



ISSN 2674-8169



Latindex



DOI



Sífilis gestacional: características sociodemográficas e acesso ao tratamento em gestantes atendidas na atenção básica do Distrito IV, Recife-PE, 2023–2024

Ana Milena Souza da Silva¹, Josinês Barbosa Rabelo²



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2026v8n3p1508-1539>

Artigo recebido em 23 de Fevereiro e publicado em 23 de Março de 2026

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

Introdução. A sífilis gestacional representa um grave problema de saúde pública no Brasil, impulsionado por desigualdades sociais e falhas no cuidado pré-natal. Apesar do tratamento eficaz e gratuito pelo SUS, barreiras de acesso e fragilidades na abordagem de gestantes e parceiros perpetuam o agravo e seus estágios adversos. Assim, analisar a articulação entre características sociodemográficas, econômicas, clínicas e territoriais com o cuidado é essencial para direcionar disciplinas em saúde. **Objetivo.** Analisar as características sociodemográficas, econômicas, clínicas e territoriais de gestantes com sífilis notificadas no Distrito Sanitário IV do Recife, de 2023 a 2024, e verificar associações com a situação de tratamento do parceiro, usadas como procuração de acesso e adesão ao cuidado. **Metodologia.** Estudo epidemiológico transversal quantitativo, com 317 gestantes com sífilis na atenção básica. As variáveis incluíam idade, raça/cor, escolaridade, bairro de residência, trimestre de início do pré-natal, classificação clínica e situação de tratamento do parceiro. A análise utilizou estatísticas descritivas (frequências absolutas e relativas) e testes bivariados (qui-quadrado de Pearson, significância de 5%) entre variáveis sociodemográficas, territoriais, de cuidado e tratamento do parceiro. **Conclusão.** Predominaram gestantes jovens, pardas, com baixa escolaridade ou ignorantes, residentes em bairros de alta vulnerabilidade social. Não houve associações significativas entre tratamento de parceiro e escolaridade, raça/cor, trimestre de pré-natal ou bairro. Contudo, a combinação escolaridade–tratamento mostrou tendência à associação. Houve associação significativa entre escolaridade e raça/cor, com maior proporção de pardas e pretas em estratos de baixa escolaridade e “ignorado”. Esses resultados indicam que, embora marcadores sociodemográficos não se liguem diretamente ao tratamento do parceiro, a interseção de vulnerabilidades educacionais, raciais e territoriais destaca o impacto dos determinantes sociais na sífilis gestacional. Isso reforça a urgência de qualificar o pré-natal, melhorar os registros em saúde e adotar estratégias integradas contra desigualdades de raça, classe e território no cuidado a gestantes e parceiros.



Palavras-chave: Sífilis gestacional, Determinantes sociais da saúde, Pré-natal, Atenção Básica em Saúde, Tratamento do parceiro, Desigualdades em saúde.

Gestational syphilis: sociodemographic characteristics and access to treatment among pregnant women cared for in primary health care in District IV, Recife-PE, 2023–2024

ABSTRACT

Introduction. Gestational syphilis represents a serious public health problem in Brazil, driven by social inequalities and gaps in prenatal care. Despite the effective and free treatment available through the Brazilian Unified Health System (SUS), barriers to access and weaknesses in the management of pregnant women and their partners perpetuate the condition and its adverse outcomes. Examining how sociodemographic, economic, clinical and territorial characteristics relate to care is essential to inform health training and practice. **Objective.** To analyze the sociodemographic, economic, clinical and territorial characteristics of pregnant women with syphilis reported in Sanitary District IV of Recife, from 2023 to 2024, and to assess associations with partner treatment status, used as a proxy for access to and adherence to care. **Methods.** We conducted a quantitative, cross-sectional epidemiological study including 317 pregnant women with syphilis followed in primary health care. Variables included age, race/skin color, education level, neighborhood of residence, trimester of prenatal care initiation, clinical classification and partner treatment status. Data analysis comprised descriptive statistics (absolute and relative frequencies) and bivariate tests (Pearson's chi-square test, 5% significance level) between sociodemographic, territorial and care variables and partner treatment status. **Conclusion.** Most participants were young, mixed-race women with low or unreported education levels, residing in neighborhoods with high social vulnerability. There were no significant associations between partner treatment and education, race/skin color, trimester of prenatal care or neighborhood; however, the combination of education and treatment showed a trend towards association. A significant association was observed between education and race/skin color, with a higher proportion of mixed-race and Black women in low education and "unknown" strata. These findings indicate that, although sociodemographic markers are not directly associated with partner treatment, the intersection of educational, racial and territorial vulnerabilities highlights the impact of social determinants on gestational syphilis. They underscore the urgency of strengthening prenatal care, improving health information systems and implementing integrated strategies to address racial, class and territorial inequalities in the care of pregnant women and their partners.

Keywords: Gestational syphilis, Social determinants of health, Prenatal care, Primary health care, Partner treatment, Health inequalities.



Sífilis gestacional: características sociodemográficas e acesso ao tratamento em gestantes atendidas na atenção básica de Recife, 2023–2024
Ana Milena Souza da Silva, Josinês Barbosa Rabelo, 2026

Instituição afiliada – Programa de Residência em Saúde Coletiva – IMIP/Coremu. Prefeitura de Recife.^{1,2}

Autor correspondente: Ana Milena Souza da Silva anamss01@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

A sífilis gestacional permanece como relevante problema de saúde coletiva, com impacto significativo na morbimortalidade materna e infantil e forte associação com condições de vida desiguais. Diversos estudos nacionais têm evidenciado aumento das taxas de sífilis em gestantes e recém-nascidos, indicando falhas no pré-natal, no diagnóstico oportuno e na abordagem do parceiro (Cavalcanti, 2025).

A sífilis é uma das infecções sexualmente transmissíveis (IST) de maior impacto global, configurando um agravo de grande magnitude em distintos cenários epidemiológicos (Soares, 2022). Trata-se de uma infecção milenar causada pela bactéria *Treponema pallidum*, cuja transmissão ocorre sobretudo por via sexual e por via vertical, durante a gestação ou no parto, especialmente quando o esquema terapêutico da gestante diagnosticada é inadequado ou não é realizado (Torres, 2022). A infecção é classicamente dividida em estágios com base em achados clínicos – sífilis primária, secundária, latente recente, latente tardia e terciária –, com implicações diretas para o diagnóstico e a condução do tratamento (Soares, 2022).

No contexto do pré-natal, o rastreamento e o manejo da sífilis são realizados por meio de testes sorológicos, incluindo os testes não treponêmicos, que investigam anticorpos não específicos contra o *T. pallidum* por meio de reações de floculação, e os testes treponêmicos, que detectam anticorpos específicos utilizando antígenos da bactéria (Viana, 2024). No Brasil, em 2019, foram notificados 61.127 casos de sífilis em gestantes, correspondendo a uma taxa de detecção de 20,8 casos por 1.000 nascidos vivos, evidenciando a magnitude do problema no país (Torres, 2022). As consequências do não tratamento adequado da sífilis materna incluem aborto espontâneo, óbito neonatal e natimortalidade, entre outros desfechos graves, o que evidencia o papel central da atenção pré-natal na identificação precoce da infecção, na realização da triagem sorológica e na instituição tempestiva do tratamento da gestante e de seus parceiros (Viana, 2020).

Nesse contexto, o conhecimento sobre a realização, a adequação e a oportunidade do pré-natal, bem como sobre o tratamento da sífilis à luz das condições sociodemográficas e do cuidado oferecido às mulheres, torna-se fundamental para subsidiar o planejamento de estratégias mais equânimes e resolutivas de



enfrentamento do agravo (Macêdo, 2020). Segundo a Organização Mundial da Saúde, a sífilis figura entre as principais causas evitáveis de natimortalidade, sendo apontada como a segunda maior causa de natimortos em âmbito global (Milanez, 2016). Esse impacto torna-se ainda mais evidente quando o diagnóstico é realizado tardiamente e o manejo da infecção durante a gestação é inadequado ou incompleto, situações que se associam a importantes desfechos adversos, com incremento da morbidade e da mortalidade tanto materna quanto neonatal (Sayal et al., 2024).

A persistência da sífilis congênita como problema de saúde pública no Brasil, mesmo diante da oferta de testes diagnósticos e de tratamento gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS), indica limites que extrapolam a disponibilidade de insumos e protocolos, envolvendo fragilidades na organização do cuidado e na resposta dos serviços (Domingues; Leal, 2016). Essas fragilidades se articulam a marcantes desigualdades sociais que condicionam o acesso, a oportunidade e a qualidade da atenção pré-natal, especialmente entre mulheres em maior vulnerabilidade socioeconômica (Domingues; Leal, 2016).

Na mesma direção, Santos *et al* (2017) identificaram que a ausência de tratamento do parceiro sexual, associada à baixa escolaridade materna, figurava entre os principais determinantes da transmissão vertical, indicando que o enfrentamento da sífilis congênita exige intervenções que envolvam não apenas a gestante, mas também seus parceiros e redes de cuidado. Além disso, a incompletude e a baixa qualidade das informações registradas nos sistemas de vigilância, apontadas por Gomes et al. (2021), dificultam a produção de dados fidedignos e, conseqüentemente, o planejamento de políticas públicas mais precisas e efetivas. Nesse cenário, a sífilis congênita se consolida como marcador das desigualdades no acesso à saúde e da fragilidade das ações de prevenção e controle na esfera da saúde pública.

No Brasil, a assistência pré-natal ainda enfrenta importantes barreiras de acesso e continuidade do cuidado, revelando a dificuldade de enfrentar desigualdades sociais historicamente produzidas. Gestantes indígenas, pretas, com menor escolaridade, com maior número de gestações e residentes nas regiões Norte e Nordeste figuram entre as mais vulnerabilizadas nesse processo (Macêdo, 2020). Embora se trate de uma doença com tratamento acessível, efetivo e eficaz, a sífilis mantém elevadas taxas de incidência, reafirmando-se como desafio persistente para os sistemas de saúde (Torres, 2022).



Em Recife, estudos apontam um aumento progressivo dos casos de sífilis em gestantes, com maior acometimento entre mulheres em condições socioeconômicas desfavoráveis, com múltiplos parceiros, baixa adesão ao uso de preservativos, antecedentes obstétricos de risco, início tardio do pré-natal, menor número de consultas e tratamento inadequado da gestante e do parceiro (Ribeiro et al., 2021; Conceição et al., 2020). No Distrito Sanitário IV, a presença de territórios marcados por alta vulnerabilidade social e histórica precarização dos serviços contribui para a manutenção da cadeia de transmissão, de modo que conhecer a distribuição espacial dos casos e o perfil das mulheres acometidas é fundamental para definir áreas prioritárias e qualificar estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno, incluindo a abordagem das parcerias sexuais.

Dessa forma, o estudo justifica-se pela necessidade de produzir evidências locais que subsidiem o planejamento das ações de saúde, a qualificação do pré-natal e o fortalecimento das políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva. Ao analisar as notificações de sífilis em gestantes entre 2023 e 2024 no Distrito Sanitário IV do Recife, com foco no perfil sociodemográfico e socioeconômico e na distribuição territorial dos casos, busca-se gerar subsídios concretos para a reorganização do cuidado, a redução da transmissão vertical e o enfrentamento das iniquidades em saúde que atravessam a experiência reprodutiva dessas mulheres.

Adotou-se como pressuposto da pesquisa que a vulnerabilidade social, expressa em variáveis como baixa escolaridade, raça/cor e residência em territórios marcados por maior desigualdade, estaria relacionada tanto à concentração de casos quanto a maiores barreiras de acesso ao cuidado integral.

O estudo tem como objetivo central conhecer as características sociodemográficas e econômicas das notificações de sífilis em gestantes entre os anos de 2023 e 2024 no Distrito Sanitário IV do Recife. Para alcançar esse propósito, propõe-se: i) analisar as notificações de sífilis em gestante entre 2023 e 2024 do Distrito Sanitário IV; ii) elaborar um mapa dos territórios do Distrito Sanitário IV com maior número de casos de sífilis em gestante; e iii) analisar os dados socioeconômicos e sua relação com o número de sífilis em gestante.

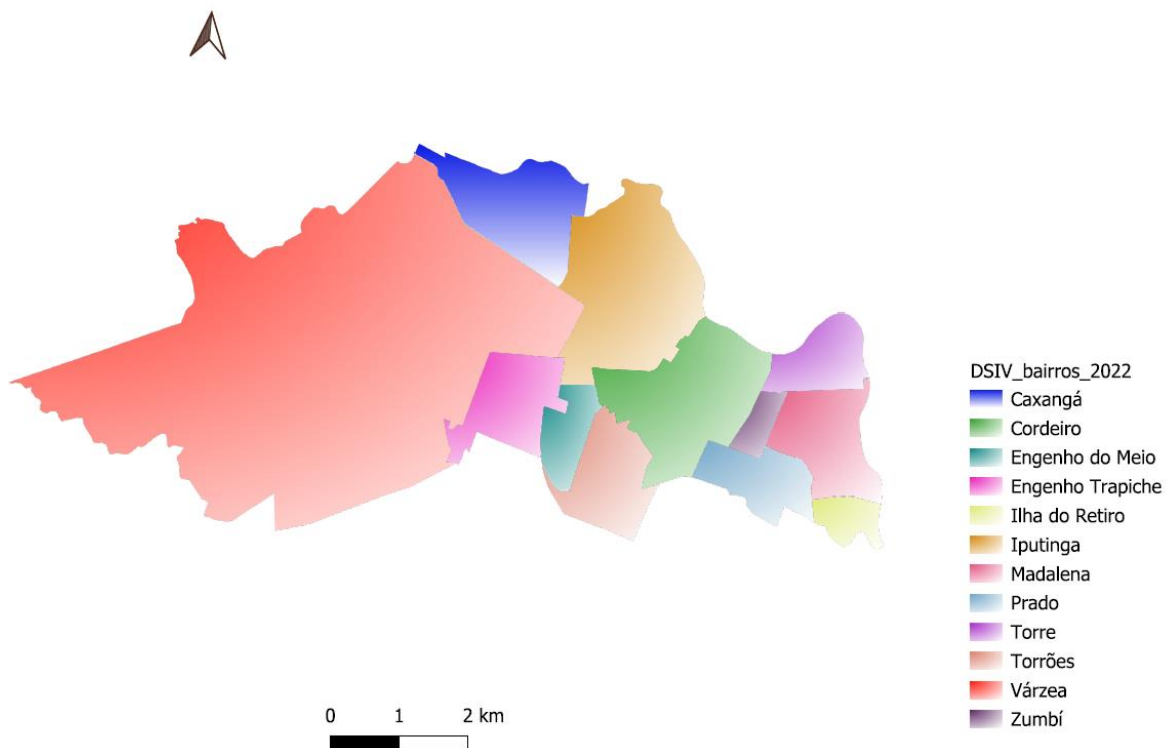
METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, do tipo transversal. Foram coletados dados socioeconômicos e demográficos referentes às gestantes, para análise de correlações e dados estatísticos de sífilis em gestantes (SG), como raça/cor, idade, bairros, nível de instrução, tratamento do parceiro, trimestre do início do pré-natal e tipos de teste realizados (treponêmico e não treponêmico), notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e tabulados pelo TabNET.

A população do estudo foi composta por 317 gestantes notificadas no período de 2023–2024, com diagnóstico estabelecido por teste treponêmico, não treponêmico ou ambos. Foram incluídos todos os registros que apresentavam, no mínimo, informações sobre idade, raça/cor, escolaridade e situação do tratamento do parceiro.

O estudo foi realizado no Distrito Sanitário IV (DS-IV) do município de Recife - PE, localizado na rua Cantora Clara Nunes, s/n, no Bairro da Torre. O DS-IV compreende 12 bairros: Caxangá, Cordeiro, Engenho do Meio, Engenho Trapiche, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre, Torrões, Várzea e Zumbi (Figura 1).

Ilustração 1 - Bairros do Distrito Sanitário IV



Fonte: Mapa elaborado pela autora no software QGIS, 2025.

Para a análise dos dados coletados do SINAN, fez-se uso do programa Microsoft Excel 2019, referentes às características sociodemográficas. O teste G foi aplicado para análise das variáveis do estudo e assumiu um nível de significância (0,05). Em seguida, os dados coletados foram transformados em tabelas no programa Microsoft Excel. Os mapas foram elaborados pelo programa QGIS a partir dos Shapefile baixados do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

No presente estudo, foram analisadas variáveis que traduzem, de forma articulada, o perfil social, econômico, demográfico e assistencial das gestantes com sífilis. As características demográficas incluíram idade em faixas etárias, raça/cor autodeclarada, bairro de residência e trimestre gestacional no momento do diagnóstico, permitindo apreender como o ciclo de vida, a pertença racial e o território se relacionam à ocorrência do agravo.

As dimensões socioeconômicas foram representadas principalmente pela escolaridade, idade, raça/cor, bairros das gestantes registrados, reconhecidas como marcadores de acesso a bens, serviços e oportunidades, além de indicar situações de vulnerabilidade ou proteção social. Já no campo do cuidado em saúde, foram consideradas variáveis relativas ao processo assistencial, como tipo de teste realizado, momento do diagnóstico na gestação, registro de tratamento do parceiro, assumidas como proxies da qualidade do pré-natal e das barreiras enfrentadas no acesso e na adesão ao tratamento. Juntas, essas variáveis possibilitam compreender de que modo desigualdades sociais e organizacionais se expressam na sífilis gestacional e no percurso terapêutico das mulheres e de seus parceiros. O estudo contemplou variáveis independentes de natureza demográfica, socioeconômica e relacionadas ao cuidado em saúde, organizadas em seus respectivos grupos e categorias de análise.

- a) Variáveis independentes (demográficas): idade (15–24; 25–34; 35–41 anos), raça/cor (branca, parda, preta, outras/ignorada), bairro de residência, trimestre de gestação no diagnóstico.
- b) Variáveis independente (socioeconômicas): escolaridade.

Tem como desfecho principal identificamos “pior acesso/adesão ao tratamento” definido a partir da variável “tratamento do parceiro”, recodificada em: parceiro tratado (Sim) vs parceiro não tratado/pior situação (Não + Ignorado).

A análise de dados foi realizada em etapas. Inicialmente, procedeu-se a análise descritiva das variáveis, com cálculo de frequências absolutas e relativas para as características sociodemográficas e assistenciais das gestantes com sífilis, de modo a caracterizar o perfil do grupo estudado.

Em seguida, foram conduzidas análises bivariadas para verificar a associação entre as variáveis independentes (idade, raça/cor, escolaridade, bairro de residência, trimestre do diagnóstico, entre outras) e o desfecho “situação de tratamento do parceiro”, recodificado em parceiro tratado (sim) e parceiro não tratado ou com situação ignorada (não/ignorado).

Para isso, construíram-se tabelas de contingência e aplicou-se o teste do qui-quadrado de Pearson, adotando-se nível de significância de 5% e considerando-se associação estatisticamente significativa quando o valor de p foi inferior a 0,05.

Aspectos éticos

Não houve identificação nominal das participantes, sendo utilizados exclusivamente dados secundários, agregados e anonimizados, em conformidade com as diretrizes éticas para pesquisas envolvendo seres humanos, que preveem a confidencialidade, a privacidade e a não estigmatização dos sujeitos (Resolução CNS 466/2012).

O estudo também observou os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709/2018), considerando que os dados de saúde são classificados como dados pessoais sensíveis e, portanto, exigem cuidados específicos quanto ao tratamento, armazenamento e divulgação, com uso restrito às finalidades de pesquisa em saúde pública. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o Parecer nº 7.908.855, atendendo às exigências do Sistema CEP/CONEP para estudos com dados secundários provenientes de sistemas de informação em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se nessa seção os resultados da análise quantitativa das 317 gestantes com sífilis incluídas no estudo, organizados de modo a evidenciar o perfil sociodemográfico, clínico e territorial e sua relação com o cuidado ofertado na atenção básica. Inicialmente, são descritas as características das gestantes por meio de tabela de



frequência e de contingência, contemplando idade, raça/cor, escolaridade, bairro de residência, trimestre de início do pré-natal, classificação clínica e situação de tratamento do parceiro. Em seguida, é apresentada a tabela de associação entre características sociodemográficas, território e cuidado em sífilis gestacional com os respectivos resultados do teste do qui-quadrado, destacando os cruzamentos com significância estatística e aqueles com tendência à associação. Por fim, discute-se criticamente esses achados à luz dos determinantes sociais da saúde, da literatura nacional e internacional sobre sífilis gestacional e das especificidades do Distrito Sanitário IV, buscando compreender como desigualdades de raça, escolaridade, idade e território se articulam na produção e no manejo do agravo.

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*, caracterizada por amplo espectro clínico e evolução em estágios primário, secundário, latente e terciário (Lima et al., 2023). A fase primária apresenta cancro duro e úlceras indolores; na ausência de tratamento, ocorre disseminação sistêmica e instalação da sífilis secundária, com lesões sobretudo em regiões palmares e plantares (Lima Filho et al., 2022). Com o desaparecimento dos sintomas, inicia-se a fase de latência, classificada em recente (até um ano de infecção) e tardia (mais de um ano), podendo evoluir para a forma terciária, entre 3 e 12 anos após a fase latente, marcada por manifestações graves, especialmente neurológicas e cardiovasculares (Lima Filho et al., 2022).

Estima-se a ocorrência de mais de 11 milhões de novos casos de sífilis ao ano no mundo, com maior carga em países da América Latina, África e Ásia (Maschio-Lima et al., 2019). No Brasil, a doença se mantém como grave problema de saúde pública, com forte impacto na população materno-infantil (Maschio-Lima et al., 2019). Durante a gestação, a infecção associa-se a desfechos adversos como abortamento, perda fetal, morte neonatal, baixo peso ao nascer e complicações precoces e tardias em nascidos vivos (Sousa; Sá; Araújo, 2022; Lima et al., 2023). Estima-se a ocorrência de aproximadamente 2 milhões de casos anuais em gestantes no mundo, dos quais menos de 10% recebem diagnóstico e tratamento adequados (Lima et al., 2023).

A qualidade da assistência pré-natal e as condições de vida da população influenciam o acesso e a adesão ao tratamento, especialmente nos casos de sífilis materna (Ramos et al., 2021). A abordagem insuficiente das necessidades,

subjetividades e vulnerabilidades sociais das gestantes durante o pré-natal compromete a compreensão sobre a importância do tratamento da sífilis gestacional e dificulta a adesão terapêutica (Ramos et al., 2021). Embora se trate de uma infecção com tratamento acessível e efetivo, é fundamental o diagnóstico oportuno no pré-natal e o início imediato da terapêutica (Ferreira et al., 2021). O diagnóstico pode ser realizado por teste rápido e, em caso de resultado reagente, deve ser confirmado por exame laboratorial (Brasil, s.d.). O tratamento preconizado é a penicilina benzatina, instituída logo após a confirmação diagnóstica, inclusive a partir do teste rápido (Lima Filho et al., 2022).

A transmissão ocorre principalmente por relação sexual desprotegida com pessoa infectada, pelo contato com sangue contaminado ou pela via vertical, durante a gestação ou o parto, sendo esta última especialmente preocupante em função do potencial de graves danos fetais (Moraes et al., 2024). Estima-se que mais de 12 milhões de casos anuais registrados pela OMS concentrem-se em países menos favorecidos, associados a cerca de 90.000 mortes neonatais e 65.000 recém-nascidos prematuros ou de baixo peso (FEBRASGO, 2018).

No Brasil, entre 2013 e julho de 2023, foram notificados 9.067 casos de sífilis em gestantes, com aumento de 290 casos no primeiro ano analisado para 1.229 em 2023, representando incremento superior a 400% (Moraes et al., 2024). O Ministério da Saúde recomenda a realização de, pelo menos, dois testes rápidos de triagem durante o pré-natal, além de uma testagem adicional na admissão para o parto ou em situações de abortamento (Serignolli et al., 2025).

O risco de transmissão vertical é particularmente elevado nas fases sintomáticas (primária e secundária), variando de 90% a 100% (FEBRASGO, 2018). Tal forma de transmissão está associada a desfechos graves, como abortamento espontâneo, parto prematuro, óbito fetal, natimorto e sífilis congênita, frequentemente acompanhada de sequelas neurológicas, auditivas, visuais e motoras irreversíveis (Serignolli et al., 2025). A sífilis congênita figura entre as principais causas de morbimortalidade neonatal em diversos contextos, contribuindo globalmente para mais de 212.000 mortes fetais ao ano (Moraes et al., 2024). A identificação da infecção na gestação depende de triagem laboratorial sistemática, considerando que a maioria das mulheres se encontra assintomática (FEBRASGO, 2018).



No Brasil, a sífilis gestacional tem sido alvo de múltiplas políticas públicas, com ênfase na ampliação da testagem no pré-natal (Serignolli et al., 2025). Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a “Rede Cegonha” como estratégia para qualificar o cuidado materno e neonatal, com foco na humanização e na garantia de acompanhamento durante o pré-natal, o parto e o puerpério (Moraes et al., 2024). Apesar dos avanços, a eliminação da transmissão vertical ainda não foi alcançada, em razão de barreiras estruturais do sistema de saúde como acesso limitado aos serviços de saúde, falhas no acompanhamento do parceiro e vulnerabilidade socioeconômica, falhas no diagnóstico precoce e baixa adesão ao tratamento completo por parte de muitas gestantes (FEBRASGO, 2018).

Com base nessas reflexões é fundamental destacar o papel da Atenção Básica no Pré-Natal na prevenção de complicações maternas e fetais. A Atenção Básica constitui a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde(SUS) e desempenha um papel essencial no acompanhamento das gestantes por meio do pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde(UBS). O seguimento sistemático possibilita identificação precoce de agravos, monitoramento de fatores de risco e promoção de práticas saudáveis, contribuindo para melhores desfechos maternos e neonatais (Santi; Baldissera, 2023). Além disso, o cuidado integral ofertado nesse nível de atenção favorece a redução da morbimortalidade como a sífilis e fortalece a vigilância em saúde (Santi; Baldissera, 2023).

As ações educativas desenvolvidas durante o pré-natal são fundamentais para o fortalecimento do autocuidado e da autonomia das gestantes. A orientação qualificada e o diálogo estabelecido nas consultas ampliam o conhecimento sobre a gestação, o parto e os cuidados com o recém-nascido, impactando positivamente na adesão às recomendações clínicas (Brito et al., 2021; Vieira et al., 2021). Entretanto, a comunicação excessivamente técnica ou a ausência de vínculo podem comprometer a efetividade da assistência, evidenciando a necessidade de acolhimento e linguagem acessível (Brito et al., 2021).

A atuação multiprofissional na Atenção Básica amplia a integralidade do cuidado à gestante, promovendo abordagem biopsicossocial e maior resolutividade das demandas apresentadas (Santi; Baldissera, 2023). Ademais, a inclusão do parceiro no

acompanhamento pré-natal fortalece o vínculo familiar, estimula a corresponsabilização e contribui para melhores resultados no cuidado materno-infantil (Vieira et al., 2021).

O pré-natal tem como finalidade central promover o curso saudável da gestação e o nascimento de um bebê sem agravos à sua saúde e à de sua mãe, por meio de ações sistemáticas de cuidado e educação em saúde (Santos; Silva, 2023; Santos et al., 2024). Nas consultas, destacam-se a oferta de informações, o aconselhamento e a solicitação de exames, incluindo a realização do VDRL e/ou testes rápidos na primeira consulta e no início do terceiro trimestre, conforme preconizado (Macêdo et al., 2020; Moraes et al., 2024). Acolhimento qualificado, devolutiva oportuna dos resultados e tratamento adequado da gestante e do parceiro configuram etapas essenciais para a detecção e o controle da sífilis, agravo potencialmente eliminável quando a infecção é diagnosticada e tratada antes ou durante a gestação (Macêdo et al., 2020; Santos et al., 2024; FEBRASGO, 2018).

Apesar de se tratar de doença com agente etiológico conhecido, exames disponíveis e alta sensibilidade à penicilina – fármaco de baixo custo e ampla disponibilidade –, a sífilis congênita permanece como importante problema de saúde pública, associado a desfechos fetais e perinatais graves e a elevado número de crianças infectadas (FEBRASGO, 2018; Moraes et al., 2024). Pré-natal tardio, incompleto ou com baixa adesão às consultas figura entre os principais fatores relacionados à persistência de casos, em um cenário de aumento progressivo da incidência de sífilis em gestantes e de sífilis congênita no país (Santos et al., 2024; Moraes et al., 2024). Diante da elevada proporção de crianças assintomáticas ao nascimento e do histórico de compulsoriedade da notificação da sífilis congênita desde 1986, o rastreamento sistemático na gestação e a vigilância epidemiológica se consolidam como pilares para o monitoramento e o enfrentamento desse agravo (FEBRASGO, 2018; Moraes et al., 2024).

Importância da notificação

Notificação é o registro formal de que uma doença ou agravo à saúde ocorreu, informado à vigilância sanitária por profissionais ou pela própria população, com a finalidade de desencadear as ações necessárias de controle e prevenção. (IFF/Fiocruz, 2020).

A sífilis na gestante é um agravo de notificação compulsória para fins de vigilância epidemiológica desde 2005, por meio da Portaria n. 33 e estima-se que apenas

32% dos casos são notificados (Magalhães et al., 2011). As atuais recomendações do Ministério da Saúde do Brasil para o rastreamento da sífilis durante o pré-natal devem ser realizadas na primeira consulta, ainda no primeiro trimestre, e no terceiro trimestre da gestação (Magalhães et al., 2011).

A notificação adequada é fundamental para o controle da sífilis, possibilitando a investigação e o acompanhamento do caso. A falta de notificação acarreta em distorções no planejamento das ações de saúde por parte dos órgãos gestores (Soares et al., 2017).

Os dados foram obtidos a partir do site do SINAN, totalizando 317 gestantes notificadas com sífilis, sendo 143 casos referentes ao ano de 2023 e 174 ao ano de 2024. As informações foram organizadas segundo características sociodemográficas e econômicas, incluindo bairro de residência, faixa etária, raça/cor, escolaridade e trimestre de início do pré-natal (Tabela 1). Para cada variável, foram calculadas as frequências relativas (percentuais) e, posteriormente, aplicado teste estatístico para determinação do valor de p (valor de significância dos dados), a fim de avaliar a significância das diferenças observadas entre os anos. Além disso, foram analisadas as variáveis relacionadas ao tratamento do parceiro.

Os dados apresentados na tabela acima resumem o perfil socioeconômico e demográfico das gestantes. Nesse contexto, 81 mulheres (26%) possuem ensino médio completo, enquanto apenas 3 (1%) têm ensino superior completo, com destaque para o elevado número de casos de escolaridade ignorada: 91 (29%). A baixa escolaridade está associada a maior vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis (Brasil, 2020).

Quanto à raça/cor, prevalece a autodeclaração como parda: 234 (74%), enquanto a menor frequência é de gestantes amarelas: 2 (1%). Essa distribuição reflete o perfil populacional brasileiro, especialmente no Nordeste do país (IBGE, 2022).

Em relação à idade, a maioria concentra-se entre 15 e 34 anos: 281 (88%), faixa etária de maior fertilidade, o que caracteriza gestantes jovens e vulneráveis a complicações infecciosas (Domingues, 2014).

Os bairros com maior número de gestantes com sífilis incluem Várzea, com 88 (28%), Torrões, com 66 (21%) e Iputinga, com 43 (14%) casos, contrastando com o Engenho Trapiche, que registra apenas 1 caso. (Quadro 1).

Tabela 1: Perfil Sociodemográficas e econômicas de gestantes com sífilis no DS IV Recife.

Características	Nº	%
Escolaridade		
1ª-4ª Ensino fundamental incompleto	6	2%
1ª-4ª Ensino fundamental completo	18	6%
5ª-8ª Ensino fundamental completo	4	1%
5ª-8ª Ensino fundamental incompleto	57	18%
Educação superior completa	3	1%
Ensino médio completo	81	26%
Ensino médio incompleto	53	17%
Ignorado	91	29%
Raça/Cor		
Amarela	2	1%
Branca	30	9%
Ignorado	15	5%
Parda	234	74%
Preta	36	11%
Idade		
Em Branco	5	2%
15-24	156	49%
25-34	125	39%
35-44	31	10%
Bairro		
Caxangá	10	3%
Cordeiro	35	11%
Engenho Do Meio	9	3%
Engenho Trapiche	1	0%
Ilha Do Retiro	14	4%
Iputinga	43	14%
Madalena	18	6%
Prado	14	4%
Torre	17	5%
Torrões	66	21%
Várzea	88	28%
Zumbi	2	1%
Trimestre		
1ª	69	22%
2ª	77	24%
3ª	159	50%
Idade Gestacional Ignorada	12	4%

N: número de casos.

















‰: número percentual de casos.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

O trimestre de início do pré-natal revela que a maioria (159 ou 50%) deu entrada no terceiro trimestre, caracterizando adesão tardia. Esse atraso pode comprometer o controle da infecção e aumentar os riscos materno-fetais (Brasil, 2019).

A ilustração 2 abaixo é uma comparação entre os três bairros com maior número de gestantes com sífilis e o Engenho Trapiche com o menor número. Essas diferenças territoriais são fundamentais para compreender o contexto social em que se inserem os agravos de saúde, principalmente os associados a vulnerabilidade sociais.

Ilustração 2 - Caracterização sociodemográfica dos bairros Torrões, Várzea, Iputinga e Engenho Trapiche, Recife-PE

Várzea	Torrões	Iputinga	Engenho Trapiche
 População: 64.512	 População: 30.193	 População: 49.944	 População: 818
 Mulheres Chefes de Domicílio: 46,84%	 Mulheres Chefes de Domicílio: 49,80%	 Mulheres Chefes de Domicílio: 51,78%	 Mulheres Chefes de Domicílio: 32,88%
 Renda Média Mensal: R\$ 2.049,33	 Renda Média Mensal: R\$ 1.150,31	 Renda Média Mensal: R\$ 2.045,08	 Renda Média Mensal: R\$ 2.044,30
 ZEIS (Zonas de Interesse Social): 5	 ZEIS (Zonas de Interesse Social): 2	 ZEIS (Zonas de Interesse Social): 1	 ZEIS (Zonas de Interesse Social): 0

Torrões tem a menor renda, evidenciando maior vulnerabilidade estrutural.

ZEIS: Zona Especial de Interesse Social.

Fonte: Dados coletados no site da Prefeitura do Recife, informações da RPA 4 - Planejamento Urbano.

Torrões: <https://www2.recife.pe.gov.br/servico/torroes?op=NTI4Mg%3D%3D>; Várzea:

<https://www2.recife.pe.gov.br/servico/varzea?op=NTI4Mg==>; Engenho Trapiche/Cidade Universitária:

<https://www2.recife.pe.gov.br/servico/cidade-universitaria?op=NTI4Mg==>. Acesso em 21 fev. 2026.

Observa-se inicialmente expressiva variação entre os bairros. A várzea apresenta o maior contingente populacional (64.512 habitantes), seguida por Iputinga (49.944) e Torrões (30.193), enquanto Engenho Trapiche possui população significativamente reduzida (818). Essa diferença demográfica implica dinâmicas distintas de ocupação do território e de organização da rede de serviços públicos.

A média de moradores por domicílio varia entre 3,2 e 3,5 pessoas, indicando relativo adensamento habitacional homogêneo entre os bairros, com discreta elevação em Engenho Trapiche (3,5). Embora as diferenças sejam pequenas, esse indicador pode

refletir padrões específicos de ocupação residencial.

A proporção de mulheres responsáveis pelo domicílio também merece destaque. Iputinga apresenta o maior percentual (51,78%), seguido por Torrões (49,80%) e Várzea (46,84%), enquanto Engenho Trapiche apresenta 32,88%. A predominância feminina na chefia domiciliar em três dos quatro bairros evidencia arranjos familiares nos quais as mulheres assumem papel central na manutenção econômica e organizacional do domicílio, aspecto frequentemente associado à sobrecarga social e econômica em contextos de menor renda.

Na renda nominal média mensal domiciliar, verifica-se disparidades importantes. Torrões apresenta renda média de R\$ 1.150,31, valor consideravelmente inferior aos observados na Várzea (R\$2.049,33), Iputinga (R\$ 2.045,08) e Engenho Trapiche (R\$ 2.044,30), que apresentam valores bastantes semelhantes entre si. Essa diferença indica maior vulnerabilidade socioeconômica relativa em Torrões, especialmente quando analisada em conjunto com outros indicadores estruturais.

A presença de Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS) também diferencia os territórios analisados. A Várzea concentra cinco ZEIS (Rosa Selvagem, Vila Arraes, Brasilit, Sítio Wanderley e Campo do Banco), Torrões apresenta as ZEIS Vietnã e parte de Torrões, e Iputinga possui a ZEIS Vila União, enquanto Engenho Trapiche não apresenta ZEIS registradas na tabela. As ZEIS constituem instrumento da política urbana previsto na Lei nº 10.257/2001, destinado à regularização fundiária, urbanização de assentamentos precários e garantia do direito à moradia para populações de baixa renda (BRASIL, 2001). A concentração dessas áreas em determinados bairros indica reconhecimento institucional de territórios com maior vulnerabilidade habitacional e social.

Por fim, à taxa de alfabetização da população com 10 anos ou mais, os dados disponíveis indicam 93,2% na Várzea e 92,8% em Engenho Trapiche. Os percentuais observados nos bairros com dados disponíveis demonstram níveis elevados de alfabetização formal.

a) Escolaridade da gestante x Tratamento do parceiro

No agrupamento Escolaridade da gestante x Tratamento do parceiro (tabela 2), observa-se que a totalidade das gestantes analisadas apenas 81 possuem ensino médio

completo, enquanto entre os parceiros apenas 10 (12%) realizaram o tratamento. Por outro lado, pode-se observar um número expressivo de registros classificados como ignorado ou em branco (n=256; 81%), o que evidencia a fragilidade no preenchimento das fichas de notificação e limita a análise precisa da adesão terapêutica. Essa diferença sugere baixa participação do parceiro no processo assistencial.

Tabela 2: Escolaridade x Tratamento do parceiro (2023-2024)

Escolaridade	Tratamento do parceiro (2023-2024)								
	Tratado n %		Não tratado n %		Ignorado n %		Em branco n %		Total
1ª-4ª Ensino fundamental incompleto			1	17%	1	17%	4	67%	6
1ª-4ª Ensino fundamental completo	3	17%	4	22%	3	17%	8	44%	18
5ª-8ª Ensino fundamental incompleto	2	4%	7	12%	15	26%	33	58%	57
5ª-8ª Ensino fundamental completo					3	75%	1	25%	4
Educação superior completa			1	33%			2	67%	3
Educação superior incompleto					1	25%	3	75%	4
Ensino médio completo	10	12%	13	16%	25	31%	33	41%	81
Ensino médio incompleto			4	8%	16	30%	33	62%	53
Ignorado	4	4%	12	13%	15	16%	60	66%	91
Total	19		42		79		177		317

N: número de casos.

%: número percentual de casos.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

A literatura aponta que a inclusão do parceiro no pré-natal é fundamental para fortalecer a corresponsabilidade e ampliar a adesão às condutas terapêuticas (Schafer et al., 2025). A ausência masculina compromete a efetividade das intervenções realizadas na Atenção Primária à Saúde (APS), pois o tratamento apenas da gestante favorece a reinfeção e a manutenção da cadeia de transmissão. Além disso, falhas no

registro e no acompanhamento do parceiro refletem limitações na organização do serviço e na implementação de estratégias de busca ativa (Baia et al., 2023).

b) Escolaridade x Raça/Cor das Gestantes

Com base nos dados apresentados na tabela 3, observa-se que a infecção por sífilis em gestantes apresenta importante concentração entre mulheres autodeclaradas pardas e negras, que juntas correspondem a 270 casos (aproximadamente 85% do total). Esse achado evidencia a persistência de desigualdades raciais no perfil epidemiológico da doença, uma vez que esses grupos também concentram os menores níveis de escolaridade.

Tabela 3: Escolaridade x Raça/cor (2023-2024)

Escolaridade	Amarela		Branca		Parda		Preta		Ignorado		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1ª-4ª Ensino F. incompleto					4	67%	2	33%			6
1ª-4ª Ensino F. Completo			1	6%	12	67%	5	28%			18
5ª-8ª Ensino F. Incompleto			4	7%	48	84%	3	5%	2	4%	57
5ª-8ª Ensino F. Completo			1	25%	3	75%					4
Educação S. completa			1	33%	2	67%					3
Educação S. Incompleto					4	100%					4
Ensino Médio Completo	1	1%	8	10%	62	77%	10	12%			81
Ensino Médio Incompleto	1	2%	3	6%	40	75%	9	17%			53
Ignorado			12	13%	59	65%	7	8%	13	14%	91
Total	2		30		234		36		15		317

N: número de casos.

%: número percentual de casos.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN

Nota-se que apenas 72 gestantes possuíam ensino médio completo e somente 2 tinham ensino superior completo, demonstrando predominância de baixa escolaridade entre as mulheres acometidas. A associação entre raça/cor e menor nível de instrução sugere maior vulnerabilidade social, refletindo barreiras no acesso à informação, aos

serviços de saúde e às estratégias de prevenção.

Em pesquisa realizada no estado de Alagoas, verificou-se predominância da infecção entre mulheres pardas e pretas, associada a baixos níveis de escolaridade (Silva et al., 2024). A análise conjunta das variáveis raça/cor e escolaridade evidencia que mulheres pardas e negras com baixa escolaridade constituem o grupo mais suscetível à infecção por sífilis gestacional, refletindo desigualdades estruturais que impactam o acesso e a qualidade da assistência pré-natal.

c) Classificação Clínica x Raça/cor das gestantes

Na tabela 4, observa-se predominância da forma latente da sífilis gestacional, cerca de 111 casos, sugerindo diagnóstico tardio ou falhas no rastreamento precoce da sífilis. Observa-se ainda que as mulheres autodeclaradas pardas concentraram o maior número absoluto de casos 234, representando o principal grupo afetado em todas as classificações clínicas.

Tabela 4: Classificação Clínica x Raça/Cor (2023-2026)

Raça/cor	Latente		Primária		Secundária		Terciária		Ignorado		Em Branco		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Amarela	1	50%							1	50%			2
Branca	15	50%	3	10%	3	10%	2	7%	6	20%	1	3%	30
Ignorado	5	33%	1	7%	1	7%	1	7%	7	47%			15
Parda	82	35%	26	11%	4	2%	8	3%	102	44%	12	5%	234
Preta	8	22%	7	19%	3	8%	2	6%	16	44%			36
Total	111		37		11		13		132		13		317

N: número de casos.

%: número percentual de casos.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

Destaca-se, ainda, a elevada proporção de registros classificados como “ignorado”, especialmente entre mulheres pardas (44%) e pretas (44%), o que pode indicar fragilidade no preenchimento das fichas de notificação e possível inviabilização da real fase clínica da doença. De modo semelhante, Silva et al. (2024) evidenciaram maior concentração da doença em mulheres pardas e pretas, associando o agravo a desigualdades sociais.

d) Bairro x Classificação clínica das gestantes.

Na tabela 5 podemos observar predominância da forma latente em diversos

territórios, especialmente no Cordeiro (46%), Iputinga (37%) e Várzea (35%) que pode indicar diagnóstico em fase assintomáticas, porém possivelmente tardio.

Tabela 5: Bairro da Gestante x Classificação Clínica (2023-2024)

Bairro	Latente		Primária		Secundária		Terciária		Ignorado		Em Branco		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Caxangá	3	30%					1	10%	5	50%	1	10%	10
Cordeiro	16	46%	4	11%	1	3%	1	3%	13	37%			35
Engenho do Meio	4	44%	2	22%			1	11%			2	22%	9
Engenho Trapiche			1	100%									1
Ilha do Retiro	5	36%	3	21%			2	14%	4	29%			14
Iputinga	16	37%	4	9%	2	5%	1	2%	18	42%	2	5%	43
Madalena	4	22%	6	33%			2	11%	6	33%			18
Prado	6	43%							7	50%	1	7%	14
Torre	8	47%	3	18%					6	35%			17
Torrões	17	26%	6	9%	4	6%	3	5%	33	50%	3	5%	66
Várzea	31	35%	8	9%	4	5%	2	2%	39	44%	4	5%	88
Zumbi	1	50%							1	50%			2
Total	111		37		11		13		132		13		317

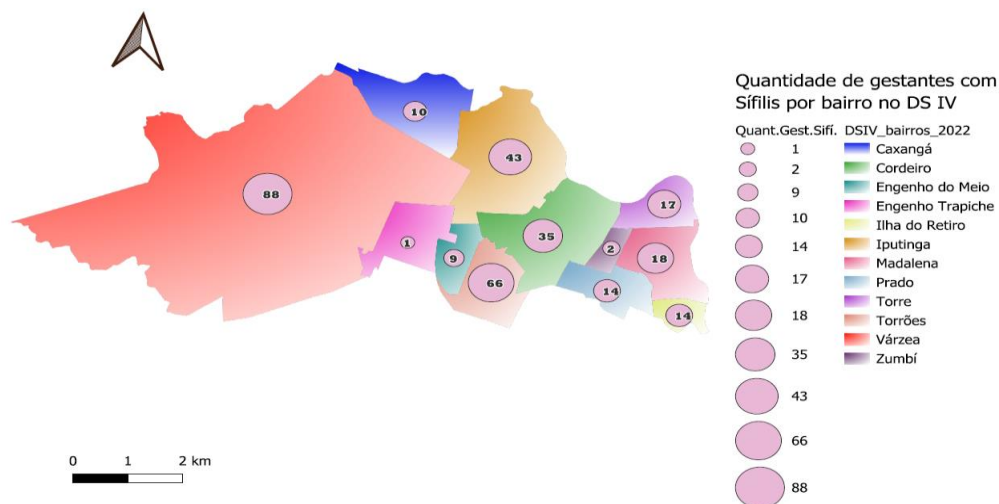
N: número de casos.

%: número percentual de casos.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

Destacando ainda a elevada proporção de registros classificados como “ignorado”, representando 42% do total geral, com percentuais superior a 40% em bairros como Torrões e Várzea. Tal achado evidencia fragilidade no preenchimento das notificações e limitações na qualidade da vigilância epidemiológica.

Ilustração 3-Quantidade de gestantes com Sífilis por bairros no Distrito Sanitário IV.



Fonte: Mapa elaborado pela autora no software QGIS, 2025.

e) Escolaridade x Idade das gestantes

Na tabela 6, relação escolaridade x idade, podemos observar que: entre as gestantes de 15- 24 anos, houve uma maior concentração de ensino médio incompleto (24%) e registro ignorado (31%), além de percentual expressivo de 5ª a 8ª série incompleta (91%). Já na faixa etária de 25 a 34 anos, predominou o ensino médio completo (38%), seguido de 5ª a 8ª série incompleta (16%) e registros ignorados (24%). Entre as gestantes de 35 a 44 anos, apesar do menor número absoluto de casos (31), destacou-se maior proporção relativa de registros ignorados (39%) e manutenção de baixa escolaridade (19% com 5ª a 8ª série incompleta).

Tabela 6: Escolaridade da gestante x Idade das gestantes (2023-2024)

Escolaridade	15-24		25-34		35-44		Em Branco		Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	
1ª - 4ª Ensino fundamental incompleto	3	2%	2	2%	1	3%	1	20%	7
1ª - 4ª Ensino fundamental. Completo	8	5%	7	6%	2	6%			17
5ª - 8ª Ensino fundamental incompleto	30	19%	20	16%	6	19%	1	20%	57
5ª - 8ª Ensino fundamental. completo	1	1%	2	2%			1	20%	4
Educação superior. completa			1	1%	2	6%			3
Educação superior incompleto	1	1%	3	2%					4
Ensino médio completo	27	17%	48	38%	5	16%	1	20%	81
Ensino médio incompleto	38	24%	12	10%	3	10%			53
Ignorado	48	31%	30	24%	12	39%	1	20%	95
Total	156		125		31		5		317

N: número de casos.

%: número percentual de casos.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

Os achados dialogam com estudos anteriores que apontam a baixa escolaridade como importante marcador de vulnerabilidade social entre gestantes com sífilis. Silva et al. (2024), ao analisarem a caracterização da sífilis gestacional em Alagoas, identificaram predominância de mulheres com menor nível de instrução, destacando que a escolaridade limitada pode comprometer a compreensão das orientações terapêuticas e a adesão ao tratamento. De forma semelhante, Jesus et al. (2026) observaram maior ocorrência da infecção entre mulheres com ensino fundamental incompleto, associando o agravo a determinantes socioeconômicos estruturais.

No presente estudo, a maior concentração de baixa escolaridade entre gestantes mais jovens sugere início precoce da vida reprodutiva associado à menor permanência no sistema educacional, o que pode impactar o acesso à informação em saúde, à autonomia reprodutiva e à utilização adequada dos serviços de pré-natal. Já entre mulheres de 25 a 34 anos, embora haja maior proporção de ensino médio completo, mantém-se percentual relevante de escolaridade incompleta e registros ignorados, indicando que a vulnerabilidade educacional persiste mesmo em faixas etárias consideradas de maior estabilidade social.

Na tabela 7 p-valor abaixo podemos observar associação estatisticamente significativa entre escolaridade e raça/cor da gestante ($\chi^2 = 44,07$; gl = 32; p = 0,021), indicando que o nível de instrução varia de forma não aleatória conforme o grupo racial. Esse achado reforça a interrelação entre desigualdades educacionais e raciais, sugerindo sobreposição de vulnerabilidades estruturais. Tal resultado converge com os achados de Silva et al. (2024), que evidenciaram maior concentração de sífilis gestacional entre mulheres pardas e com baixa escolaridade no estado de Alagoas, e com Jesus et al. (2026), que apontaram a escolaridade como importante marcador de vulnerabilidade socioeconômica no perfil epidemiológico da doença.

Tabela 7- Associação entre características sociodemográficas, território e cuidado em sífilis gestacional. Teste do qui-quadrado.

Combinação de variáveis	χ^2	gl	p-valor	Interpretação ($\alpha = 0,05$)
Escolaridade da gestante × Tratamento do parceiro	35,75	24	0,058	Não houve associação estatisticamente significativa; resultado próximo ao ponto de corte sugere tendência de associação.
Escolaridade da gestante × Raça/cor da gestante	44,07	32	0,021	Houve associação estatisticamente significativa entre escolaridade e raça/cor.
Classificação clínica × Raça/cor da gestante	18,42	20	0,294	Não houve associação estatisticamente significativa.
Bairro da gestante × Classificação clínica	72,63	65	0,088	Não houve associação estatisticamente significativa; valor próximo a 0,05 indica tendência de diferenças entre bairros.
Escolaridade da gestante ×	40,74	16	0,0006	Houve associação estatisticamente significativa entre escolaridade e faixa etária; gestantes

Combinação de variáveis	χ^2	gl	p-valor	Interpretação ($\alpha = 0,05$)
Idade da gestante (faixas: 15–24; 25–34; 35–44 anos)				mais jovens concentram-se nos níveis mais baixos de escolaridade e na categoria “ignorado”.

χ^2 - Qui-quadrado

gl - Grau de liberdade.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN

Na análise entre escolaridade da gestante e situação de tratamento do parceiro, foi observado maior proporção de registros ‘não tratados’ e ‘ignorados’ entre gestantes com menor escolaridade ou escolaridade não informada, essa diferença não atingiu significância estatística, indicando que, na amostra estudada, a escolaridade da gestante, isoladamente, não se mostrou associada de forma robusta à situação de tratamento do parceiro.





A associação estatisticamente não foi significativa entre escolaridade e tratamento do parceiro ($p = 0,058$), embora o valor esteja próximo ao nível de significância adotado ($\alpha = 0,05$), sugerindo tendência de associação. Esse achado pode indicar que o nível de instrução da gestante pode influenciar indiretamente a adesão do parceiro ao tratamento, ainda que não tenha alcançado significância estatística neste estudo.

Da mesma forma, não houve associação estatisticamente significativa entre classificação clínica e raça/cor da gestante ($p = 0,294$), nem entre bairro e raça/cor ($p = 0,576$), indicando que, embora haja predominância de determinados grupos raciais e territórios no número absoluto de casos, a distribuição proporcional entre as categorias não diferiu de maneira significativa. Contudo, a análise entre bairro e classificação clínica apresentou valor limítrofe ($\chi^2 = 72,63$; $gl = 65$; $p = 0,088$), sugerindo tendência de diferenças entre territórios quanto à fase clínica da doença, o que pode indicar variações na qualidade do diagnóstico ou no momento da detecção nos diferentes bairros.

De modo geral, os resultados demonstram que as associações estatisticamente significativas se concentram nas variáveis estruturais — escolaridade, raça/cor e idade — reforçando que a sífilis gestacional está fortemente relacionada aos determinantes sociais da saúde. Em contrapartida, as variáveis assistenciais, como tratamento do parceiro e início do pré-natal, não apresentaram associação significativa com os fatores

sociodemográficos analisados, o que pode indicar que as fragilidades na assistência ocorrem de forma transversal entre os grupos.

Ilustração 4 – Matriz de associações significativas

 <p>✓ Escolaridade × Idade (p = 0.0006): Associação altamente significativa.</p> <p>Mulheres mais jovens concentram as piores taxas de escolaridade.</p>	 <p>✓ Escolaridade × Raça/Cor (p = 0.021): Associação significativa.</p> <p>Mulheres pretas e pardas sofrem os piores déficits educacionais.</p>
 <p>⚠ Bairro × Clínica (p = 0.088): Tendência estatística.</p> <p>De variação territorial na qualidade do diagnóstico.</p>	 <p>⚠ Escolaridade × Parceiro (p = 0.058): Forte tendência.</p> <p>Indicando que a baixa instrução da mulher dificulta ainda mais a adesão do homem ao cuidado.</p>

Em síntese, os achados apresentados na ilustração evidenciam que a escolaridade é um eixo estruturante das desigualdades analisadas, com associações estatisticamente significativas ou fortemente tendenciais com idade, raça/cor, território de atendimento e participação do parceiro. Mulheres mais jovens, negras e pardas concentram os piores níveis educacionais, o que se traduz em maior vulnerabilidade social e em barreiras adicionais para o acesso e a qualidade do cuidado em saúde, inclusive na adesão do companheiro ao acompanhamento. Esses resultados reforçam a necessidade de estratégias intersetoriais e territorializadas de educação e saúde que considerem o recorte geracional, racial e de gênero, bem como ações específicas nas áreas com pior qualidade diagnóstica e com foco na ampliação da escolaridade das mulheres como condição para redução das iniquidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora as análises bivariadas não tenham evidenciado associações estatisticamente significativas entre a situação de tratamento do parceiro e os principais marcadores sociodemográficos, esse achado deve ser interpretado à luz de importantes limitações do estudo.

A primeira delas refere-se ao poder estatístico: a combinação de muitas categorias em algumas variáveis (como escolaridade, classificação clínica e bairro) acaba fragmentando os 317 casos em diversas células com frequência muito baixa, o que reduz a sensibilidade do teste do qui-quadrado para detectar diferenças reais entre os grupos. Soma-se a isso a elevada proporção de registros “em branco” e “ignorado” em variáveis-

chave, como tratamento do parceiro, escolaridade e classificação clínica, que gera categorias volumosas e heterogêneas, dilui contrastes entre grupos e introduz viés de informação, dificultando a revelação de associações significativas.

Além disso, o fenômeno estudado é intrinsecamente multicausal: tanto o tratamento do parceiro quanto o acesso ao cuidado são influenciados por uma combinação de fatores relacionais, organizacionais e territoriais que não são plenamente captados por marcadores isolados, de modo que cada variável, analisada sozinha, pode não apresentar força suficiente para se associar ao desfecho. Não se descarta ainda a presença de confundimento e interação entre escolaridade, raça/cor e território, o que pode mascarar efeitos nas análises simples e reforça a pertinência de abordagens multivariadas em investigações futuras.

A limitação central deste trabalho reside na dificuldade de ampliar e qualificar a base de dados, uma vez que não foi autorizada a consulta direta ao prontuário eletrônico do cidadão (PEC), mesmo sendo a orientadora da pesquisa trabalhadora do SUS no próprio distrito em que se realizou a coleta. Essa restrição impossibilitou o resgate de informações ausentes ou inconsistentes nas bases secundárias, contribuiu para a elevada proporção de campos “em branco” e “ignorado” e, conseqüentemente, reduziu o poder das análises estatísticas para evidenciar associações mais robustas. Apesar disso, os achados apontam para a necessidade de fortalecer o pré-natal na atenção básica, aprimorar a completude e a integração dos sistemas de informação e implementar estratégias que enfrentem, de forma articulada, desigualdades de raça, classe, gênero e território no cuidado às gestantes com sífilis e seus parceiros, potencializando o caráter equânime e resolutivo do SUS

REFERÊNCIAS

BAIA, L. S. et al. A importância da Atenção Primária à Saúde no acompanhamento pré-natal: uma revisão integrativa da literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 3, p. 1139-1172, 2023. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih.s/article/view/3376>. Acessado em: 27 fev. 2026.

BRASIL. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da **Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências (Estatuto da Cidade)**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 jul. 2001. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/legislacao/101340/estatuto-da->



[cidade-lei-10257-01](#). Acessado em 20 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para assistência integral às gestantes com sífilis e bebês com infecção congênita por sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis na gestante: atenção básica e pré-natal. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis/gestantes>. Acessado em 03 fev. 2026.

CAVALCANTE, Jéssica Beatriz Pachêco. Análise da prevalência de sífilis gestacional no Nordeste do Brasil: uma abordagem multifatorial. 2025. 124 f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – **Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Exatas e da Natureza**, João Pessoa, 2025. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br>. Acessado em 17 dez. 2025.

CONCEIÇÃO, Damiana Maria Minhaqui da; NASCIMENTO, Joyce Santana do; VIEIRA, Angela Maria Leal de Moraes. Análise da variação do perfil epidemiológico da sífilis gestacional e sua prevalência em um município do estado de Pernambuco. In: II COINTER PDVS – **Congresso Internacional das Ciências da Saúde**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.31692/IICOINTERPDVS.0081>. Acesso em: 4 fev. 2026.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 6, e00082415, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415>. Acesso em: 4 fev. 2026.

GOMES, Mariana Carvalho de Lima et al. Sífilis na gestação e transmissão vertical: perfil epidemiológico. **Revista Científica CEREM-GO**, v. 1, n. 03, 2021. DOI: 10.37951/2675-5009.2021v1i03.41. Disponível em: <https://doi.org/10.37951/2675-5009.2021v1i03.41>. Acesso em: 4 fev. 2026.

FEBRASGO – **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**. Sífilis na gravidez. FEBRASGO, 11 nov. 2019. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/700-sifilis-na-gravidez>. Acesso em: 20 jun. 2025.

IFF/FIOCRUZ – Instituto Fernandes Figueira. Vigilância epidemiológica e notificação dos casos de sífilis. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**, 24 jan. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/vigilancia-epidemiologica-e-notificacao-dos-casos-de-sifilis/>. Acesso em: 25 jun. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>. Acessado em: 27 jan. 2026.



JESUS, Felipe Silva Rodrigues de et al. Análise do perfil epidemiológico da sífilis adquirida, gestacional e congênita em Marabá-PA (2019-2023): um estudo descritivo. **Periódicos Brasil. Pesquisa Científica**, v. 5, n. 1, p. 1389-1419, 2026. DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n1p1389-1419>. Acesso em 25 fev.2026.

LIMA, Rebeca Vitória Cunha; ARRUDA, Éder Ferreira de; MOREIRA, Vitória de Oliveira; SANTANA, Marcella de Lima Rodrigues. Perfil sociodemográfico da sífilis gestacional na Região Norte entre 2016 e 2021. RECIMA21 – **Revista Científica Multidisciplinar**, v. 4, n. 10, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.47820/recima21.v4i10.4110>. Acesso em: 22 jun. 2025.

LIMA FILHO, Carlos Antonio de et al. Caracterização epidemiológica dos casos de sífilis gestacional no estado de Pernambuco, Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, e3111931655, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31655>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31655>. Acesso em: 22 jun. 2025.

MACÊDO, Vilma Costa de et al. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 518–528, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040395>. Acesso em: 22 jun. 2025.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos et al. A sífilis na gestação e sua influência na morbimortalidade materno-infantil. **Comunicação em Ciências da Saúde, Brasília**, v. 22, supl. 1, p. S43–S54, 2011. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/sifilis_gestacao.pdf. Acesso em: 4 mar. 2026.

MASCHIO-LIMA, Taiza et al. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 19, n. 4, p. 873–880, out./dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000400007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/WPBGJDNMPgnhDLCmj64sGkk>. Acesso em: 22 jun. 2025.

MILANEZ, Helaine. Syphilis in pregnancy and congenital syphilis: why can we not yet face this problem? **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 38, n. 9, p. 425-427, 2016. DOI: 10.1055/s-0036-1593603. Disponível em: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0036-1593603>. Acesso em: 4 fev. 2026.

MORAES, Letícia de Oliveira et al. Casos de sífilis em gestantes: uma perspectiva epidemiológica em Cáceres-MT. **Revista Saúde Coletiva, São Paulo**, v. 14, n. 89, p. 1044–1055, 2024. Disponível em: <https://revistasaucoletiva.com.br/index.php/saucoletiva/article/view/61489>. Acesso em: 20 jun. 2025.



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DA SÍFILIS GESTACIONAL NA REGIÃO NORTE ENTRE 2016 E 2021. RECIMA21 - **Revista Científica Multidisciplinar**, v. 4, n. 10, p. e4104110, 2023. DOI: <10.47820/recima21.v4i10.4110>. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/4110>. Acesso em: 25 abr. 2025.

PORTAL DE BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Vigilância epidemiológica e notificação dos casos de sífilis. 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/vigilancia-epidemiologica-e-notificacao-dos-casos-de-sifilis/>. Acesso em: 20 nov. 2024.

RAMOS, Roberta de Souza Pereira da Silva et al. Incidência de sífilis congênita segundo as desigualdades na condição de vida no município de Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 21, n. 3, p. 795–804, jul./set. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042021000300004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/5kcd6gTyRPnK3kzTYVHYdmg>. Acesso em: 22 jun. 2025.

RIBEIRO, Larissa Lima et al. Prevalência da sífilis ativa entre mulheres trabalhadoras do sexo do Recife – Pernambuco. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 1, n. 2, p. 446-457, 2023. DOI: 10.51891/rease.v1i2.11089. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/11089>. Acesso em: 14 jan. 2026.

SANTI, Daniela Bulcão; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. **Adolescent health promotion: Nola Pender’s model through participatory virtual workshops**. *Revista de Enfermagem da UFSM*, Santa Maria, v. 13, e40, p. 1-19, 2023. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/11/1517430/40_84147_por-1.pdf. Acesso em: 14 jan. 2026.

SANTOS, Alex Maurício Garcia. Prevalência de sífilis latente e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. 2017. Dissertação (Mestrado) – **Universidade Federal de Pernambuco, Recife**, 2017.

SANTOS, Maria Crispina Pereira dos; SILVA, Raquel Gomes da. Sífilis e a importância do pré-natal. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) — **Centro Universitário Amparense (UNISEPE)**, Amparo, SP, 2023. Disponível em: <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2024/02/S%C3%8DFILIS-E-A-IMPORT%C3%82NCIA-DO-PR%C3%89-NATAL.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2025.

SANTOS, Maria Larisse Pereira dos et al. A importância do pré-natal na prevenção da sífilis durante a gestação. **RevistaFT, Rio de Janeiro**, v. 28, ed. 134, 31 maio 2024. DOI: <10.69849/revistaft/th10248191033>. Disponível em: <https://revistaft.com.br/a-importancia-do-pre-natal-na-prevencao-da-sifilis-durante-a-gestacao/>. Acesso em: 22 jun. 2025.



SAYAL, Hasan Berkan et al. Maternal and neonatal outcomes of congenital syphilis at a tertiary care center in Turkey: a retrospective observational study. **Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine**, v. 36, n. 1, p. 1-7, 2023. Disponível em: https://www.researchgate.net/journal/Journal-of-Obstetrics-and-Gynaecology-1364-6893/publication/384771606_Maternal_and_neonatal_outcomes_of_congenital_syphilis_at_a_tertiary_care_center_in_Turkey_a_retrospective_observational_study/links/6715ed6f68ac304149a49238/Maternal-and-neonatal-outcomes-of-congenital-syphilis-at-a-tertiary-care-center-in-Turkey-a-retrospective-observational-study.pdf. Acessado em 20 fev. 2026.

SERIGNOLLI, Ana Letícia Sgaviolli et al. Análise da incidência de sífilis em gestantes no município de Jaú-SP (2016–2021). **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 5, p. 1215–1228, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n5p1215-1228>. Acesso em: 20 jun. 2025.

SCHAFER, A. B. A. et al. Atenção integral à saúde da mulher: a importância do preventivo e do pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS). **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – REASE**, São Paulo, v. 11, n. 12, p. 3235-3246, dez. 2025. ISSN 2675-3375. DOI: doi.org/10.51891/rease.v11i12.23066. Acessado em 19 fev.2026

SILVA, Evelyn Nikole Araújo et al. Desigualdades na caracterização da sífilis gestacional e congênita em Alagoas. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, e1411134, 2024. DOI: 10.55892/jrg.v7i14.1134.

SILVA, G. K. S. et al. Análise de casos de Sífilis Congênita em um hospital geral de Recife-PE. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 3, p. 11726–11734, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/49695>. Acesso em: 27 out. 2024.

SOARES, S. S. et al. Aspectos Clínico-Epidemiológicos da Sífilis Gestacional no Nordeste do Brasil. **Revista Ciência Plural**, v. 8, n. 1, p. e22522, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/22522>. Acesso em: 27 out. 2024.

SOUSA, Milena Jéssica Silva de; SÁ, João Miguel da Silva; ARAÚJO, Raquel Vilanova de. **Implicações da sífilis em gestantes com baixo nível socioeconômico: revisão integrativa da literatura**. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, e40111436099, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36099>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36099>. Acesso em: 4 mar. 2026.

TORRES, Paula Marília Afonso et al. Fatores associados ao tratamento inadequado da sífilis na gestação: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, p. e20210965, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/M7LhhZh5b56pLCgYBFRYRWx/?lang=pt>. Acessado em 14 jan. 2026.



VIANA, L. P. F. et al. Difficulties in approaching and managing syphilis during pregnancy. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, p. 11163–11179, 2020.

Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/15789> . Acesso em: 27 out. 2024.

VIEIRA, Gislaine dos Santos Rodrigues et al. Análise epidemiológica da sífilis em gestantes e da sífilis congênita em Porto Velho e Rondônia. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 47, p. 4562, 2025.

Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc20\(47\)4562](https://doi.org/10.5712/rbmfc20(47)4562). Acesso em: 14 jan. 2026.