



Experiência de mulheres jovens com sífilis gestacional sob a ótica conceitual da esperança

The experience of young women with gestational syphilis from the conceptual perspective of hope
La experiencia de mujeres jóvenes con sífilis gestacional desde la perspectiva conceptual de la esperanza

Como citar este artigo:

Wernet M, Charepe Z, Festas C, Silveira AO, Nakao PA. The experience of young women with gestational syphilis from the conceptual perspective of hope. Rev Esc Enferm USP. 2026;60:e20250118. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0118en>

-  Monika Wernet¹
-  Zaida Charepe²
-  Constança Festas²
-  Aline Oliveira Silveira³
-  Patrícia Akari Nakao⁴

¹ Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, São Carlos, SP, Brasil.

² Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências da Saúde e Enfermagem, Lisboa, Portugal.

³ Universidade de Brasília, Departamento de Enfermagem, Brasília, DF, Brasil.

⁴ Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, São Carlos, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To understand the hope of young women diagnosed with gestational syphilis in the context of prenatal care. **Method:** Qualitative research, based on thematic analysis, from the conceptual perspective of hope. It was developed in the state of São Paulo with young women diagnosed with gestational syphilis during prenatal care through semi-structured interviews and audio recordings conducted between July 2023 and April 2024. **Results:** Sixteen young women participated in the study, all self-identifying as black or mixed-race, four of whom were first-time mothers, and most had up to nine years of schooling. The experience of hope is portrayed in the following thematic units: “Threats to hope”, with the subtopics “Stigma and suffering” and “Restricted informational and social support”; and “Promoters of hope”, with the subtopics “Child protection” and “Self-preservation”. **Conclusion:** In prenatal care, women faced a dialectic of threatening and hope-promising contexts. In this sense, the following stood out, respectively: the incomplete professional support for emotional and informational needs, and the clarity of the desired objective (non-contamination of their child) associated with internalized reflection on the exercise of their maternal role.

DESCRIPTORS

Syphilis; Delivery of Health Care; Hope; Prenatal Care; Professional-Patient Relations.

Autor correspondente:

Monika Wernet
Rua Com. Ângelo, Rinaldi, 117,
Parque Santos Dumont
06754-070 – Taboão da Serra, SP, Brasil
mwernet@ufscar.br

Recebido: 25/03/2026
Aprovado: 09/04/2026

INTRODUÇÃO

Há uma crescente produção de evidências sobre esperança na atenção à saúde e na enfermagem, todas assinalando os contributos do construto para o enfrentamento de situações adversas, ameaçadoras e/ou complexas. A esperança conduz à identificação de objetivo e ao sentido das experiências, sendo altamente pessoal^(1,2).

A incorporação da esperança na prática clínica favorece o cuidado holístico e integral⁽¹⁻³⁾, centrado na pessoa, com reconhecimento da singularidade dos sofrimentos, dificuldades, necessidades e enfrentamentos^(2,3). Promove força transformadora, com expectativas positivas, motivação e disposição interior para o estabelecimento e alcance de objetivos⁽²⁻⁴⁾. O processo da esperança se relaciona à determinação (*willpower*) e aos comportamentos (*waypower*) para alcançar algo intencionado⁽⁵⁾, um objeto esperançado.

Diante da esperança, ocorrem comportamentos de apreciação e avaliação dinâmica e contínua da situação e dos recursos disponíveis em relação ao objeto desejado, com o estabelecimento de estratégias para alcançá-lo⁽²⁻⁷⁾. Isso promove resiliência e possibilita a superação de adversidades, com efeitos no conforto⁽⁶⁾, na qualidade de vida, no bem-estar⁽⁷⁾, na saúde⁽⁶⁾ e na vida. Altos níveis de esperança conduzem pessoas a assumirem, no presente, comportamentos direcionados a objetivos futuros⁽⁶⁾.

Ao pensar no encontro para processamento do cuidado em saúde e enfermagem, o comportamento do profissional é um determinante da esperança⁽²⁻⁴⁾, aspecto que implica assunção de compromissos com ela, considerando-a em suas intervenções⁽³⁾. As relações inter e intrapessoais estão entre os determinantes da esperança, delineando sua manifestação^(4,6).

As evidências relativas à esperança concentram-se no âmbito dos cuidados paliativos e adoecimentos crônico, abordando diferentes períodos de vida e as transições de saúde-doença⁽¹⁾. Há lacunas de discussões dela diante do diagnóstico de sífilis, doença infectocontagiosa que se configura como problema e desafio à saúde pública mundial. A sífilis gestacional (SG), especificamente, está associada a um maior risco de aborto espontâneo, parto prematuro e ocorrência de sífilis congênita, todas ameaças à vida e à saúde, com desdobramentos para a morbimortalidade materno-infantil^(8,9).

De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2024 do Ministério da Saúde do Brasil, em 2023, os casos de SG foram da ordem de 34 para cada 1.000 nascidos vivos, totalizando 86.111 notificações, um aumento de 11% em relação à taxa analisada do ano anterior⁽⁹⁾. Nesse cenário, adolescentes e jovens estiveram destacados como grupos populacionais de predomínio da ocorrência da doença⁽⁹⁾, sendo premente explorar discussões específicas a esses grupos.

O controle da SG tem sido um desafio. As evidências científicas e a abordagem clínica estão fortemente direcionadas pela epidemiologia do risco, com esforços máximos de diagnóstico precoce, tratamento oportuno da mulher e alcance de suas parcerias sexuais para diagnóstico e tratamento^(8,9), medidas importantes de intervenção. Apesar dos avanços, a doença revela reemergência no Brasil e mundo⁽⁸⁻¹⁰⁾, e reclama por inovações na atenção à saúde. Nessa direção, o acesso equitativo a serviços de

saúde e de pré-natal de qualidade é apontado como um impacto na abordagem da situação⁽¹¹⁾ e como garantia de direitos.

No Brasil, a história da doença sífilis e das campanhas de saúde dirigidas a ela abrange construções discursivas e simbólicas imersas em colocações dotadas de apontamentos morais, sobretudo quanto às práticas sexuais⁽¹²⁾. Ademais, identifica-se um forte acento no comportamento individual, estruturado em lógica biomédica, higienicista e sanitária⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Há premência de, nas respostas à reemergência da doença, transcender o enfoque acima assinalado, com consideração das questões sociais, culturais e subjetivas^(12,13), bem como de características geracionais. Rotulações sociais têm chances de se estender à percepção da pessoa de si e afetar enfrentamentos⁽¹³⁾, inclusive no âmbito da esperança.

O presente estudo indaga sobre a experiência da esperança de mulheres jovens diagnosticadas com SG no contexto da atenção pré-natal. Partiu-se do pressuposto de que esse recorte pode trazer indicativos de renovação das práticas de cuidado em saúde e de seus profissionais, contribuindo para um deslocamento de abordagem nos encontros voltados ao cuidado da doença, considerando as subjetividades e determinações sociais presentes no contexto. O objetivo foi de compreender a esperança da mulher jovem diagnosticada com SG no contexto da atenção pré-natal.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo qualitativo, descritivo e exploratório, norteado pela ferramenta *Consolidated criteria for REporting Qualitative research*⁽¹⁴⁾, fundamentado pelo referencial metodológico da análise temática⁽¹⁵⁾ e pelo Modelo de Esperança de Dufault e Martocchio⁽³⁾. Foi desenvolvida análise secundária dos dados de pesquisa com mulheres jovens diagnosticadas com SG no pré-natal sobre a percepção do cuidado em saúde recebido.

A esperança abarca duas esferas, a generalizada e a particularizada, ambas com as mesmas seis dimensões: (1) afetiva, englobando as emoções e os sentimentos envolvidos com o objeto de esperança intencionado; (2) cognitiva, abarcando pensamentos e desejos vinculados ao objeto de esperança e envolvendo o processo de identificação dele e avaliação da realidade para sua consecução; (3) comportamental, remetendo à ação e à orientação para produzir o desejado; (4) afiliativa, vinculada às relações consigo, com os outros e com o meio social de inserção; (5) temporal, envolvendo o reconhecimento de que a esperança está dirigida ao futuro, mas é dependente de experiências do presente e do passado; e (6) contextual, traduzindo a consideração e a relevância do contexto social de inserção⁽³⁾. A esperança generalizada difere da particularizada por ser incerto o intencionado enquanto futuro. Na esperança particularizada, há um objeto de esperança estabelecido, para o qual são feitos investimentos. Essa última atua no enfrentamento construtivo⁽³⁾.

Ademais, a esperança é um processo existencial, delineando o sentir, o se comportar e o se relacionar consigo mesmo e com outros. Ela surge enquanto processo na e a partir da interação de quatro atributos: transcendência (alma da esperança); experiencial (dor da esperança); relacional (coração da esperança); e racional (mente da esperança)⁽¹⁶⁾.

LOCAL, POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

A pesquisa foi desenvolvida em cidade brasileira situada no interior do estado de São Paulo. Os critérios de seleção para a participação no estudo foram ser mulher, ser emancipada na faixa etária de 15 aos 24 anos e ter diagnóstico de sífilis no período gestacional. Excluíram-se aquelas que não estavam em condições psíquicas de participar da entrevista narrativa.

O local de captação dos participantes foi a maternidade do centro-leste do estado de São Paulo, referência regional para gestação, parto e puerpério. Pertencente ao Departamento Regional de Saúde III, a maternidade registrou 1.991 partos em 2023 e 1.924 em 2024, dos quais cerca de 7% foram de bebês com SG. Desses, pouco mais da metade tinha entre 15 e 24 anos, de acordo com informações da gestão do serviço. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2022, a população da cidade era de 254.857 habitantes, dos quais 6,73% eram mulheres entre 15 e 24 anos⁽¹⁷⁾.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu entre julho de 2023 e abril de 2024 por meio de entrevistas áudio gravadas, realizadas nas casas das participantes. O convite para o estudo era feito pela enfermeira gerente da maternidade. Com o aceite, ela intermediava o contato com a equipe de pesquisa, obtendo o contato telefônico e solicitando autorização para compartilhá-lo. Em seguida, as pesquisadoras entravam em contato para agendar data e horário da entrevista. No dia da entrevista, elas retomavam os objetivos do estudo, confirmavam o aceite de participação e, então, procediam à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Destaca-se que os excertos integrantes deste manuscrito foram identificados com a letra “M”, alusivos à palavra “mulher”, seguidos pelo número arábico representativo da ordem de sua entrada no estudo.

O primeiro momento da entrevista era direcionado à caracterização das mulheres em relação à idade, à situação conjugal, à cor, ao trimestre gestacional do diagnóstico da sífilis e aos dados gestacionais e de paridade. O segundo momento apresentou a colocação voltada à lembrança do “quando recebeu o diagnóstico da sífilis e como aconteceu e percebeu o cuidado”. Outras perguntas para aprofundar a percepção acerca do cuidado pré-natal recebido foram apresentadas de modo alinhado ao narrado pela participante.

As entrevistas tiveram duração de 18 a 35 minutos. Elas foram conduzidas pela última autora, pesquisadora em treinamento, sob supervisão e apoio da primeira autora, que tem experiência no desenvolvimento de estudos qualitativos com uso de entrevistas. Notas de campo foram feitas a respeito de detalhes contextuais para contribuir com a triangulação das fontes de obtenção dos dados e para as interpretações das entrevistas transcritas. Da mesma forma, as análises e os dados foram compartilhados nas reuniões do grupo de pesquisa *Hope2Care* para agregar perspectivas em relação aos dados e às análises. O referido grupo, liderado pela segunda autora deste manuscrito, abrange projetos de investigação, intervenção e formação em esperança nos processos de saúde-doença. Assim, os resultados parciais foram apresentados e discutidos em dois encontros do grupo, mantendo-se o anonimato das participantes.

O critério da saturação temática determinou o encerramento das entrevistas, isto é, o conjunto de dados obtidos e a sua análise alcançaram recorrência de códigos ou temas. Não surgiram novas informações ou relacionamentos entre eles surgiram na compreensão do objeto de estudo⁽¹⁸⁾.

ANÁLISE DOS DADOS

Na direção de compreender a experiência da esperança da mulher, a reanálise das entrevistas do estudo primário foi guiada pelas colocações acerca das dimensões e esferas da esperança⁽³⁾ e de seu processo⁽¹⁶⁾.

O texto da transcrição das entrevistas foi analisado pela primeira autora, sob supervisão da segunda autora deste manuscrito. O processo analítico foi conduzido pela análise temática⁽¹⁵⁾, portanto estruturado em seis etapas. A primeira etapa consistiu em leituras repetidas para identificar significados e padrões associados ao objeto de estudo, a esperança no contexto do cuidado pré-natal de mulheres jovens com SG, com seleção de trechos representativos (segunda etapa, de seleção de elementos-chave). Esses trechos foram destacados considerando as dimensões da esperança⁽³⁾, seu processo e atributos⁽¹⁶⁾. Os esforços foram direcionados para a compreensão da esperança, de como ela se revelava e se conectava à existência da mulher, bem como das emoções, sentimentos e pensamentos dinamizados sob a percepção do contexto social que os continha. Além disso, a forma como esse todo se articulou com a consecução do objeto de esperança direcionou a seleção e a análise dos trechos. Esses trechos foram apreciados com o objetivo de compreender os significados das palavras e construções linguísticas. Ou seja, identificaram-se as palavras-chave, que foram posteriormente codificadas (terceira etapa da seleção dos códigos). Esses códigos foram integrados em temas (quarta etapa), e então ocorreram novos processos analíticos indutivos voltados para a identificação de padrões e relações entre eles (quinta etapa, da conceituação), encerrando o processo com o desenvolvimento do modelo conceitual, que corresponde à etapa final do método de análise temática. O modelo conceitual alcançado estruturou-se em dois temas principais, um relativo à dimensão promotora; e outro relativo à dimensão limitadora da experiência de esperança.

ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu os princípios deontológicos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde do Brasil para pesquisas envolvendo seres humanos. Foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob Parecer nº 6.200.614 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 69634923.1.0000.5504. As participantes assinaram o TCLE.

RESULTADOS

Vinte e três mulheres foram convidadas a integrar o estudo, das quais três não aceitaram participar por referirem que falar da situação gerava grande desconforto nelas. Das 20 mulheres que aceitaram, quatro não retornaram às duas tentativas de contato para agendamento da entrevista, sendo consideradas desistentes da participação. Assim, foram entrevistadas 16 mulheres com idade média de 18 anos. Duas eram emancipadas, e três tinham

o histórico de reinfecção pelo *Treponema pallidum*. Todas as mulheres eram pretas ou pardas. Além disso, quatro eram primíparas; seis eram secundíparas; 11 tinham até nove anos de estudo; e uma era mãe solo.

A vivência da esperança da mulher jovem diagnosticada com SG no contexto do cuidado em saúde ocorre a partir do manejo dialético de aspectos ameaçadores e promotores da esperança, conforme Quadros 1 e 2.

No contexto das relações e comunicações com os profissionais de saúde durante o pré-natal, elas vivenciaram as principais ameaças à sua esperança. Porém, elas precisaram se expor a essas ameaças para alcançar o objeto de sua esperança: a não contaminação da criança que estavam gestando. Eram os profissionais que lhes davam a garantia do tratamento para a SG e o acesso aos exames diagnósticos. Ao reafirmarem seu envolvimento com a terapêutica voltada à sífilis, sentiram que estavam protegendo sua criança, o que foi central para a projeção e o fortalecimento da esperança. Os temas “Ameaças à esperança” e “Promotores da esperança”, com seus respectivos subtemas,

detalham a experiência de esperança da mulher jovem diagnosticada com SG no contexto da atenção à saúde e estão sintetizados na Figura 1.

Tema: Ameaças à esperança

Subtema: Estigma e sofrimentos

A esperança da mulher, mãe da criança exposta ao *Treponema pallidum* na gestação, edifica-se em contexto relacional imerso em comunicações que sugerem preconceito e determinam sentimentos como vergonha, mal-estar e desconforto.

Na percepção da mulher, o profissional, ao interagir com o símbolo “SG”, aciona o significado de dano à criança e passa a enfatizar, no decorrer da interação, que a bactéria é transmissível por via uteroplacentária e pode ter consequências drásticas para a criança, sendo seu dever realizar o tratamento prescrito. Nesse contexto relacional, as comunicações dos profissionais (verbais, não verbais, paralinguagem) veiculam símbolos de emissão de juízo de valor. A recorrência e a intensidade dessas comunicações reverberam em violência moral, conduzindo a mulher a buscar não se expor nas interações com os profissionais.

É muito julgamento. Eles (profissionais da maternidade) cochicham entre eles e você percebe tudo. [...] eu lembro de quando fiz o teste e deu (positivo para sífilis). A enfermeira arregalou o olho, já foi falando se eu sabia o que era, que era doença de sexo, que eu tinha que me cuidar, que era nova, que ia prejudicar ele (criança gestada). Falou muito. Fiquei envergonhada, queria correr dali; eu só olhava para baixo. (M16)

As interações no contexto do cuidado em saúde geram desconforto, de modo que ponderaram interromper as idas aos serviços para não precisarem se expor a elas.

No pré-natal, já tive que passar por um monte de preconceito da sífilis como doença de quem sai com todo mundo. [...] eu peguei do pai dela. Dói estas coisas, [...] dá vergonha, muita vergonha. [...] tem hora que é tanto que penso em não vir; venho querendo não vir. (M5)

Olham para você e já vem preconceito da “sífilis” (pensa). [...] é bem ruim o clima da conversa e dá mal-estar. (silêncio) Daí você entra e sai sempre o mais quieta. Responde o necessário e corre dali. Eu sempre fico agitada para vir. [...] eu não gosto de vir não, pois já sei como vai ser. (M10)

Destarte, sentiram culpa por pensar que sua criança esteve ou está em risco de danos pela SG e sofreram com isso.

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 bebê. [...] chorei e como chorei... sozinha. Choro até hoje de pensar que pode ficar cego e retardado por culpa minha. (M13)

O processo de analisar as evidências à luz do que vivencia imputou sobrecarga emocional e esgotamento moral, outro elemento que ameaçou a esperança.

Quadro 1 – Códigos e subtemas do tema “Ameaças à esperança” – São Carlos, SP, Brasil, 2025.

Códigos iniciais	Códigos intermediários	Subtema
Percepções de estigma	Estigma e preconceito	Estigma e sofrimentos
Vivências de violências		
Não exposição de si		
Desconfortos	Sobrecarga emocional	
Culpa		
Medos e preocupações		
Dúvidas e incipiência de conhecimentos	Desconhecimento	Suporte informacional e social restritos
Uso da internet		
Partilha da condição e apoio social	Rede de apoio social limitada	
Solidão		
Tema: Ameaças à esperança		

Quadro 2 – Códigos e subtemas do tema “Promotores da esperança” – São Carlos, SP, Brasil, 2025.

Códigos iniciais	Códigos intermediários	Subtema
Credo na proteção divina	Credos	Proteção da criança
Credo em bons desfechos		
Exames	Adesão às recomendações profissionais	
Tratamento		
Ida às consultas		
Interação com a criança	Sinalizações a si	Preservação de si
Pensamento sobre si no exercício do papel materno		
Rompimento de relações	Respeitando seus limites	
Reflexões sobre humilhações		
Tema: Promotores da esperança		



Figura 1 – Síntese gráfica do modelo conceitual “Experiência de esperança da mulher jovem com sífilis gestacional na atenção à saúde”. São Carlos, SP, Brasil, 2025.

SUBTEMA – SUPORTE INFORMACIONAL E SOCIAL RESTRITOS

Estar submetida a relações nos serviços de saúde permeadas de preconceito reduz as chances de a mulher ampliar e qualificar as informações que detém acerca da sífilis. Elas não se sentiram encorajadas a apresentar dúvidas, com medo de serem expostas a falas que as julguem. Todas as participantes deste estudo revelaram ter lacunas de conhecimento sobre a sífilis e afirmaram recorrer à internet para saná-las. Elas evitam apresentá-las nas interações com os profissionais por temerem o desconforto. Dessa forma, o conhecimento para compreender sua situação e gerar esperança é construído com base em informações restritas sobre a sífilis.

Eu não tinha conhecimento (da doença). Até hoje, eu não sei assim certinho. Quando falaram (da doença), eu fiquei assustada. Eu pesquisei, fui pesquisar o que era, daí li que, se faz o tratamento, fica tudo bem. Daí eu fiquei tranquila, pois eu fiz o tratamento, só que, até hoje, eu não entendo, assim, se o tratamento tira a doença do corpo, se a doença nunca sai do corpo. Parece que fica, né? Nunca vai embora, né? Na criança também? (M10)

Além disso, conscientes do significado socialmente difundido da sífilis, elas contavam para poucas pessoas de sua rede social sobre sua situação. Quase tomaram isso como um segredo entre elas, geralmente compartilhado apenas com o companheiro e/ou alguém próximo da família, principalmente a mãe. Inclusive, uma participante buscou colocar o evento em “esquecimento”:

Eu fiquei com medo de ter passado para ela (criança), mas eu fiz seis doses do remédio. Fez o exame de sangue e deu reagente, daí repeti de novo e já não deu, deu que só tinha um pouquinho, então decidimos (ela e o companheiro) esquecer o assunto. Não vamos mais ir atrás de nada e não contamos

para ninguém [...] a gente decidiu não contar para ninguém e esquecer, apagar [...] (M1)

Diante do conjunto exposto acima, a vivência é quase que solitária, tendo a si, em suas reflexões internalizadas, como a principal parceria no manejo de dúvidas, medos e preocupações. Ressalta-se que para uma participante, não saber para além do que os profissionais lhe informaram foi estratégia para favorecer o enfrentamento.

Fiquei com medo, com receio... mexe com o psicológico da gente. Fiquei com raiva, fiquei com medo de poder afetar alguma coisa nele. Não procurei mais nada, para não me abalar mais. (M4)

TEMA: PROMOTORES DA ESPERANÇA

A vivência da esperança sustenta-se na proteção de si e da criança. Para isso, buscam preservar a si e garantir o melhor desempenho do papel de mãe.

SUBTEMA: PROTEÇÃO DA CRIANÇA

As interações junto aos profissionais de saúde, desde o diagnóstico da SG, promoveram o entendimento de que a sífilis é avaliada por meio de exames e de o tratamento ser o ato que garante a “cura” ou a não contaminação da criança gestada pela bactéria. Assim, todas as participantes fizeram o tratamento e realizaram os exames conforme as indicações dos profissionais, que foram experienciados como símbolos de cuidado materno. Nesse contexto, diante de incertezas, clamavam pela proteção divina.

[...] ficou mais forte o não passar para ela... isto que eu valorizei, pensei nela, em não passar para ela. [...] daí já fui pensando nela e vendo tudo o que eu tinha que fazer, e disseram

ser o tratamento e fazer os exames para ver se deu certo. E fiz. Então, o que ajudou foi pensar nela e pensar que ia dar certo, pois eu estava fazendo tudo que estavam falando. (M1)

Fiz tudo certinho, como mandaram. Espero que dê certo dele não sofrer e de não ter nada. (M7)

Faltou uns dias para dar aquele tempo do fim do remédio e o nascimento dela. Estou meio nervosa se vai dar certo. Desanimei um pouco, fiz tanto esforço, aguentei aquelas injeções todas, doídas demais. Não pode acontecer de ter a doença. Se Deus quiser, não vai. Deus vai proteger, eu acredito Nele [...] (M11)

Entre as mulheres que já haviam vivenciado a sífilis em gestação anterior, a interação com essa criança contribuía com o enfrentamento. O fato de deterem uma experiência prévia contribuiu com as tomadas de decisão para a situação atual. Ademais, o credo na proteção divina potencializava sua esperança.

Acreditar em Deus, rezei muito. Toda noite eu rezava pedindo pela saúde dele. Eu sou muito crente. Eu vou toda semana na igreja e sempre pedia pela saúde dele. E me deixa ver que me ajudava (pensa)... acho que olhar para meu outro filho e ver que deu certo com ele. (M2)

SUBTEMA: PRESERVAÇÃO DE SI

A sobrecarga emocional do vivido nas relações com os profissionais instaurou um processo intenso de reflexões internalizadas, as quais reafirmavam à mulher seus atos para minimizar a transmissão da bactéria da sífilis à criança, do quanto teve esforços em garantir o que estava ao seu alcance. Essas conversas regularam tomadas de decisão relativas à exposição social, sobretudo pelo estigma associado à doença. Buscavam, assim, garantir certa proteção a si para tolerar as humilhações, as culpas e as preocupações, a fim de sustentar sua esperança. Sua vivência de esperança é moldada a partir de como dinamizou a fase do “mim” e do “eu” em seu *self*, sob forte coação do socialmente (im)posto.

É assim (pensa), dá vergonha, até de falar ali com ele. É chato, doença malvista. Não tocar no assunto, não ficar falando da sífilis também ajuda a enfrentar. (M1)

É difícil mesmo, muito preconceito, culpa, vergonha, descaso, tudo junto. E você ali tentando sobreviver. Eu conversava muito comigo, sabe, coisa assim: “Ignora, força, não vai passar para o bebê, aguenta”. Acho que conversar comigo me ajudava a ignorar o que doía. (silêncio) É quase você e você. Eu dando força para mim (ri). Eu mesma assim. Porque não dá para dividir, dá vergonha, [...] (M4)

Fico lá, com minhas caraminhas, pensando tudo que estou passando. Quero acreditar, quero fazer tudo para que dê certo, para que não venha a doença para ele. Só que é muita pressão, parece que não sei, que eles têm que dizer como tenho que fazer pois peguei sífilis... errei (silêncio). Errou e agora tem que fazer como mandam, como se eu não soubesse fazer. (M12)

Após ao nascimento, nas interações com a criança, atentaram-se aos símbolos que lhe foram ensinados no pré-natal, a exemplo de “cegueira”, “problema de audição” e “problema mental”. Quando os desfechos foram bons, sentiram-se esperançosos.

Nasceu bem e esperta. Faço sonzinho e vejo que ouve. Busca com o olhinho, sabe? Parece bem esperta... no mamar, olha para mim, é esperta, não parece ter nada (silêncio reflexivo). Falam tanto na cabeça da gente que estou de olho, parece que é bem esperta (ri). Na minha cabeça, eu já pirei de tanto pensar coisas. (M8)

DISCUSSÃO

As análises permitiram identificar que a experiência de esperança das participantes se restringe à esfera particularizada, já que há um objeto de esperança claro (a não contaminação da criança gestada) e investimentos para que ele se concretize, evidenciados no comportamento de se tratar e acompanhar de forma expectante o desfecho a partir dos resultados dos exames diagnósticos. As mães mantiveram a esperança na não transmissão, o que as ajudou a enfrentar o contexto relacional adverso, os medos, as preocupações e as incertezas. A esperança é componente existencial, delimitadora de comportamentos e relações⁽¹⁶⁾ e, para essas participantes, foi essencial para enfrentar o estigma e o medo associados à sua condição, tentando, assim, recuperar o controle das suas vidas e da saúde de sua criança. Restringir relações com os profissionais de saúde e revelar a condição diagnóstica para poucos da sua rede social favoreceram um contexto menos ameaçador na espera do desfecho.

Estudos voltados à experiência de mulheres diante da SG assinalaram, assim como este estudo, a adesão ao tratamento da sífilis como comportamento de parcela significativa das mulheres^(19–21) e a forte presença do estigma e do julgamento moral nas relações com os profissionais^(19–21). O constrangimento no encontro de produção do cuidado às infecções sexualmente transmissíveis está recorrentemente denunciado e precisa ser transposto⁽²¹⁾. Este estudo avança o conhecimento ao trazer o construto esperança para estruturar as análises e adensar compreensão dessas questões no âmbito da SG.

Diante do apontamento acima, intervenções voltadas à esperança relativas ao relacionamento com o profissional são pertinentes e necessárias, com destaque à presença empática^(1,22–23), à ancoragem relacional no respeito e na confiança^(1,22), à edificação do contexto interacional promotor da expressão e ao acolhimento de preocupações, sentimentos^(23,24) e escuta ativa⁽¹⁾. Ademais, os profissionais precisam ser cautelosos na linguagem e nos termos, cabendo assinalar o impacto negativo que colocações relativas aos danos trazem à mulher em termos de sofrimentos e impacto emocional e na esperança.

A submissão a relações marcadas pelo preconceito e estigma impactou negativamente a percepção das mulheres de se sentirem apoiadas e compreendidas. Essa análise remete-nos à premência de experiências positivas de suporte e acolhimento junto a profissionais como significativas para o estabelecimento e sustentação da esperança particularizada. São intervenções direcionadas à esperança e ao suporte profissional para o encontro de estratégias de enfrentamento do sofrimento emocional, expresso em culpa, medo, vergonha e preocupações^(21–26), assim como suporte informacional em linguagem acessível, com oportunidade de esclarecimentos e diálogo. Além das intervenções para apoiar a esperança, existe o estabelecimento de metas alcançáveis^(1,24) e o uso de elogios para comportamentos, esforços e conquistas⁽¹⁾, como a adesão ao tratamento.

Destarte, a atualização da pauta informativa, alinhada à trajetória da vivência, ao seu percurso e aos desfechos, é importante, mas as participantes denunciaram a manutenção das mesmas informações e o enredo informativo ao longo de todo o período gestacional. Esse aspecto exerceu um impacto negativo sobre a experiência delas, inclusive no que diz respeito à esperança. Esse destaque é uma contribuição deste estudo e inova as evidências existentes. A esperança é processual e, com isso, ao suporte profissional também está posto o ajustamento ao longo do cuidado^(16,25).

Nos resultados, as várias dimensões da esperança estiveram evidenciadas, como o apoio social, as interações com os profissionais de saúde, a espiritualidade e a crença em um futuro melhor, todas essenciais para a construção de um sentido e de um objeto de esperança concreto e tangível.

Vivenciar o diagnóstico da SG e seu tratamento em meio a interações nos equipamentos de saúde, imersas em julgamento e estigmatização, gera um impacto emocional profundo^(21,24,26). As mulheres relataram sentimentos de vergonha e culpa^(24,26), o que contrasta com a procura da esperança. Essa dinâmica reforça também, nesta população, como a saúde mental e emocional está interligada às percepções de esperança. A esperança é um preditor de bem-estar emocional. A falta de um ambiente acolhedor e livre de preconceito pode ser ameaçadora, fazendo com que as participantes, sempre que possível, limitem sua exposição e sua relação com o profissional de saúde. Essa é outra evidência inovadora apontada por este estudo.

Em contraponto, as colocações permitem-nos afirmar que a construção de um espaço seguro e de diálogo, com educação sobre a sífilis e suporte contínuo, pode promover a esperança entre as mulheres diagnosticadas com SG. A esperança é reforçada quando as pessoas sentem que têm acesso a informações corretamente orientadas e um suporte profissional interessado. No contexto do adoecimento e da atenção à saúde, os profissionais de saúde detêm um papel diferenciado em relação ao suporte informacional e social⁽²⁷⁾, aspecto não evidenciado entre as participantes. Apesar disso, os relatos permitiram visualizar a propulsão, a sustentação e o direcionamento providos pela esperança ao enfrentamento da situação. Desse modo, o profissional oferece suporte ao pensamento esperançoso e ao ajuste de expectativas, metas e objetivos. Além disso, ele pode ajudar a gerir a carga emocional e transitar pelos desafios ao ter a esperança como um estruturante da intervenção⁽²⁶⁾. Desenvolver competências para o manejo da esperança na formação profissional é essencial para avanços na efetiva incorporação dela na prática dos cuidados de saúde⁽²⁸⁾.

As participantes utilizaram a esperança para se manterem motivadas a cumprir a terapia para a SG e para vivenciar a espera, refletindo sobre uma boa performance no papel materno. A relação entre “willpower” e “waypower”⁽⁵⁾ foi evidenciada, sendo que a determinação em seguir o tratamento se conecta com a necessidade de alcançar o objetivo de que a transmissão da bactéria não ocorra. Reconhecer a esperança como uma força interior e orientadora é atuar no contexto da esperança^(1-3,16).

Várias instâncias e entidades representativas da enfermagem referendam a esperança como escopo da profissão. Na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem⁽²⁹⁾ ela está contemplada, e entre as intervenções direcionadas a ela constam: “Aconselhar sobre esperança” e “Promover esperança”. No

entanto, ela também é lembrada em termos como “desespero”, “desolação” e “apoiar: dar confiança ou esperança a alguém”⁽²⁹⁾. Assumir deliberadamente a esperança pode favorecer o enfermeiro pré-natalista, de maternidade, de ambulatórios materno-infantis e da Atenção Primária à Saúde a renovar suas práticas no contexto da SG e, quiçá, a modificar o sentido e o significado da SG e da sífilis congênita, qualificando relações e alcances da atenção à saúde. Porém, a relação com o profissional revelou ser um importante fator de ameaça à esperança no contexto do pré-natal de mulheres com SG, somando-se a outros que já o fragilizam e impactam a sua qualidade⁽³⁰⁾.

Nesse sentido, o suporte à gestão da esperança está no escopo do enfermeiro⁽¹⁻³⁾, e um comportamento que pode conduzir o profissional a desempenhar esse papel é indagar sobre o foco da esperança do demandante de cuidados, considerando a vivência particular apresentada e os fatores promotores e ameaçadores da esperança tangível. Assim, nos diálogos de cuidado, cabe ao profissional indagar: o que é esperança para você? Como posso ajudá-lo(a) na sua esperança?

A renovação da atenção à saúde no contexto da SG envolve transformações atitudinais e de presença dos profissionais, considerando a esperança das mulheres que enfrentam a SG. Esse posicionamento pode vir a modificar os contextos interacionais e favorecer a redução do assédio moral denunciado, com efeitos sobre a proximidade e a qualidade da relação, contrapondo distanciamentos e tendo impactos no controle da sífilis. Não se evidenciou nos relatos o manejo da esperança como prática profissional.

Apesar de as participantes serem mulheres adolescentes e jovens, pretas e pardas, essas determinações não tiveram dados que permitissem análises relativas à esperança. Porém, a interseccionalidade é uma realidade⁽¹³⁾, e estudos que a coloquem como foco primário na experiência de esperança dessas pessoas e de outras que vivem em situação de opressão são sugeridos. Ademais, este aspecto é um limite deste estudo, assim como o critério de exclusão adotado e o fato de ser uma análise secundária de entrevistas direcionadas à percepção sobre o cuidado em saúde.

CONCLUSÃO

Os achados permitem afirmar que a esperança das participantes está na esfera particularizada, com objeto esperançado evidente: a não contaminação da criança gestada.

A vivência da esperança revelou-se de caráter existencial e processual, ocorrendo sob o investimento nos “promotores da esperança” para contrapor as “ameaças à esperança”. Nesse contexto, uma vez que as interações com os profissionais de saúde são importante ameaças, as participantes manterem relações estritamente necessárias para poderem seguir esperançando. O suporte às necessidades emocionais e informacionais foi insuficiente, e a reflexão internalizada sobre o papel materno destacou-se. Proteger a criança, sua vida e seu desenvolvimento esteve no horizonte e sustentou o comportamento de buscar e manter-se em acompanhamento na atenção à saúde.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo está disponível mediante solicitação ao autor correspondente.

RESUMO

Objetivo: Compreender a esperança da mulher jovem diagnosticada com sífilis gestacional no contexto da atenção pré-natal. **Método:** Pesquisa qualitativa, embasada na análise temática, sob a ótica conceitual da esperança. Foi desenvolvida no estado de São Paulo com mulheres jovens diagnosticadas com sífilis gestacional no pré-natal por meio de entrevistas semiestruturadas e áudio gravadas realizadas entre julho de 2023 e abril de 2024. **Resultados:** Participaram do estudo 16 mulheres jovens, todas autodeclaradas pretas ou pardas, das quais quatro eram primíparas e a maioria tinha até nove anos de estudo. A vivência da esperança está retratada nas seguintes unidades temáticas: “Ameaças à esperança”, com os subtemas “Estigma e sofrimentos” e “Suporte informacional e social restritos”; e “Promotores da esperança”, com os subtemas “Proteção da criança” e “Preservação de si”. **Conclusão:** As mulheres enfrentaram, na atenção pré-natal, a dialética de contextos ameaçadores e promotores da esperança. Nesse sentido, destacaram-se, respectivamente, o suporte profissional lacunar às necessidades emocionais e informacionais e a clareza do objeto desejado (não contaminação da sua criança) associada à reflexão internalizada sobre o exercício de seu papel materno.

DESCRITORES

Sífilis; Atenção à Saúde; Esperança; Cuidado Pré-Natal; Relações Profissional-Paciente.

RESUMEN

Objetivo: Comprender la esperanza de las jóvenes diagnosticadas con sífilis gestacional en el contexto de la atención prenatal. **Método:** Investigación cualitativa, basada en análisis temático, desde la perspectiva conceptual de la esperanza. Se desarrolló en el estado de São Paulo con jóvenes diagnosticadas con sífilis gestacional durante la atención prenatal mediante entrevistas semiestructuradas y grabaciones de audio realizadas entre julio de 2023 y abril de 2024. **Resultados:** Participaron dieciséis mujeres jóvenes, todas identificadas como negras o mestizas, cuatro de ellas madres primerizas, y la mayoría contaba con hasta nueve años de escolaridad. La experiencia de la esperanza se representa en las siguientes unidades temáticas: “Amenazas a la esperanza”, con los subtemas “Estigma y sufrimiento” y “Falta de información y apoyo social”; y “Factores que promueven la esperanza”, con los subtemas “Protección infantil” y “Autoconservación”. **Conclusión:** En la atención prenatal, las mujeres se enfrentaron a una dialéctica de contextos amenazantes y esperanzadores. En este sentido, destacaron, respectivamente, el apoyo profesional insuficiente para sus necesidades emocionales e informativas, y la claridad del objetivo deseado (la no contaminación de su hijo) asociada a la reflexión internalizada sobre el ejercicio de su rol materno.

DESCRIPTORES

Sífilis; Atención a la Salud; Esperanza; Atención Prenatal; Relaciones Profesional-Paciente.

REFERÊNCIAS

1. Antunes M, Laranjeira C, Querido A, Charepe Z. What do we know about hope in nursing care? A synthesis concept of analysis studies. *Healthcare*. 2023;11(20):e2739. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare11202739>. PubMed PMID: 37893813.
2. Cutcliffe JR, Kaye H. The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *Br J Nurs*. 2002;11(12):832–40. doi: <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.12.10307>. PubMed PMID: 12131834.
3. Dufault K, Martocchio B. Hope: its spheres and dimensions. *Nurs Clin North Am*. 1985;20(2):379–91. doi: [https://doi.org/10.1016/S0029-6465\(22\)00328-0](https://doi.org/10.1016/S0029-6465(22)00328-0). PubMed PMID: 3846980.
4. Rasmussen HN, England E, Cole BP. Hope and physical health. *Curr Opin Psychol*. 2023;49:101549. doi: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101549>. PubMed PMID: 36640676.
5. Snyder CR. Hope theory: rainbows in the mind. *Psychol Inq*. 2002;13(4):249–75. doi: https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1304_01.
6. Morse JM, Doberneck B. Delineating the concept of hope. *Image J Nurs Sch*. 1995;27(4):277–85. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00888.x>. PubMed PMID: 8530115.
7. Waldman-Levi A, Bar-Haim Erez A, Katz N, Stancanelli JM. Emotional functioning and sense of hope as contributors to healthy aging. *OTJR*. 2020;40(4):253–60. doi: <https://doi.org/10.1177/1539449220920728>. PubMed PMID: 32406323.
8. Gilmour LS, Walls T. Congenital syphilis: a review of global epidemiology. *Clin Microbiol Rev*. 2023;36(2):e0012622. doi: <https://doi.org/10.1128/cmr.00126-22>. PubMed PMID: 36920205.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico de sífilis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 2025 Fev 6]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_sifilis_2024_e.pdf.
10. Pascoal LB, Carellos EVM, Tarabai BHM, Vieira CC, Rezende LG, Salgado BSF, et al. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis. *Trop Med Int Health*. 2023;28(6):442–53. doi: <https://doi.org/10.1111/tmi.13881>. PubMed PMID: 37156513.
11. Zhang X, Wang X, Wang H, He X, Wang X. Stigmatization and social support of pregnant women with HIV or syphilis in Eastern China: a mixed-method study. *Front Public Health*. 2022;10:764203. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.764203>. PubMed PMID: 35359793.
12. Ribeiro BVD, Galdencio RCB, Pinto EEP, Saraiva ED, Oliveira LMC. Um século de sífilis no Brasil: deslocamentos e aproximações das campanhas de saúde de 1920 e 2018/2019. *Rev Bras Hist Mídia*. 2021;10(1):113–58. doi: <https://doi.org/10.26664/issn.2238-5126.101202111727>.
13. Paixão ES, Ferreira AJF, Pescarini JM, Wong KLM, Goes E, Fiaccone R, et al. Maternal and congenital syphilis attributable to ethnoracial inequalities: a national record-linkage longitudinal study of 15 million births in Brazil. *Lancet Glob Health*. 2023;11(11):e1734. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00405-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00405-9). PubMed PMID: 37858584.
14. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02631. doi: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>.
15. 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;22:1–18. doi: <https://doi.org/10.1177/16094069231205789>.
16. Farran CJ, Herth KA, Popovich JM. Hope and hopelessness: critical clinical constructs. Thousand Oaks (CA): Sage; 1995.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2025 [citado em 2025 Jul 30]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html>.

18. Rahimi S, Khatooni M. Saturation in qualitative research: an evolutionary concept analysis. *Int J Nurs Stud Adv.* 2024;6:100174. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100174>. PubMed PMID: 38746797.
19. Araújo DCS, Faria DA, 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>.
20. Freitas MR. O projeto Sífilis Não para além dos relatórios: ensaios sobre o caminho percorrido [Internet]. 1. ed. Natal: SEDIS-UFRN; 2022 [citado em 2024 Jul 20]. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/52002/1/ProjetoSifilisNao_Freitas_et al_2023.pdf.
21. 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. *Cien Saude Colet.* 2024;29(5):e12162023. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.12162023>. PubMed PMID: 38747774.
22. Hope L. Hope matters: a message for all rehab nurses. *J Australas Rehabil.* 2020.
23. Kurtgöz A, Koç Z. Effects of nursing care provided to the relatives of palliative care patients on caregivers' spiritual well-being and hope: a randomized controlled trial. *Omega.* 2023;88(1):318–32. doi: <https://doi.org/10.1177/00302228221124643>. PubMed PMID: 36036673.
24. 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>. PubMed PMID: 36449977.
25. Duggleby W, Wright K. Transforming hope: how elderly palliative patients live with hope. *Can J Nurs Res.* 2009;41(1):204–17. PubMed PMID: 19485053.
26. Silva R, Herculano M, Feitosa F, Praça Brasil C, Carvalho W, Presado MH. Understanding the feelings of postpartum women with a newborn diagnosed and undergoing treatment for congenital syphilis. *NTQR.* 2023 [citado em 2024 Jul 20];18:e883. Disponível em: <https://publi.ludomedia.org/index.php/ntqr/article/view/883>.
27. Bomtempo PWB, Sant'ana SB, Ribeiro LB, Ferreira MVR, Pacheco DF, Morais JA, et al. A experiência de gestantes diante do diagnóstico de sífilis em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal. *Rev Divulg Cient Sena Aires.* 2024;13(3):785–92. doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v13.n3.p785a792>.
28. Zolkefli Y. Nursing students' views toward fostering hope in healthcare practice. *J Nurs Educ Pract.* 2022;12(1):1–8. doi: <https://doi.org/10.37506/ijone.v14i1.17770>.
29. International Council of Nurses. International classification for nursing practice. São Paulo: Algor Editora; 2020.
30. Pires CP, Mareto LK, Medeiros MJ, Oliveira EF. Associated factors, incidence, and management of gestational and congenital syphilis in a Brazilian state capital: a cross-sectional study. *Rev Inst Med Trop São Paulo.* 2024;66:e21. doi: <https://doi.org/10.1590/s1678-9946202466021>. PubMed PMID: 38656037.

EDITORA ASSOCIADA

Nathalie Leister

Apoio financeiro

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CAPES) – Brasil. Processo nº 306133/2022-9.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.