gestação e a transmissão para o feto. Eu não sabia nem o que era sífilis, lá eles me explicaram (M8).

Recebi orientações sobre a sífilis na gestação, a transmissão para o feto. Nas palestras, eles falaram sobre a prevenção das doenças, sobre DIU, sobre camisinha, planejamento familiar e sobre o anticoncepcional (M9).

Recebi orientações sobre a sífilis, como prevenir e transmissão para o feto (M12).

Nota-se, a partir dos ST, que algumas participantes relatam que receberam as orientações quanto à SG e à transmissão para o feto. Entretanto, essas orientações não foram suficientes para evitar a transmissão vertical, pois, como afirmam Navega e Maia (2018), é sabido que a simples informação não garante atitudes preventivas, uma vez que existem outros fatores de vulnerabilidade em um contexto individual, social e programático, como também foi visto neste estudo.

O alcance a conteúdos e informações de qualidade sobre infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, e a forma como a gestante e sua parceria compreendem essas informações, até que novos comportamentos sejam adotados, não é algo apenas referente ao indivíduo, mas também sofre influências dos aspectos materiais, culturais, sociais, políticos e morais que afetam a vida em sociedade, trazendo aqui o contexto da vulnerabilidade programática (Ayres et al., 2012). Nessa perspectiva, não basta apenas orientar, mas avaliar como essas orientações estão sendo ofertadas em nível de compreensão e de mudanças de atitudes.

A dimensão programática, que serve como referência para a análise nesta classe, destaca que a convivência das pessoas em sociedade é constantemente mediada por instituições sociais, como famílias, escolas e serviços de saúde. Para que os recursos sociais indispensáveis à proteção contra danos à saúde sejam disponibilizados de maneira efetiva e democrática, é essencial o envolvimento de esforços institucionais e profissionais (Ayres et al., 2009).

Assim, compreender a dimensão programática da vulnerabilidade exige a articulação entre os sujeitos e seus contextos sociais por meio dos programas e serviços de saúde existentes. Isso inclui a identificação do nível e da qualidade do compromisso desses serviços e programas, a avaliação dos recursos disponíveis, a competência das equipes e da gestão, o monitoramento, a análise e o aperfeiçoamento contínuo das ações, a sustentabilidade das propostas e o incentivo à participação ativa dos diversos atores sociais no diagnóstico e na busca de soluções para superar os desafios (Ayres et al., 2009).

A realização de um PN eficaz e adequado deve envolver, entre outras coisas, acolhimento, recepção precoce, aconselhamento, escuta atenta, intervenção educacional, solicitação e realização de exames conforme protocolos, o recebimento de resultados em tempos oportunos, tratamento condizente da gestante e sua parceria, e acompanhamento sistemático e contínuo dessas gestantes e seus acompanhantes (Macêdo, 2020).

No entanto, como ressaltam Rigo et al. (2021), as informações e as orientações adequadas e contínuas são importantes para a adesão às medidas preventivas quanto à SC, o que parece não ter sido feito nas ESF. As atividades de educação em saúde devem melhorar a compreensão das informações, evitando ações verticalizadas, como palestras e imposições de condutas. As ações educativas eficazes devem envolver as usuárias, levando em consideração sua história de vida, os determinantes sociais da saúde, seu nível de compreensão e um processo contínuo de avaliação das mudanças de comportamento, e isso não se faz apenas em um único encontro ou consulta (Rigo et al., 2021).

Gitirana et al. (2021) realizaram uma revisão da literatura que evidenciou a relevância da educação em saúde contínua na prevenção de doenças. Os autores concluíram que ações de educação em saúde individuais e/ou coletivas devem ser de forma evolutiva, para promover o autoconhecimento e a reflexão crítica dos indivíduos sobre seus próprios hábitos, incentivando medidas preventivas e a promoção de uma melhor qualidade de vida.

Estudos (Gitirana et al., 2021; Rigo et al., 2021; Macêdo, 2020) demonstraram que o envolvimento das usuárias e o processo contínuo na educação em saúde são ferramentas essenciais na conscientização sobre os problemas de saúde, capacitando os indivíduos a adotarem comportamentos saudáveis e a participarem ativamente na promoção de sua própria saúde. Portanto, investir em ações educativas em todos os encontros entre profissionais de saúde e usuários é fundamental para a construção de comunidades mais saudáveis e conscientes (Gitirana et al., 2021).

Assim sendo, observa-se que, neste estudo, as informações recebidas não foram satisfatórias à prevenção da transmissão vertical, pois parecem que essas orientações foram

apenas pontuais quando do diagnóstico da SG, e não em um processo permanente e evolutivo, ou seja, não era verificado a cada consulta as dificuldades enfrentadas na prevenção da SC, o reforço das ações educativas, o entendimento das informações e o envolvimento das parcerias sexuais. Resultado também demonstrado em um estudo realizado na Colômbia, onde foram exploradas as características de mães com sífilis e recém-nascidos com SC, e concluiu-se que restringir o acesso às informações necessárias contribui para a falta de conscientização sobre a relevância do acompanhamento PN adequado e da identificação precoce de doenças como a sífilis (Bucheli et al., 2024).

A falta de captação e orientação das parceiras sexuais nas ações educativas é um dos fatores de grande vulnerabilidade programática e social que tem sido evidenciada em várias pesquisas (Domingues et al., 2013; Owiredu et al., 2015; Todd et al., 2008), levando ao entendimento de que essa norma protocolar ainda não foi assimilada pelos serviços de saúde, causando erros no momento da assistência e provocando tratamentos ineficazes que refletem na elevação de casos de SC (Lazarini; Barbosa, 2017). Outras pesquisas realizadas na China (Wu et al., 2015), na Suíça (Meyer et al., 2012) e nos Estados Unidos da América (Bowen et al., 2015) reforçaram as mesmas falhas e o reaparecimento da SC na atualidade.

A educação em saúde, como processo político-pedagógico, requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade, e não apenas entender o indivíduo como um receptáculo de informações (Machado, 2007).

Em contrapartida, outros ST evidenciaram, assim como no estudo de Macêdo (2020), o não recebimento de orientações sobre a sífilis e a transmissão vertical, demonstrando existir barreiras à assistência PN eficaz, como destacado nos ST abaixo:

Não recebi orientações sobre a transmissão da sífilis para o feto (M5).

Não recebi orientações sobre a sífilis na gestação, nem como prevenir e nada sobre a transmissão para o feto no pré-natal. As orientações foram somente no hospital . (M6).

Não tive orientações sobre a sífilis na gestação, só falaram que pega por relação sexual, não falaram que poderia transmitir para o bebê. Isso eu só fiquei sabendo quando ele nasceu, porque ele ficou na incubadora no CTI fazendo o tratamento (M10).

Não recebi orientações sobre a sífilis na gestação, como prevenir e nem a transmissão para o feto, porque não recebi diagnóstico durante o pré natal (M12).

Dos serviços de saúde do pré-natal vou falar a verdade, eu não tive orientação da

clínica da família, não recebi orientações sobre a sífilis na gestação, como prevenir e sobre a transmissão para o feto. Não me orientaram, eu que fiquei pesquisando na internet (M13).

Não recebi orientações sobre a sífilis na gestação como prevenir e transmissão para o feto, eu só fiz o exame, mas não me orientaram nada e o exame deu negativo (M20).

A carência de informações apresentadas nos ST leva a uma reflexão sobre as práticas e atitudes dos profissionais que atendem nos serviços de saúde. Segundo Ayres et al. (2012), um dos aspectos da vulnerabilidade programática está relacionado à quantidade e qualidade das informações disponíveis. Sendo assim, no que diz respeito à sífilis e seus modos de transmissão, os ST evidenciaram incertezas, falta de conhecimento e insuficiência e/ou ausência de informações sobre esse tema.

De acordo com o MS, a falta da educação participativa em saúde durante o período PN e perinatal e o diagnóstico tardio colaboram para que a SG e SC continuem sendo uma realidade na população brasileira. Os casos de sífilis diagnosticados devem ser rapidamente orientados de forma adequada nos serviços de saúde, para que a gestante e suas parcerias saibam sobre as possíveis complicações advindas dessa enfermidade (BRASIL, 2021).

Essa falta de orientação acaba por caracterizar situações de desigualdade, incluindo situações de falta de cuidados integrais para grupos vulneráveis, como é o caso das gestantes com diagnóstico de sífilis. Num estudo realizado por Rigo et al. (2021) sobre os fatores educacionais associados à SC, concluíram que uma abordagem educacional participativa e interativa para as gestantes com sífilis é fundamental, uma vez que o menor nível educacional e o não recebimento de informações eficazes e adequadas sobre a sífilis apresentaram maior associação ao diagnóstico de SC na maternidade. Achados semelhantes foram mencionados em um estudo realizado na Tailândia, onde um dos objetivos foi identificar lacunas na prevenção da SC, e a questão educacional foi uma dessas falhas (Anugulruengkitt et al., 2020).

A não orientação pelos serviços de saúde e o interesse pelo conhecimento acerca de uma doença, que é mais comum após o seu acometimento, leva as pessoas a buscar informações pela internet (Navega; Maia, 2018), fato que também foi verificado neste estudo e pareceu também na classe 1 do bloco 1. Sabendo que, cada vez mais, atualmente os usuários recorrem à internet para obter informações sobre saúde, um estudo buscou analisar a produção acadêmica brasileira sobre a avaliação da qualidade da informação de saúde on-line, com foco nos métodos utilizados para verificar a acurácia das informações disponíveis na internet. O estudo conclui que a preocupação com a acurácia das informações de saúde on-line está

presente na produção acadêmica brasileira, mas os métodos utilizados ainda apresentam limitações significativas. Há necessidade de integração com áreas como comunicação e ciência da informação, além do uso de fontes de evidências mais atualizadas (Barbosa et al., 2023).

Ao considerar a prática de busca por informações, é fundamental prestar atenção à qualidade do conteúdo disponibilizado e acessado. A internet apresenta uma grande quantidade de informações que podem ser incompletas, imprecisas ou de difícil compreensão, o que pode comprometer o bem-estar dos usuários, reforçando as questões de vulnerabilidades (Barbosa et al., 2023).

Dessa forma, conforme os achados dos ST acima, verifica-se, mais uma vez, a percepção que as participantes têm sobre as falhas no serviço ofertado, expondo as gestantes às vulnerabilidades programáticas. A atenção exercida necessita ser qualificada, humanizada e hierarquizada conforme o risco gestacional. Para tal fim, é essencial a compreensão, por parte dos profissionais comprometidos no processo assistencial, da relevância da sua atuação e a necessidade de aliar o conhecimento técnico específico ao comprometimento com um resultado satisfatório da atenção para o binômio materno-fetal (Brasil, 2022).

Numa revisão integrativa sobre vulnerabilidades e a SC, aponta-se três abordagens de vulnerabilidades a essa enfermidade, sendo que uma de grande destaque é o enfoque para os serviços assistenciais destinados à saúde materna e infantil, especificamente o PN. Este estudo concluiu que, no Brasil, o diagnóstico de SC é mais comum nos casos em que o PN não se realiza adequadamente, tendo início tardio, educação em saúde inexistente e/ou ineficiente, menor número de consultas e baixa frequência de realização dos exames sorológicos para a sífilis, resultando em imprecisões no diagnóstico e propiciando o acometimento por SC (Lima e Spinola, 2023), situações que também foram vistas neste estudo.

4.2.2.2 Classe 3: Os sentimentos causados pela transmissão vertical da sífilis: vulnerabilidade individual e social

A classe 3 conta com a presença de 14 ST (21,88%) e observa-se associação desta classe com a seguinte variável: participantes com ensino fundamental completo. As participantes M19 ($\chi^2 - 3.7$) e M20 ($\chi^2 - 10.72$) foram as mais destacadas.

Os léxicos doença ($\chi^2 - 16.06$), transmitir ($\chi^2 - 14.63$), nascer ($\chi^2 - 13.56$) e grave ($\chi^2 - 11.24$) associadas aos ST dessa classe, apresentam conteúdos que se relacionam com os sentimentos que as participantes vivenciaram ao receber o diagnóstico da SC, sendo que os sentidos de susto e choque pelo diagnóstico foram os que emergiram nas participantes.

Fiquei assustada porque é uma doença que cura, mas, que é um pouco grave. Quando nasceram meus filhos ficaram internados tomando medicação (M17).

Eles até comentaram que ele poderia nascer, mas, o choque mesmo foi quando ele nasceu com sífilis, que fizeram o exame e deu que ele estava, ele teve que ficar internado (M18).

Foi assim um susto, porque eu tinha medo de acontecer alguma coisa com ele, dele ter sequelas. Me senti muito culpada também por não ter me cuidado nem ter me prevenido para que isso não tivesse acontecido, ele nasceu prematuro, para mim foi até um milagre porque ele podia ter abortado e ele podia ter morrido e nem saber o motivo, ele nasceu com estrabismo por conta da sífilis (M20).

De acordo com Maldonado (2018), a gravidez é um momento na vida da mulher que pode ser apontado como uma das etapas do seu desenvolvimento de intensa relevância e, por esse motivo, há necessidades de adequações e ajustamentos biológicos, psicológicos e sociais da mesma. A autora enfatiza que o puerpério e o primeiro ano de vida do bebê se apresentam como um período favorável à ocorrência de crises, devido a mudanças intra e interpessoais motivadas pelo parto e pelo nascimento e desenvolvimento do bebê.

A preocupação com o progresso da gestação, aliada às possíveis complicações que podem afetar tanto a mãe quanto o feto, intensifica-se quando existe algum fator de risco gestacional, como é o caso da sífilis na gestação. Esse cenário tende a alimentar pensamentos negativos sobre o desenrolar da gravidez, deixando a gestante mais suscetível a sentimentos de angústia, medo e ansiedade, especialmente em relação ao prognóstico, ao parto e à chegada do bebê (Paz et al., 2022).

A exposição a situações de incerteza, como mudanças no estado de saúde da gestante ou do feto, pode gerar consequências imprevisíveis e sobre as quais nem sempre é possível exercer controle, o que contribui para o aumento de sentimentos de imprevisibilidade e incertezas (Paz et al., 2022).

Assim, frente a esses sentidos negativos por um evento inesperado, observa-se a presença da vulnerabilidade individual, partindo da caracterização conforme Ayres (2009), que destaca que essa categoria de vulnerabilidade compreende os aspectos biológicos, emocionais, afetivos, cognitivos, atitudinais e as relações sociais. Dessa forma, os sentimentos caracterizados pelas reações e estados do corpo humano são capazes de tornar essas mulheres vulneráveis por influírem diretamente no seu estado de saúde mental, interferindo em suas atividades cotidianas e nos seus relacionamentos afetivos e sociais.

Diante do inesperado, os ST abaixo retratam percepções e sentidos de culpabilidade relacionados à transmissão vertical da sífilis e, conseqüentemente, à SC.

Acho que a sífilis ter passado para o meu bebê foi por ter faltado um pouco de cuidado da minha parte também (M4).

Acho que ele ter nascido com sífilis foi porque eu me descuidei, não me preveni na hora de fazer sexo não me cuidei não usei camisinha e nunca busquei fazer nenhum exame (M20).

Acho que eu teria evitado que ele nascesse com essa doença sei que eu tive acesso aos serviços de saúde e acompanhamento durante a gravidez e que foi opção minha mesmo não ter tido essa responsabilidade de fazer direitinho(M20).

Eu que fui a transmissora para ele e foi assim um tormento foi a primeira vez que eu tive sífilis (M5)

Resultado semelhante foi encontrado por Vicente (2023) em seu estudo realizado na região nordeste do Estado de São Paulo, com mães de crianças nascidas com SC, onde demonstraram tristeza, culpa, desespero e frustração após o diagnóstico.

Estudos como o de Badinter (1985), em meados dos anos 80, já demonstravam que o instinto maternal não é algo com que as mulheres nascem, mas um sentimento adicional, infringido pela sociedade como uma forma de controle ao esperado para as mulheres e seu papel social de ‘boa mãe’. Ainda segundo a autora, com essa ideologia e estigma, reforça-se o papel da mãe como única responsável pela saúde, criação dos filhos e pelo equilíbrio da família, ilustrada por mitos da maternidade, cuja representação é de uma generosidade e devoção únicas ao filho, e onde sua feminilidade é completa.

O ideal da mãe perfeita, criado e reforçado ainda pela sociedade e pelas famílias patriarcais, em particular, exerce influências que são negativas para as mulheres, bem como para todos de seu convívio. Muitas mulheres se sentem perturbadas e confusas por pensamentos a respeito de estarem, ou não, sendo boas mães, isto devido à cobrança social de amarem seus filhos incondicionalmente, frente a todas as circunstâncias; caso contrário, são taxadas de indignas e pessoas más (Mata, 2018).

Todos esses estigmas, que historicamente as mulheres foram criadas, emergem no imaginário social da maternidade como vocação natural, fonte de realização integral da mulher e indicador do cumprimento de sua determinante biológica. Apoiando-se nesse pressuposto, a cultura passou a enfatizar a função reprodutiva e a maternidade como símbolos da própria essência do ser mulher (Santos et al., 2024).

Sob esse enfoque ideológico, hegemônico na sociedade, cuja as mulheres nasceram para serem boas mães, surgem os sentimentos de culpa e de responsabilização, caso eventos inesperados aconteçam, como é na SC. Ressalta-se aqui que a SC é uma doença que afeta o filho advinda da SG, ou seja, da própria mulher, o que pode justificar os sentimentos de culpa pela transmissão da sífilis para o filho, inclusive, de sua morte por essa patologia.

Esse sentimento que emerge na SC é ainda reforçado por se tratar de uma doença que vem através do sexo inseguro, cuja a mãe parece ser a única culpada por ter sido, como verificado nos ST, descuidada e irresponsável, trazendo mais uma vez sentimentos de penalização e marginalização. O significado simbólico da sífilis como uma doença relacionada à promiscuidade é agravado pelo receio de deparar-se com atitudes sociais estigmatizantes, principalmente de familiares e profissionais da saúde, e muitas vezes, o sigilo sobre a doença é uma forma encontrada para se protegerem do preconceito e dos julgamentos (Vicente et al., 2023).

Nesse sentido, as mulheres participantes desse estudo vivenciam situações de vulnerabilidade por questões sociais de difícil resolução. Cabendo salientar que a vulnerabilidade é caracterizada por uma relação de dependência mútua que representa valores multidimensionais - biológicos, existenciais e sociais. A vulnerabilidade limita as capacidades de afirmação no mundo, incluindo as formas individual, social e programática, o que resulta em fragilização (Guimarães, 2021).

Os ST transmitiram sentimentos atribuídos pelas participantes somente sobre si mesmas; entretanto, outro fator de grande importância a ser apontado é que a vivência das mulheres diante da infecção e do tratamento da sífilis é marcada pela fragilidade que enfrentam em uma sociedade dominada pelo patriarcado. Essa dinâmica, muitas vezes, resulta em imposição de violências, tanto psicológicas quanto físicas e sexuais, que aumentam as vulnerabilidades individuais e sociais ao contágio da sífilis (Guerra et al., 2021).

Assim, em um contexto onde a cultura da subordinação feminina é imposta em termos de comportamento, psicológico ou financeiro, é fundamental refletir sobre a capacidade de decisão das mulheres em relação à proteção sexual e à autonomia sobre sua própria saúde (Guerra et al., 2021), como no caso da SG frente ao uso do preservativo e ao tratamento pela parceria sexual.

Tais dados destacam a importância dos profissionais envolvidos na assistência PN estarem cientes e entenderem o contexto das mulheres, para que possam oferecer cuidados alinhados às suas verdadeiras necessidades e demandas de saúde. Isso pode ser alcançado através de atividades educativas que visem o empoderamento desse grupo, permitindo uma abordagem profissional atenta na identificação de casos de violência que afetam o diagnóstico e o tratamento da SC (Felix et al., 2022). É fundamental destacar a importância de fortalecer a autonomia sexual e reprodutiva das mulheres como parte dessa abordagem.

5 CONCLUSÃO

A pesquisa permitiu evidenciar a complexidade e a abrangência das vulnerabilidades que permeiam o diagnóstico e o manejo da SG e a SC, abordando suas dimensões individuais, sociais e programáticas. As vulnerabilidades encontradas nas mulheres participantes reafirmam a importância de compreender a sífilis como um problema de saúde pública multidimensional, que demanda ações integradas e efetivas.

O perfil das participantes predominantemente mulheres negras ou pardas, de baixa escolaridade, com condições socioeconômicas desfavoráveis e alta dependência de benefícios governamentais – revela uma situação de vulnerabilidade social significativa. A associação entre escolaridade limitada e desinformação sobre a sífilis foi um fator crucial que comprometeu o acesso e a adesão ao acompanhamento PN adequado. Além disso, barreiras geográficas e financeiras foram identificadas como desafios que dificultam o acesso aos serviços de saúde.

O diagnóstico tardio da SG foi uma das principais causas de transmissão vertical, reforçando a necessidade de intensificar ações que garantam a detecção precoce e o tratamento oportuno. Apesar de a maioria das participantes terem recebido tratamento com benzilpenicilina, houve falhas no tratamento dos parceiros sexuais, contribuindo para a perpetuação da doença. A falta de repetição dos exames para controle do tratamento também foi um fator relevante que evidenciou lacunas na qualidade do acompanhamento.

No âmbito programático, as falhas no acompanhamento PN foram evidentes. Muitas mulheres relataram a falta de orientações consistentes sobre a sífilis, suas formas de transmissão e as implicações para o bebê. A ausência de ações educativas efetivas e de um acompanhamento humanizado reforça a vulnerabilidade programática, dificultando a prevenção da transmissão vertical.

Por outro lado, a dimensão emocional foi marcada por sentimentos de culpa, medo e tristeza vivenciados pelas participantes, sobretudo diante do diagnóstico de SC nos filhos. Esses sentimentos refletem não apenas a vulnerabilidade individual, mas também as imposições sociais e culturais que recaem sobre as mulheres, reforçando estigmas e pressões relacionadas à maternidade.

Com base nos achados, esta pesquisa ressalta a necessidade de ações intersetoriais que considerem as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas. Este cenário exige a implementação de estratégias robustas e intersetoriais para mitigar as deficiências identificadas, com ênfase na articulação entre os âmbitos político, educacional e

programático. No aspecto político, é essencial garantir o financiamento sustentável para programas como a Rede Cegonha e a Agenda Estratégica para Redução da Sífilis no Brasil, com metas claras e mecanismos de avaliação. Além disso, a integração entre saúde, educação e assistência social deve ser ampliada para promover políticas que combatam desigualdades estruturais e alcancem as populações mais vulneráveis. Também é fundamental reforçar a regulação sobre o tratamento de parceiros sexuais, implementando sistemas de monitoramento.

No campo educacional, é necessário estabelecer ações educativas continuadas sobre prevenção da sífilis, utilizando linguagens e canais adaptados às realidades locais. Também se devem introduzir treinamentos regulares para profissionais de saúde em temas como manejo clínico da sífilis, comunicação eficaz e acolhimento humanizado. Ademais, a produção acadêmica sobre a intersecção entre vulnerabilidades sociais e saúde deve ser incentivada, incorporando esses temas nos currículos de graduação e pós-graduação em enfermagem.

No âmbito programático, torna-se indispensável garantir a realização de no mínimo seis consultas de PN, com reforço na testagem rápida e no monitoramento contínuo das gestantes e seus parceiros. Devem-se instituir unidades móveis de saúde para ampliar a cobertura em áreas periféricas e assegurar acesso aos tratamentos recomendados. Além disso, sistemas de busca ativa de gestantes com diagnóstico de sífilis devem ser implementados, priorizando visitas domiciliares para garantir a adesão ao tratamento e a continuidade do cuidado. Por fim, o monitoramento regular dos indicadores de desempenho das unidades de saúde é essencial, oferecendo feedback para ajustes e melhorias na qualidade assistencial.

Como limitação para o estudo destaca-se que, desde a o momento da abordagem das participantes do estudo houve preocupação por parte das mesmas sobre estarem se expondo e exponso seus filhos, o que causava desistencia e limites nas informações a serem prestadas, outras limitações foram, a dependência de relatos retrospectivos sujeitos a vieses de memória e o enfoque em uma AP, que impossibilita a generalização dos resultados.

Contudo, o estudo oferece uma compreensão aprofundada e singular das experiências das mulheres entrevistadas, permitindo reflexões essenciais para a melhoria das políticas e práticas de saúde.

A implementação das propostas aqui apresentadas requer não apenas investimentos estruturais, mas também um compromisso coletivo para reduzir as desigualdades e eliminar a SC como problema de saúde pública no Brasil. Ao unir esforços nos âmbitos político, educacional e programático, é possível avançar significativamente rumo à garantia de cuidado integral e equitativo para todas as gestantes e seus filhos.

REFERÊNCIAS

- ACAUAN, Laura Vargas et al . **Utilização do software iramuteq® para análise de dados qualitativos na enfermagem: um ensaio reflexivo.** Rev. Min. Enferm., Belo Horizonte , v. 24, e1326, 2020 . Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622020000100605&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 17 out. 2023
- ANUGULRUENGGITT, Suvaporn et al. **Gaps in the elimination of congenital syphilis in a tertiary care center in Thailand.** Pediatrics international : official journal of the Japan Pediatric Society vol. 62,3: 330-336, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ped.14132>>. Acesso em: 19 nov. 2024.
- ANDRADE, Ana Laura Mendes Becker. et al. **Diagnóstico tardio de sífilis congênita: uma realidade na atenção à saúde da mulher e da criança no Brasil.** Revista Paulista de Pediatria, v. 36, n. 3, p. 376-378, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462;2018;36;3;00011>> . Acesso em: 29 set. 2022.
- ARAÚJO JÚNIOR , David Gomes. **Vulnerabilidade à transmissão vertical da sífilis: situações programáticas da atenção primária à saúde vivenciadas por gestante no pré-natal. 2019.** Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Ceará, 2019. Acesso em: 23 nov. 2023.
- ARAUJO, Michele Andiarra de Medeiros. et al. **Linha de cuidados para gestantes com sífilis baseada na visão de enfermeiros.** Rev Rene, Fortaleza, v. 20, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/45396> >. Acesso em 09 Set. 2022.
- ARAUJO, Eliete da Cunha; MONTE, Paula Carolina Brabo; HABER, Aranda Nazaré Costa de Almeida. **Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil.** Rev Pan-Amaz Saúde, Ananindeua, v. 9, n. 1, p. 33-39, mar. 2018. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232018000100033>. Acesso em 17 jun 2024.
- AYRES, Jose Ricardo de Carvalho Mesquita; et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios.** In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde – conceitos, desafios, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 117-38, 2003. Disponível em < <https://repositorio.usp.br/item/001528349> >. Acesso em 07 jan 2023.
- AYRES, Jose Ricardo de Carvalho Mesquita . Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. Revista Saúde e Sociedade, v.18, supl.2, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000600003>. Acesso em: 30 jan 2024.
- BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira: 1985.
- BARBOSA, Leticia; PEREIRA NETO, Andre; LIMA, Julyane Felipette. **Avaliação da qualidade da informação de saúde on-line: uma análise bibliográfica da produção acadêmica brasileira.** Saúde em Debate, v. 47, n. 137, p.272-283, abr.2023. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313719> >. Acesso em 16 de dez 2023.

BONFIM, Vitória Vilas Boas da Silva; et al. **A importância do pré-natal no diagnóstico e tratamento da sífilis congênita.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2021. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7969/5127>>. Acesso em 03 de jun de 2024.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação masculina** . Tradução de Maria Helena Kühner. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf Acesso em 07 jan 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial. Secretaria de Vigilância em Saúde. Número Especial.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde, outubro, 2024. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2024.pdf> > Acesso em: 20 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf> Acesso em: 28 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_prioridades_pesquisa_ms.pdf> Acesso em: 19 Out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2020/08/pcdt_ist_final_revisado_020420.pdf> Acesso em: 31 de ago 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde.** – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed.pdf> Acesso em: 30 ago 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação Geral de Vigilância para as Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Agenda Estratégica para Redução da Sífilis no Brasil 2020-2021 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:<<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/08/3.-c-Agenda-estrategica-sifilis- CIT.pdf>> Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids.** Brasília: Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_controle_sifilis_congenita.pdf> Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids.** Brasília, 2007. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_operacional_WEB.pdf> Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa **de Humanização no Pré-natal e Nascimento.** Brasília, 2002. Disponível em<<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 22 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.161, de 27 de Dezembro de 2011.** Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html> Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, 2006. Disponível em:<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html> Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2669, de 03 de novembro de 2009.** Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela

Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. Brasília, 2009. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2669_03_11_2009.html> Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 580, de 22 de março de 2018**. Regulamenta o disposto no item XIII.4 da Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que estabelece que as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS) serão contempladas em Resolução específica, e dá outras providências. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>> Acesso em: 23 out. 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acesso em: 7 jan. 2025.

BRASIL. **Rede Alyne é lançada no Rio de Janeiro para combater violência contra mulheres**. Agência Brasil, 12 set. 2024. Disponível em: https://agenciagov.abc.com.br/noticias/202409/lula-rede-alyne-rio-janeiro-a-gente-quer-protger-mulher-e-familia?utm_source=chatgpt.com. Acesso em: 21 jan. 2025.

BUCHELI, José F Fuertes; et al. **Congenital Syphilis Prevention Challenges, Pacific Coast of Colombia, 2018-2022**. Emerging infectious diseases, 30(5), 890–899, 2024. Disponível em: <https://doi.org/doi.10.3201/eid3005.231273>>. Acesso em: 25 nov 2024.

CAMARGO, B. V; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, 2018. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>> Acesso em: 11 dez 2023.

CERQUEIRA, Brenda Gabriella Tostes de; SILVA, Eliane Pereira da; GAMA, Zenewton André da Silva. **Melhoria da qualidade do cuidado à sífilis gestacional no município do Rio de Janeiro**. Revista de Saúde Pública, v 55, n 34, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/VJtMzCn4PpKcqDFj8GBhMJF/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 08 Set. 2022.

CERVO AL; BERVIAN PA; DA SILVA R. **Metodologia científica**. 6a ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CESAR, Juraci Almeida et al. **Não realização de teste sorológico para sífilis durante o pré-natal: prevalência e fatores associados**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 23, p. e200012, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200012> Acesso em: 24

nov de 2023.

CONCEIÇÃO, Hayla Nunes da; et al. **Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita.** Rev Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1145-1158, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v43n123/0103-1104-sdeb-43-123-1145.pdf> . Acesso em: 17 nov. 2023

COSTA, Camila Chaves da; et al. **Construção e validação de uma tecnologia educacional para prevenção da sífilis congênita.** Acta Paul Enferm, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/KqJmCVzGL3XbdQ3rsCDWGwN/>>. Acesso em 03 de jun 2024.

COUTO, Caroline Eliane. **Avaliação da prevenção da sífilis congênita em serviços de Atenção primária à saúde.** - Botucatu, 2021 Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/829788a5-9e80-4dff-ab9f-c4e319af0ace/content>>. Acesso em 12 jan 2024.

CURI, Paula Land; et al. **Saúde das mulheres em perspectivas: gênero, processos saúde-doença e assistência** / Paula Land Curi, Virginia Dresch e Paloma L R Jashar. Introdução de Paula Land Curi e Beatriz Malheiros Brito. Posfácio de Leila Adesse. – São Paulo: TikiBooks, 2024. (Saúde das Mulheres em Perspectivas, 2) E-Book: EPUB. 204 p.; IL. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/757604519/Livro-1-Saude-Das-Mulheres-Final>> Acesso em 17 de Out 2024.

DAVID, Antoine et al. **Congenital syphilis in Switzerland: a marker of inequality? A mini-review.** Frontiers in public health vol. 11 1265725. 14 Sep. 2023. Disponível em:<<https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1265725>>. Acesso em: 10 nov 2024.

DIAS, Jerusa Araujo Dias; ET AL. **Infecções sexualmente transmissíveis em mulheres afrodescendentes de comunidades quilombolas no Brasil: prevalência e fatores.** Cad. Saúde Pública; 37(2):e00174919, 2021. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/0102-311X00174919>>. Acesso em 16 jun 2024.

DOMINGUES, Carmen Silvia Bruniera et al. **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: vigilância epidemiológica.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v 30, 2021, v. 30. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100002.espl>> Acesso em 29 set. 2022.

FELIX, Vanessa Curitiba; et al. **Ambiente externo da mulher e sífilis congênita à luz da Teoria da Conservação de Levine.** Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. e64047, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.64047>. Acesso em: 18 nov. 2024.

FIGUEIREDO, Daniela Cristina Moreira Marculino de, FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de ; SOUZA, Tanise Kely Bezerra de. **Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita.** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 3, p. e00074519, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00074519>> Acesso em: 04 abril 2024.

FLORÊNCIO, R. S. **Vulnerabilidade Em Saúde: Uma Clarificação Conceitual.** (Tese) Universidade Estadual do Ceará, Doutorado em Saúde Coletiva. 2018. 148p. Disponível em: <<https://www.uece.br/wp-content/uploads/sites/37/2008/12/RAQUEL-SAMPAIO-FLOR%c3%8aNCIO.pdf>>. Acesso em: 07 jan 2023.

GARCIA, Érica Marvila et al. **Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível?.** *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 24, n. 12 , p. 4633-4642, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.31422017> . Acesso em: 07 de jun 2024.

GASPAR, Pâmela Cristina; et al. **Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente transmissíveis 2020: testes diagnósticos para sífilis.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.30, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100006.esp1>> Acesso em: 29 set. 2022.

GIOVANELLA, Ligia; RIZZOTO, Maria Lucia Frizon. **Saúde em Debate. Especial 30 anos de APS no SUS: estratégias para consolidação.** Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v.42, n. especial 1, p.6-11, set 2018. Disponível em: <<https://saudeemdebate.org.br/sed/issue/download/15/v.%2042%2C%20n.%20especial%201>> Acesso em: 27 set. 2022.

GITIRANA, José Valdeci Almeida. *et al.* **Educação em saúde para a prevenção de doenças: uma revisão da literatura.** *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. Ano. 06, Ed. 11, Vol. 08, pp. 134-147. Novembro de 2021. Disponível em:< <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/educacao-em-saude>> Acesso em: 13 dez 2024.

GOMES, Celma Barros de Araújo; et al. **Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras.** *Texto & Contexto – Enfermagem*, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0544>> Acesso em: 05 out. 2022.

GONÇALVES, Mariana Faria. et al. **Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil.** *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v 38 n 3, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.2016-0063>>. Acesso em: 28 set. 2022.

GUERRA, Juliana Vidal Vieira, *et al.* **Fatores de risco para sífilis em mulheres: revisão integrativa.** *Revista de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora*, v. 24, n. 3, p. 628-650, jul./set. 2021. Disponível em:<<https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.16882>>. Acesso em 28 de Out.2024.

GUIMARÃES, Wilderi Sidney Gonçalves. et al. **Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão.** *Caderno de saúde Pública*, v 34 n 5, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0102-311X00110417>> Acesso em: 28 set. 2022.

GUIMARÃES, Marcelle Sampaio de Freitas Ribeiro, et al. **Conocimiento y vulnerabilidad de los participantes en la Tienda de Sífilis: acción de extensión universitaria .** *Enfermería Global*, vol 20, n 3 , 2021. Disponível em : <<https://doi.org/10.6018/eglobal.448771>> . Acesso em: 22 nov. 2023.

HERINGER, Andressa Lohan dos Santos et al. **Desigualdades na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil, 2007 a 2016.** Revista Panamericana de Salud Pública, v. 44, ed 8, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.8>> Acesso em: 17 de nov de 2023.

HOLZTRATTNER, Jessica Strube. et al. **Sífilis congênita: realização do pré-natal e tratamento da gestante e de seu parceiro.** Revista Cogitare Enfermagem, v 24, 2019. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59316>> Acesso em: 10 set. 2022.

KINALSKI, Daniela Dal Forno; et al. **Focus group on qualitative research: experience report.** Revista Brasileira de Enfermagem. Vol. 70, n. 2, p. 424-9, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0091>> Acesso em: 08 jan 2023.

IZOLAN, Thaís do Nascimento. ET AL. **Sífilis: indicadores e gestacionais temporais entre 2008-2018, no Rio Grande do Sul, Brasil.** Revista Associação Médica do Rio Grande do Sul, v 65,2021. Disponível em:< <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1373185/ao-29171.pdf>> Acesso em: 08 Set. 2022.

KROEGER, Karen A. Et al. **Pathways to Congenital Syphilis Prevention: A Rapid Qualitative Assessment of Barriers, and the Public Health Response, in Caddo Parish, Louisiana.** Sex Transm Dis. 2018 Jul;45(7):442-446. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000787. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29465658/> > Acesso em: 09 jan 2024.

LAZARINI, Flaviane Melli; BARBOSA Dulce Aparecida. **Educational intervention in Primary Care for the prevention of congenital syphilis.** Revista latino americana de enfermagem, 2017, 25:e2845. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/gjqXpt8vnSRY8cKFtgKMDbq/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 04 de Jun de 2024.

LEAL, Maria do Carmo. et al. **Assistência pré-natal na rede pública do Brasil.** Revista de Saúde Pública. v 54 n 8, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001458>> Acesso em: 28 set. 2022.

LIMA, Brenda Laudano; SPINOLA , Carolina de Andrade. **Vulnerabilidade social e suas interconexões com a sífilis congênita: O que diz a literatura?** Desenvolvimento em Questão, [S. l.], v. 21, n. 59, p. e14145, 2023. DOI: 10.21527/2237-6453.2023.59.14145. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/article/view/14145>>. Acesso em: 18 jun. 2024.

LIMA, Valdênia Cordeiro et al. **Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste.** Cadernos Saúde Coletiva, v. 30, n. 3, p. 374–386, jul. 2022. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030283>>. Acesso em: 17 jun 2024.

LOBATO, Patrícia Cristina Tavares. et al . **Sífilis congênita na amazônia: desvelando a fragilidade no tratamento.** Revista de Enfermagem UFPE on line, 2021;15:e245767 DOI: 10.5205/1981-8963.2021.245767, Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>> Acesso em: 11 nov. 2023.

MACÊDO, Vilma Costa de. et al. **Fatores de risco para sífilis em mulheres: estudo caso-control.** Revista de Saúde Pública, v 51, n 78, 2017. Disponível em:

<<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007066>> Acesso em: 07 Set. 2022.

MACÊDO, Vilma Costa de. et al. **Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical.** Caderno de Saúde Coletiva, v 28(4):518-528, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040395> Acesso em 23 nov. 2023.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 335–342, mar. 2007. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>>. Acesso em 18junh 2024.

MALDONADO, Maria Terese. **Psicologia da gravidez.** 11ª ed. Petrópolis: Vozes, 1990.

MARTINS, L.O.S.; ANDRADE, R.A. **Quem tem medo da pesquisa quantitativa? Um estudo sobre as verdades e os mitos da utilização do enfoque quantitativo em trabalhos de conclusão de curso de alunos de cursos de graduação em administração.** Textura, Governador Mangabeira, BA, v.9, n 17, p. 129-142, 2016. Disponível em: <http://textura.famam.com.br/textura/article/view/107/93>. Acesso em: 19 Jun. 2022.

MASCHIO-LIMA, Taiza. et al. **Epidemiological profile of patients with congenital and gestational syphilis in a city in the State of São Paulo, Brazil.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 19, n. 4, p. 865–872, set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000400007> Acesso em: 22 nov. 2023.

MATA, Carla Caroline Santos da. **A questão do vínculo mãe-filho: o mito do amor materno.** Colegiado de Psicologia UNIME – Itabuna/BA, 2018. Disponível em: < <https://repositorio.pgsscogna.com.br/bitstream/123456789/21295/1/01-%20A%20quest%C3%A3o%20do%20v%C3%ADnculo.pdf>>. Acesso em: 18 jun 2024.

MEDEIROS, Flávia Andrea Belarmino. et al. **O IRAMUTEQ como ferramenta no processamento de dados em pesquisa qualitativa.** Revista Diálogos em Saúde Pública, Rio Grande do Norte, v1, n 2, 2022. Disponível em: <<https://revistadiálogos.saude.rn.gov.br/index.php/EPS/article/view/26>> Acesso em: 11 dez 2023.

MINAYO, Maria Cécilia de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisas qualitativas em saúde.** 14ª edição São Paulo (SP): Hucitec, 2014.

MORAES, Márcia Maria Santos de; FREIRE, Mayra da Rocha Santos; RUFINO, Vinicius Nascimento. **Sífilis gestacional e congênita: evolução e relação com estratégia saúde da família no sul e extremo sul baiano.** Rev. baiana saúde pública ; 45(3): 10-31, 20213112. 2021. Disponível em: < <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3466/3052> > Acesso em: 09 abr 2024.

MOTTA, Isabella Almeida. et al. **Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta?** Revista Médica de Minas Gerais, v 28, 2018. Disponível em: <<http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180102>>. Acesso em: 10 set. 2022.

MOURA, Samy Loraynn Oliveira . et al. **Percepção de mulheres quanto à sua vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Esc. Anna Nery, v. 25, n. 1, 2021. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v25n1/1414-8145-ean-25-1-e20190325.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2024.

MOURA, Samy Loraynn Oliveira . et al. **Relações de gênero e poder no contexto das vulnerabilidades de mulheres às infecções sexualmente transmissíveis.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação, 26, ,2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/interface.210546>>. Acesso em: 16 ago 2024.

MUSIAL , Denis Cezar; MARCOLINO-GALLI, Juliana Ferreira. **Vulnerabilidade e risco: apontamentos teóricos e aplicabilidade na Política Nacional de Assistência Social.** Revista Eletrônica PUCRS, nº 44, 2019. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/download/12173/8639/> . Acesso em: 19 de nov. 2023.

NASCIMENTO Veridiana Barreto. et al. **Vulnerabilidades de mulheres quilombolas no interior da Amazônia às infecções sexualmente transmissíveis: um relato de experiência.** Interdisciplinary Journal of Health Education. Jan-Jul;2(1):68-73, 2017. Disponível em: <<https://doi.editoracubo.com.br/10.4322/ijhe.2016.029>>. Acesso em 16 ago 2024.

NAVEGA, Débora de Aro; MAIA Ana Cláudia Bortollozi. **Conhecer (e) saber: relatos de pessoas curadas da sífilis.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde;31(2):1-9, 2018. Disponível em:< <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6943/pdf>>. Acesso em 08 jun 2024.

NETO, Fábio de Souza. **Interface entre a atenção primária à saúde e a saúde do trabalhador e da trabalhadora: estudo de caso em Belo Horizonte, Minas Gerais.**[dissertação] Ouro Preto (MG): Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP); 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35043/24897>> Acesso em: 24 set. 2022.

O'CALLAGHAN, Kevin P. et al. **The Congenital Syphilis Prevention Cascade: Reimagining a Missed Prevention Opportunities Framework for Effective Intervention.** Sexually Transmitted Diseases 51(1):p 8-10, January 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001892>> . Acesso em: 08 nov 2024.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes.** - Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2016. Disponível: em <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7563/1/Redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20-%20A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20organizada%20em%20redes.pdf>> Acesso em: 23 set.2022.

OLIVEIRA, Patrícia Alves. **Relações de trabalho e qualificação profissional dos trabalhadores técnicos em enfermagem que atuam no Centro Cirúrgico: o caso de um hospital federal do município do Rio.** 2021. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, FundaçãoOswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.Acesso: 31 de Out de 2023.

OVIEDO, Rafael Antônio Malagón ; CZERESNIA, Dina. **O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação. v. 19, n. 53, pp. 237-250, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436> . Acesso em: 07 jan 2023.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Plan of Action for the Prevention and Control of HIV and Sexually Transmitted Infections (2016-2021).** Washington, DC: PAHO, 2016. 55th Directing Council, 68th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas, Resolution CD44.15. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31411> Acesso em: 12 set. 2022.

PARK, Eunhee et al. **Gaps in the congenital syphilis prevention cascade: qualitative findings from Kern County, California.** BMC infectious diseases vol. 22,1 129. 5 Feb. 2022. Disponível em: < <https://doi.org/doi:10.1186/s12879-022-07100-3>>. Acesso em: 10 nov 2024.

PAZ, Monique Maria Silva da . et al.. Analysis of the anxiety level in high risk pregnancy based on the Beck Anxiety Inventory. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, n. 4, p. 1015–1023, out. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040016>>. acesso em: 17 jan 2025.

PREVIATI, Sabrina Monique; VIEIRA, Daniel Malingre; BARBIERI, Marcia. **A importância do aconselhamento no exame rápido de HIV em gestantes durante o pré-natal.** Journal of Health & Biological Sciences, v. 7, n. 1, p. 75–81. DOI: 10.12662/2317-3076jhbs.v7i1.2104.p75-81.2019. Disponível em:<<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2104>> . Acesso em: 28 set. 2024.

POLIT, Denise F; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7ª edição, Porto Alegre, artmed, 2011.

PORTER, Barbara; LÓPEZ-ANGULO, Yaranay. **Violencia vicaria en el contexto de la violencia de género: un estudio descriptivo en Iberoamérica.** CienciAmérica, vol. 11, no. 1, p. 11, Jan. 2022. Disponível em:< [doi: 10.33210/ca.v11i1.381](https://doi.org/10.33210/ca.v11i1.381)>. Acesso em: 05 nov. 2024.

REIS, Gilson Jácome dos. et al. **Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil.** Caderno Saúde Pública, v.34, n.9, p.e00105517, 2018. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105517>> Acesso em: 29 set. 2022.

RIGO, Felipe Leonardo; et al. **Assistência e fatores educacionais associados a sífilis congênita em uma maternidade referência: um estudo caso-controle.** Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 21 (1): 127-137 jan-mar., 2021. Diponível em: < <https://doi.org/10.1590/1806-93042021000100007>>. Acesso em 18 jun 2024.

ROCHA, Ana Fátima Braga. Et al. **Management of sexual partners of pregnant women with syphilis in northeastern Brazil - a qualitative study.** BMC Health Serv Res. 2019 Jan 24;19(1):65. doi: 10.1186/s12913-019-3910-y. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30678672>> Acesso em: 09 jan 2024.

ROCHA Ivanilde Marques da Silva; BARBOSA Vavilda Silva de Souza; LIMA Anderson Luiz da Silva. **Fatores que influenciam a não adesão ao programa de pré-natal.** Revista Científica de Enfermagem. v.7, n.21, p. 21–29,2017. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/143> . Acesso em 08 jun 2024.

RODRIGUES, Tainá Diana. et al. **Associação entre consolidação da Saúde da Família e menor incidência de sífilis congênita: estudo ecológico.** Revista de Atenção Primária à Saúde. v 25 n 1, 2022. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35513/24818>> Acesso em: 27 set. 2022.

ROSA, Liane Serra da; MACKEDANZ, Luiz Fernando. **A análise temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências.** Atos Pesqui. Educ., v.16, p. e8574, abr. 2021. Disponível em:<<https://proxy.furb.br/ojs/index.php/atosdepesquisa/article/view/8574>> Acesso em: 31 Out 2023.

SANTOS, Dherik Fraga. et al. **Masculinidade em tempos de pandemia: onde o poder encolhe, a violência se instala.** Saúde e Sociedade. São Paulo, v. 30, n. 3, e200535, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200535>> . Acesso em: 05 nov. 2024.

SEHNEM, Graciela Dutra. et al. **Consulta de pré-natal na atenção primária à saúde: fragilidades e potencialidades da intervenção de enfermeiros brasileiros.** Revista de Enfermagem Referência, 2020. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/3882/388263105017/html/>> Acesso em: 28 set. 2022.

SILVA, Hionara Kelly Arcanjo da. et al. **Fatores de risco associados a persistência da sífilis gestacional: uma revisão integrativa.** Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, v 11 n 6, 2022. Disponível em:< <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/29203>> Acesso em: 10 Set 2022.

SILVA, Nathália Cristina do Carmo da. et al . **Conhecimento e prática de promoção da saúde de Enfermeiros da Estratégia saúde da Família.** Revista Brasileira de Enfermagem, v 73, n 5, 2020. Disponível em <:<https://www.scielo.br/j/reben/a/zHjstjKpqMbr4SDYt3g83G/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 10 set. 2022.

SOARES, Juliana Pontes. et al. **Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis em cortadores de cana-de-açúcar: subsídios para o cuidado.** Rev. Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 28, 2020. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3425.3306>> . Acesso em: 17 nov. 2023.

STEWART, Moira. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico.** Artmed Editora, 2017. Disponível em:<<https://www.slowmedicine.com.br/wp-content/uploads/2018/09/STEWART-et-al->

[2017_Medicina-Centrada-na-Pessoa_-Tr-Moira- Stewart.pdf](#).> Acesso em: 07 jan 2023.

VICENTE, Jéssica Batistela. et al. **Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: women's experiences from the perspective of symbolic interactionism**. Rev Bras Enferm. 2023;76(1):e20220210. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0210pt>>. Acesso em: 13 jan 2024.

VIVEROS, Alisson; et al. **Nivel de conocimiento de Sífilis en adolescentes de dos Instituciones Educativas del distrito de Buenaventura**. Revista de la asociacion colombiana de ciencias biologicas, 1(33), 10–20, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.47499/revistaaccb.v1i32.226>>. Acesso em 08 nov 2024.

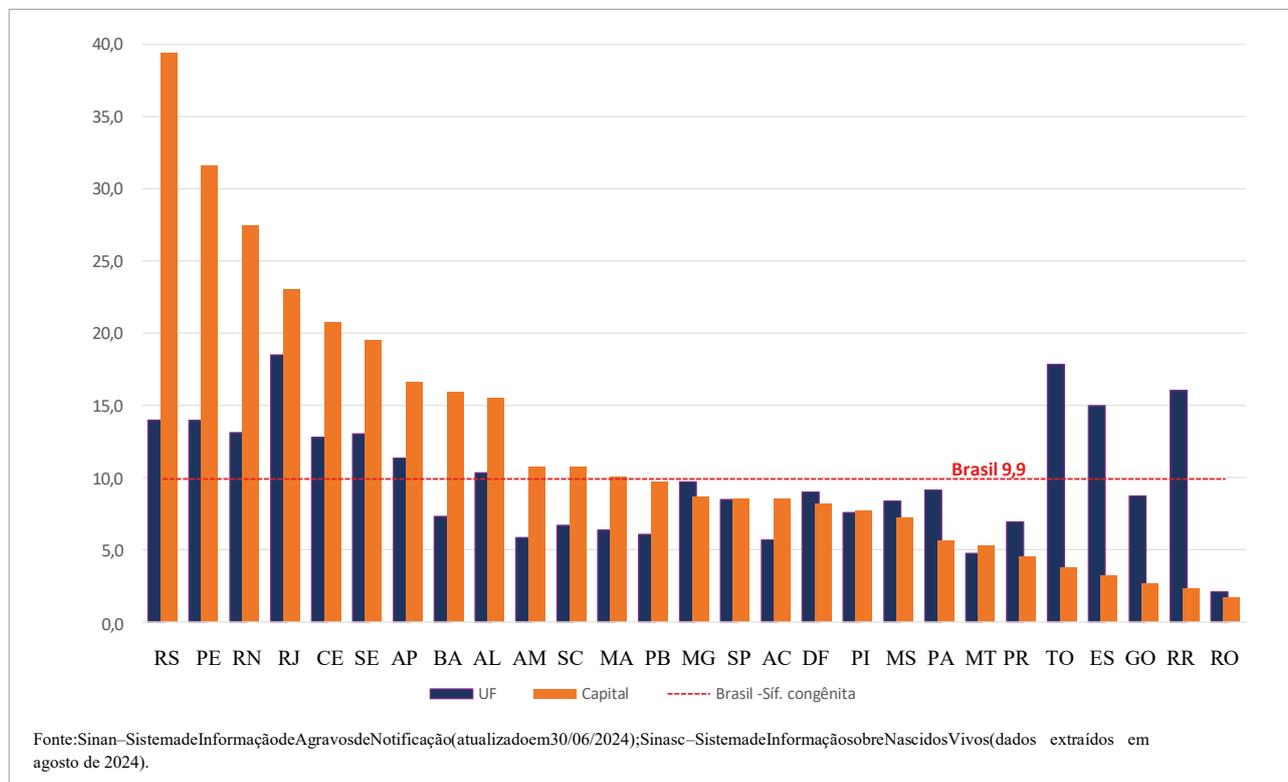
World Health Organization. The global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action [Internet]. Geneva: WHO; 2007 [cited 2020 Oct 20]. Disponível em: <<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241595858/en/>> Acesso em: 09 jan 2024.

Wu D, Hawkes S, Buse K. **Prevention of mother-to-child transmission of syphilis and HIV in China: what drives political prioritization and what can this tell us about promoting dual elimination?** Int J Gynecol Obstet. [Internet]. 2015; 130(1):S32-S6. [Access]. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729215002027> DOI 10.1016/j.ijgo.2015.04.005.

ZHANG, Chenglei et al. **A model of prevention of mother-to-child transmission and health management team for improving adverse outcomes of pregnancy syphilis in Ningxia, China**. BMC infectious diseases vol. 24,1 1134. 10 Oct. 2024. Disponível em: <https://doi.org/doi:10.1186/s12879-024-10029-4>>. Acesso em: 11 nov 2024.

ANEXO

Figura 1- Taxa de incidência de sífilis congênita (por 1.000 nascidos vivos) segundo Unidade da Federação e capitais. Brasil, 2023



APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTUTURADA**1 PERFIL SÓCIO- ECONÔMICO- DEMOGRÁFICO**

1- Data da entrevista:		
2- Idade:		
3- Cor: 3 ^a () branca 3b () preta 3c () parda 3d () amarela 3e () Indígena		
4- Escolaridade: 4 ^a () Analfabeta 4b () 1 ^a a 4 ^a série incompleta do Ensino Fundamental 4c- () 4 ^a série completa do Ensino Fundamental 4d () 5 ^a a 9 ^a série incompleta do Ensino Fundamental 4e () Ensino Fundamental completo 4f () Ensino médio incompleto 4g () Ensino médio completo 4h () Educação superior incompleta 4i () Educação superior completa ou mais.		
5- Estado civil: 5 ^a () solteira 5b () casada 5c () união estável 5d () divorciada 5e () viuva () separada () vivendo com companheiro		
Ocupação:		
Renda familiar:		
Reside com quem?		
Recebe algum tipo de benefício do governo? Qual?	9 ^a () sim	9b () não
10- Você tem alguma religião? Qual?	10 ^a () sim	10b () não

2 HISTORIA DA SITUAÇÃO DA SIFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA

11- Idade gestacional no início do pré-natal:		
12- Número de consultas de pré-natal:		
13- Idade gestacional no diagnóstico da sífilis:		
14- Classificação clínica da sífilis: 14a () Primária 14b () Secundária 14c () Terciária 14d () Latente		
15- Tipo de tratamento realizado: Penicilina G Benzatina - esquema de tratamento prescrito: 15a () 2.400.000 UI. 15b () 4.800.000 UI. 15c () 7.200.000 UI ou 15d () Outro esquema de tratamento: _____ 15e () Não houve tratamento		
16- Tem parceiro: 16a () Sim 16b () não		
17- Parceiro tratado: 17a () Sim 17b () não		
18- Tipo de tratamento prescrito: 18a () 2.400.000 UI. 18b () 4.800.000 UI. 18c () 7.200.000 UI 18d () Outro esquema de tratamento: _____		

19- Repetição dos exames para controle do tratamento e cura: 19a () sim 19b () não	
Data do exame:	Titulação do exame:
Data do exame:	Titulação do exame:
Data do exame:	Titulação do exame:
Data do exame:	Titulação do exame:
20- Fez uso de álcool durante a gestação: 20a () sim 20b () não	
21- Fez uso de tabaco durante a gestação: 21a () sim 21b () não	
22- Fez uso fez uso de drogas ilícitas durante a gestação: 22a () sim 22b () não	
23- Durante a gestação viveu em situação de rua: 23a () sim 23b () não	
24- Uso de algum meio de transporte para ir as consultas de pré-natal: 24a () sim 24b () Não Qual?	
25- Me fale sobre seu acompanhamento pré natal, após você ser diagnosticada com sífilis.	
26- Como foi pra você receber o diagnóstico de sífilis? Já teve sífilis anteriormente?	
27- Descreva sua percepção quanto ao acesso aos serviços de saúde em relação ao diagnóstico (exames), tratamento da sífilis em sua gestação e prevenção da sífilis congênita.	
28- Comente por favor sobre os esclarecimento, caso tenha recebido, em relação a sífilis na gestação, como prevenir e transmissão para o feto.	
29- Caso tenha parceiro, relata como foi contar ao seu parceiro sobre estar com sífilis, como ele reagiu, se fez tratamento e qual medicação foi prescrita.	

Obrigada pela participação!

APÊNDICE B: TERMO DE CONFIDENCIALIDADE



Termo de Confidencialidade Comitê de ética em pesquisa da EEAN/HESFA

Título do Projeto: A TRANSMISSÃO VERTICAL DA SÍFILIS CONGÊNITA NAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DAS USUÁRIAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .

Eu, Adriana de Oliveira Sarefino, pesquisadora e coordenadora do presente projeto de pesquisa, me comprometo a preservar a privacidade dos dados disponibilizados pela Divisão da Vigilância em Saúde (DVS), na coordenadoria geral de atenção primária da AP 5.3. Os documentos disponibilizados para consulta serão acessados exclusivamente pela equipe de pesquisa e arquivados em papel ou documento digital sem que haja identificação pessoal das informações coletadas, podendo ser utilizadas siglas para o controle da pesquisa. Os dados coletados serão arquivados de forma a garantir acesso restrito aos pesquisadores envolvidos e guardados por cinco anos. Igualmente, afirmo que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto de pesquisa, e divulgadas de forma anônima

**APENDICE C – PALAVRAS REPRESENTATIVAS DAS CLASSES CONFORME
PERFIS DE CHD – RELATÓRIO IRAMUTEQ**

As primeiras palavras mais representativas da Classe 1				
OCORRÊNCIA DE PALAVRAS POR ORDEM DECRESCENTE DE CHI²				
Palavras	Ocorrência na classe (eff.st)	Ocorrência no corpus (eff.total)	Classe/Corpus %	Chi²
Diagnóstico	8	20	40.0	16.19
Tomar	4	11	36.36	5.47
Receber	8	34	23.53	5.38
Sífilis	9	43	20.93	5.11
Ficar	4	16	25.0	2.11

As primeiras palavras mais representativas da Classe 2				
OCORRÊNCIA DE PALAVRAS POR ORDEM DECRESCENTE DE CHI²				
Palavras	Ocorrência na classe (eff.st)	Ocorrência no corpus (eff.total)	Classe/Corpus %	Chi²
Feto	14	15	93.33	58.54
Transmissão	14	16	87.5	53.76
Orientação	14	17	82.35	49.54
Prevenir	13	15	86.67	48.13
Gestação	13	20	65	31.66
Receber	14	34	41.18	15.81
Sífilis	14	43	32.56	8.75
Serviços de Saúde	6	16	37.5	3.05
Falar	6	17	35.29	2.44

As primeiras palavras mais representativas da Classe 3				
OCORRÊNCIA DE PALAVRAS POR ORDEM DECRESCENTE DE CHI²				
Palavras	Ocorrência na classe (eff.st)	Ocorrência no corpus (eff.total)	Classe/Corpus %	Chi²
Doença	7	10	70.0	16.06
Transmitir	5	6	83.33	14.63
Nascer	7	11	63.64	13.56
Pegar	3	3	100.0	11.24
Grave	3	3	100.0	11.24
Saber	6	10	60.0	10.8
Internar	3	5	60.0	4.61
Achar	4	8	50.0	4.23
Palestra	2	3	66.67	3.7
Acesso	2	3	66.67	3.7
Bebê	5	12	41.67	3.39
Seviços de saúde	6	16	37.5	3.05

As primeiras palavras mais representativas da Classe 4				
OCORRÊNCIA DE PALAVRAS POR ORDEM DECRESCENTE DE CHI²				
Palavras	Ocorrência na classe (eff.st)	Ocorrência no corpus (eff.total)	Classe/Corpus %	Chi²
Normal	6	6	100.0	25.97
Pré-natal	10	19	52.63	17.44
Acompanhamento	8	17	47.06	10.23
Consulta	4	6	66.67	8.79
Gravidez	4	6	66.67	8.79
Descobrir	5	9	55.56	8.04
Bom	6	13	46.15	6.73
Vez	4	8	50.0	4.98
Escutar	2	3	66.67	4.18
Hospital	3	6	50	3.6

As primeiras palavras mais representativas da Classe 5				
OCORRÊNCIA DE PALAVRAS POR ORDEM DECRESCENTE DE CHI²				
Palavras	Ocorrência na classe (eff.st)	Ocorrência no corpus (eff.total)	Classe/Corpus %	Chi²
Exame	13	15	86.67	48.13
Clínica da família	6	7	85.71	18.74
Pedir	4	4	100.0	15.24
Tranquilo	4	4	100.0	15.24
Sangue	5	6	83.33	14.63
Semana	3	3	100.0	11.24
Dar	5	8	62.5	8.83
Passar	3	4	75.0	7.05
Parceiro	3	4	75.0	7.05
Só	6	12	50.0	6.84
Acompanhar	4	8	50.0	4.23
Negativo	2	3	66.67	3.7
Companheiro	2	3	66.67	3.7
Acompanhamento	6	17	35.29	2.44

