



Sífilis Congênita: Um indicador de qualidade no atendimento à gestante

Emerson Pellin¹, Vinícius Fernandes Liebel², Julia Badotti Scandelai³, Jigliane Tainã Macedo de Souza⁴, Hadassa Costa⁵, Johny William dos Santos⁶, Maria Rita de Sales Cavalcante Barbosa⁷; Camilly Malta Mendes Castro⁸; Natália Lara Pereira Rangel⁹, Lara Sathler Mendes Berbert¹⁰, Beatriz Marques Gameleira¹¹, Kellynye de Jesus¹².

ARTIGO ORIGINAL

RESUMO

Este estudo investigou a incidência de sífilis congênita no Brasil entre 2015 e 2021, considerando variáveis como região geográfica, escolaridade materna, idade, realização do pré-natal e raça. A sífilis congênita é uma preocupação de saúde pública global, sendo transmitida da mãe para o feto, especialmente durante as fases iniciais da infecção. Apesar das estratégias propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para eliminar a sífilis congênita, o Brasil enfrenta desafios persistentes nesse contexto. O estudo buscou analisar tendências e correlações associadas à sífilis congênita nas diferentes regiões brasileiras, com foco em variáveis como escolaridade materna, idade, realização do pré-natal e raça. O objetivo foi informar políticas de saúde pública e intervenções específicas para prevenir e controlar essa condição de saúde, especialmente em grupos socialmente vulneráveis. Durante o período analisado, o Brasil registrou uma incidência significativa de sífilis congênita, com a Região Sudeste apresentando a maior taxa. Observou-se que mães jovens, com baixa escolaridade e de raça parda, estavam mais suscetíveis. A falta de acompanhamento pré-natal adequado foi identificada como um fator de risco significativo. Apesar de uma redução temporária nos casos nos anos mais recentes, a tendência global sugere que a sífilis congênita continua a ser um desafio crescente. A sífilis congênita persiste como um desafio de saúde pública no Brasil, especialmente entre grupos socialmente vulneráveis. A falta de consultas pré-natais adequadas, a baixa escolaridade materna e a subnotificação de casos contribuem para a prevalência da doença. Estratégias de intervenção devem ser direcionadas a esses grupos, enfocando o aumento da frequência e qualidade do pré-natal, além de envolver os parceiros no processo educativo. A implementação efetiva das diretrizes da OMS e a melhoria na notificação de casos são cruciais para combater a sífilis congênita. O estudo destaca a necessidade de uma abordagem abrangente, desde a atenção básica até o acompanhamento pós-parto, para garantir a eficácia nas ações de prevenção e controle dessa condição de saúde.

Palavras-chave: Sífilis congênita; incidência; fatores de risco; grupos raciais; escolaridade.



Congenital syphilis: An indication of quality in care for pregnant women

ABSTRACT

This study investigated the incidence of congenital syphilis in Brazil between 2015 and 2021, considering variables such as geographical region, maternal education, age, prenatal care, and race. Congenital syphilis is a global public health concern, transmitted from mother to fetus, especially during the early stages of infection. Despite strategies proposed by the World Health Organization (WHO) to eliminate congenital syphilis, Brazil faces persistent challenges in this context. The study aimed to analyze trends and correlations associated with congenital syphilis in different Brazilian regions, focusing on variables such as maternal education, age, prenatal care, and race. The objective was to inform public health policies and specific interventions to prevent and control this health condition, especially in socially vulnerable groups. During the analyzed period, Brazil recorded a significant incidence of congenital syphilis, with the Southeast region showing the highest rate. It was observed that young mothers with low education and of mixed race were more susceptible. The lack of adequate prenatal care was identified as a significant risk factor. Despite a temporary reduction in cases in recent years, the overall trend suggests that congenital syphilis remains a growing challenge. Congenital syphilis persists as a public health challenge in Brazil, especially among socially vulnerable groups. The lack of adequate prenatal consultations, low maternal education, and underreporting of cases contribute to the prevalence of the disease. Intervention strategies should be targeted at these groups, focusing on increasing the frequency and quality of prenatal care, as well as involving partners in the educational process. Effective implementation of WHO guidelines and improvement in case reporting are crucial to combating congenital syphilis. The study highlights the need for a comprehensive approach, from primary care to postpartum follow-up, to ensure the effectiveness of prevention and control actions for this health condition.

Keywords: Congenital syphilis; incidence; risk factors; racial groups; education.

Instituição afiliada – ¹Universidade do Oeste de Santa Catarina; ²Universidade do Contestado; ³Centro Universario Claretiano; ⁴Faculdades Integradas Aparício Carvalho; ⁵Centro Universitário de Mineiros; ⁶Universidad Técnica Privada Cosmos; ⁷Universidade Salvador; ⁸Centro Universitário Claretiano; ⁹Universidade Estadual de Minas Gerais; ¹⁰Centro Universitário Claretiano; ¹¹Centro Universitário de Valença; ¹²Universidade Nove de Julho.

Dados da publicação: Artigo recebido em 16 de Janeiro e publicado em 06 de Março de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n3p447-462>

Autor correspondente: Emerson Pellin - emerson.pellin@gmail.com

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





INTRODUÇÃO

A sífilis é uma enfermidade infecciosa de longa duração, por vezes sem sintomas, originada pela bactéria *Treponema pallidum*. A transmissão ocorre principalmente por atividade sexual desprotegida, verticalmente de mãe para filho ou através de transfusão sanguínea contaminada. A incidência global da sífilis é significativa, com mais de 11 milhões de novos casos estimados anualmente, especialmente prevalente em regiões da América Latina, África e Ásia. No Brasil, continua a ser um sério desafio de saúde pública, especialmente entre mães e crianças¹.

A doença tem um desenvolvimento dividido em três fases: primária, secundária e terciária. A fase primária costuma iniciar cerca de 21 dias após a infecção, apresentando uma úlcera genital indolor que pode persistir de 2 a 6 semanas. Na fase secundária, surgem lesões cutâneas por todo o corpo, às vezes acompanhadas de febre e dores musculares, durando tanto quanto a fase primária, seguida por um período de latência de vários anos, caracterizado pela ausência de sinais e sintomas. A fase terciária se manifesta anos após a infecção inicial, incluindo manifestações nervosas, cutâneas e cardiovasculares da doença².

Durante a gravidez, há o risco de transmitir a sífilis para o feto através da corrente sanguínea materna, especialmente durante a fase inicial da infecção (transmissão vertical). Em geral, a infecção fetal ocorre entre a 16^a e a 28^a semana de gestação, resultando na sífilis congênita (SC). A transmissão vertical varia de acordo com a fase da doença materna: ultrapassa 90% nas fases iniciais e é de cerca de 30% nas fases latentes e tardias. No entanto, um tratamento adequado com penicilina pode prevenir 97% dos casos de transmissão vertical. Portanto, é crucial realizar consultas pré-natais para um diagnóstico precoce e prevenir a transmissão da sífilis para o feto^{2,3}.

A SC está relacionada a diversos fatores, como baixa escolaridade, condições socioeconômicas desfavoráveis, histórico de riscos obstétricos, início tardio ou insuficiente de cuidados pré-natais e manejo inadequado de casos, resultando na perda de oportunidades tanto para diagnóstico quanto para tratamento. Isso inclui a falta de aconselhamento, negligência no tratamento dos parceiros, tratamentos que não envolvem penicilina, tratamentos incompletos ou realizados em período menor que o



recomendado. Além disso, o tratamento inadequado pode ser decorrente de aplicação incorreta em relação à fase clínica da doença, administração próxima ao parto, ausência de documentação de tratamento anterior, falta de redução nos níveis da doença após um tratamento correto, além da ausência de tratamento ou tratamento inadequado dos parceiros, ou mesmo a falta de informações sobre esse tratamento⁴.

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) delineou quatro pilares para erradicar a sífilis congênita: implementar políticas governamentais com programas bem definidos, melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde materno-infantil, identificar e tratar gestantes com sífilis e seus parceiros, e estabelecer sistemas de vigilância, monitoramento e avaliação da saúde. No entanto, no Brasil, entre 2007 e 2011, foram registrados 33.763 casos de sífilis congênita, indicando que as estratégias de eliminação propostas pela OMS não foram bem-sucedidas no país⁴.

No Brasil, nos últimos anos, houve um aumento na incidência de sífilis congênita, assim sendo, o propósito da pesquisa consistiu em analisar a taxa de ocorrência de sífilis congênita nas cinco diferentes regiões do Brasil ao longo do período compreendido entre 2015 e 2021, estabelecendo associações com variáveis como o nível de escolaridade e a faixa etária das mães, a adequada realização do pré-natal e a autodeclaração racial das gestantes. A SC é uma doença que pode ser evitada por práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal⁵, por esse motivo, o estudo buscou identificar tendências e correlações que pudessem informar políticas de saúde pública e intervenções direcionadas à prevenção e controle dessa condição de saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, observacional do tipo transversal, de abordagem quantitativa e descritiva, com dados coletados entre janeiro de 2015 e dezembro de 2021, considerando-se os casos confirmados de sífilis congênita (SC) e o número de nascidos vivos (NV), por local de residência da mãe, com coleta realizada mediante ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net)⁶ e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)⁷ da plataforma DATASUS, com dados consolidados em 13 de outubro de 2023.



No cálculo das taxas de incidência de sífilis congênita, foi considerado o número de casos ocorridos a cada ano, no período compreendido entre 2015 e 2021, para determinar a proporção de casos de sífilis congênita em relação a 1000 nascidos vivos em cada um desses anos. Além disso, foram empregadas as seguintes variáveis: região de residência (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul); instrução da mãe (ignorado, nenhuma, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos e mais de 12 anos); faixa etária da mãe; realização do pré-natal (ignorado/branco, sim, não); e raça (ignorado/branco, preto, branco, parto, amarelo, indígena).

A coleta dos dados foi conduzida por meio de uma interface online fornecida pelo TabNet, permitindo a busca e extração de informações contidas nos bancos de dados do SUS. Os passos adotados envolveram a escolha do banco de dados específico, a definição de parâmetros para a busca, incluindo período de tempo, região, instrução, faixa etária, raça e realização do pré-natal. Após a inserção desses parâmetros, os dados obtidos na pesquisa foram selecionados obedecendo aos critérios citados no estudo e foram esquematizados em tabelas por meio do programa Excel da Microsoft.

Como esses dados são previamente disponibilizados de forma anônima e agregada, não envolvem a coleta de informações pessoais sensíveis nem a interação direta com os participantes. Portanto, não há riscos potenciais de violação da privacidade ou da autonomia dos indivíduos, o que justifica a exclusão da necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, assim como é determinado pela Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. No entanto, é importante enfatizar que a ética e a integridade na pesquisa continuam sendo prioridades, e todos os procedimentos seguiram rigorosas diretrizes éticas e regulamentações para garantir a validade e confiabilidade dos resultados obtidos neste estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período entre janeiro de 2015 e dezembro de 2021, o Brasil testemunhou o nascimento de 20.000.327 crianças, das quais 150.571 foram identificadas com sífilis congênita. A taxa de incidência durante esse intervalo foi de 7,53 casos confirmados por 1000 nascidos vivos. Observando as diferentes regiões do Brasil,

verificou-se que a média de nascimentos e casos de sífilis congênita foi, respectivamente, de 4.000.065,4 e 30.114,2 por região. É importante ressaltar que a Região Sudeste, durante o período analisado, apresentou a maior incidência de casos (Tabela 1).

Tabela 1: Nascidos vivos, nascidos com sífilis congênita e incidência (por 1000 nascidos vivos) de acordo com região de residência.

REGIÃO DE RESIDÊNCIA	NASCIDOS VIVOS	SÍFILIS CONGÊNITA	INCIDÊNCIA
Região Norte	2.185.053	12.674	5,8
Região Nordeste	5.638.691	42.870	7,6
Região Sudeste	7.787.699	65.682	8,43
Região Sul	2.715.747	20.783	7,65
Região Centro-Oeste	1.673.137	8.562	5,12

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

Ao observar as variáveis mais incidentes, a Região Sudeste possui cerca de um quarto das mães que não realizaram consultas pré-natais, enquanto aproximadamente 19% e 28% possuem níveis de escolaridade entre, respectivamente, 1 e 3, 4 e 7 anos. Além disso, mais de 31% das mães têm menos de 19 anos e quase 32% são pardas. Por outro lado, no Nordeste, embora com uma menor ocorrência, os índices revelam que aproximadamente 36% das mães não realizaram consultas pré-natais, 47% possuem entre 1 e 3 anos de escolaridade, 38% possuem de 4 a 7 anos de instrução, mais de 33% têm menos de 19 anos e 39% são pardas.

O ano com maior incidência foi 2018 e a média de nascidos vivos e casos confirmados de sífilis congênita foi de, respectivamente, aproximadamente 2.857.189 e 21.510 por ano. Ademais, com relação às outras variáveis, as mães com 1 a 3 anos de instrução, menos de 19 anos, pardas e que não realizaram nenhuma consulta pré-natal possuem uma maior incidência (Tabela 2).



Tabela 2: Nascidos vivos, nascidos com sífilis congênita e incidência (por 1000 nascidos vivos) de acordo com ano de diagnóstico, escolaridade da mãe, faixa etária da mãe, realização do pré-natal e raça.

NASCIDOS VIVOS SÍFILIS CONGÊNITA INCIDÊNCIA			
ANO DE DIAGNÓSTICO			
2015	3.017.668	19.713	6,53
2016	2.857.800	21.330	7,46
2017	2.923.535	25.039	8,56
2018	2.944.932	26.548	9,01
2019	2.849.146	24.355	8,55
2020	2.730.145	22.136	8,11
2021	2.677.101	10.895	04.07
ESCOLARIDADE DA MÃE			
Nenhuma	87.374	889	10,17
1 a 3 anos	391.561	6.316	16,13
4 a 7 anos	3.060.919	37.696	12,32
8 a 11 anos	12.121.716	59.920	4,94
Mais de 12 anos	4.076.618	2.907	0,71
Ignorado	262.139	42.843	-
FAIXA ETÁRIA DA MÃE			
0 a 19 anos	3.151.645	35.616	11,3
20 a 29 anos	9.741.598	81.596	8,38
30 a 39 anos	6.479.951	26.764	4,13
40 a 49 anos	624.027	2.870	4,6
50 a 59 anos	2.505	10	3,99
Mais de 60 anos	156	2	12,82
Ignorado/Branco	445	3.704	-
REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL			
Ign/Branco	101.372	8.419	-
Sim	19.528.542	122.482	6,27
Não	370.413	19.670	53,1
RAÇA			
Ignorado/Branco	669.266	28.785	-
Branca	6.850.799	36.826	5,38



Preta	1.165.705	6.735	5,78
Amarela	83.446	317	3,8
Parda	11.053.069	77.452	7,01
Indígena	178.042	455	2,56

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

A sífilis continua a ser um enigma quando se trata de explicar por que persiste na sociedade ao longo de muitos anos. Mesmo com um agente causador identificado, testes laboratoriais disponíveis, tratamento simples e acessível, os índices de prevalência da doença permanecem inalterados. A incidência da sífilis congênita está ligada a várias falhas, incluindo deficiências em medidas preventivas e cuidados pré-natais, tratamento inadequado de gestantes, falta de tratamento para os parceiros ou tratamento insuficiente, ausência de registros terapêuticos durante o pré-natal, notificações aprimoradas ao longo do tempo, ampliação da cobertura e disponibilidade de testes rápidos, redução no uso de métodos contraceptivos, especialmente a falta de uso de preservativos por gestantes e seus parceiros sexuais^{8,9}.

Apesar de possuírem níveis econômicos distintos, as Regiões Nordeste e Sudeste do país têm índices semelhantes de ocorrência de sífilis congênita. Diversos fatores podem explicar a frequência potencialmente alta da sífilis nessas áreas, como o baixo nível socioeconômico, a falta de programas educacionais preventivos e de orientação, investimentos insuficientes na saúde dessas populações e subnotificações que ocorrem em cada região¹⁰.

Tanto na Região Nordeste quanto no Sudeste do país, mais de 50% das mães não aderem ao tratamento adequado para sífilis. Embora essa taxa tenha diminuído, ainda persiste um número significativo, denotando uma situação preocupante. Esse cenário é influenciado pela falta de orientação dos parceiros e pela dificuldade dos profissionais de saúde em seguir o esquema terapêutico recomendado para gestantes em tais casos. Isso sugere que o protocolo de tratamento ainda não foi completamente assimilado pelos profissionais, resultando em falhas na assistência e possíveis tratamentos



inapropriados, o que, por sua vez, contribui para o aumento dos casos de sífilis congênita¹⁰.

No contexto dos dados quantitativos sobre SC no Brasil, neste estudo, observou-se uma redução do número de casos e da taxa de incidência nos anos de 2019, 2020 e 2021. Contudo, a tendência é que tanto o número de ocorrências quanto a taxa de incidência de sífilis congênita continuem crescendo no país. É relevante destacar que parte dessa diminuição pode estar associada à fragilidade no preenchimento dos registros de investigação ou à subnotificação de dados no sistema, possivelmente decorrente de falhas no momento da inserção das informações, um problema observado e relatado por profissionais de saúde. Isso pode resultar em discrepâncias nos totais de casos entre as diversas bases de dados sobre sífilis. Ademais, a diminuição pode ser influenciada pela subnotificação de casos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), devido à priorização dada à resposta à pandemia de COVID-19, resultando em menor registro ou notificação adequada dos casos de sífilis congênita⁹.

Na análise dos dados relacionados à raça/cor, confirmando os achados do presente trabalho, segundo os resultados de um estudo populacional no Brasil, existe uma predominância da raça/cor parda nos casos de SC. Esse achado sugere que tais disparidades estão mais associadas a fatores sociais do que biológicos, o que se reflete como um indicador que influencia a não realização de testes de rastreamento durante o pré-natal. Mulheres com essa característica étnico-racial têm menor probabilidade de acessar um acompanhamento pré-natal adequado, o que, por conseguinte, reduz suas oportunidades de identificar e tratar a sífilis durante a gravidez^{11,12}.

A relação entre sífilis congênita e o nível de escolaridade materna já foi observada em várias capitais brasileiras, enfatizando a baixa escolaridade como um fator significativo relacionado a essa condição^{11,13}. Além disso, uma pesquisa de alcance nacional realizada no Brasil entre 2003 e 2008 apontou uma maior incidência de SC em grupos com menor escolaridade e condições socioeconômicas desfavoráveis¹². Em um estudo em Monte Carlo, Minas Gerais, no período de 2007 a 2013, foi identificado que a prevalência da sífilis em gestantes estava associada a uma escolaridade superior a 8 anos, contrastando com os dados encontrados atualmente nas regiões brasileiras, nas quais a incidência de sífilis congênita é mais alta entre mães com 1 a 3 anos de estudo¹⁴.



Em estudos anteriores, a faixa etária materna mais comum com alta incidência foi de 20 a 39 anos. Outra pesquisa mostrou que a gestação em menores de 18 anos é um fator protetor contra a inadequação no uso de assistência pré-natal, visto que essas mulheres possuem menos experiência e tendem a buscar mais ajuda. No entanto, essa observação não está alinhada com os resultados deste estudo, uma vez que mulheres com menos de 19 anos apresentam uma incidência mais elevada de sífilis congênita^{3,15,16}.

O fator de risco mais significativo para sífilis congênita foi identificado como o baixo número de consultas pré-natais, alinhando-se com estudos anteriores. Isso realça a relevância da falta ou escassez de atendimento pré-natal como um fator independente de risco para sífilis congênita. Estudos anteriores revelaram que uma gestante que tenha tido ou tem sífilis e não realizou nenhum acompanhamento pré-natal apresenta um risco quase 20 vezes maior, em comparação com mães que fizeram ao menos uma consulta, de ter um bebê que se enquadre nos critérios de sífilis congênita. Em consonância, porém menor, o presente estudo demonstrou que esse risco é de aproximadamente 9 vezes mais. Assim sendo, o pré-natal não apenas oferece a melhor oportunidade para tratar a sífilis durante a gestação e prevenir a sífilis congênita, mas também é crucial para monitorar uma mulher grávida que recebeu tratamento adequado documentado para a sífilis antes da gravidez, sendo essencial para a interpretação de um teste sorológico positivo no momento do parto¹⁷.

É crucial que as gestantes tenham acesso a cuidados pré-natais desde o início e sejam submetidas a exames para detecção de sífilis durante a primeira consulta pré-natal, além de repetir o teste entre as 28 e 32 semanas de gestação, e também durante o parto em regiões com alto risco de infecção. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), cerca de 94% das gestantes na região das Américas comparecem a pelo menos uma consulta pré-natal durante a gravidez, e aproximadamente 80% recebem testes para sífilis em algum momento durante a gestação. No Brasil, um total de 23.894 mulheres no pós-parto revelaram que aproximadamente 98,7% realizaram ao menos uma consulta pré-natal, sendo que 89% delas possuíam documentação de ao menos um teste para sífilis registrado nos registros do pré-natal. No entanto, somente 41% adicional passou por um segundo teste. No período de 2011 a 2014, a Opas observou um aumento de 81% para 86% no registro de mulheres infectadas com sífilis que



receberam documentação de tratamento adequado, embora ainda esteja abaixo da meta estipulada de 95%¹⁸.

Portanto, não é inesperado que a sífilis congênita permaneça como um desafio significativo no Brasil e em outras regiões das Américas. Além de identificar as gestantes infectadas, é crucial um tratamento oportuno para prevenir a sífilis congênita. Em áreas onde o acompanhamento é incerto ou difícil, é crucial realizar o teste rápido para sífilis no ponto de atendimento, garantindo o tratamento imediato das mulheres. Além disso, os testes sorológicos e o tratamento dos parceiros são fundamentais para evitar reinfecções e a transmissão para o feto. No Brasil, apenas cerca de 12% dos parceiros sexuais recebem tratamento para a sífilis, demonstrando claramente uma deficiência na infraestrutura de saúde pública, uma vez que a identificação e o tratamento dos contatos são essenciais para controlar a propagação da sífilis nas comunidades.¹⁸

Apesar das altas taxas de incidência obtidas com base nos dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan), estima-se no Brasil um sub-registro em torno de 67%¹⁹. Logo, é importante reconhecer que essa abordagem metodológica possui algumas limitações. Primeiramente, a qualidade e a integridade dos dados obtidos podem variar, o que pode potencialmente introduzir vies ou imprecisões nos resultados. Além disso, a possibilidade de desatualização e não notificação dos casos pode impactar a relevância das conclusões, especialmente em um cenário de saúde em constante mudança. Adicionalmente, a falta de informações detalhadas e de dados demográficos específicos disponíveis no DATASUS pode limitar a amplitude da análise. Para minimizar essas limitações, realizamos uma análise estatística rigorosa e consideramos cuidadosamente as variáveis confundidoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo abordou a persistência da sífilis congênita como um desafio significativo de saúde pública no Brasil, investigando a incidência entre 2015 e 2021 e associando-a a variáveis como região geográfica, escolaridade materna, idade, realização do pré-natal e raça. Os resultados revelaram uma incidência significativa da doença, com a Região Sudeste apresentando a maior taxa.



A análise das variáveis indicou que mães jovens, com baixa escolaridade e de raça parda, estavam mais suscetíveis à sífilis congênita. A falta de acompanhamento pré-natal adequado foi identificada como um fator de risco significativo. Apesar de uma redução temporária nos casos nos anos mais recentes, a tendência global sugere que a sífilis congênita continua a ser um desafio crescente.

A falta de consultas pré-natais adequadas, a baixa escolaridade materna e a subnotificação de casos contribuem para a prevalência da doença. Estratégias de intervenção devem ser direcionadas a esses grupos, enfocando o aumento da frequência e qualidade do pré-natal, além de envolver os parceiros no processo educativo.

O estudo destaca a necessidade de uma abordagem abrangente, desde a atenção básica até o acompanhamento pós-parto, para garantir a eficácia nas ações de prevenção e controle da sífilis congênita. Apesar das estratégias propostas pela Organização Mundial da Saúde, as taxas persistentes indicam a necessidade de revisão e reforço das políticas de saúde, com ênfase na implementação efetiva das diretrizes da OMS e na melhoria da notificação de casos.

Em última análise, a prevenção e controle da sífilis congênita demandam esforços contínuos, envolvimento da comunidade e aprimoramento dos serviços de saúde, com o objetivo de assegurar uma gravidez saudável e proteger as gerações futuras contra os impactos dessa condição de saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Maschio-Lima T, Machado IL de L, Siqueira JPZ, Almeida MTG. Perfil epidemiológico de pacientes com sífilis congênita e gestacional em um município do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Materno Infant.* 13 de janeiro de 2020;19:865–72.
2. Carvalho I da S, Brito RS de. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: Epidemiol E Serviços Saúde. junho de 2014;23:287–94.



3. Domingues RMSM, Leal M do C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo **Nascer no Brasil**. Cad Saúde Pública. 1º de junho de 2016;32:e00082415.
4. Feitosa JA da S, Rocha CHR da, Costa FS. Artigo de Revisão: Sífilis congênita. Rev Med E Saúde Brasília [Internet]. 10 de outubro de 2016 [citado 7 de novembro de 2023];5(2). Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6749>
5. Domingues RMSM, Saracen V, Hartz ZMDA, Leal MDC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública. fevereiro de 2013;47:147–57.
6. TabNet Win32 3.2: SÍFILIS CONGÊNITA - Casos confirmados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Brasil [Internet]. [citado 8 de novembro de 2023]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinannet/cnv/sifilisbr.def>
7. TabNet Win32 3.2: Nascidos vivos - Brasil [Internet]. [citado 8 de novembro de 2023]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
8. Beck EQ, Souza M. Fatores de risco para sífilis congênita. Discip Sci Saúde. 2017;18(2):419–32.
9. Trento NL de M, Moreira NM. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e clínico da sífilis congênita no Brasil no período de 2011 a 2020. Res Soc Dev. 22 de abril de 2022;11(6):e11211628867–e11211628867.
10. Aquino SV, Brito MM. Comparação do perfil epidemiológico da sífilis congênita nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil no período de 2017 a 2019. Res Soc Dev. 4 de dezembro de 2021;10(16):e157101619679–e157101619679.



11. Melo NGDO, Melo Filho DA de, Ferreira LOC. Diferenciais intraurbanos de sífilis congênita no Recife, Pernambuco, Brasil (2004-2006). *Epidemiol E Serviços Saúde*. junho de 2011;20(2):213–22.
12. Cunha ARC da, Merchan-Hamann E. [Not Available]. *Rev Panam Salud Publica Pan Am J Public Health*. dezembro de 2015;38(6):479–86.
13. Saraceni V, Guimarães MHF da S, Theme Filha MM, Leal M do C. Mortalidade perinatal por sífilis congênita: indicador da qualidade da atenção à mulher e à criança. *Cad Saúde Pública*. agosto de 2005;21:1244–50.
14. Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. *Rev Bras Epidemiol*. março de 2016;19(1):63–74.
15. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. agosto de 2003;37:456–62.
16. Niama RF, Bongolo NCL, Kombo ESB, Yengo R, Mayengue PI, Kosso EBM, et al. Syphilis and HIV infections among pregnant women attending antenatal clinics in Republic of Congo. *Pan Afr Med J [Internet]*. 7 de setembro de 2017 [citado 8 de novembro de 2023];28(8). Disponível em: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/28/8/full>
17. Lago EG, Rodrigues LC, Fiori RM, Stein AT. Congenital Syphilis: Identification of Two Distinct Profiles of Maternal Characteristics Associated With Risk. *Sex Transm Dis*. janeiro de 2004;31(1):33.



18. Cooper JM, Michelow IC, Wozniak PS, Sánchez PJ. Em tempo: a persistência da sífilis congênita no Brasil – Mais avanços são necessários! *Rev Paul Pediatr.* setembro de 2016;34:251–3.
19. Araújo CL de, Shimizu HE, Sousa AIA de, Hamann EM. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública.* junho de 2012;46:479–86.
20. Signor M, Spagnolo LM de L, Tomberg JO, Gobatto M, Stofel NS. Distribuição espacial e caracterização de casos de sífilis congênita. *Rev Enferm UFPE Line.* 4 de fevereiro de 2018;12(2):398–406.
21. Lemos Schuler MFD, Quevedo BCDS, Silva TC da, Kageyama AJ da C, Torres GSL, Silva EZI da, et al. O Papel fundamental da atenção primária na saúde sexual e planejamento familiar das mulheres. *Braz. J. Implantol. Health Sci.* [Internet]. 3º de novembro de 2023 [citado 10º de novembro de 2023];5(5):2126-40. Disponível em: <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih.s/article/view/781>