



CUIDADO EM SAÚDE DIANTE DO DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO: PERCEPÇÕES DE MULHERES JOVENS

Monika Wernet*
Patrícia Akari Nakao**
Gabriele Petruccelli***
Natália Simão Godoy Barboza****
Mellina Yamamura*****
Eliane de Lima Leite Sansão*****

RESUMO

Objetivo: conhecer as percepções de mulheres jovens diagnosticadas com sífilis no período gestacional acerca da doença e do cuidado em saúde. **Metodologia:** estudo exploratório, transversal, de abordagem qualitativa, apoiado no Interacionismo Simbólico. Desenvolveu-se na maternidade de um município no interior do estado de São Paulo. A coleta de dados ocorreu entre julho/2023 e abril/2024. Foram entrevistadas 16 mulheres, no período puerperal, com idades entre 15 e 24 anos, diagnosticadas com sífilis durante a gestação. A análise dos dados foi direcionada pela análise temática e aconteceu concomitantemente à coleta, encerrando-se em junho de 2024. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** o estigma social da sífilis reverberou nas relações com o profissional de saúde e interferiu negativamente no cuidado. Os temas “Profissionais de saúde: interações e (des)informações”, “Tratamento da gestante e sua(s) parcerias(s)” e “Família e parceria: interações e (des)amparos” retratam as percepções sobre a sífilis e o cuidado em saúde. **Considerações finais:** é premente a revisitação da abordagem de cuidado no contexto da sífilis gestacional, valorizando a mulher enquanto pessoa e considerando a determinação social de sua vida e saúde. A internet surge como recurso informacional, com indicativas de ponderá-la nas ações de educação em saúde.

Palavras-chave: Sífilis. Saúde da Mulher. Saúde Pública. Gravidez. Comportamento Materno.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Sua principal forma de transmissão é por via sexual, porém pode ocorrer de forma vertical quando a doença for diagnosticada na gestação (sífilis gestacional (SG)) e não for tratada ou o for inadequadamente. Quando ocorre a transmissão da bactéria ao feto, tem-se a sífilis congênita (SC)⁽¹⁾.

Boa parcela das pessoas com sífilis são assintomáticas. Quando não tratada, a doença pode evoluir para formas mais graves, com consequências ao sistema nervoso e cardiovascular. A transmissão vertical é passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna, podendo ter consequências severas para o conceito. Entre mulheres com sífilis não tratada, 40% das gestações resultam em aborto

espontâneo; naquelas com ausência de tratamento eficaz; 11% das gestações resultarão em morte fetal a termo; e 13% resultarão em parto pré-termo ou baixo peso ao nascer⁽¹⁾. Cerca de 20% dos recém-nascidos apresentarão sinais sugestivos de SC⁽¹⁾.

A sífilis é um problema de saúde no Brasil e no mundo e, desde 2005, sua notificação é compulsória. Fato é que nosso país já enfrentava dificuldades no controle da doença; entretanto, estas foram agravadas ao longo e após a pandemia da COVID-19, muito devido à subnotificação e acompanhamento lacunar de casos, sobretudo da SG e SC⁽²⁾. Todavia, sabe-se que as notificações dos casos são essenciais para a tomada de decisão, vigilância em saúde, gerenciamento do cuidado, rastreamento do trinômio (pai, mãe e recém-nascido) e tratamento adequado.

O Boletim Epidemiológico revelou, entre

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar. E-mail: mwernet@ufscar.br ORCID id: <https://orcid.org/0000-0002-1194-3261>

**Graduanda em Enfermagem. E-mail: patricia.akari06@gmail.com ORCID id: <https://orcid.org/0000-0003-2213-183X?lang=pt>

***Enfermeira. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar. E-mail: gabi.petruccelli@hotmail.com ORCID id: <https://orcid.org/0000-0002-1415-5172>

****Graduanda em Enfermagem. E-mail: natalia.sgb@hotmail.com ORCID id: <https://orcid.org/0000-0003-1560-0263>

*****Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da UFSCar. E-mail: mellina@ufscar.br ORCID id: <https://orcid.org/0000-0001-5228-8788>

*****Enfermeira. Maternidade Dona Francisca Cintra Silva da Santa Casa de São Carlos. E-mail: elianedelimaite@yahoo.com.br ORCID id: <https://orcid.org/0009-0008-3686-7737>

janeiro e junho de 2022, a ocorrência de 31.090 casos de SG e 12.014 de SC no Brasil⁽³⁾, assinalando-as enquanto problemas de saúde pública que reclamam por ações longitudinais de atenção e vigilância à saúde, constituindo-se um desafio ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro⁽⁴⁾.

Em 2021, segundo o Ministério da Saúde (MS), foram notificados, no Brasil, 74.095 casos de sífilis em gestantes (coeficiente de incidência de 27,1 por 100 mil/habitantes)⁽³⁾. Por esse motivo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) toma a sífilis como prioridade para implementação de ações. Inclusive, a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável assumiu compromissos para redução de 90% da incidência dessa doença⁽⁴⁾.

A OMS e o MS do Brasil tomam, cronologicamente, como adolescentes, aqueles indivíduos entre 10 e 19 anos, e, como jovens, aqueles entre 15 e 24 anos⁽⁵⁾. Em 2022, os jovens e adolescentes contabilizavam aproximadamente 22% da população brasileira⁽⁶⁾. Durante essa fase, a sexualidade se manifesta de modos singulares. É comum haver curiosidades e desejos por viver relacionamentos amorosos e experimentações sexuais, aspecto que predispõe esse segmento populacional à aquisição de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)^(1,7).

A gravidez na adolescência é situação de considerável incidência no Brasil, bem como configura-se em uma das principais causas de morbimortalidade de mulheres nessa faixa etária⁽⁵⁾. Em relação à sífilis, identificou-se, em tempos recentes, um aumento exponencial na incidência da doença entre jovens e adolescentes⁽⁸⁾. Dessa forma, a prevenção da transmissão de sífilis nesta população perpassa o suporte informacional e empoderamento para mudanças no comportamento sexual⁽⁹⁾.

Neste interim, está assinalada a premência de intervenção para a redução da taxa de SG e SC por meio da disponibilidade e qualidade dos cuidados pré-natais, o direito aos testes sorológicos de rotina para detecção da doença durante o pré-natal e parto, e, sobretudo, o acompanhamento dessas mulheres e suas crianças⁽¹⁰⁾. Logo, torna-se evidente que a mulher, desde o diagnóstico da sífilis na gestação, deve ser acompanhada e tratada, inclusive após o parto, com indicativas de seguimento trimestral até o 12º mês pós-parto⁽²⁾.

Nesse aspecto, não se pode deixar de acolher os sofrimentos e preocupações advindas com o diagnóstico da sífilis, em especial quando ocorridos na adolescência e juventude. Assinala-se o papel estratégico do enfermeiro no pré-natal, no tratamento da SG e na prevenção da transmissão vertical da doença⁽¹¹⁾.

Sendo assim, este estudo justifica-se por buscar expandir e adensar os conhecimentos relativos ao cuidado em saúde diante da SG na juventude, relevância alinhada à reemergência da doença com incremento de índices na adolescência. Logo, indagou-se: como jovens diagnosticadas com sífilis no período gestacional concebem e vivenciam a doença e o cuidado em saúde? O objetivo foi de conhecer as percepções de mulheres jovens diagnosticadas com sífilis no período gestacional acerca da doença e do cuidado em saúde.

METODOLOGIA

Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, devido à intenção de acessar experiência específica, com atenção aos significados e percepções⁽¹²⁾. Utilizou-se, enquanto referencial teórico, o Interacionismo Simbólico, uma vez que este compreende as significações como resultantes das interações sociais. Seu foco é apreender a maneira pela qual as pessoas percebem os fatos à sua volta e como elas agem em relação a esses. Ainda, a maneira como o ser humano interpreta os fatos e se comporta perante alguém ou algo depende do significado dado aos elementos presentes neste contexto. Os significados resultam dos processos interacionais e são modificáveis⁽¹³⁾. O presente estudo foi estruturado de acordo com o guia *Consolidated criteria for REporting Qualitative research* (COREQ)⁽¹⁴⁾.

A pesquisa foi desenvolvida junto à maternidade da Santa Casa de Misericórdia de um município do centro-leste do interior do estado de São Paulo, Brasil, que apresenta uma população estimada de 254.857 habitantes⁽¹⁵⁾. Foi escolhido esse local por ser o único serviço público para parto e nascimento da cidade. Sendo assim, possui chances diferenciadas de identificar mulheres com potencial para integrar o estudo.

As participantes foram selecionadas por conveniência, devendo atender aos seguintes critérios de inclusão: ter sido diagnosticada com sífilis no período gestacional; ter o diagnóstico

ocorrido na faixa etária dos 15 aos 24 anos; e deter condições para se envolver em diálogo compreensível. Foi critério de exclusão não ser emancipada, se menor de 18 anos, na data da coleta de dados.

A captação das participantes ocorreu junto ao setor de alojamento conjunto da maternidade da Santa Casa de Misericórdia do município. Ela foi intermediada pela enfermeira do setor que consultava a mulher acerca do interesse em conhecer o estudo. Na existência, a segunda autora do artigo, com experiência em estudos qualitativos, dirigia-se junto ao local e explicava para a mulher, de modo detalhado, a pesquisa, e, mediante aceite, agendava a entrevista para, após a alta hospitalar, sendo realizado contato telefônico um dia antes para confirmação da mesma.

Foram convidadas 23 mulheres para integrar o estudo, das quais três não aceitaram participar alegando ausência de interesse em discutir sobre esse assunto. Quatro delas, mesmo aceitando o convite, não responderam às tentativas de contato posteriores. Destaca-se que eram realizadas, no máximo, três tentativas de contato com cada mulher. No total, foram entrevistadas 16 participantes, todas no período puerperal. Vale destacar que, no momento anterior às entrevistas, era realizada leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com o intuito de esclarecer dúvidas, e após, diante da concordância, era realizada a assinatura do mesmo.

As entrevistas foram semiestruturadas⁽¹⁶⁾, portanto, desenvolvidas a partir de um conjunto de questões previamente formuladas, mas que permitem abertura para exploração de outros elementos colocados em diálogo. Aconteceram, presencialmente, no ambiente domiciliar das entrevistadas, no período de julho/2023 a abril/2024, sendo agendadas em dias e horários pactuados com as participantes. Todas foram conduzidas pela segunda autora, graduanda em enfermagem, com experiência em estudos qualitativos, supervisionadas pela primeira autora.

Não foram realizadas nenhuma entrevista piloto ou entrevistas repetidas. Destaca-se que, antes do estudo, não foi estabelecido nenhum tipo de relacionamento com as participantes por parte da entrevistadora. Durante as entrevistas, não havia mais ninguém presente no ambiente domiciliar, excetuando a criança da entrevistada. Com relação ao número de participantes, o critério de

suficiência foi adotado, tomando por base a compreensão alcançada sobre o fenômeno de interesse⁽¹⁹⁾.

Os dados de caracterização das participantes foram coletados como primeira etapa da entrevista, sendo eles idade, raça, número de gestações, quantidade de filhos vivos, quantidade de consultas de pré-natal, tratamento realizado, histórico de reinfeção, com quem reside e provedor(es) da renda familiar. Essas informações foram analisadas a partir da distribuição de frequências.

Como disparador inicial da segunda etapa da entrevista, adotou-se a colocação: rememore quando recebeu o diagnóstico da sífilis e conte-me como aconteceu o cuidado a você. A seguir, de forma articulada ao exposto, apresentavam-se as seguintes perguntas ao longo da entrevista: (1) Você tinha conhecimento sobre a doença? Como obteve este conhecimento? (2) Os profissionais buscaram esclarecer sobre a sífilis para você? Seu conhecimento foi ampliado com a explicação recebida? (3) Como se sentiu quando recebeu o diagnóstico, o que veio em seus pensamentos? Quais ações foram tomadas? (4) Seu companheiro/pai da criança foi abordado pelos profissionais? (5) Seu companheiro/pai da criança e você conversaram sobre a situação? Como foi a conversa? (6) Quais preocupações vieram com o diagnóstico? Como fez para lidar com essas preocupações? (7) Como percebeu a atuação da equipe de saúde no seu pré-natal? (8) E agora no seu pós-parto?

A duração média das entrevistas foi de 35 minutos. Todas foram audiogravadas, mediante autorização da participante, e, posteriormente, transcritas com auxílio do *software Transcripator*[®]. Logo após, era realizada dupla conferência do material, garantindo sua validação.

A análise dos dados ocorreu de modo concomitante à coleta, encerrando-se em junho de 2024, e esteve apoiada na análise temática⁽¹⁷⁾. Este processo analítico envolveu a familiarização com os dados a partir de leituras reiteradas das transcrições, bem como a exportação destas para o *software MAXQDA*[®], ferramenta que auxiliou na codificação, exploração e organização dos dados⁽¹⁸⁾. Com o suporte deste, foram selecionados excertos com o intuito de gerar códigos, que posteriormente compuseram os temas, a partir dos quais os resultados foram reportados. Para o estabelecimento de consenso e validação destes, os

demais autores do artigo contribuíram revisando as codificações, com discussão das divergências e estabelecimento de consensos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, sob Parecer nº 6.200.614 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 69634923.1.0000.5504. Todos os preceitos éticos foram respeitados, tomando as normas do Conselho Nacional de Saúde. As participantes tiveram suas identidades preservadas, estando os excertos identificados com a letra “M”, alusivos à palavra “mulher”, seguidos pelo número arábico representativo da ordem de sua participação no estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistadas 16 gestantes que apresentaram *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) reagente durante o pré-natal e/ou parto. No momento das entrevistas, todas já estavam no puerpério. A idade média das participantes foi de aproximadamente 18 anos. Destas, 11 referiram ter realizado mais de seis consultas de pré-natal em unidades de Atenção Primária à Saúde. Por outro lado, para cinco delas, o número de idas ao serviço foi aquém do preconizado, sendo dois o menor número. Além disso, três delas tinham o histórico de reinfecção pelo *Treponema pallidum*, e duas delas, de tratamento inadequado. Todas as mulheres deste estudo eram pretas ou pardas. Dados adicionais de caracterização das participantes estão apresentados no Quadro 1.

Tabela 1. Caracterização das participantes do estudo quanto à idade, quantidade de filhos, com quem reside e fonte de renda. São Carlos, São Paulo, Brasil, 2024

Mulher	Gestação	Idade	Filhos	Com quem reside	Renda
Mulher 1	1	18	1	Companheiro	Renda do companheiro
Mulher 2	4	24	4	Com os filhos	Benefícios sociais
Mulher 3	1	17	1	Com os pais	Renda dos pais
Mulher 4	2	21	2	Mãe e filhos	Renda da mãe e benefícios sociais
Mulher 5	1	17	1	Companheiro	Renda do companheiro
Mulher 6	3	21	2	Companheiro	Renda própria e do companheiro
Mulher 7	2	23	2	Mãe e filhos	Renda da mãe e benefícios sociais
Mulher 8	2	18	2	Companheiro e filhos	Renda do companheiro
Mulher 9	4	24	4	Mãe e filhos	Renda da mãe e benefícios sociais
Mulher 10	2	22	2	Companheiro e filhos	Renda do companheiro
Mulher 11	3	23	3	Mãe e filhos	Renda da mãe e benefícios sociais
Mulher 12	2	19	2	Companheiro e filhos	Renda do companheiro e benefícios sociais
Mulher 13	1	16	1	Pais e irmãs	Renda dos pais
Mulher 14	2	20	2	Companheiro e filhos	Renda do companheiro
Mulher 15	3	23	3	Mãe, irmão e filhos	Renda da mãe e benefícios sociais
Mulher 16	3	24	3	Com os filhos	Benefícios sociais

Fonte: autoria própria.

Neste cenário, estudo cearense, voltado aos desfechos da SC em filhos de mães infectadas, apontou para a alta incidência da SC em filhos de adolescentes, destacando que isso pode estar associado a lacunas no pré-natal⁽²⁰⁾.

No presente artigo, tornou-se evidente a prevalência de famílias matriarcais, assim como o predomínio de benefícios sociais enquanto importantes fontes de renda para as mulheres participantes deste estudo. A partir deste último dado, pode-se inferir que as condições socioeconômicas das mulheres entrevistadas são limítrofes. De acordo com a literatura, os programas de transferências de renda são uma das estratégias para garantir condições básicas de vida,

porém são prementes políticas sociais que se articulem com as de saúde, considerando grupos específicos⁽²¹⁾. Ademais, a baixa remuneração é um determinante no contexto da SG⁽²²⁾.

Análise epidemiológica da SG na região Sudeste associou a predominância da doença em pessoas pretas e pardas em situação de vulnerabilidade econômica e social⁽²³⁾, fato este que vai ao encontro com as informações coletadas no presente estudo.

Os resultados obtidos apontam que as mulheres perceberam preconceitos por parte da grande maioria dos profissionais diante da condição delas, aspecto que obstaculizou o estabelecimento de um relacionamento entre eles, com desdobramentos

para os alcances do cuidado em saúde. Há comunicação e suporte informacional truncados, e as mulheres sentiram-se desamparadas, sós e culpadas. Os temas “Profissionais de saúde: interações e (des)informações”, “Tratamento da gestante e sua(s) parceria(s)” e “Família e parceria: interações e (des)amparos” representam a análise dos dados obtidos, estando o primeiro deles subdividido em “Diagnóstico e entendimento da sífilis” e “Consultas de pré-natal”.

Tema: Profissionais de saúde: interações e (des)informações

Subtema: Diagnóstico e entendimento da sífilis

As mulheres deste estudo significaram a sífilis como uma doença socialmente estigmatizada, conceito que atuou como determinante para restringir a interação dela com os profissionais e pessoas de sua família, inclusive sua(s) parceria(s) sexual(is).

Diante do diagnóstico de SG, o primeiro símbolo que veio à mente das participantes foi àquele relativo aos rótulos da doença. Perceberam-na como uma infecção vinculada ao sexo, à promiscuidade e/ou à traição conjugal. Desse modo, relataram sentir vergonha e desconforto mediante a notícia de estarem com sífilis e de esta ter potencial de causar danos à criança, o que as deixava tristes e preocupadas.

Ixi, quando falou sífilis, lascou. Eu sabia que era de sexo, que pega no sexo. Daí, quando o médico falou da coisa do bebê, ali fiquei nervosa, um aperto no coração. Eu só fiquei ouvindo, deu vontade de chorar, queria entender, só fiquei ouvindo. (M5)

Fiquei sem graça, assim, como posso dizer, sem jeito, desconjuntada. Fiquei sem jeito até de olhar na cara dela (enfermeira). Sabe algo de “faz coisa errada hein”. E olha que nem sou disto, não. Tive uns três namorados e agora moro com o pai dele. Sífilis é doença de sexo, né? (M8)

Eles (profissionais) com aquele olhar de “mulher com sífilis” para mim. Eu sempre sem jeito. Daí eu dizia “aham”, “sim”, “tá”. Acho que como era minha 4ª (gestação). Eles achavam que eu já manjo tudo. Segunda vez da sífilis, mas fica aquela coisa assim, como de novo, sabe? (M9)

Uma doença muito mal vista. As pessoas só pensam “que é isto, meu Deus do Céu”, sabe? “Ah, nossa aquele ali tem”, e não é uma infecção de urina, né?

Então, é vista com preconceito, sim, porque tem muito preconceito em cima disso, você sente ali na conversa. Te olham como sífilis e só. (M12)

Dá vergonha, né?Dá, porque às vezes a pessoa vai passar o que na cabeça da pessoa? Entendeu? Então, dá vergonha. Eles vão sair comentando e é uma coisa assim [...]. Não é que é vergonha, é chato as outras pessoas ficarem sabendo, mesmo sendo profissional, você sente, sabe, aquele olhar, sífilis. (M15)

É inegável ser o estigma um importante aspecto para a tessitura do cuidado no contexto da sífilis. Nessa direção, as mulheres clamavam por apoio emocional, que perpassou o modo como o profissional e outros se portavam quando em interação com a gestante diagnosticada com “sífilis”⁽⁸⁾. Sendo assim, romper a barreira do estigma que cerca a sífilis para promover ressignificações e mudanças comportamentais⁽¹⁴⁾ é um desafio ao cuidado em saúde.

Neste cenário, um projeto desenvolvido no estado do Rio Grande do Norte, Brasil, oportunizou aos profissionais e gestores a vivência do ser testado e de receber aconselhamento como estratégia para modificar pensamentos e práticas⁽²⁴⁾. Neste estudo, a equipe do projeto reconheceu, assim como as participantes, a urgência de se “retirar o véu do estigma”, desmistificar e desconstruir tanto tabus quanto preconceitos⁽¹⁾. Tal atitude é de grande importância, pois, ao compartilharem uma visão diferente da anterior, estabeleceram-se novos significados e comportamentos sociais⁽¹⁴⁾.

Outra pesquisa mostrou que o significado simbólico, dado pelas gestantes, de ter sífilis, foi reconstruído⁽¹⁴⁾ ao adquirirem mais conhecimentos sobre a doença, o tratamento materno, a cura e a prevenção da transmissão vertical⁽²⁵⁾. Tal fato também ficou evidente em nosso estudo.

Subtema: Consultas de pré-natal

De acordo com as entrevistadas, o pré-natal resumiu-se às consultas, durante as quais as interações com os enfermeiros e/ou médicos foram significadas como superficiais e limitadas à solicitação de exames e acompanhamento do desenvolvimento gestacional/da criança.

No que concerne à sífilis, o resultado reagente do teste rápido gerava a solicitação do profissional para realização do exame de sangue para

confirmação, assim como uma pronta explicação sobre a doença, com ênfase às consequências para a criança. Segundo as participantes, essa informação edificou o significado de poder ser ela, mulher e mãe, geradora de dano à sua criança, símbolo com o qual ficava em intensa reflexão, sendo constantemente retomado durante a gestação.

Fica aqui na minha cabeça a coisa dele ficar cego (do filho). Eu pensei “Nossa e agora?”, porque minha médica já falou: “Se você não cuida, ele pode nascer cego, pode nascer deficiente, retardado”, aí fiquei sabe, muito, muito mal, até por um psicólogo passei. (M7)

Então, eu pensava em que eles falavam, que pode ficar cego, surdo, com problema de cabeça, que tinha que fazer exame da costinhas, daí fiquei preocupada e pensava tadinho se tudo isto ocorrer com ele. Daí, eu tomava as injeções doídas, mas pensava “é para não passar para ele, é para ele não sofrer, não ficar retardado”. (M4)

Ah, na hora que falou assim que o nenê podia nascer com problema, aí eu fiquei preocupada. (M10)

O pré-natal era aquilo, entra, pergunta como está, só para perguntar, pesa, vê pressão, mede a barriga e se tem exame para aquele mês pede, sempre assim. A sífilis só falaram quando descobriu e depois perguntavam se fez a injeção e se o marido tratou. Ah, e sempre falando do neném, do que pode acontecer, de ficar cego, com problema de cabeça, isto sempre. (M14)

As mulheres descreveram também que as orientações sobre sífilis ofertadas pelos profissionais aconteceram sem nenhum tipo de conforto relacional, sendo inexistente um espaço no qual elas pudessem expor suas dúvidas e preocupações. De acordo com a literatura, a escuta ativa e a promoção de um ambiente que seja favorável ao diálogo devem estar presentes na rotina dos serviços de saúde, uma vez que tal abordagem possibilita o estabelecimento e fortalecimento de vínculos⁽¹⁾, assim como estimulam a habilidade de assumir o papel do outro⁽¹⁴⁾.

Ademais, diante do conhecimento prévio de ser a sífilis doença transmitida por via sexual, e agora com as ponderações acerca do risco para a criança, as participantes comentaram acerca da necessidade de obter mais informações, associada ao questionamento de como se contaminou. Isto ocorreu sob um movimento de busca de quem foi

o “transmissor” da doença e da culpa de poder gerar dano à criança. Para tanto, relataram recorrer à internet e certas pessoas da família, com quem se sentem confiantes e confortáveis para conversar, motivadas pelos sentimentos de desinformação e desamparo nas relações com os profissionais.

Daí sai e fui correndo falar para o (nome do companheiro). Bora procurar na internet, não pode passar para ele (filho gestado), não. Ele nem ligou muito, só que procurou comigo, leu comigo. Eu ainda estou preocupada, fico vendo vídeo, lendo e pensando que não pode acontecer com ele. (M5)

Eu entrei lá pela internet e comecei a ver os meus exames, então ali a gente tem, ele mostra a quantidade que é normal ou que não é, reagente ou não. E, então estava lá, VDRL reagente. Fui pesquisar o que era VDRL, apareceu sífilis. Aí começou a aparecer um monte de coisa. Na hora, eu fui até embora do serviço, eu chorava, chorava, tremia, desesperada, fui para casa. E aí eu chorava, chorei e como chorei, sozinha, com minhas caraminholas. (M6)

Assim que soube fui olhar no celular o que era. Fiquei preocupada, pensei “como assim eu passar para o bebê?”. Chorei, lia as coisas e chorava, fiquei assim, ôh, perdida. Com minha irmã, fui vendo mais e vi que se tratar no começo é bom. A enfermeira conversou comigo, explicou nas palavras dela, mas só entendi metade. Foi minha irmã que ajudou mesmo, a gente ficou fuçando, fuçando. (M13)

Estudo realizado com jovens mães de crianças diagnosticadas com SC destacou que os profissionais de saúde atuam como rede de apoio, criando vínculos heterogêneos e fornecendo apoio social tanto após o diagnóstico da doença quanto nos períodos gestacional e puerperal⁽²⁶⁾. No caso de nossa pesquisa, não foi mencionada relação de proximidade e confiança com nenhum profissional, sem alcance de diálogos acolhedores de suas necessidades no campo da sífilis e seu enfrentamento. Entretanto, sabe-se que é imprescindível que os profissionais auxiliem as usuárias, fornecendo orientações de forma clara, objetiva e acessível, esclarecendo possíveis dúvidas, resultantes do excesso de informações fornecidas.

No campo da comunicação, as mulheres categoricamente mencionaram o quão lacunar são as informações ditas pelos profissionais, com necessidade de avanços e modificações nesta questão. A internet revelou-se um recurso quisto e

acessado pelo público jovem e que pode ser mobilizado pelo profissional. Neste caso, destaca-se a importância de projetos que tragam reflexões na questão da comunicação com jovens, com o intuito de alertar para a necessidade de construir novas estratégias de introdução das práticas de prevenção de ISTs, inclusive a sífilis, no tecido cultural relacionado à juventude⁽²⁵⁾.

De acordo com a literatura, mulheres gestantes detêm algum conhecimento sobre a sífilis, entretanto ainda há dúvidas e incertezas quanto ao assunto⁽²⁰⁾. O período do pré-natal é oportuno para ações de educação em saúde, e a forma que o profissional se relaciona com a mulher interfere nos alcances dessas ações. Todavia, as participantes deste estudo denunciaram fragilidades nas intervenções direcionadas à educação em saúde/suporte informacional. Tal situação torna evidente o fato de que os significados estão em aberto e em transformação a todo momento, estando dependentes daquilo que for vivenciado nas interações sociais⁽¹⁴⁾.

Torna-se importante destacar que a educação em saúde reprodutiva e sexual é um tema imprescindível de ser abordado e trabalhado junto à adolescentes e jovens⁽¹⁾. Neste aspecto, em estudo realizado com foco nas experiências contraceptivas de adolescentes e jovens, a internet despontou-se, mais uma vez, como sendo o principal recurso para obtenção de informações⁽²⁷⁾. Ela é espaço de acesso a diversos conteúdos, mas na maior parte das vezes, ocorre sem mediação, de modo que nem sempre há a compreensão e/ou translação do posto ali para a situação particular. Isso ocorreu junto às participantes deste estudo, que apesar de fazerem uso da internet para ampliar a compreensão do dito pelos profissionais, ainda permanecem com dúvidas, sobretudo àquelas particulares à sua situação.

O acolhimento e suporte informacional no cuidado em saúde estão fragilizados diante das relações com os profissionais, sendo interceptados por estigmas, com efeitos negativos ao comparecimento nos serviços de saúde, o que contribui com desinformações e iniquidades⁽²⁸⁾. Nossas entrevistadas associaram o comportamento profissional ao estigma social relacionado à sífilis, porém pode ser que se some a isso os estruturantes conceituais e filosóficos que direcionam os profissionais na atenção em saúde.

Tema: Tratamento da gestante e sua(s) parceria(s)

As entrevistadas, ao refletirem e simbolizarem o poder de ser a sífilis geradora de dano à criança gestada, descreveram esforços, no que tange ao tratamento da doença, para cumpri-lo, sobretudo as primíparas. Entretanto, uma delas comentou que teve SG anteriormente, mas que desta vez não conseguiu terminar o esquema terapêutico, revelando esforços em compreender o que significa ser uma “cicatriz”.

Eu fiz (tratamento), tudo certinho, né? É que para mim era novidade, eu não sabia o—_que era, depois me explicaram. Não sabia das síndromes para o bebê, que passa, que nasce ceguinho, tem todas essas coisas, né? (M12)

A primeira gestação é um momento único ali. E aí uma doença dessa! Nossa—_—_Senhora, Nossa Senhora, pegou bem. Mas eu fiz o tratamento, todos os exames, fiz os exames bonitinho. A gente não pode deixar, né? Não tem como deixar, é a nossa saúde, não só a nossa saúde como a do bebê. (M13)

Isto é o que mais fico pensando, mas eu fiz todo o tratamento certinho, todas as injeções certinhas, tudo certinho. Já tive na outra gestação, então já sabia do tratamento, só não entendo como voltou se ele e eu tratamos. (M14)

Olha, até ia fazer o tratamento, mas como fiquei de São Carlos para Jaboticabal, Jaboticabal para cá e faltei na consulta, acabei só tomando uma (injeção). Só que eu não entendi a cicatriz, o que é isso? Adianta tratar se tenho cicatriz? (M15)

Essas mulheres, como atores sociais, assumiram o papel de mães e se esforçaram para proteger sua criança. Assim como em estudo realizado, tal esforço é um retrato de suas atitudes, durante o tratamento, permeadas por preocupação, culpa e responsabilidade pelo bem-estar do seu bebê⁽²⁵⁾. Sendo assim, ficou evidente que o diagnóstico de SG determinou a mudança de comportamentos⁽¹⁴⁾.

A questão do tratamento de sua(s) parceria(s) está sempre colocada na interação dos profissionais com ela, mas sem espaço para se instaurar uma conversa franca sobre as questões singulares. O simbolismo da sífilis enquanto doença transmitida por via sexual determinou para algumas informar ao parceiro sobre o diagnóstico dela e da relevância deste buscar saber sua condição. Outras não deram visibilidade do diagnóstico com receio

de suas consequências.

Ficam falando para pensar em todos com quem fazemos sexo, para avisar e trazer, só que não é simples. Para eles é vai lá, fala e traz. Por que eles não vão? Se eu falar para todos será que vão? (M2)

Eu fiz o tratamento, o pai é o mesmo, ele fez o outro (tratamento) também. Este ele disse que não vai não, se não resolveu, não vai tomar as injeções de novo não. Nem falei nada para eles (profissionais), só disse que já falei para ele (companheiro) vir. Essa coisa também é tensa, jogam para nós ficar chamando o homem. Homem sabe como é difícil, ainda mais com esta coisa de doença de sexo. (M9)

De acordo com a literatura, ao profissional que identifica e acompanha casos de SG, estão postos esforços para consumir tratamento adequado da mulher e sua(s) parceria(s) sexual(is). Ademais, o tratamento simultâneo, em tempo oportuno e completo, é estratégia de minimização da transmissão vertical da sífilis e do controle da doença⁽¹⁾.

Atualmente, sabe-se que o desconhecimento da situação sorológica para sífilis das parcerias sexuais da mulher jovem diagnosticada com SG é um desafio⁽²⁹⁾. Sendo assim, é indicada a presença da parceria no pré-natal como medida diferenciada para abordagem e tratamento oportuno desta⁽¹⁾. Contudo, essa visão considera um único tipo de arranjo familiar que não reflete a maioria entre os participantes deste estudo. Assim, é premente pensar em um leque de estratégias para elencar, a partir de informações particulares a cada gestante, a mais estratégica para alcançar a(s) parceria(s) sexuais da mulher. Destaca-se, ainda, que ela é colaboradora desse processo, mas não cabe delegar a ela, nem que seja de modo implícito, a captação e vinda da(s) parceria(s) sexual(is) para o rastreio e tratamento da sífilis⁽¹⁾.

Tema: Família e parceria: interações e (des)amparos

Algumas das participantes comentaram que os diálogos com familiares aconteceram em um cenário de desconforto, reflexo da construção social de ser a sífilis uma doença vinculada ao sexo e “promiscuidade”. Sendo assim, em alguns casos, o preconceito e o machismo foram a semente sob a qual o suporte familiar se delineou. Além disso, a falta de oportunidade para expor abertamente preocupações e sofrimentos repercutiu, para muitas

delas, em sobrecarga emocional diante de um processo que estava aberto e indefinido. As mães solo revelaram não contar com pessoas da família nem para um compartilhamento velado da situação.

E com quem a gente fala disso? Não tem ninguém, fica você e você. (M2)

Contar, eu não contei, nem para ele (companheiro) nem para meus pais. [...] já ficam no pé nessa de relação sexual. Meus pais mal falam disso e é isso, se falar de uma doença dessa que tem a ver com sexo, nossa, vou ouvir até amanhã. E ele (companheiro), sei lá, tenho medo que fique falando de traição e não tem nada disso, só que assim, sei lá. (M3)

Você fica com a cabeça a mil e não tem com quem conversar, só contei para o pai dela. (M8)

Meus pais sabem, não tocam no assunto, não gostam que eu fale. É quase proibido. Dizem para eu cuidar tudo, mas nem falam a palavra “sífilis”; falam o “problema”. O “problema” melhorou? Já fez de novo exame para o “problema”? Sabe, proibido. Apesar dele (pai da criança) estar próximo, das minhas irmãs serem parças, eu fico assim, só. Sei lá, parece que só penso no “problema” (sífilis) e parece ser tudo só meu, tudo meu. Vamos ver como vai ser. (M13)

Me senti um lixo, incapacitada, sabe? De tipo assim, não confiar assim (nas pessoas). Aí depois ficou na cabeça, que não era coisa minha, era da pessoa, né? (M16)

Sabe-se que os pais/responsáveis e a equipe de saúde tendem a não abordar aspectos determinantes da saúde sexual dos adolescentes, devido à negação do desejo sexual do jovem e ao incentivo ao prolongamento da infância⁽¹⁾, como foi observado em um dos relatos desta pesquisa. Entretanto, é essencial destacar que a prática sexual faz parte dessa fase da vida e que ela pode ser desejada e vivenciada sem culpas, com informação, comunicação, prevenção e exercício do livre arbítrio⁽¹⁾.

Estudo mostrou que houve fragilidades em estabelecer diálogo e dividir com as pessoas próximas os acontecimentos vivenciados, por não haver hábito de conversar sobre determinados assuntos, como o diagnóstico de sífilis, ou não se sentir confortável em compartilhar com os membros da família a situação de adoecimento, por medo da reação dos mesmos⁽²⁶⁾. Isso também pode ser observado no presente artigo.

Neste cenário, parte das entrevistadas relatou receio acerca da reação do parceiro ao diagnóstico de sífilis, e algumas revelaram a não aceitação dele em fazer o teste e/ou o tratamento. Entre as justificativas, apresentaram o entendimento de não existir a necessidade de descobrir a doença e/ou precisar abordar a descoberta de uma possível traição. Porém, existiram aquelas que sentiram revolta contra o parceiro e tinham certeza de ser ele o culpado por transmitir a doença. –

Falei para ele que deu sífilis, que isso pode ser dele ou de mim, que pega na relação (sexual), que tinha que ir fazer o teste. Ele não quer, disse que toma o remédio, mas fazer o teste não, melhor não para nós dois. É difícil, tem a coisa da traição, só que também nem eu nem ele somos os primeiros namorados um do outro. Fica aquele clima, só que ele vai tratar e eu também estou tratando. (M1).

É porque o pai dele (do filho) não está perto. Se não, falei para todo mundo que eu ia acabar com a vida dele (pai do filho), do mesmo jeito que ele acabou com a minha. Meu maior medo era pegar essas coisas (sífilis). (M4)

A gente (companheiro e ela) estava largado. Ele é de lá da outra cidade. Mas ele sabe que ela nasceu. Só que eu estou com o ranço dele. Eu criei muito ranço dele até agora. Mas não sei. Peguei. Não sei como vai ser a cara dele agora. Mas eu nem falei para ele nada dessas coisas (sífilis) ainda. Penso é no que vai ser dele com essa coisa (sífilis). (M11)

De acordo com a literatura, algumas das gestantes diagnosticadas com sífilis encontram o sigilo sobre a doença como uma forma de se proteger do preconceito e dos julgamentos⁽²⁴⁾, assim como foi percebido durante nossa pesquisa. –

Ademais, estudo mostrou que a notificação da infecção à parceria provocou uma diversidade de sentimentos, tais como preocupação, insegurança, tristeza, fracasso, impotência, medo da morte e da incurabilidade, traição e temor em relação ao preconceito e obtenção de apoio diante da possibilidade de conviver com uma doença estigmatizante⁽²⁹⁾. Tais reações também foram relatadas pelas entrevistadas ao contar para os parceiros o diagnóstico.

Assim como em outro estudo brasileiro, identificou-se a possibilidade de surgimento de conflitos e desconfianças relacionais diante do diagnóstico da sífilis. Nesses casos, há dificuldade em se estabelecer o diálogo e dividir com as pessoas próximas à situação com receio de como o

estigma se manifestará⁽²⁶⁾, o que vai de encontro aos resultados obtidos neste estudo.

Logo, fica evidente o quanto preconceitos e crenças intersectam a experiência, com tendência a determinar práticas prescritivas e de repercussões negativas ao enfrentamento da mulher à situação. Ainda, pode-se perceber o quanto os significados permanecem em aberto e são transformados de acordo com aquilo que é vivenciado durante as interações sociais⁽¹⁴⁾.

O presente estudo apresenta a limitação de ser realizado apenas com usuárias do SUS, que convivem em cenário de vulnerabilidade social, sendo todas elas pretas ou pardas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos, pode-se conhecer as percepções de mulheres jovens diagnosticadas com SG acerca da doença e do cuidado em saúde recebido. Percebeu-se que o estigma social da sífilis reverberou nas relações com o profissional de saúde e interferiu negativamente no seu cuidado, restringindo oportunidades de alcançar necessidades particulares de cada mulher. Fragilidades no suporte informacional e emocional foram assinaladas, somadas à insinuação de responsabilização da mulher pela captação das suas parcerias sexuais. Ademais, o símbolo de poder ela ser produtora de danos à criança atuou como propulsor do envolvimento da mulher no tratamento adequado, mas também imputou sofrimentos a ela.

É premente a revisitação da abordagem de cuidado no contexto da SG, com valorização da mulher enquanto pessoa e consideração à determinação social de sua vida e saúde. Ainda, confirmou-se o uso da internet como recurso para informações, com indicativas de sua incorporação nas ações de educação em saúde mediadas por diálogo aberto e acolhedor. Para tanto, a aposta nas relações é urgente e confirma ser o cuidado em saúde edificado e efetivado no e a partir do encontro do(s) demandante(s) da assistência à saúde com os profissionais. Um posicionamento sob essa abordagem contribuiria para alcançar pessoas significativas para a mulher e atuar na dinâmica familiar, ampliando a rede de apoio social desta.

Por fim, este estudo apresenta o potencial de

contribuir com transformações das práticas de profissionais de saúde no desenvolvimento da atenção em saúde a mulheres adolescentes e jovens diagnosticadas com SG, sua(s) parceria(s) sexual(is) e familiares. Ainda, há necessidade de

serem renovadas as formas de interagir com essas mulheres, com o objetivo de proporcionar um conforto relacional e estabelecer relações inspiradoras de segurança que sejam permeadas pelo respeito e dignidade à sua saúde.

HEALTHCARE IN THE FACE OF SYPHILIS DIAGNOSIS DURING PREGNANCY: YOUNG WOMEN'S PERCEPTIONS

ABSTRACT

Objective: to understand the perceptions of young women diagnosed with syphilis during pregnancy regarding the disease and healthcare. **Methodology:** an exploratory, cross-sectional study with a qualitative approach, supported by Symbolic Interactionism. Developed in the maternity ward of a city in the countryside of the state of São Paulo. Data collection took place between July 2023 and April 2024. Sixteen women, in the postpartum period, aged between 15 and 24 years, diagnosed with syphilis during pregnancy, were interviewed. Data analysis was guided by thematic analysis and occurred concomitantly with data collection, ending in June 2024. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** the social stigma of syphilis reverberated in relationships with healthcare professionals and negatively interfered with care. The topics "Healthcare professionals: interactions and (mis)information", "Treatment of pregnant women and their partners" and "Family and partnership: interactions and (lack of) support" portray perceptions about syphilis and healthcare. **Final considerations:** it is urgent to revisit the care approach in the context of gestational syphilis, valuing women as individuals and considering the social determination of their lives and health. The internet has emerged as an informational resource, with indications that it should be considered in health education actions.

Keywords: Syphilis. Adolescent Health. Public Health. Pregnancy In Adolescence. Maternal Behavior.

CUIDADO DE LA SALUD ANTE EL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EN EL EMBARAZO: PERCEPCIONES DE MUJERES JÓVENES

RESUMEN

Objetivo: conocer las percepciones de mujeres jóvenes, diagnosticadas con sífilis en el período del embarazo, sobre la enfermedad y el cuidado de la salud. **Metodología:** estudio exploratorio, transversal, de enfoque cualitativo, basado en el Interaccionismo Simbólico. Se desarrolló en la maternidad de un municipio del interior del estado de São Paulo/Brasil. La recolección de datos ocurrió entre julio/2023 y abril/2024. Se entrevistaron a 16 mujeres, en el período puerperal, con edades entre 15 y 24 años, diagnosticadas con sífilis durante la gestación. El análisis de los datos fue dirigido por el análisis temático y ocurrió concomitantemente a la recogida, finalizando en junio de 2024. El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** el estigma social de la sífilis repercutió en las relaciones con el profesional de la salud e interfirió negativamente en la atención. Los temas "Profesionales de salud: interacciones y (des)informaciones", "Tratamiento de la gestante y su(s) alianza(es)" y "Familia y colaboración: interacciones y (des)amparos" retratan las percepciones sobre la sífilis y el cuidado en salud. **Consideraciones finales:** es apremiante visitar el enfoque de cuidado en el contexto de la sífilis gestacional, valorando a la mujer como persona y considerando la determinación social de su vida y salud. Internet surge como recurso informativo, con indicaciones para reflexionar sobre las acciones de educación sanitaria.

Palabras clave: Sífilis. Salud de la Mujer. Salud Pública. Embarazo. Comportamiento Materno.

REFERÊNCIAS

1. 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 [recurso eletrônico]. Brasília; 2022 [acesso em: 16 jul. 2024]. 211 p. Available from: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view
2. Sousa SS, Silva YB, Silva IML, Oliveira HFC, Castro AGS, Filho ACAA. Aspectos clínico-epidemiológicos da sífilis gestacional no nordeste do Brasil. Rev. Ciênc. Plur. 2021; 8(1): e22522. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n1ID22522>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em

Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis [recurso eletrônico]. Brasília; 2022 [acesso em: 16 jul. 2024]. 60 p. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/sifilis/boletim_sifilis-2022_internet-2.pdf

4. Ramos Júnior AN. Persistence of syphilis as a challenge for the Brazilian public health: the solution is to strengthen SUS in defense of democracy and life. Cad. Saúde Pública. 2022; 38(5): PT069022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT069022>

5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes acionais para a atenção Integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde [recurso eletrônico]. Brasília; 2010 [acesso em: 16 jul. 2024]. 132p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf

6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Panorama Censo Demográfico de 2022: Faixa etária. Brasil. 2022 [acesso em: 16 jul. 2024]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/index.html>

7. Carvalho RX da C, Araújo TME de. Conhecimentos, atitudes e práticas de adolescentes universitários sobre sífilis: estudo transversal no Nordeste. *Rev Saude Publica [Internet]*. 2020 [acesso em 16 jul. 2024]; 54(120). DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054002381

8. Araújo DCS, Faria DA de, Araújo A. Ações de educação em saúde sobre sífilis com adolescentes: revisão integrativa. *RSD*. 2021; 10(12): e545101220577. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20577>

9. Fonseca ACM, Batista ABG, Santos AP dos, Leão EC, Garcia GKCS, Costa HPG et al. Inovações tecnológicas na abordagem de sífilis adquirida na adolescência para estudantes de uma escola estadual do Pará: um relato de experiência. *REAS*. 2020; (41): e2234. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2234.2020>

10. Peeling RW, Mabey D, Chen, XS, Garcia PJ. Syphilis. *Lancet*. 2023; 402(10398): 336–46. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02348-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02348-0)

11. Reis EMC, Mendes SS, Calheiros CAP, Silva SA, Silveira CA, Freitas PS. Prenatal care provided by nurses to pregnant women with syphilis: potential and challenges for preventing congenital syphilis. *Rev. Eletr. Enferm*. 2024; 26: 77062. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v26.77062>

12. Minayo MCS. Ética das pesquisas qualitativas segundo suas características. *Rev. Pesq. Qual*. 2021; 9(22):521-39. DOI: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2021.v.9.n.22.506>

13. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021; 34: eAPE02631. DOI: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>

14. Charon JM. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 10ª ed. Boston: Prentice Hall; 2010.

15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2022: panorama [acesso em: 18 jul 2024]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sao-carlos.html>

16. Guazi, TS. Diretrizes para o uso de entrevistas semiestruturadas em investigações científicas. *REPI [Internet]*. 2021; 2. DOI: <https://doi.org/10.18227/2675-3294repi.v2i0.7131>

17. Naeem M, Ozuem W, Howell K, Ranfagni S. A Step-by-Step Process of Thematic Analysis to Develop a Conceptual Model in Qualitative Research. *Int J Qual Methods*. 2023;22. DOI: <https://doi.org/10.1177/16094069231205789>

18. Nascimento VB, Santos LA, Saraiva RSA. Softwares de análise de dados qualitativos: revisão narrativa da literatura. *Rev Cient Fac Educ e Meio Ambiente*. 2022; 13(1): 44-58. DOI: <https://doi.org/10.31072/rcf.v13i1.1135>

19. Martinez-Salgado C. Amostra e transferibilidade: como escolher os participantes em pesquisa qualitativa em saúde. In: Bosi,

Maria Lúcia Magalhães; Gastaldo, Denise (Orgs.). Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde: fundamentos teórico-metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2021. p. 170-201.

20. Rocha MA, Soares SC, Santos RV, Silva HKA, Rebouças ES, Moreira MH et al. Avaliação do conhecimento de gestantes e realização de práticas educativas sobre sífilis gestacional. *REAS*. 2024; 24(2): e14744. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e14744.2024>

21. Stuker P, Schabbach LM. Transferência de renda e violência de gênero: lacunas e controvérsias científicas. *BIB*. 2023 [acess em: 19 jan. 2025]; 1(98), 1–16. Disponível em: <https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/607>

22. Cortez MP, Scholze AR, Oliveira RR, Moreira RC, Araújo KHP et al. Evolução espaço-temporal da sífilis gestacional e congênita no estado do Paraná. *Ciênc., Cuid. Saúde*. 2023; 22. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66013>

23. Lucio PC, Gonçalves LB, Borges LM, Macedo IB, Matos ADO, Oliveira SV. Sífilis congênita e gestacional no Sudeste Brasileiro. *Saúde e meio ambient.: rev. interdisciplin*. 2023; 12: 107–22. DOI: <https://doi.org/10.24302/sma.v12.4039>

24. Freitas, MR e organizadores. Secretaria de Educação a Distância. O Projeto Sífilis Não para além dos relatórios: ensaios sobre o caminho percorrido [recurso eletrônico]. 1ª. ed. Natal : SEDIS-UFRN; 2022 [acesso em: 20 jul. 2024]. 133p. Disponível em:

https://repositorio.ufm.br/bitstream/123456789/52002/1/ProjetoSifilisNao_Freitas_etal_2023.pdf

25. Vicente JB, Sanguino GZ, Riccioppo MRPL, Santos MRD, Furtado MCDC. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: women's experiences from the perspective of symbolic interactionism. *Rev. Bras. Enferm*. 2023; 76(1): e20220210. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0210pt>

26. Lima FNM, Silva MAMD, Mesquita ALM, Mazza VDA, Freitas CASLD. Social support network for young mothers of children diagnosed with congenital syphilis. *Ciênc. Saúde Colet*. 2023; 28(8): p.2273-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05972023>

27. Reis APD, Rodríguez ADPT, Brandão ER. Contraception as a value: young people's stories about the challenges of using and managing contraceptive methods'. *Saúde Soc*. 2024; 33(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230803pt>

28. Moha. Tohit NF, Haque M. Forbidden conversations: A comprehensive exploration of taboos in sexual and reproductive health. *Cureus*. 2024; 16(8): e66723. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.66723>

29. Laurentino ACN, Ramos BA, Lira CDS, Lessa IF, Taquette SR. Health care of sexual partners of adolescents with gestational syphilis and their children: an integrative review. *Ciênc., Cuid. Saúde*. 2024; 29(5): e12162023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.12162023>

Endereço para correspondência: Gabriele Petruccelli. Rua Visconde da Cunha Bueno, nº 95. Bairro Azulville I. CEP 13571-160. Telefone: (16) 98841-3804. E-mail: gabi.petruccelli@hotmail.com

Data de recebimento: 26/07/2024

Data de aprovação: 01/03/2025

Apoio financeiro:

O presente estudo foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).