PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE PROMOÇÃO, ATENÇÃO PRIMÁRIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Raquel Ribeiro de Azevedo Costa do Carmo

SÍFILIS GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UM OLHAR EPIDEMIOLÓGICO SOBRE O CUIDADO À GESTANTE COM SÍFILIS

Rio de Janeiro
2026

Raquel Ribeiro de Azevedo Costa do Carmo

SÍFILIS GESTACIONAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: UM OLHAR EPIDEMIOLÓGICO SOBRE O CUIDADO À GESTANTE COM SÍFILIS

Trabalho de conclusão de residência apresentado ao Programa de Residência em Enfermagem de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Enfermeira Marcelle da Silva Guimarães André, Mestre e Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Rio de Janeiro

2026

DEDICATÓRIA

À Maria Clara, filha amada,

Que floresceu na minha vida enquanto eu construía o caminho na residência. Que me faz querer dar o melhor de mim todos os dias. Filha, que este trabalho seja uma das muitas conquistas para lhe oferecer um futuro repleto de oportunidades.

É tudo por você.

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível de grande relevância para a saúde pública, que, durante a gestação, pode ser transmitida verticalmente, ocasionando importantes desfechos maternos e neonatais. Apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas ao seu enfrentamento, a sífilis gestacional e congênita permanecem como importantes desafios para os serviços de saúde. Nesse contexto, torna-se fundamental compreender o perfil epidemiológico da doença e sua evolução temporal, subsidiando o planejamento e o fortalecimento das ações de vigilância e controle. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico e a tendência temporal dos casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita no município do Rio de Janeiro/RJ entre 2015 e 2025. **Resultados:** Foram notificados 60.619 casos de sífilis gestacional e 13.671 casos de sífilis congênita no período analisado. Observou-se aumento da incidência de sífilis gestacional e redução da incidência de sífilis congênita nos anos mais recentes da série histórica. Houve predomínio de gestantes com sífilis com idade entre 15 e 24 anos, ensino médio completo e raça/cor parda. Também foi identificado que embora a maioria das mães de crianças com sífilis congênita tenha realizado pré-natal e recebido o diagnóstico durante a gestação, verificou-se baixa proporção de tratamento materno adequado e reduzida realização do tratamento da parceria sexual. **Discussão:** Os achados sugerem avanços na ampliação do diagnóstico e do rastreamento durante o pré-natal, evidenciados pelo aumento da detecção da sífilis gestacional e pela redução da incidência de sífilis congênita. Entretanto, a persistência de elevada incidência, associada às fragilidades no tratamento adequado das gestantes e das parcerias sexuais, demonstra que o acesso ao diagnóstico ainda não tem sido suficiente para interromper a transmissão vertical. **Conclusão**: Embora tenham sido observados avanços no rastreamento, persistem importantes desafios relacionados à qualidade da assistência. Os resultados reforçam a necessidade do fortalecimento da APS, da vigilância em saúde e da qualificação do pré-natal, contribuindo para o planejamento de estratégias voltadas à redução da transmissão vertical da sífilis.

Palavras-chave: Sífilis na gravidez, Atenção Primária à Saúde, Epidemiologia, Vigilância em saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia Saúde da Família
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TR	Teste Rápido
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição anual dos casos notificados de sífilis gestacional e sífilis congênita no município do Rio de Janeiro/RJ, 2015-2025.

Figura 2. Tendência temporal da taxa de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita no município do Rio de Janeiro, 2015-2025.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo faixa etária materna, por ano de notificação e período, 2015-2025.

Tabela 2. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo escolaridade materna, por ano de notificação e período, 2015-2025.

Tabela 3. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo raça/cor da pele materna, por ano de notificação e período, 2015-2025.

Tabela 4. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo classificação clínica, por ano de notificação e período, 2015-2025.

Tabela 5. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo trimestre gestacional no momento do diagnóstico, por ano de notificação e período, 2015-2025.

Tabela 6. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo esquema de tratamento, por ano de notificação e período, 2015-2025.

Tabela 7. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo realização do tratamento da parceria sexual, por ano de notificação e período, 2015-2025.

Tabela 8. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo motivo da não realização do tratamento da parceria sexual, por ano de notificação e período, 2015-2025.

Tabela 9. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis congênita segundo faixa etária da criança no momento do diagnóstico, por ano de notificação e período, 2015-2025.

Tabela 10. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis congênita segundo realização de pré-natal, por ano de notificação e período, 2015-2025.

Tabela 11. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis congênita segundo momento do diagnóstico da sífilis materna, por ano de notificação e período, 2015-2025.

Tabela 12. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis congênita segundo esquema de tratamento materno, por ano de notificação e período, 2015-2025.

Tabela 13. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis congênita segundo realização do tratamento da parceria sexual, por ano de notificação e período, 2015-2025.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....8
1.1. Questão de pesquisa.....9
1.2. Justificativa.....9
2. OBJETIVOS.....10
2.1. Objetivo geral.....10
2.2. Objetivos específicos.....10
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....11
3.1. SÍFILIS NA GESTAÇÃO E SÍFILIS CONGÊNITA: ASPECTOS CLÍNICOS.....11
3.2. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS E POLÍTICAS PÚBLICAS.....12
3.3. O ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DA GESTANTE COM SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....14
3.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E MONITORAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL 15
4. METODOLOGIA.....18
5. RESULTADOS.....20
6. DISCUSSÃO.....36
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....46
8. REFERÊNCIAS.....48
9. ANEXOS.....54

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) de grande relevância para a saúde pública, sendo caracterizada por sua ampla disseminação e potencial de evolução sistêmica. Quando ocorre durante a gestação, assume maior gravidade devido ao risco de transmissão vertical, podendo ocasionar desfechos adversos como prematuridade, baixo peso ao nascer e óbito neonatal. Nesse contexto, a sífilis gestacional e congênita configuram-se como importantes indicadores da qualidade da assistência à saúde, especialmente no âmbito do pré-natal realizado na Atenção Primária à Saúde (APS) (Couto *et al.,* 2023; Rocha *et al*., 2023).

Durante o acompanhamento pré-natal, o controle da sífilis depende da detecção precoce através dos testes diagnósticos, do início oportuno do tratamento e do acompanhamento adequado da gestante ao longo da gravidez. Entretanto, estudos apontam falhas nesse processo, como atrasos na testagem, inadequação terapêutica e baixa adesão ao tratamento (Neta *et al.,* 2024; Torres *et al.,* 2022).

Nesse cenário, a APS configura-se como elemento central para o controle da sífilis gestacional e da transmissão vertical. A atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) é fundamental na identificação precoce dos casos, na realização de ações educativas e no acompanhamento das gestantes. Além disso, a longitudinalidade estabelecida na APS favorece a adesão ao pré-natal, o seguimento adequado dos casos e consequentemente a redução de desfechos adversos maternos e neonatais (Couto *et al.,* 2023; Lima *et al.,* 2022).

No Brasil, a evolução epidemiológica da sífilis tem evidenciado uma tendência crescente nos últimos anos, refletindo tanto a ampliação da testagem quanto fragilidades persistentes nos serviços de saúde. Esse cenário indica que, apesar da disponibilidade de tecnologias para detecção e tratamento, ainda existem limitações na efetividade das estratégias de controle do agravo. Essa problemática se intensifica em cenários de desigualdades sociais e territoriais, que influenciam o acesso aos serviços de saúde e fragilizam a continuidade do cuidado (Morais *et al.,* 2023; Pavinati *et al*., 2025).

Nesse cenário, a vigilância em saúde desempenha papel fundamental no enfrentamento da sífilis, uma vez que possibilita o monitoramento contínuo dos casos, a identificação de tendências epidemiológicas e o planejamento de intervenções efetivas. Nesse sentido, os sistemas de informação em saúde constituem ferramentas essenciais para subsidiar a tomada de decisão. Entretanto, a qualidade dos dados registrados ainda representa um desafio, especialmente em relação à subnotificação e à inconsistência das informações, o que compromete a análise da real magnitude dos agravos (Festa *et al.,* 2023; Saes *et al.,* 2022).

Considerando o impacto da transmissão vertical de doenças na mortalidade materno-infantil, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), junto ao Ministério da Saúde (MS), assumiram o compromisso de implementar estratégias voltadas à eliminação dos agravos de importância para a saúde pública. Essas ações estão alinhadas aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que estabelecem metas para o enfrentamento de doenças e outros agravos prioritários até 2030 (Brasil, 2022a).

Apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas ao enfrentamento da sífilis, ainda existem lacunas significativas no que se refere à efetividade das ações de controle, incluindo o eixo de vigilância em saúde. Dessa forma, torna-se fundamental aprofundar o conhecimento sobre a dinâmica da doença em contextos complexos, levando em consideração aspectos sociais e territoriais, a fim de subsidiar estratégias mais eficazes de prevenção e controle (Laurentino *et al.,* 2024; Oliveira *et al*., 2023).

1.1. Questão de pesquisa

Qual o perfil epidemiológico dos casos notificados de sífilis gestacional e sífilis congênita em residentes do município do Rio de Janeiro/RJ entre 2015 e 2025?

1.2. Justificativa

A escolha da temática surge a partir da vivência cotidiana no serviço, observando a recorrência de casos de sífilis em gestantes e os desafios enfrentados pela APS a fim de evitar a transmissão vertical e garantir uma assistência de qualidade. Muitas vezes, percebe-se a fragilidade na articulação entre as ações assistenciais e a vigilância em saúde, o que compromete a efetividade das intervenções e contribui para a persistência de desfechos negativos.

Dessa forma, este estudo se justifica pela necessidade de fortalecer a compreensão sobre o perfil das gestantes e crianças acometidas pela sífilis no município do Rio de Janeiro, contribuindo para a qualificação das ações em saúde e para o aprimoramento das estratégias de vigilância epidemiológica.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Descrever os casos notificados de sífilis em gestantes e sífilis congênita no município do Rio de Janeiro/RJ entre 2015 e 2025.

2.2. Objetivos específicos

- Descrever a tendência temporal dos casos de sífilis gestacional e sífilis congênita no município do Rio de Janeiro/RJ, no período de 2015 a 2025;
- Caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de sífilis gestacional e sífilis congênita notificados no município do Rio de Janeiro/RJ entre 2015 e 2025, considerando variáveis sociodemográficas e clínicas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. SÍFILIS NA GESTAÇÃO E SÍFILIS CONGÊNITA: ASPECTOS CLÍNICOS

A sífilis na gestação representa uma condição clínica de grande relevância devido ao seu potencial de transmissão vertical e às consequências associadas ao desenvolvimento fetal. Trata-se de uma infecção causada por uma bactéria denominada *Treponema pallidum*, cuja evolução pode ocorrer de forma assintomática, dificultando o diagnóstico precoce. Durante a gestação, a ausência de sinais clínicos evidentes não exclui a possibilidade de transmissão ao feto, o que reforça a importância do rastreamento sistemático no pré-natal (Neta e*t al.*, 2024; Torres *et al.*, 2022).

A sífilis apresenta evolução progressiva e pode ser classificada em quatro estágios, que se diferenciam pelas manifestações clínicas e pelo tempo de evolução. A sífilis primária caracteriza-se pelo surgimento de úlcera geralmente indolor, aproximadamente três semanas após a exposição, desaparecendo espontaneamente entre três e oito semanas, mesmo na ausência de tratamento. O estágio secundário manifesta-se entre seis semanas e seis meses após a infecção inicial não tratada, podendo ocasionar lesões cutâneas eritematosas, especialmente nas regiões palmar e plantar, além de sintomas sistêmicos, como febre, cefaleia, mal-estar, prurido e hiporexia. A fase latente corresponde ao período assintomático da doença, no qual os indivíduos, mesmo sem sintomas, apresentam sorologia positiva, sendo classificada em recente, tardia ou indeterminada, conforme o tempo de evolução da infecção. Já a sífilis terciária representa a forma mais grave da doença, podendo surgir entre dois e quarenta anos após a infecção inicial e acometer diferentes sistemas orgânicos, como os sistemas cardiovascular, neurológico, tegumentar e esquelético (Brasil, 2022b).

Em gestantes, é comum que a infecção evolua de forma assintomática, sendo identificada apenas por meio de exames laboratoriais. Essa característica contribui para o diagnóstico tardio e para o aumento do risco de complicações maternas e fetais, especialmente quando o tratamento não é iniciado de forma oportuna (Rosa *et al.*, 2025; Torres *et al.*, 2022).

O diagnóstico da sífilis é realizado a partir de exames sorológicos, divididos em testes treponêmicos e não treponêmicos. Os testes treponêmicos, como o Teste Rápido (TR), identificam anticorpos específicos e apresentam elevada sensibilidade e especificidade, sendo amplamente utilizados nos serviços de saúde pela rapidez do resultado e facilidade de execução. Apesar disso, esse método não possibilita distinguir a infecção ativa da infecção previamente tratada, uma vez que os anticorpos podem permanecer reagentes mesmo após a cura da doença, caracterizando uma cicatriz sorológica (Brasil, 2022b).

Já os testes não treponêmicos, como o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), são utilizados tanto na confirmação diagnóstica quanto no seguimento de cura, por permitirem a titulação dos anticorpos e avaliação da evolução da infecção. No Sistema Único de Saúde (SUS), a incorporação do TR ampliou o acesso e a cobertura diagnóstica, especialmente na APS, favorecendo a identificação precoce dos casos e o início oportuno do tratamento. (Brasil, 2010; Brasil, 2022b).

O tratamento da sífilis deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico, principalmente em gestantes, devido ao risco de transmissão vertical e ocorrência de sífilis congênita. A Penicilina Benzatina permanece como terapia de primeira escolha, com esquema terapêutico definido conforme a fase clínica da doença. Nos casos de sífilis recente, incluindo as formas primária, secundária e latente recente, recomenda-se administração intramuscular em dose única. Para sífilis latente tardia, latente de duração indeterminada e sífilis terciária, o tratamento é realizado com aplicações semanais durante três semanas consecutivas, totalizando uma dose terapêutica maior ao final do esquema (Brasil, 2022b)

Por sua vez, a sífilis congênita resulta da transmissão vertical da infecção para o feto durante a gestação ou no momento do parto. Essa transmissão pode ocorrer em qualquer fase da doença materna, embora seja mais frequente nos estágios iniciais. As manifestações clínicas no recém-nascido podem variar desde quadros assintomáticos até formas graves, incluindo alterações ósseas, neurológicas e sistêmicas, além de desfechos como óbito fetal e neonatal (Couto *et al*., 2023; Soares *et al*., 2023).

Além dos aspectos clínicos, a sífilis congênita também apresenta impactos significativos no sistema de saúde, especialmente em relação ao aumento das internações hospitalares e dos custos associados ao tratamento das complicações. Esses impactos reforçam a importância de ações preventivas, que se mostram mais eficazes e menos onerosas do que o tratamento das consequências da doença (Carvalho *et al.,* 2024).

3.2. PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS E POLÍTICAS PÚBLICAS

A sífilis configura-se como um importante problema de saúde pública, caracterizado por elevada transmissibilidade e impacto significativo na morbimortalidade, especialmente quando associada ao período gestacional. A sífilis congênita está entre as principais causas infecciosas de óbito fetal e neonatal evitável, contribuindo significativamente para os indicadores de morbimortalidade infantil. Sua persistência ao longo dos anos evidencia limitações estruturais nos sistemas de saúde, mesmo diante da disponibilidade de diagnóstico acessível e tratamento eficaz. No contexto epidemiológico, a doença apresenta

comportamento dinâmico, influenciado por fatores sociais, econômicos e organizacionais, o que exige análise contínua e aprofundada para subsidiar estratégias de controle efetivas (Pavinati *et al.*, 2025; Rocha *et al.*, 2023).

Diante da persistência da sífilis gestacional e da sífilis congênita como importantes questões de saúde pública, o MS e órgãos internacionais, como OMS e OPAS, têm fortalecido estratégias voltadas à eliminação da transmissão vertical. Em consonância com as estratégias globais para eliminação da transmissão vertical, o Brasil instituiu o Pacto Nacional para Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública, que propõe, dentre outros objetivos, a integração das medidas de vigilância, prevenção, controle e cuidado integral às políticas, programas e serviços nas áreas de saúde materno-infantil e saúde da família e comunidade. (Brasil, 2022a)

Além disso, entre as principais iniciativas destaca-se a publicação e as atualizações do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, bem como do PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais, documentos que estabelecem recomendações baseadas em evidências para diagnóstico, tratamento, seguimento clínico e monitoramento destes agravos, com ênfase na testagem oportuna durante o pré-natal, tratamento imediato da gestante e da parceria sexual e acompanhamento da criança exposta (Brasil, 2022b; Brasil, 2022c).

A evolução temporal da sífilis no Brasil tem demonstrado tendência crescente, especialmente no que se refere aos casos em gestantes e à ocorrência de sífilis congênita. Esse aumento pode ser parcialmente atribuído à ampliação das estratégias de testagem e à melhoria dos sistemas de notificação, mas também reflete falhas persistentes na assistência pré-natal e no manejo adequado da doença. A análise desses indicadores permite compreender a magnitude do agravo e identificar padrões que orientam intervenções em saúde pública (Morais *et al.,* 2023; Pavinati *et al.,* 2025).

No Brasil, a vigilância epidemiológica da doença foi sendo fortalecida de forma progressiva ao longo dos anos. A sífilis congênita foi incluída na lista de agravos de notificação compulsória em 1986. A sífilis em gestantes foi incluída em 2005, e a sífilis adquirida foi incluída ainda depois, em 2010 (Brasil, 2005; Lucena *et al*, 2023).

Apesar da ampliação das estratégias de diagnóstico e tratamento, os dados epidemiológicos demonstram aumento expressivo no número de casos registrados no país nas últimas décadas. Segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis (Brasil, 2025), somente no ano de 2024 foram notificados 256.830 casos de sífilis adquirida, correspondendo a uma taxa de

detecção de 120,8 casos por 100 mil habitantes. No mesmo período, registraram-se 89.724 casos de sífilis em gestantes, com taxa de detecção de 35,4 casos por mil nascidos vivos, além de 24.443 casos de sífilis congênita, com taxa de incidência de 9,6 por mil nascidos vivos e 183 óbitos relacionados à doença, com um coeficiente de mortalidade infantil de 7,2 por 100 mil nascidos vivos. Esses dados evidenciam a persistência da sífilis como importante desafio para os serviços de saúde, especialmente no que se refere à qualidade da assistência pré-natal e à prevenção da transmissão vertical.

No âmbito da sífilis gestacional, observa-se forte associação com determinantes sociais da saúde, como baixa escolaridade, condições socioeconômicas desfavoráveis e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Esses fatores contribuem para o diagnóstico tardio e para a inadequação do tratamento, aumentando o risco de transmissão vertical. A literatura aponta que a vulnerabilidade social exerce papel central na manutenção da cadeia de transmissão da doença, evidenciando a necessidade de políticas públicas mais integradas (Neta *et al.,* 2024; Torres *et al.,* 2022).

A sífilis congênita, por sua vez, representa um dos principais desfechos adversos da infecção não tratada ou tratada inadequadamente durante a gestação. Sua ocorrência está diretamente relacionada à qualidade da assistência pré-natal e à efetividade das ações de vigilância em saúde. Estudos indicam que a persistência de casos de sífilis congênita reflete falhas no rastreamento, no tratamento oportuno e no acompanhamento das gestantes, sendo considerada um evento evitável em grande parte dos casos (Couto *et al*., 2023; Soares *et al*., 2023).

A análise espacial da sífilis evidencia desigualdades regionais significativas, com maior concentração de casos em áreas urbanas caracterizadas por maior densidade populacional e vulnerabilidade social. Nessas regiões, a sobrecarga dos serviços de saúde e a dificuldade de acesso a cuidados de qualidade contribuem para a manutenção do agravo. Além disso, a distribuição heterogênea dos casos reforça a necessidade de estratégias específicas para diferentes contextos territoriais (Eller; Junqueira; Araújo, 2025; Pimentel *et al.,* 2025).

3.3. O ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DA GESTANTE COM SÍFILIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A atenção pré-natal constitui uma das principais estratégias de promoção à saúde materno-infantil, sendo fundamental para a identificação precoce de agravos e para a prevenção de complicações durante a gestação. No contexto da sífilis, o pré-natal assume

papel central no rastreamento, diagnóstico e tratamento da infecção, contribuindo diretamente para a interrupção da transmissão vertical. A efetividade dessas ações está diretamente relacionada à qualidade da assistência prestada e à organização dos serviços de saúde (Couto *et al*., 2023; Saes *et al*., 2022).

Na APS, o acompanhamento das gestantes deve ser realizado de forma contínua e integral, envolvendo a realização de exames diagnósticos, o início oportuno do tratamento e o monitoramento da evolução clínica. Por sua capilaridade e proximidade com a população, a APS, configura-se como o nível de atenção mais adequado para o desenvolvimento dessas ações. (Lima *et al*., 2022; Oliveira *et al.,* 2023).

O diagnóstico precoce da sífilis durante o pré-natal é essencial para a prevenção de desfechos adversos, sendo recomendado em diferentes momentos da gestação. De acordo com o Ministério da Saúde, a testagem deve ser realizada na primeira consulta de pré-natal, no segundo e terceiro trimestre gestacional, e no momento do parto ou curetagem, possibilitando a identificação da infecção em diferentes momentos e garantindo o tratamento oportuno. Além disso, após o tratamento, o acompanhamento sorológico é realizado por meio do VDRL para avaliação da resposta terapêutica e seguimento de cura. Apesar disso, ainda ocorrem falhas na realização e na periodicidade dos testes, o que compromete a detecção oportuna da infecção (Torres *et al*., 2022; Neta *et al.*, 2024; Brasil, 2022b).

A atuação dos profissionais de saúde na APS é determinante para a qualidade da assistência prestada às gestantes com sífilis. A realização de ações educativas, o estabelecimento de vínculo e o acompanhamento contínuo são elementos essenciais para o sucesso do tratamento. Contudo, estudos indicam que ainda existem lacunas na formação e no preparo desses profissionais, o que pode comprometer a efetividade das intervenções (Lima *et al.,* 2022; Oliveira *et al.,* 2023).

3.4 VIGILÂNCIA EM SAÚDE E MONITORAMENTO DA SÍFILIS GESTACIONAL

A vigilância em saúde constitui um dos pilares fundamentais para o enfrentamento de agravos transmissíveis, sendo responsável pela coleta e análise de informações que subsidiam a tomada de decisão em saúde pública. No contexto da sífilis gestacional, a vigilância permite o monitoramento contínuo dos casos, a identificação de tendências epidemiológicas e a avaliação da efetividade das ações de prevenção e controle. Dessa forma, configura-se como ferramenta estratégica para a redução da transmissão vertical e para a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil (Saes *et al.,* 2022; Pavinati *et al*., 2025).

O monitoramento da sífilis gestacional está diretamente relacionado à qualidade dos sistemas de informação em saúde, que registram dados essenciais sobre notificação, diagnóstico e tratamento dos casos. Esses sistemas possibilitam a construção de indicadores que orientam o planejamento e a implementação de políticas públicas. Entretanto, a efetividade desse monitoramento depende da completude, consistência e confiabilidade das informações registradas pelos serviços de saúde (Festa *et al.,* 2023; Saes *et al*., 2022).

Os indicadores epidemiológicos constituem instrumentos essenciais para a análise da situação de saúde de uma população, permitindo a mensuração da magnitude, distribuição e tendência de agravos. No contexto da sífilis na gestação, esses indicadores são fundamentais para o monitoramento da ocorrência da doença, a avaliação da qualidade da assistência pré-natal e o direcionamento das ações de intervenção. A utilização adequada desses parâmetros possibilita a identificação de falhas no sistema de saúde e a implementação de estratégias de controle mais efetivas (Pavinati *et al*., 2025; Rocha *et al.,* 2023).

A interpretação desses dados deve ser realizada de forma contextualizada, considerando fatores sociais, econômicos e territoriais que influenciam a ocorrência da doença. A distribuição desigual da sífilis gestacional em diferentes regiões reflete as condições de vida da população e o acesso aos serviços de saúde. A análise desses aspectos contribui para a identificação de grupos mais vulneráveis e para o direcionamento das ações de saúde (Pimentel *et al.,* 2025; Eller; Junqueira; Araújo, 2025).

Além disso, a integração dos indicadores epidemiológicos e da vigilância em saúde com a APS é essencial para garantir a efetividade das intervenções. A utilização dessas informações na prática cotidiana dos serviços de saúde contribui para a melhoria do cuidado e para a redução da ocorrência de sífilis congênita. A articulação entre diferentes níveis de atenção fortalece o sistema de saúde e potencializa os resultados das ações implementadas (Lima *et al*., 2022; Oliveira *et al.,* 2023).

A notificação dos casos diagnosticados é realizada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Esse sistema constitui uma importante ferramenta de vigilância epidemiológica, sendo responsável pelo registro, processamento e armazenamento de informações relacionadas aos agravos de notificação compulsória em todo o território nacional (Festa *et al*., 2023). Para o registro das informações, são utilizados instrumentos padronizados, como a Ficha de Notificação e a Ficha Individual de Investigação. A primeira destina-se ao registro inicial do agravo pelas unidades de saúde, enquanto a segunda reúne informações complementares necessárias para investigação epidemiológica e encerramento dos casos (Brasil, 2008a).

A notificação é obrigatória para profissionais e serviços de saúde, públicos e privados, diante da suspeita ou confirmação de doenças, agravos ou eventos incluídos na Lista Nacional de Notificação Compulsória. Em relação à sífilis gestacional e congênita, a notificação é semanal e deve ser realizada em até 7 dias após o conhecimento da suspeita ou confirmação do agravo (Brasil, 2026).

Apesar da relevância do sistema para o monitoramento epidemiológico da doença, persistem limitações relacionadas à subnotificação e à baixa completude das fichas de notificação, evidenciadas pela presença frequente de campos ignorados ou não preenchidos. Tais fragilidades comprometem a confiabilidade das informações e dificultam uma análise mais precisa, impactando na caracterização do perfil dos indivíduos acometidos e no direcionamento das ações de saúde voltadas ao controle da sífilis (Festa *et al*., 2023; Saes *et al*., 2022)

4. METODOLOGIA

Realizou-se um estudo epidemiológico descritivo com base nos casos notificados de sífilis gestacional e sífilis congênita entre residentes do município do Rio de Janeiro/RJ no período de 2015 a 2025.

A pesquisa tem como local de estudo o município do Rio de Janeiro, localizado no estado do Rio de Janeiro. O estado possui 92 municípios e uma população estimada em 17.223.547 habitantes. O município do Rio de Janeiro apresenta população estimada de 6.730.729 habitantes, sendo o mais populoso do estado e um dos maiores centros urbanos do país (IBGE, 2025).

O recorte temporal escolhido para o estudo compreende o período de 2015 a 2025, com o objetivo de analisar a tendência dos casos de sífilis gestacional e sífilis congênita ao longo dos anos. Os estudos de série temporal permitiram avaliar o comportamento de agravos em saúde ao longo do tempo, possibilitando identificar padrões, tendências e variações na ocorrência dos eventos analisados (Antunes e Cardoso, 2015).

Como fonte de dados, foram utilizadas as notificações de sífilis gestacional e sífilis congênita no município do Rio de Janeiro/RJ no período de 2015 a 2025, registrados no SINAN. Além disso, foram utilizados dados sobre nascidos vivos no mesmo município e período, coletados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Os dados foram extraídos do Tabnet municipal, um tabulador de dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, integrado ao Datasus (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde). A ferramenta é voltada para a tabulação e consulta de dados epidemiológicos, assistenciais e administrativos, aberto para consulta pública e está disponível em: http://tabnet.rio.rj.gov.br/.

As variáveis abordadas nesta pesquisa foram os casos notificados de sífilis gestacional e sífilis congênita no Rio de Janeiro/RJ entre 2015 e 2025. Dessa forma, foi calculada a taxa de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita nos anos incluídos, visando avaliar o comportamento temporal do agravo no município. Para obtenção deste indicador epidemiológico, utilizou-se como numerador o número de casos registrados de sífilis gestacional e sífilis congênita em cada ano estudado, e como denominador o número de nascidos vivos correspondentes ao mesmo período, multiplicado por mil (1.000), utilizando o Microsoft Excel para cálculo e análise dos dados.

Para análise descritiva, foram utilizadas as variáveis sociodemográficas e clínicas disponíveis nas fichas de notificação de sífilis gestacional (Anexo A) e sífilis congênita

(Anexo B). As variáveis selecionadas para o estudo foram previamente identificadas e definidas com base nos objetivos da pesquisa e na disponibilidade das informações presentes na base de dados utilizada.

Posteriormente, as variáveis foram organizadas, categorizadas em características sociodemográficas e clínicas, e descritas, sendo apresentadas por meio de frequências absolutas (n) e frequências relativas (%). Para os casos de sífilis gestacional, foram analisadas as seguintes variáveis: faixa etária materna; escolaridade materna; raça/cor materna; trimestre de gestação no momento do diagnóstico; classificação clínica da sífilis gestacional; esquema de tratamento; tratamento do parceiro; motivo do não tratamento do parceiro. Já para os casos de sífilis congênita, foram analisadas as variáveis: faixa etária da criança no momento do diagnóstico; realização de pré-natal; momento do diagnóstico da sífilis gestacional; esquema de tratamento materno; tratamento da parceria sexual.

A extração dos dados foi realizada em etapa única no dia 02 de maio de 2026, a partir da base de dados previamente definida para a pesquisa. Após a coleta, os dados obtidos passaram por processo de organização, conferência e estruturação em planilhas do Microsoft Excel, sendo utilizadas para tabulação, cálculos e construção dos indicadores.

Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos, considerando sua capacidade de sintetizar informações e facilitar a interpretação dos achados, contribuindo para uma análise mais eficiente do comportamento das variáveis estudadas e das tendências epidemiológicas identificadas ao longo do período analisado.

Todos os arquivos foram armazenados exclusivamente em computador de uso pessoal, sem utilização de serviços de armazenamento em nuvem ou compartilhamento em plataformas externas, com o objetivo de garantir maior segurança e confidencialidade das informações.

Por se tratar de um estudo desenvolvido a partir de dados secundários de domínio público, obtidos em bases de acesso livre e sem identificação direta ou indireta dos indivíduos, não houve necessidade de submissão da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

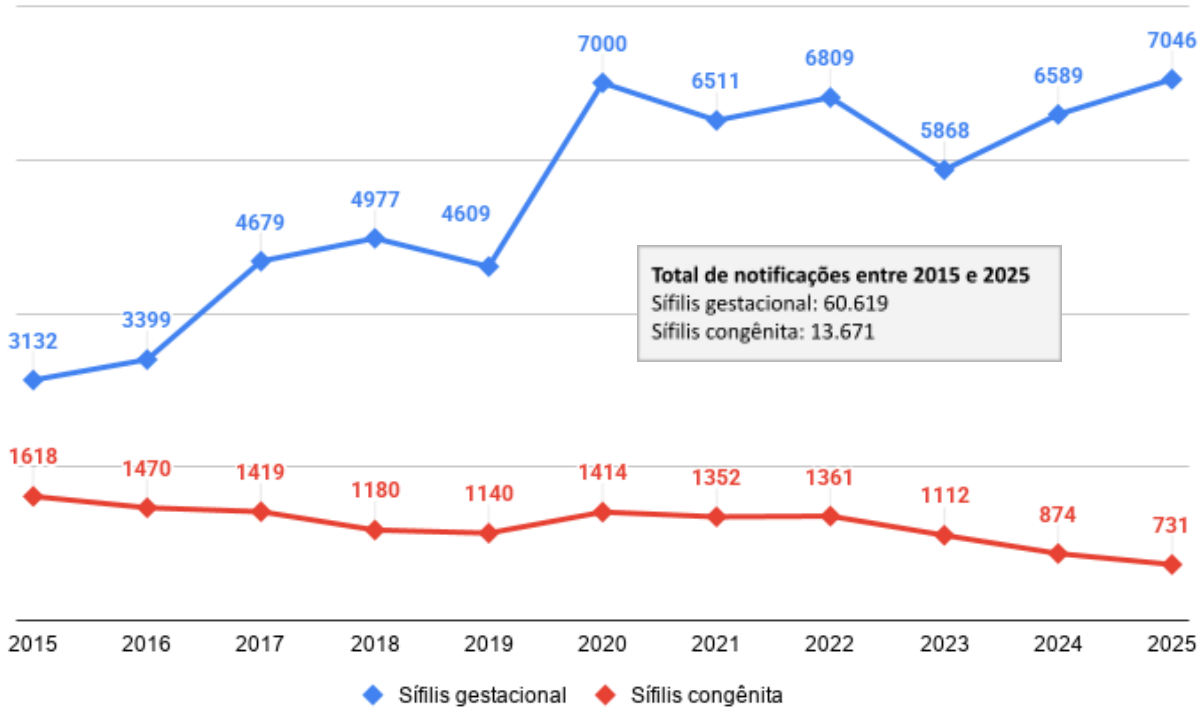
5. RESULTADOS

No período de 2015 a 2025, foram notificados 60.619 casos de sífilis gestacional e 13.671 casos de sífilis congênita no município do Rio de Janeiro/RJ (SINAN, 2026).

A Figura 1 apresenta a distribuição anual dos casos notificados no período estudado, onde observou-se aumento expressivo no número de notificações de sífilis gestacional ao longo da série histórica, passando de 3.132 casos em 2015 para 7.046 casos em 2025. O maior número de notificações foi registrado em 2025, enquanto o menor ocorreu em 2015. Destaca-se ainda o crescimento observado entre 2019 e 2020, quando o número de casos aumentou de 4.609 para 7.000 notificações.

Em relação à sífilis congênita, verificou-se redução do número de casos notificados ao longo do período estudado. Em 2015 foram registrados 1.618 casos, enquanto em 2025 foram notificados 731 casos, representando o menor valor da série histórica. Embora tenham ocorrido oscilações ao longo dos anos, observou-se tendência de diminuição das notificações, sobretudo a partir de 2022, quando o número de casos reduziu de 1.361 para 731 em 2025.

Figura 1. Distribuição anual dos casos notificados de sífilis gestacional e sífilis congênita no município do Rio de Janeiro/RJ, 2015-2025.

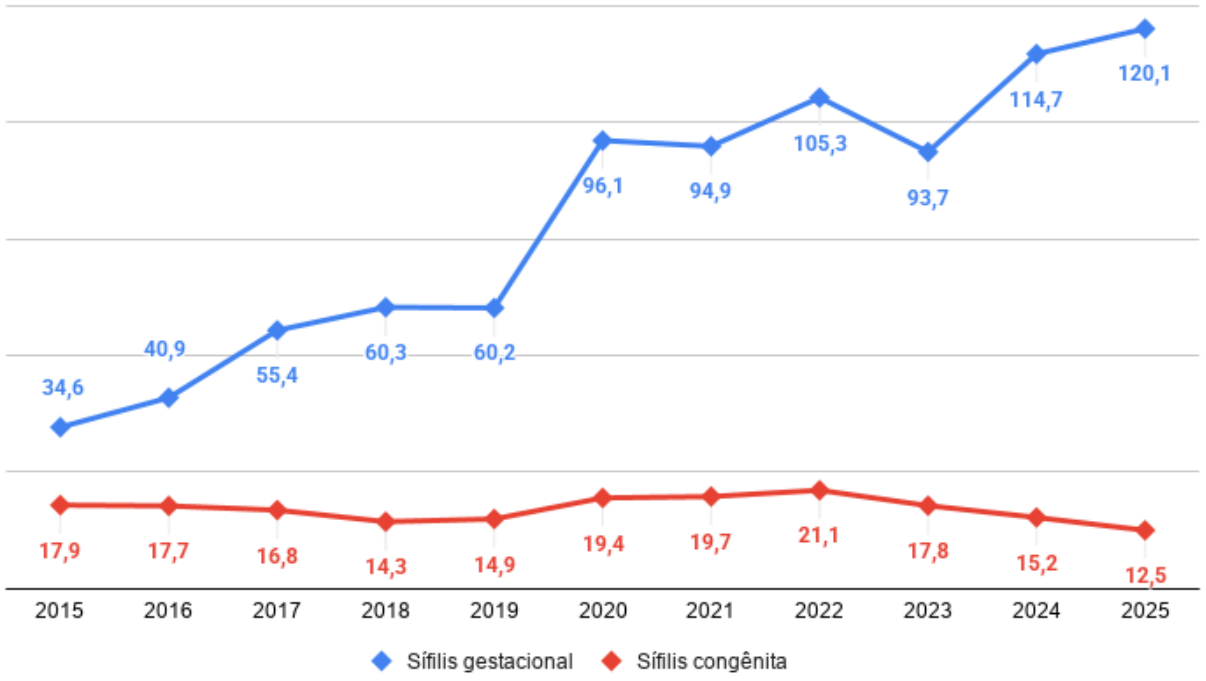


Fonte: SINAN, 2026.

A Figura 2 apresenta a tendência temporal da incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita no período estudado. Foi identificado aumento expressivo da taxa de incidência de sífilis gestacional ao longo de toda a série histórica, passando de 34,6 casos por 1.000 nascidos vivos em 2015 para 120,1 casos por 1.000 nascidos vivos em 2025. O crescimento foi mais acentuado entre os anos de 2019 e 2020, quando a taxa aumentou de 60,2 para 96,1 casos por 1.000 nascidos vivos. Apesar de oscilações pontuais, como a redução observada em 2023 (93,7 casos por 1.000 nascidos vivos), os anos subsequentes apresentaram retomada da tendência de crescimento, culminando nos maiores valores da série em 2024 e 2025.

Em relação à sífilis congênita, verificou-se comportamento distinto, com taxas relativamente estáveis durante grande parte do período analisado. A incidência atingiu seu maior valor em 2022, com 21,1 casos por 1.000 nascidos vivos. A partir deste ano, apresentou tendência de redução, alcançando 12,5 casos por 1.000 nascidos vivos em 2025, o menor valor registrado na série histórica.

Figura 2. Tendência temporal da taxa de incidência de sífilis gestacional e sífilis congênita no município do Rio de Janeiro, 2015-2025.



Fonte: SINAN, 2026.

Tabela 1. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo faixa etária materna, por ano de notificação e período, 2015-2025.

SÍFILIS GESTACIONAL																								
Variáveis sociodemográficas	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2024**		**2025**		**TOTAL**	
FAIXA ETÁRIA MATERNA	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
<1 Ano	-	-	9	0,3	7	0,2	9	0,2	14	0,3	41	0,6	45	0,7	42	0,6	40	0,7	49	0,7	47	0,7	303	0,5
01 a 04	-	-	1	0,03	-	-	3	0,1	3	0,1	4	0,1	4	0,1	3	0,04	10	0,2	12	0,2	16	0,2	56	0,1
05 a 14	41	1,3	60	1,8	74	1,6	65	1,3	72	1,6	98	1,4	56	0,9	42	0,6	36	0,6	41	0,6	52	0,7	637	1,1
15-24	1850	59,1	2062	60,9	2789	60,0	3023	61,0	2863	62,3	4128	59,3	3739	57,6	3710	54,7	3068	52,3	3420	52,1	3618	51,5	34270	56,7
25-34	978	31,2	1002	29,6	1406	30,3	1468	29,6	1343	29,2	2185	31,4	2175	33,5	2475	36,5	2248	38,3	2555	38,9	2796	39,8	20631	34,1
35-44	259	8,3	242	7,1	366	7,9	385	7,8	296	6,4	495	7,1	454	7,0	510	7,5	447	7,6	476	7,2	487	6,9	4417	7,3
45-54	4	0,1	7	0,2	3	0,1	2	0,04	6	0,1	14	0,2	11	0,2	4	0,1	11	0,2	11	0,2	8	0,1	81	0,1
55-64	-	-	1	0,03	-	-	1	0,02	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,02	2	0,03	1	0,01	6	0,01
65 e+	-	-	1	0,03	-	-	2	0,04	1	0,02	1	0,01	2	0,03	2	0,03	1	0,02	3	0,05	-	-	13	0,02

Fonte: SINAN, 2026.

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos casos de sífilis gestacional segundo a faixa etária materna notificados no município do Rio de Janeiro entre 2015 e 2025. Observou-se predominância de gestantes na faixa etária de 15 a 24 anos, correspondendo a 56,7% dos casos (n=34.270), seguida pelas mulheres de 25 a 34 anos, que representaram 34,1% das notificações (n=20.631). As gestantes com idade entre 35 e 44 anos corresponderam a 7,3% dos casos (n=4.417).

As demais faixas etárias apresentaram frequências reduzidas, destacando-se as gestantes entre 5 e 14 anos, que representaram 1,1% dos registros (n=637), além dos casos em mulheres com 45 anos ou mais corresponderam a 0,1% das notificações. Além disso, verificou-se a presença de registros em faixas etárias incompatíveis com a ocorrência de gestação, como menores de 1 ano, entre 1 e 4 anos e 65 anos ou mais.

Ao analisar a distribuição temporal, foi notado aumento do número absoluto de casos em todas as principais faixas etárias. Também foi observado aumento progressivo dos casos em gestantes de 25 a 34 anos, cuja proporção passou de 31,2% em 2015 para 39,8% em 2025.

Tabela 2. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo escolaridade materna, por ano de notificação e período, 2015-2025

SÍFILIS GESTACIONAL																								
Variáveis sociodemográficas	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2024**		**2025**		**TOTAL**	
ESCOLARIDADE MATERNA	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ign/Branco	685	22,9	477	15,0	324	7,8	434	10,5	771	17,4	1107	15,8	1029	15,8	1016	14,9	715	12,2	735	11,2	792	11,3	8085	13,8
Analfabeto	11	0,4	59	1,9	340	8,2	284	6,9	32	0,7	6	0,1	1	0,02	4	0,1	6	0,1	5	0,1	1	0,01	749	1,3
1ª a 4ª série incompleta do EF	267	8,9	275	8,6	276	6,7	215	5,2	170	3,8	180	2,6	163	2,5	184	2,7	125	2,1	152	2,3	134	1,9	2141	3,7
4ª série completa do EF	160	5,4	146	4,6	186	4,5	128	3,1	163	3,7	292	4,2	212	3,3	213	3,1	151	2,6	134	2,0	156	2,2	1941	3,3
5ª a 8ª série incompleta do EF	569	19,0	654	20,5	845	20,4	794	19,3	734	16,6	1209	17,3	979	15,0	947	13,9	754	12,9	825	12,5	896	12,7	9206	15,7
Ensino fundamental completo	349	11,7	373	11,7	494	11,9	483	11,7	540	12,2	928	13,3	829	12,7	757	11,1	638	10,9	649	9,9	675	9,6	6715	11,4
Ensino médio incompleto	456	15,3	610	19,1	835	20,1	806	19,5	951	21,5	1402	20,1	1321	20,3	1420	20,9	1289	22,0	1457	22,1	1567	22,3	12114	20,7
Ensino médio completo	455	15,2	514	16,1	734	17,7	854	20,7	945	21,3	1603	22,9	1683	25,9	1966	28,9	1906	32,5	2234	33,9	2421	34,4	15315	26,1
Educação superior incompleta	26	0,9	38	1,2	74	1,8	74	1,8	64	1,4	107	1,5	129	2,0	126	1,9	119	2,0	172	2,6	186	2,6	1115	1,9
Educação superior completa	10	0,3	23	0,7	23	0,6	30	0,7	30	0,7	73	1,0	70	1,1	87	1,3	93	1,6	118	1,8	133	1,9	690	1,2
Não se aplica	-	-	19	0,6	15	0,4	22	0,5	32	0,7	79	1,1	90	1,4	77	1,1	62	1,1	106	1,6	76	1,1	578	1,0

Fonte: SINAN, 2026.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos casos de sífilis gestacional segundo a escolaridade materna. No período analisado, observou-se predominância de gestantes com ensino médio completo, correspondendo a 26,1% dos casos (n=15.315), seguida pelas categorias ensino médio

incompleto (20,7%; n=12.114) e 5ª a 8ª série incompleta do ensino fundamental (15,7%; n=9.206). As gestantes com ensino fundamental completo representaram 11,4% das notificações (n=6.715).

Verificou-se ainda elevada proporção de registros com escolaridade ignorada ou em branco, correspondendo a 13,8% dos casos (n=8.085). As categorias relacionadas ao ensino superior apresentaram menores frequências, totalizando 1,9% para educação superior incompleta (n=1.115) e 1,2% para educação superior completa (n=690).

Ao longo da série histórica, identificou-se aumento dos casos em gestantes com ensino médio completo, passando de 15,2% em 2015 para 34,4% em 2025. Em contrapartida, verificou-se redução proporcional das categorias de menor escolaridade. Também foi observada redução da proporção de registros classificados como ignorados ou em branco, de 22,9% em 2015 para 11,3% em 2025.

Tabela 3. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo raça materna, por ano de notificação e período, 2015-2025.

SÍFILIS GESTACIONAL																								
Variáveis sociodemográficas	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2024**		**2025**		**TOTAL**	
RAÇA MATERNA	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ign/Branco	400	12,8	240	7,1	250	5,3	385	7,7	328	7,1	364	5,2	337	5,2	343	5,0	225	3,8	254	3,9	218	3,1	3344	5,5
Branca	644	20,6	747	22,0	1002	21,4	1067	21,4	1027	22,3	1399	20,0	1377	21,1	1572	23,1	1358	23,1	1447	22,0	1505	21,4	13145	21,7
Preta	651	20,8	755	22,2	1149	24,6	1171	23,5	1032	22,4	1722	24,6	1539	23,6	1651	24,2	1529	26,1	1841	27,9	1953	27,7	14993	24,7
Amarela	33	1,1	50	1,5	81	1,7	67	1,3	70	1,5	115	1,6	133	2,0	115	1,7	80	1,4	79	1,2	80	1,1	903	1,5
Parda	1394	44,5	1604	47,2	2187	46,8	2282	45,9	2144	46,5	3391	48,4	3117	47,9	3119	45,8	2670	45,5	2963	45,0	3284	46,6	28155	46,4
Indigena	10	0,3	3	0,1	9	0,2	5	0,1	8	0,2	9	0,1	8	0,1	9	0,1	6	0,1	5	0,1	6	0,1	78	0,1

Fonte: SINAN, 2026.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos casos de sífilis gestacional segundo a raça/cor materna. A maior proporção de casos foi registrada em gestantes pardas, correspondendo a 46,4% das notificações (n=28.155), seguido pelas gestantes pretas, com 24,7% dos casos (n=14.993), e brancas, que representaram 21,7% das notificações (n=13.145). As categorias amarela e indígena apresentaram menor frequência, correspondendo a 1,5% (n=903) e 0,1% (n=78) dos casos, respectivamente.

Na análise temporal, verificou-se relativa estabilidade na distribuição dos casos entre as categorias.Os registros classificados como ignorados ou em branco corresponderam a 5,5% das notificações (n=3.344), apresentando redução ao longo da série histórica, de 12,8% em 2015 para 3,1% em 2025.

Tabela 4. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo classificação clínica, por ano de notificação e período, 2015-2025.

SÍFILIS GESTACIONAL																								
Variáveis clínicas	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2024**		**2025**		**TOTAL**	
CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ign/Branco	956	30,5	944	27,8	931	19,9	896	18,0	669	14,5	923	13,2	728	11,2	827	12,1	604	10,3	597	9,1	586	8,3	8661	14,3
Primária	380	12,1	574	16,9	790	16,9	723	14,5	677	14,7	1157	16,5	1207	18,5	1180	17,3	853	14,5	876	13,3	838	11,9	9255	15,3
Secundária	64	2,0	98	2,9	125	2,7	118	2,4	123	2,7	248	3,5	251	3,9	230	3,4	156	2,7	137	2,1	119	1,7	1669	2,8
Terciária	537	17,1	738	21,7	1089	23,3	1151	23,1	858	18,6	1413	20,2	1258	19,3	1250	18,4	915	15,6	702	10,7	669	9,5	10580	17,5
Latente	1195	38,2	1045	30,7	1744	37,3	2089	42,0	2282	49,5	3259	46,6	3067	47,1	3322	48,8	3340	56,9	4277	64,9	4834	68,6	30454	50,2

Fonte: SINAN, 2026.

A Tabela 4 apresenta a distribuição dos casos de sífilis gestacional segundo a classificação clínica. A sífilis latente foi a classificação clínica mais frequente, correspondendo a 50,2% dos casos notificados (n=30.454), seguida pela sífilis terciária, representando 17,5% das

notificações (n=10.580), e pela sífilis primária, que representou 15,3% dos casos (n=9.255). A sífilis secundária apresentou a menor frequência entre as classificações clínicas registradas, correspondendo a 2,8% das notificações (n=1.669).

Verificou-se ainda que 14,3% dos registros (n=8.661) apresentavam a classificação clínica ignorada ou em branco. Entretanto, observou-se redução progressiva e significativa dessa categoria ao longo da série histórica, passando de 30,5% em 2015 para 8,3% em 2025.

Na análise temporal, destacou-se o aumento da participação relativa da sífilis latente, que passou de 38,2% dos casos em 2015 para 68,6% em 2025. Em contrapartida, ocorreu redução da forma terciária no período estudado, passando de 17,1% em 2015 para 9,5% em 2025. A sífilis secundária permaneceu com baixa frequência ao longo de toda a série histórica, variando entre 1,7% e 3,9% dos casos.

Tabela 5. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo trimestre de gestação no momento do diagnóstico, por ano de notificação e período, 2015-2025.

SÍFILIS GESTACIONAL																								
Variáveis clínicas	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2024**		**2025**		**TOTAL**	
TRIMESTRE DE GESTAÇÃO NO DIAGNÓSTICO	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ign/Branco	4	0,1	81	2,4	186	4,0	350	7,0	191	4,1	225	3,2	173	2,7	108	1,6	57	1,0	50	0,8	55	0,8	1480	2,4
1º Trimestre	1530	48,9	1945	57,2	2847	60,8	2861	57,5	2512	54,5	3806	54,4	3833	58,9	4075	59,8	3448	58,8	4015	60,9	4546	64,5	35418	58,4
2º Trimestre	743	23,7	776	22,8	942	20,1	914	18,4	911	19,8	1305	18,6	1110	17,0	1309	19,2	1230	21,0	1336	20,3	1369	19,4	11945	19,7
3º Trimestre	692	22,1	489	14,4	647	13,8	783	15,7	905	19,6	1520	21,7	1278	19,6	1190	17,5	1015	17,3	1054	16,0	948	13,5	10521	17,4
IG ignorada	163	5,2	108	3,2	57	1,2	62	1,2	67	1,5	101	1,4	65	1,0	75	1,1	63	1,1	57	0,9	47	0,7	865	1,4
Não se Aplica	-	-	-	-	-	-	7	0,1	23	0,5	43	0,6	52	0,8	52	0,8	55	0,9	77	1,2	81	1,1	390	0,6

Fonte: SINAN, 2026.

A Tabela 5 apresenta a distribuição dos casos de sífilis gestacional segundo o trimestre de gestação no momento do diagnóstico. Verificou-se que a maioria das notificações ocorreu no primeiro trimestre, correspondendo a 58,4% dos casos (n=35.418). O segundo trimestre representou 19,7% das notificações (n=11.945), enquanto o terceiro trimestre correspondeu a 17,4% dos casos (n=10.521).

Os registros com idade gestacional ignorada representaram 1,4% das notificações (n=865), enquanto os casos classificados como ignorados ou em branco corresponderam a 2,4% (n=1.480). A categoria “não se aplica” representou 0,6% dos registros (n=390).

Na análise temporal, observou-se aumento dos diagnósticos realizados no primeiro trimestre, passando de 48,9% em 2015 para 64,5% em 2025, acompanhado da redução dos diagnósticos realizados no segundo e terceiro trimestres. O segundo trimestre passou de 23,7% para 19,4% das notificações, enquanto o terceiro trimestre reduziu de 22,1% em 2015 para 13,5% em 2025. Também foi observada diminuição dos registros classificados como ignorados ou em branco, que passaram de 5,3% em 2015 para 1,5% em 2025.

Tabela 6. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo esquema de tratamento, por ano de notificação e período, 2015-2025.

SÍFILIS GESTACIONAL																								
Variáveis clínicas	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2024**		**2025**		**TOTAL**	
ESQUEMA DE TRATAMENTO	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ign/Branco	27	0,9	19	0,6	18	0,4	123	2,5	129	2,8	200	2,9	82	1,3	86	1,3	39	0,7	39	0,6	43	0,6	805	1,3
Pen. G benzatina 2.400.000 UI	107	3,4	106	3,1	213	4,6	257	5,2	296	6,4	389	5,6	427	6,6	438	6,4	318	5,4	357	5,4	389	5,5	3297	5,4
Pen. G benzatina 4.800.000 UI	17	0,5	14	0,4	20	0,4	21	0,4	20	0,4	30	0,4	41	0,6	28	0,4	35	0,6	14	0,2	15	0,2	255	0,4
Pen. G benzatina 7.200.000 UI	2918	93,2	3220	94,7	4356	93,1	4490	90,2	4096	88,9	6310	90,1	5857	90,0	6179	90,7	5421	92,4	6103	92,6	6513	92,4	55463	91,5
Outro esquema	14	0,4	14	0,4	25	0,5	15	0,3	17	0,4	18	0,3	21	0,3	13	0,2	11	0,2	16	0,2	28	0,4	192	0,3
Não realizado	49	1,6	26	0,8	47	1,0	71	1,4	51	1,1	53	0,8	83	1,3	65	1,0	44	0,7	60	0,9	58	0,8	607	1,0

Fonte: SINAN, 2026.

A Tabela 6 apresenta a distribuição dos casos de sífilis gestacional segundo o esquema de tratamento. Verificou-se que na maior parte das notificações o tratamento foi realizado com Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI, correspondendo a 91,5% dos casos (n=55.463). Os esquemas com Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI e 4.800.000 UI representaram 5,4% (n=3.297) e 0,4% (n=255) das notificações, respectivamente.

Os registros classificados como ignorados ou em branco corresponderam a 1,3% dos casos (n=805), enquanto a ausência de tratamento foi registrada em 1% das notificações (n=607). Os casos tratados com outros esquemas terapêuticos representaram 0,3% do total analisado (n=192).

Na análise temporal, observou-se a predominância do esquema terapêutico com Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI ao longo de toda a série histórica. Também foi verificada discreta redução na proporção de registros classificados como ignorados ou em branco, que passaram de 0,9% em 2015 para 0,6% em 2025, assim como nos casos sem realização de tratamento, passando de 1,6 % em 2015 para 0,8% em 2025.

Tabela 7. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo tratamento da parceria sexual, por ano de notificação e período, 2015-2025.

SÍFILIS GESTACIONAL																								
Variáveis clínicas	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2024**		**2025**		**TOTAL**	
TRATAMENTO DA PARCERIA SEXUAL	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ign/Branco	380	12,1	402	11,8	875	18,7	1197	24,1	1303	28,3	1972	28,2	1839	28,2	1788	26,3	1508	25,7	1733	26,3	1831	26,0	14828	24,5
SIM	1693	54,1	1685	49,6	2046	43,7	1877	37,7	1514	32,8	2242	32,0	1865	28,6	2036	29,9	1755	29,9	1713	26,0	1684	23,9	20110	33,2
NÃO	1059	33,8	1312	38,6	1758	37,6	1903	38,2	1792	38,9	2786	39,8	2807	43,1	2985	43,8	2605	44,4	3143	47,7	3531	50,1	25681	42,4

Fonte: SINAN, 2026.

A Tabela 7 apresenta a distribuição dos casos de sífilis gestacional segundo o tratamento da parceria sexual. Verificou-se que 42,4% das notificações registraram a não realização do tratamento da parceria sexual (n=25.681), enquanto 33,2% dos casos informaram que a parceria foi tratada (n=20.110). Os registros classificados como ignorados ou em branco corresponderam a 24,5% das notificações (n=14.828).

Na análise temporal, constatou-se redução da proporção de parcerias tratadas ao longo da série histórica, passando de 54,1% em 2015 para 23,9% em 2025, concomitantemente ao aumento de casos sem tratamento da parceria sexual, cuja proporção passou de 33,8% para 50,1% no mesmo período. Os registros classificados como ignorados ou em branco também apresentaram aumento ao longo dos anos, passando de 12,1% em 2015 para 26,0% em 2025.

Tabela 8. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis gestacional segundo motivo de não tratamento da parceria sexual, por ano de notificação e período, 2015-2025.

SÍFILIS GESTACIONAL																								
Variáveis clínicas	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2024**		**2025**		**TOTAL**	
MOTIVO DE NÃO TRATAMENTO DA PARCERIA	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ign/Branco	1684	53,8	1733	51,0	2476	52,9	2618	52,6	2288	49,6	3283	46,9	2969	45,6	3161	46,4	2744	46,8	2958	44,9	3065	43,5	28979	47,8
Parceiro sem contato com a gestante	404	12,9	483	14,2	598	12,8	613	12,3	581	12,6	871	12,4	737	11,3	834	12,2	788	13,4	876	13,3	943	13,4	7728	12,7
Parceiro não convocado para tratamento	150	4,8	140	4,1	179	3,8	253	5,1	241	5,2	336	4,8	377	5,8	320	4,7	247	4,2	323	4,9	344	4,9	2910	4,8
Parceiro convocado, mas não compareceu	276	8,8	455	13,4	635	13,6	615	12,4	569	12,3	913	13,0	844	13,0	863	12,7	793	13,5	983	14,9	1053	14,9	7999	13,2
Parceiro convocado, mas recusou	69	2,2	108	3,2	121	2,6	92	1,8	81	1,8	262	3,7	198	3,0	166	2,4	130	2,2	183	2,8	189	2,7	1599	2,6
Parceiro com sorologia reagente	141	4,5	135	4,0	95	2,0	123	2,5	99	2,1	160	2,3	124	1,9	151	2,2	118	2,0	146	2,2	131	1,9	1423	2,3
Outro motivo	408	13,0	345	10,2	575	12,3	663	13,3	750	16,3	1175	16,8	1262	19,4	1314	19,3	1048	17,9	1120	17,0	1321	18,7	9981	16,5

Fonte: SINAN, 2026.

A Tabela 8 apresenta a distribuição dos casos de sífilis gestacional segundo o motivo da não realização do tratamento da parceria sexual. Verificou-se elevada proporção de registros classificados como ignorados ou em branco, correspondendo a 47,8% dos casos (n=28.979). Entre os motivos informados, a categoria “outro motivo” foi a mais frequente, representando 16,5% das notificações (n=9.981), seguida pela ausência de

contato com a parceria, responsável por 12,7% dos casos (n=7.728). Também se destacaram os casos em que a parceria foi convocada para tratamento, mas não compareceu, correspondendo a 13,2% das notificações (n=7.999). Os motivos menos frequentes foram parceria não convocada para tratamento (4,8%; n=2.910), parceria que recusou o tratamento após convocação (2,6%; n=1.599) e parceria com sorologia reagente (2,3%; n=1.423).

Observou-se relativa estabilidade ao longo da série histórica. Entretanto, houve aumento da categoria “outro motivo”, que passou de 13,0% em 2015 para 18,7% em 2025. Também foi observado aumento dos registros em que a parceria foi convocada, mas não compareceu, passando de 8,8% para 14,9% no mesmo período. Por outro lado, a proporção de registros classificados como ignorados ou em branco apresentou redução, passando de 53,8% em 2015 para 43,5% em 2025, embora tenha permanecido elevada durante todo o período estudado.

Tabela 9. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis congênita segundo faixa etária no momento do diagnóstico, por ano de notificação e período, 2015-2025.

SÍFILIS CONGÊNITA																								
Variáveis sociodemográficas	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2024**		**2025**		**TOTAL**	
FAIXA ETÁRIA NO DIAGNÓSTICO	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Em branco/IGN	-	-	-	-	14	1,0	24	2,0	21	1,9	25	1,8	6	0,4	2	0,1	-	-	4	0,5	2	0,28	98	0,7
até 6 dias	1557	96,2	1350	92,0	1251	89,0	1054	89,9	991	87,7	1234	87,9	1148	85,1	1244	92,0	1051	94,9	781	89,9	665	91,5	12326	90,6
7-27 dias	46	2,8	65	4,4	98	7,0	60	5,1	84	7,4	97	6,9	125	9,3	68	5,0	36	3,2	49	5,6	31	4,3	759	5,6
28 dias a <1 ano	14	0,9	45	3,1	41	2,9	34	2,9	31	2,7	44	3,1	67	5,0	36	2,7	20	1,8	33	3,8	24	3,3	389	2,9
1 ano	1	0,06	4	0,3	1	0,07	-	-	1	0,09	3	0,2	1	0,07	1	0,07	-	-	-	-	3	0,4	15	0,1
2 a 4 anos	-	-	3	0,2	-	-	-	-	2	0,18	-	-	1	0,07	1	0,07	-	-	2	0,2	2	0,3	11	0,08
5 a 12 anos	-	-	-	-	1	0,07	-	-	-	-	1	0,07	1	0,07	-	-	1	0,09	-	-	-	-	4	0,03

Fonte: SINAN, 2026.

A Tabela 9 apresenta a distribuição dos casos de sífilis congênita segundo a faixa etária da criança no momento do diagnóstico. Verificou-se que a grande maioria dos casos foram diagnosticados até o sexto dia de vida, correspondendo a 90,6% das notificações (n=12.326). A faixa etária de 7 a 27 dias representou 5,6% dos casos (n=759), enquanto os diagnósticos realizados entre 28 dias e menores de um ano corresponderam a 2,9% das notificações (n=389). As demais faixas etárias apresentaram frequências reduzidas, representando cerca de 0,2% dos casos. Os registros classificados como ignorados ou em branco corresponderam a 0,7% das notificações (n=98). Na análise temporal, observou-se a predominância dos diagnósticos realizados até o sexto dia de vida, mantendo-se relativamente estável.

Tabela 10. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis congênita segundo realização de pré-natal, por ano de notificação e período, 2015-2025.

SÍFILIS CONGÊNITA																								
Variáveis clínicas	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2024**		**2025**		**TOTAL**	
REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ign/Branco	93	5,7	48	3,3	47	3,3	77	6,5	60	5,3	103	7,3	45	3,3	58	4,3	44	4,0	17	1,9	14	1,9	606	4,4
Sim	1333	82,4	1267	86,2	1228	86,5	956	81,0	959	84,1	1140	80,6	1122	83,0	1106	81,3	939	84,4	752	86,0	635	86,9	11437	83,7
Não	192	11,9	155	10,5	144	10,1	147	12,5	121	10,6	171	12,1	185	13,7	197	14,5	129	11,6	105	12,0	82	11,2	1628	11,9

Fonte: SINAN, 2026.

A Tabela 10 apresenta a distribuição dos casos de sífilis congênita segundo a realização de pré-natal. Verificou-se que a maioria das mães de crianças notificadas com sífilis congênita realizou acompanhamento pré-natal, correspondendo a 83,7% dos casos (n=11.437). Por outro lado, em 11,9% das notificações as mães não realizaram pré-natal (n=1.628), enquanto 4,4% dos registros apresentavam essa informação ignorada ou em branco (n=606).

Na análise temporal, a realização de pré-natal manteve-se elevada durante todo o período estudado. A maior proporção foi observada em 2025, quando 86,9% das mães relataram ter realizado acompanhamento pré-natal. A frequência de mães sem realização de pré-natal permaneceu relativamente estável ao longo da série histórica, oscilando entre 10,1% e 14,5% dos casos. Já os registros classificados como ignorados ou em branco apresentaram redução ao longo do período, passando de 5,7% em 2015 para 1,9% em 2025.

Tabela 11. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis congênita segundo o momento de diagnóstico, por ano de notificação e período, 2015-2025.

SÍFILIS CONGÊNITA																								
Variáveis clínicas	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2024**		**2025**		**TOTAL**	
MOMENTO DO DIAGNÓSTICO	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ign/Branco	129	8,0	58	3,9	27	1,9	49	4,2	88	7,7	120	8,5	36	2,7	30	2,2	39	3,5	6	0,7	10	1,4	592	4,3
Durante o pré-natal	843	52,1	1034	70,3	1032	72,7	720	61,0	634	55,6	723	51,1	790	58,4	811	59,6	697	62,7	534	61,1	517	70,7	8335	61,0
No momento do parto/curetagem	577	35,7	340	23,1	315	22,2	383	32,5	374	32,8	529	37,4	482	35,7	482	35,4	324	29,1	285	32,6	171	23,4	4262	31,2
Após o parto	57	3,5	37	2,5	41	2,9	24	2,0	41	3,6	37	2,6	35	2,6	36	2,6	47	4,2	46	5,3	27	3,7	428	3,1
Não realizado	12	0,7	1	0,07	4	0,3	4	0,3	3	0,3	5	0,4	9	0,7	2	0,1	5	0,4	3	0,3	6	0,8	54	0,4

Fonte: SINAN, 2026.

A Tabela 11 apresenta a distribuição dos casos de sífilis congênita segundo o momento do diagnóstico da sífilis materna. Verificou-se que a maior parte das mães foi diagnosticada durante o pré-natal, correspondendo a 61,0% dos casos (n=8.335). Entretanto, 31,2% das notificações referiam-se a mães diagnosticadas apenas no momento do parto ou curetagem (n=4.262), enquanto 3,1% receberam o diagnóstico após o parto (n=428). Os registros classificados como ignorados ou em branco representaram 4,3% dos casos (n=592), e apenas 0,4% das notificações corresponderam a situações em que o diagnóstico não foi realizado (n=54).

Na análise temporal, foi evidenciado aumento da proporção de diagnósticos realizados durante o pré-natal, passando de 52,1% em 2015 para 70,7% em 2025. Ainda, verificou-se redução dos diagnósticos realizados no momento do parto ou curetagem, cuja frequência diminuiu de 35,7% para 23,4% no mesmo período. Os diagnósticos realizados após o parto permaneceram pouco frequentes durante toda a série histórica, variando entre 2,0% e 5,3% das notificações. Também foi observada redução da proporção de registros classificados como ignorados ou em branco, que passou de 8,0% em 2015 para 1,4% em 2025.

Tabela 12. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis congênita segundo esquema de tratamento materno, por ano de notificação e período, 2015-2025.

SÍFILIS CONGÊNITA																								
Variáveis clínicas	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2024**		**2025**		**TOTAL**	
ESQUEMA DE TRATAMENTO MATERNO	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ign/Branco	279	17,2	97	6,6	102	7,2	159	13,5	256	22,5	241	17,0	134	9,9	104	7,6	62	5,6	39	4,5	36	4,9	1509	11,0
Adequado	67	4,1	50	3,4	69	4,9	95	8,1	93	8,2	71	5,0	118	8,7	77	5,7	63	5,7	50	5,7	45	6,2	798	5,8
Inadequado	921	56,9	1081	73,5	949	66,9	621	52,6	481	42,2	666	47,1	673	49,8	736	54,1	627	56,4	527	60,3	463	63,3	7745	56,7
Não realizado	351	21,7	242	16,5	299	21,1	305	25,8	310	27,2	436	30,8	427	31,6	444	32,6	360	32,4	258	29,5	187	25,6	3619	26,5

Fonte: SINAN, 2026.

A Tabela 12 apresenta a distribuição dos casos de sífilis congênita segundo o esquema de tratamento materno. Verificou-se que a maior parte das notificações estava associada a tratamento materno inadequado, correspondendo a 56,7% dos casos (n=7.745). A ausência de tratamento foi registrada em 26,5% das notificações (n=3.619), enquanto apenas 5,8% dos casos ocorreram entre mães que receberam tratamento

considerado adequado (n=798). Os registros classificados como ignorados ou em branco corresponderam a 11,0% das notificações (n=1.509). Entre as categorias analisadas, o tratamento adequado apresentou a menor frequência ao longo de todo o período estudado.

Na análise temporal, observou-se redução da proporção de registros classificados como ignorados ou em branco, passando de 17,2% em 2015 para 4,9% em 2025. O tratamento inadequado permaneceu como a categoria predominante durante toda a série histórica, apresentando variação entre declínio e ascensão ao longo dos anos. Já a proporção de tratamento adequado oscilou entre 3,4% e 8,7%, sem apresentar aumento expressivo ao longo do período. A frequência de mães que não realizaram tratamento variou entre 16,5% e 32,6% das notificações, mantendo-se elevada durante toda a série analisada.

Tabela 13. Distribuição absoluta e percentual dos casos notificados de sífilis congênita segundo tratamento da parceria sexual, por ano de notificação e período, 2015-2025.

SÍFILIS CONGÊNITA																								
Variáveis clínicas	**2015**		**2016**		**2017**		**2018**		**2019**		**2020**		**2021**		**2022**		**2023**		**2024**		**2025**		**TOTAL**	
TRATAMENTO DA PARCERIA SEXUAL	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Ign/Branco	566	35,0	461	31,4	433	30,5	627	53,1	740	64,9	1043	73,8	910	67,3	860	63,2	675	60,7	582	66,6	452	61,8	7349	53,8
Sim	236	14,6	260	17,7	181	12,8	102	8,6	97	8,5	73	5,2	119	8,8	79	5,8	87	7,8	51	5,8	45	6,2	1330	9,7
Não	816	50,4	749	51,0	805	56,7	451	38,2	303	26,6	298	21,1	323	23,9	422	31,0	350	31,5	241	27,6	234	32,0	4992	36,5

Fonte: SINAN, 2026.

A Tabela 13 apresenta a distribuição dos casos de sífilis congênita segundo a realização do tratamento da parceria sexual. Verificou-se elevada proporção de registros classificados como ignorados ou em branco, correspondendo a 53,8% das notificações (n=7.349). Entre os casos

com informação registrada, 36,5% referiam-se a casos em que a parceria sexual não recebeu tratamento (n=4.992), enquanto apenas 9,7% dos casos ocorreram entre mães cujas parcerias realizaram tratamento (n=1.330).

Na análise temporal foi evidenciada redução expressiva da proporção de parcerias tratadas ao longo da série histórica, passando de 14,6% em 2015 para 6,2% em 2025. Enquanto isso, verificou-se aumento da frequência de registros classificados como ignorados ou em branco, que passaram de 35,0% para 61,8% no mesmo período. A proporção de casos em que a parceria não recebeu tratamento apresentou oscilações ao longo dos anos, com declínio a partir de 2018, mas novo aumento a partir de 2021.

Considerando apenas os registros com informação disponível sobre o tratamento da parceria sexual, a não realização do tratamento foi substancialmente mais frequente do que sua realização ao longo de toda a série histórica.

6. DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram uma dinâmica distinta entre os agravos. Foi observado aumento expressivo da incidência de sífilis gestacional ao longo dos anos estudados, acompanhado por redução das taxas de sífilis congênita nos anos mais recentes da série histórica. Esse achado revela um comportamento epidemiológico interessante, considerando que a sífilis congênita possui relação direta com a infecção materna não tratada ou tratada inadequadamente (Brasil, 2022b; Brasil 2022c). Assim, esperava-se que a elevação da incidência de sífilis gestacional fosse acompanhada por aumento da sífilis congênita. Entretanto, a evolução temporal desses agravos ocorreu de forma divergente, indicando que o aumento da incidência de sífilis gestacional não se refletiu em crescimento proporcional dos casos de sífilis congênita.

Embora a diminuição dos casos de sífilis congênita represente um avanço para a saúde pública, as taxas observadas neste estudo permaneceram elevadas durante todo o período analisado, corroborando que a transmissão vertical da sífilis ainda constitui um desafio para os serviços de saúde (Brasil, 2022a; Pavinati *et al.*, 2025). A ocorrência de sífilis congênita é reconhecida como um importante indicador de fragilidades no acompanhamento pré-natal e um evento sentinela para necessidade de monitoramento da qualidade da assistência, uma vez que é uma condição sensível à APS e sua ocorrência está diretamente relacionada a falhas evitáveis no cuidado à gestante (Borges *et al*, 2026). Assim, a transmissão vertical pode ser prevenida por meio da oferta de um pré-natal de qualidade, da testagem oportuna durante a gestação, do diagnóstico precoce, do tratamento oportuno e adequado da gestante e de sua parceria sexual, bem como do acompanhamento clínico e sorológico, além da educação em saúde sexual e reprodutiva (Brasil, 2022b; Carvalho *et al.*, 2024; Torres *et al.*, 2022)

Dessa forma, a ocorrência de casos de sífilis congênita evidencia fragilidades em diferentes etapas da linha de cuidado, incluindo barreiras de acesso, diagnóstico tardio, inadequação terapêutica, baixa adesão ao tratamento e descontinuidade do cuidado (Torres *et al*., 2022). Nesse contexto, a persistência do agravo reflete não apenas a circulação da infecção na população, mas também limitações na organização dos serviços de saúde, tornando a sífilis congênita um importante marcador para o monitoramento e a avaliação das ações de vigilância e da qualidade da atenção pré-natal (Brasil, 2022a; Brasil, 2022b, Figueiredo *et al*., 2020; Nascimento *et al*, 2025).

Os resultados devem ser analisados levando em consideração as metas estabelecidas pelas políticas públicas. De acordo com o Pacto Nacional para a Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problemas de Saúde Pública,

em consonância com as recomendações da OMS e OPAS, a meta para eliminação da transmissão vertical da sífilis é uma incidência igual ou inferior a 0,5 casos de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos. Apesar da tendência de redução observada neste estudo, as taxas encontradas permaneceram substancialmente superiores à meta, demonstrando que, apesar dos avanços observados na série histórica, o município ainda se encontra distante da eliminação da transmissão vertical da sífilis como problema de saúde pública (Brasil, 2022a; Pavinati *et al*., 2025).

Por sua vez, a interpretação do aumento da incidência de sífilis gestacional deve considerar as transformações nas estratégias de enfrentamento à sífilis nos últimos anos. A ampliação da oferta de testes rápidos, a descentralização do diagnóstico e o fortalecimento da vigilância epidemiológica contribuem para uma maior sensibilidade na identificação dos casos, refletindo no aumento das notificações de sífilis gestacional (Soares; Aquino, 2021) Dessa forma, os resultados encontrados podem refletir tanto um aumento real do número de casos, quanto avanços na capacidade de diagnosticar e notificar os casos durante a gestação. Nesse contexto, esse achado não deve ser interpretado, isoladamente, como indicativo de piora do cenário epidemiológico, mas também como um possível reflexo do aprimoramento das ações de vigilância e da ampliação do acesso ao diagnóstico (Figueiredo *et al*., 2020; Pavinati *et al*., 2025).

Para além da incidência, a análise do perfil sociodemográfico das gestantes contribui na compreensão da distribuição da infecção na população, permitindo compreender a influência dos determinantes sociais na ocorrência da sífilis gestacional, identificar grupos mais vulneráveis e subsidiar o planejamento de ações de prevenção, vigilância e assistência (Oliveira *et al*., 2024).

A predominância da sífilis gestacional entre adolescentes e mulheres jovens reforça a necessidade de fortalecimento das ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva antes mesmo do início da gestação. Nesse contexto, torna-se fundamental ampliar as ações de educação em saúde voltadas para adolescentes e jovens, abordando aspectos relacionados à sexualidade, à prevenção das IST e ao planejamento reprodutivo. Tais ações não devem se restringir ao pré-natal, mas devem ser desenvolvidas de forma contínua na APS e em espaços intersetoriais, como o ambiente escolar, favorecendo a construção de conhecimento em saúde sexual e reprodutiva (Santos *et al,* 2025; Brasil, 2022b; Wernet *et al*., 2025). Entretanto, embora a maior proporção de casos tenha sido observada nessa faixa etária, as estratégias de prevenção e educação em saúde sexual devem contemplar todas as pessoas sexualmente ativas, considerando que a sífilis permanece amplamente disseminada na população e que sua

prevenção depende da adoção de práticas seguras e do acesso oportuno ao diagnóstico e ao tratamento (Brasil, 2022b; Torres *et al*., 2022).

Em relação à raça/cor, a predominância de casos entre mulheres pardas e pretas evidencia a relação entre a sífilis gestacional e as iniquidades sociais e raciais em saúde. Esse resultado não deve ser interpretado como uma característica inerente a esses grupos populacionais, mas como expressão das desigualdades historicamente construídas no acesso à educação, à renda e aos serviços de saúde (Oliveira *et al*., 2024; Chaves *et al*., 2021). As barreiras estruturais enfrentadas por mulheres negras e pardas podem resultar em menor acesso às ações de prevenção, ao diagnóstico oportuno e ao tratamento adequado, contribuindo para a manutenção da transmissão e de seus desfechos adversos (Lessa *et al,* 2022; Oliveira *et al*., 2024). Assim, o enfrentamento da sífilis gestacional exige a incorporação da perspectiva da equidade nas políticas públicas, com fortalecimento de estratégias que reduzam as desigualdades raciais (Brasil, 2022b; Silva *et al.,* 2026).

No que se refere à escolaridade, observou-se uma mudança no perfil das gestantes ao longo da série histórica, caracterizada pelo aumento da proporção de casos entre mulheres com ensino médio completo. Esse achado pode estar relacionado às mudanças no perfil educacional da população brasileira nas últimas décadas, além de poder refletir mudanças no acesso aos serviços de saúde e ao diagnóstico entre mulheres com maior escolaridade. Assim, o perfil heterogêneo encontrado neste estudo demonstra que a infecção ultrapassa os grupos historicamente vulnerabilizados. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de que as ações de prevenção, diagnóstico e educação em saúde sejam universais, articuladas à estratégias específicas voltadas às populações em maior vulnerabilidade social (Brasil, 2022b; Domingues *et al.*, 2025).

Entretanto, esse achado não deve ser interpretado como indicativo de redução da influência dos determinantes sociais sobre a ocorrência da sífilis gestacional. Quando analisadas em conjunto, as diferentes categorias de menor escolaridade apresentam uma proporção semelhante, demonstrando que a sífilis gestacional continua concentrada entre essas mulheres, refletindo a persistência dos determinantes sociais da saúde. A baixa escolaridade tem sido apontada como um importante marcador de vulnerabilidade, estando relacionada a menor acesso às informações em saúde, menor letramento em saúde e maior dificuldade de compreensão acerca das medidas de prevenção e cuidado, favorecendo a exposição às IST (Oliveira *et al*., 2024; Chaves *et al*., 2021).

Em relação à classificação clínica da sífilis gestacional, constatou-se predomínio da forma latente durante todo o período analisado, com aumento progressivo de sua participação

entre os casos notificados, em detrimento das demais classificações. Esse achado é compatível com o esperado, uma vez que parcela expressiva das gestantes é diagnosticada por meio do rastreamento sorológico realizado durante o pré-natal, quando a infecção encontra-se na fase latente e sem manifestações clínicas (Brasil, 2022b). Paralelamente, verificou-se redução expressiva dos registros ignorados ou em branco, sugerindo melhora na qualidade do preenchimento dessa variável ao longo da série histórica. Esse comportamento pode refletir maior capacidade dos serviços de saúde em estabelecer o estágio clínico da doença, embora ainda persista uma proporção considerável de notificações com ausência dessa informação (Soares; Aquino, 2021; Silva, 2026).

Por outro lado, a frequência de notificações classificadas como sífilis secundária e terciária deve ser interpretada com cautela. Essas formas clínicas são relativamente incomuns durante a gestação, considerando que a maioria das mulheres é diagnosticada por meio do rastreamento sorológico do pré-natal, sem manifestações clínicas. Nesse contexto, a proporção de casos registrados como sífilis secundária e terciária pode sugerir dificuldades na determinação do estágio clínico da infecção ou interpretação inadequada dos critérios clínicos, hipótese já descrita em estudos que avaliaram a qualidade das notificações nos sistemas de vigilância (Brasil, 2022b; Soares; Aquino, 2021). Além de comprometer a qualidade das informações, a classificação incorreta pode repercutir diretamente na assistência. Nos casos em que há impossibilidade de determinar o tempo de evolução da infecção, o MS recomenda que o caso seja classificado como sífilis latente de duração ignorada. Dessa forma, permite o tratamento adequado e reduz o risco de falha terapêutica e, consequentemente, da transmissão vertical (Brasil, 2022b; Brasil, 2022c).

Em relação ao momento do diagnóstico, evidenciou-se aumento da identificação da sífilis gestacional no primeiro trimestre, acompanhado da redução proporcional dos diagnósticos realizados no segundo e terceiro trimestres. Esse resultado evidencia avanços na detecção precoce da infecção e sugere fortalecimento das ações de rastreamento no pré-natal. A ampliação da oferta de testes rápidos, associada à descentralização do diagnóstico e à incorporação das recomendações dos PCDT para as IST, provavelmente contribuíram para esse cenário, possibilitando a identificação precoce e ampliando as oportunidades de intervenção (Brasil, 2022b; Soares; Aquino, 2021).

O diagnóstico precoce representa uma das principais estratégias para o controle da sífilis congênita, uma vez que possibilita o tratamento em tempo oportuno e reduz o risco de infecção fetal. Entretanto, o cuidado à gestante com sífilis precisa ser integral e inclui outros aspectos para sua efetividade. Assim, embora o aumento dos diagnósticos no primeiro

trimestre represente um importante indicador da qualidade da assistência pré-natal, esse avanço, isoladamente, não é suficiente para interromper a cadeia de transmissão da doença (Domingues *et al.*, 2025; Santos *et al*, 2025).

No que se refere ao tratamento, observou-se predomínio do esquema terapêutico com 7.200.000 UI de penicilina G benzatina. Esse resultado é compatível com a classificação clínica mais prevalente encontrada neste estudo. Além disso, o MS recomenda que, na impossibilidade de determinar com segurança o tempo de evolução da infecção, a gestante seja tratada como portadora de sífilis latente tardia ou de duração ignorada, adotando-se o esquema terapêutico mais abrangente como medida de segurança para prevenir o tratamento insuficiente e reduzir o risco de transmissão vertical (Brasil, 2022b).

Apesar dos avanços observados no diagnóstico precoce e da elevada proporção de gestantes submetidas ao tratamento recomendado, o manejo da parceria sexual permanece como uma das principais fragilidades no enfrentamento da sífilis gestacional (Borges *et al*, 2026). Notou-se redução progressiva da proporção de parceiros tratados ao longo da série histórica, concomitantemente ao aumento da proporção de parceiros não tratados, que atingiu 50,1% em 2025. Esse cenário favorece a manutenção da cadeia de transmissão, aumenta o risco de reinfecção da gestante durante a gravidez e compromete a efetividade do tratamento instituído, constituindo importante obstáculo para a eliminação da transmissão vertical (Brasil, 2022c; Silva *et al.*, 2026).

Alguns fatores podem contribuir para a baixa adesão da parceria sexual ao tratamento, incluindo dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a reduzida inserção dos homens nas ações desenvolvidas pela APS. Esses aspectos evidenciam a necessidade de fortalecer estratégias voltadas à saúde do homem e ao pré-natal do parceiro, estimulando sua participação e ampliando sua corresponsabilização no planejamento sexual e reprodutivo e na prevenção das IST. É fundamental entender a importância da avaliação e tratamento dos parceiros para a interrupção da cadeia de transmissão da infecção (Borges *et al*, 2026; Fernandes *et al*, 2021). Mesmo em caso de sorologia não reagente, o MS recomenda o tratamento de forma preventiva das parcerias, com dose única de penicilina (Brasil, 2022c).

Neste estudo, entre os motivos para o não tratamento da parceria, destacou-se a ausência de comparecimento após convocação e a ausência de contato entre o parceiro e a gestante, além da elevada frequência de registros classificados como "outros motivos" e de campos ignorados ou em branco. A incompletude dessa variável limita a compreensão dos fatores que dificultam a adesão da parceria ao tratamento e compromete o planejamento de intervenções direcionadas. Nesse sentido, além de ampliar o acesso e o acolhimento dos

parceiros sexuais nos serviços de saúde, torna-se fundamental qualificar o preenchimento das fichas de notificação, de modo a produzir informações mais consistentes (Silva *et al.*, 2026).

Diante disso, a análise das variáveis relacionadas à sífilis congênita permite compreender que, embora tenham sido observados determinados avanços no cuidado à gestante com sífilis, ainda persistem fragilidades que comprometem a prevenção da transmissão vertical. Neste estudo, mais de 90% dos casos de sífilis congênita foram diagnosticados até o sexto dia de vida, resultado compatível com as recomendações nacionais de rastreamento neonatal, indicando adequada capacidade dos serviços para identificação precoce dos recém-nascidos expostos (Brasil, 2022b). Entretanto, esse diagnóstico representa, na maioria das vezes, um evento evitável, refletindo falhas ocorridas durante o acompanhamento da gestação (Couto *et al*., 2023).

Nesse sentido, observou-se que a grande maioria das mães de crianças com sífilis congênita realizou acompanhamento pré-natal, e que mais da metade recebeu o diagnóstico da infecção ainda durante a gestação. Esses achados demonstram que o acesso ao pré-natal e o diagnóstico oportuno, embora fundamentais, não são suficientes para impedir a transmissão vertical quando as demais etapas da linha de cuidado não são efetivamente cumpridas (Borges *et al*, 2026). A sífilis congênita, portanto, configura-se como um importante evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal, evidenciando oportunidades perdidas na prevenção da transmissão vertical, mesmo entre mulheres que tiveram contato com os serviços de saúde (Couto *et al*, 2023; Soares; Aquino, 2021; Figueiredo *et al*., 2020).

Essa interpretação é reforçada pela baixa proporção de tratamento materno adequado entre as mães dos casos de sífilis congênita, enquanto mais da metade recebeu tratamento inadequado e parcela expressiva sequer foi tratada. Esse cenário evidencia que o principal desafio para o controle da transmissão vertical não está apenas na ampliação do acesso ao diagnóstico, mas na garantia da integralidade do cuidado, incluindo a instituição do tratamento oportuno, adequado ao estágio clínico da doença e concluído até 30 dias antes do parto. A persistência de tratamentos inadequados pode decorrer de diversos fatores, como diagnóstico tardio, utilização de esquemas incompatíveis com a classificação clínica, tratamento incompleto, intervalo insuficiente entre o término do tratamento e o parto ou ausência de acompanhamento adequado da gestante (Borges *et al*, 2026; Brasil, 2022b).

Outro aspecto que merece destaque refere-se ao tratamento da parceria sexual. Observou-se reduzida proporção de parceiros tratados entre as mães dos casos de sífilis congênita, reforçando que a baixa adesão da parceria permanece como importante obstáculo ao controle da doença. Esse achado corrobora a necessidade de fortalecer estratégias voltadas

à inclusão dos parceiros no pré-natal, ampliando seu acesso aos serviços de saúde e sua participação nas ações de prevenção e tratamento das IST (Borges *et al*, 2026; Fernandes *et al*, 2021; Silva *et al.*, 2026).

Nesse contexto, o MS instituiu o "Guia do Pré-Natal do Parceiro" como instrumento para fortalecer a participação ativa da parceria durante a gestação. O documento orienta o acolhimento da parceria, a realização de consultas, atualização do calendário vacinal, rastreamento de ISTs, educação em saúde e oferta de tratamento oportuno, quando indicado, além de estimular sua participação durante o pré-natal, parto e puerpério. Tais ações contribuem para o diagnóstico precoce e o manejo adequado das IST, reduzindo o risco de reinfecção da gestante e da manutenção da cadeia de transmissão da sífilis. Dessa forma, embora o tratamento da parceria sexual não seja mais considerado critério para definir o tratamento adequado da gestante desde 2017, ele permanece como componente essencial para interromper a transmissão da infecção e prevenir a ocorrência da sífilis congênita (Brasil, 2016; Figueiredo *et al,* 2020).

Neste contexto, os resultados encontrados neste estudo evidenciam que ainda persistem lacunas significativas no cuidado. Quando analisados em conjunto, demonstram que os avanços observados não foram acompanhados por melhorias equivalentes em todas as etapas da linha de cuidado. O aumento do número de casos, a persistência de tratamento materno inadequado, a baixa adesão da parceria sexual e as fragilidades identificadas na assistência contribuem para a manutenção da sífilis congênita como importante problema de saúde pública. Dessa forma, é evidenciado que a prevenção da sífilis congênita depende não apenas da identificação oportuna da gestante infectada, mas da efetivação de todos os componentes do cuidado (Brasil, 2022b; Brasil, 2022c)

Tais achados reforçam o papel estratégico da APS na coordenação do cuidado e no enfrentamento da sífilis gestacional e congênita, não apenas garantindo o acesso oportuno ao diagnóstico, mas assegurando a continuidade da assistência ao longo de todo o ciclo gravídico-puerperal. Como porta de entrada preferencial do SUS, a APS desempenha papel central na captação precoce das gestantes, no rastreamento sorológico em todos os momentos preconizados, na realização e monitoramento do tratamento adequado, na busca ativa das gestantes em interrupção do acompanhamento e na inclusão da parceria sexual no cuidado. Além disso, sua atuação longitudinal favorece o desenvolvimento de ações de promoção, educação em saúde e planejamento reprodutivo, bem como o fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe, aspectos fundamentais para garantir a adesão ao tratamento (Wernet *et al,* 2025; Corrêa *et al*, 2024; Couto *et al*, 2023). Dessa forma, o fortalecimento da APS como

coordenadora do cuidado e espaço privilegiado para o estabelecimento de vínculo, acolhimento e confiança entre usuário e equipe de saúde, constitui estratégia essencial para qualificar a linha de cuidado da sífilis, favorecer a adesão às medidas terapêuticas e reduzir a transmissão vertical (Oliveira; Rehem; Oliveira, 2025; Corrêa *et al*, 2024; Couto *et al*, 2023).

Sabe-se que uma atenção pré-natal de qualidade, pautada no acolhimento, na educação em saúde e na construção compartilhada de conhecimentos, favorece o desenvolvimento da autonomia dos usuários e amplia sua capacidade de compreender os riscos relacionados às IST, bem como a importância da prevenção, do diagnóstico e da adesão ao tratamento. Entretanto, a efetividade dessas ações não depende exclusivamente das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, mas da construção de uma relação de corresponsabilidade entre profissionais, gestantes e suas parcerias sexuais (Wernet *et al,* 2025; Corrêa *et al*, 2024).

Nesse contexto, a prevenção da sífilis gestacional e congênita deve ser compreendida como uma responsabilidade compartilhada entre os serviços de saúde e os usuários. Cabe aos serviços ofertar cuidado qualificado, acesso oportuno e práticas educativas que favoreçam a coprodução da autonomia, permitindo que gestantes e suas parcerias participem ativamente das decisões e do cuidado à própria saúde. Essa relação, entretanto, não ocorre de maneira isolada, mas é influenciada por fatores sociais, culturais, econômicos e pelas experiências de vida, que podem facilitar ou dificultar a adoção de comportamentos protetores. Dessa forma, o enfrentamento da sífilis gestacional e congênita exige mais do que cuidados clínicos. Requer o fortalecimento de práticas educativas, centradas nas necessidades dos usuários e no respeito à sua autonomia, capazes de promover o protagonismo da gestante e de sua parceria sexual no cuidado à própria saúde (Franco; Penido, 2025; Brasil, 2008b).

Além da assistência direta, a APS desempenha papel fundamental nas ações de vigilância em saúde, sendo responsável pela identificação, notificação, investigação e monitoramento dos casos, produzindo informações que subsidiam o planejamento, a implementação e a avaliação das estratégias de controle dos agravos. Nesse contexto, a qualidade das informações registradas nos sistemas de informação torna-se elemento indispensável para o fortalecimento da vigilância epidemiológica e para a tomada de decisão em saúde (Silva *et al.*, 2026; Brasil, 2025).

O SINAN constitui a principal fonte de informações para o monitoramento da sífilis gestacional e congênita no Brasil (Brasil, 2025), porém, a utilização de dados secundários neste estudo exige interpretação criteriosa, considerando as limitações relacionadas à qualidade dos registros. Foram observadas inconsistências e elevada incompletude em algumas variáveis, como classificação clínica, tratamento da parceria sexual e motivos para o

não tratamento, além da identificação de registros incompatíveis com a realidade clínica, como idades maternas biologicamente improváveis. Estudos sinalizam que o preenchimento inadequado ou insuficiente das fichas pode estar associado à quantidade de campos presentes, à não obrigatoriedade do preenchimento de alguns campos e ao excesso de formulários a serem preenchidos (Soares; Aquino, 2021). Esses achados evidenciam fragilidades na produção e registro das informações, que podem comprometer a caracterização epidemiológica da doença e limitar a interpretação dos resultados (Silva *et al.*, 2026; Soares; Aquino, 2021).

No contexto da sífilis gestacional e congênita, a qualidade da informação assume importância ainda maior por se tratar de agravos de notificação compulsória e de interesse prioritário para a saúde pública (Brasil, 2026). O adequado preenchimento das fichas de notificação não representa apenas uma exigência administrativa, mas constitui um componente essencial do cuidado, uma vez que produz informações capazes de orientar a tomada de decisão pelos gestores, direcionar recursos, identificar fragilidades na linha de cuidado e monitorar o alcance das metas de eliminação da transmissão vertical. Assim, a vigilância epidemiológica e a assistência não devem ser compreendidas como processos independentes, mas como componentes complementares de uma mesma rede de cuidado (Cunha; Vargens, 2017; Wernet *et al,* 2025; Brasil, 2025; Silva *et al.*, 2026).

Dessa forma, mais do que produtores de números e percentuais, os sistemas de informação devem ser utilizados como instrumentos de gestão do cuidado. O fortalecimento da integração entre vigilância e assistência, aliado à educação permanente dos profissionais de saúde e ao monitoramento da qualidade dos dados, constitui estratégia indispensável para aprimorar os sistemas de informação e produzir evidências mais confiáveis para o planejamento das ações de enfrentamento à sífilis gestacional e congênita (Cunha; Vargens, 2017; Silva *et al.*, 2026).

À luz dos achados apresentados, evidenciou-se a necessidade de fortalecimento das ações desenvolvidas na APS no município do Rio de Janeiro, especialmente no que se refere à integração entre vigilância e assistência. Torna-se fundamental o monitoramento sistemático dos indicadores relacionados à sífilis gestacional e congênita, de modo a subsidiar o planejamento das ações, identificar oportunamente fragilidades na linha de cuidado e orientar intervenções voltadas à melhoria da assistência. Nesse sentido, a qualificação do cuidado à gestante com sífilis depende da articulação entre assistência, vigilância e gestão, de forma que o diagnóstico oportuno seja acompanhado de tratamento adequado, seguimento qualificado e

estratégias que favoreçam a participação da parceria sexual, assegurando a integralidade e a continuidade do cuidado.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstra que o principal desafio para o enfrentamento da sífilis gestacional no município do Rio de Janeiro não reside somente na ampliação do diagnóstico, mas na consolidação de uma linha de cuidado efetiva, capaz de transformar o diagnóstico em cuidado efetivo, contemplando tratamento adequado, acompanhamento longitudinal, inclusão das parcerias sexuais e consequente prevenção da transmissão vertical.

Os achados sugerem fortalecimento das ações de rastreamento e da capacidade dos serviços de saúde em identificar oportunamente as gestantes infectadas. Entretanto, a persistência de incidência elevada, associada a elevadas proporções de tratamento inadequado, à baixa adesão das parcerias sexuais ao tratamento e às fragilidades observadas na qualidade das informações demonstram que o diagnóstico, isoladamente, não tem sido suficiente para interromper a cadeia de transmissão e eliminar a sífilis congênita como problema de saúde pública.

O estudo evidencia, ainda, que a sífilis gestacional permanece relacionada às desigualdades sociais e às iniquidades em saúde, reforçando que seu enfrentamento não se restringe à assistência, mas exige a implementação de políticas e ações intersetoriais para o combate às desigualdades sociais, a fim de promover a equidade em saúde.

As fragilidades relacionadas à qualidade das informações registradas no SINAN, expressas pela incompletude de variáveis relevantes e pela presença de inconsistências nos registros, reforçam a necessidade de investimentos contínuos na qualificação dos sistemas de informação, na educação permanente dos profissionais e na integração entre assistência e vigilância em saúde, reconhecendo a informação epidemiológica como instrumento essencial para o planejamento, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Desta forma, como limitações, destaca-se a utilização de dados secundários, sujeitos a subnotificação, incompletude e possíveis inconsistências de preenchimento, aspectos inerentes aos sistemas de informação em saúde.

Espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar a formulação, implementação e avaliação de estratégias voltadas ao enfrentamento da sífilis gestacional e congênita, contribuindo para o fortalecimento das ações de vigilância em saúde e para a qualificação da assistência pré-natal. No âmbito da gestão, os achados reforçam a importância do monitoramento sistemático dos indicadores epidemiológicos, da qualificação dos sistemas de informação e da utilização das evidências para o planejamento, definição de prioridades e avaliação das ações desenvolvidas na APS. Para a assistência, evidenciam a necessidade de

educação permanente das equipes, fortalecimento das práticas de educação em saúde e implementação de estratégias que favoreçam o diagnóstico oportuno, o tratamento adequado da gestante e a adesão da parceria sexual, assegurando a integralidade do cuidado.

Nesse contexto, reafirma-se o papel estratégico da APS como coordenadora do cuidado e principal ordenadora das ações de prevenção da sífilis gestacional e de seus desfechos. Seu fortalecimento, associado à qualificação dos processos de trabalho e ao uso sistemático das informações produzidas pela vigilância em saúde, constitui estratégia essencial para aprimorar a linha de cuidado e avançar no cumprimento das metas nacionais e internacionais para eliminação da sífilis congênita como problema de saúde pública.

Por fim, recomenda-se que pesquisas futuras aprofundem a investigação dos fatores relacionados à baixa adesão da parceria sexual ao tratamento, às barreiras organizacionais presentes nos serviços de saúde e à avaliação de estratégias capazes de qualificar a linha de cuidado da sífilis gestacional na APS.

8. REFERÊNCIAS

ANTUNES, J. L. F; CARDOSO, M. R. A. **Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde,* Brasília, v. 24, n. 3, p. 565-576, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024. Acesso: 10 abr. 2026.

BORGES, O.A.A *et al*. **Perfil epidemiológico e tendência temporal da sífilis gestacional e congênita na Região Sudeste do Brasil: uma análise de 2014 a 2023.** *Journal of Health & Biological Sciences,* v. 14, n. 1, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v14i1.6367. Acesso em: 10 jul. 2026.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS/SVS nº. 33, de 15 de julho de 2005.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0033_14_07_2005.html. Acesso em: 07 abr. 2026.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações.** Brasília, 2ª edição 2008a. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf. Acesso em: 07 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: https://redehumanizasus.net/acervo/humanizasus-documento-base-para-gestores-e-trabalhadores-do-sus-ministerio-da-saude-secretaria-de-atenc%CC%A7a%CC%83o-a-saude-nucleo-tecnico-da-politica/. Acesso em: 6 jul. 2026.

BRASIL. Sífilis: **Estratégias para Diagnóstico no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sifilis_estrategia_diagnostico_brasil.pdf. Acesso em: 10 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto Nacional para Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis, Hepatite B e Doença de Chagas como Problema de Saúde Pública.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/pacto-nacional-tv-2022.pdf. Acesso em: 12 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acesso em: 10 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/p/prevencao-da-transmissao-vertical-do-hiv-sifilis-e-hepatites-virais/view

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_parceiro_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 12 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de Sífilis - 2025.** Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim_sifilis_2025.pdf. Acesso em: 25 mar. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 11.211, de 13 de maio de 2026.** Brasília: Diário Oficial da União; 2026. Disponível em: https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-11.211-de-13-de-maio-de-2026-705371404. Acesso em: 12 jun. 2026.

CARVALHO, L. M. C. *et al.* **Repasses por internação hospitalar de sífilis congênita em menores de um ano.** *Cogitare Enfermagem*, v. 29, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.93145. Acesso em: 11 dez. 2025.

CHAVES, A. C. T. A. *et al*. **Sífilis gestacional: estudo epidemiológico em cidades do estado da Bahia.** *Saúde.com,* Jequié, v. 16, n. 4, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.22481/rsc.v16i4.7623. Acesso em: 25 jun. 2026

CORRÊA, A. T. *et al*. **Sífilis na gestação: relevância das informações para a educação em saúde de gestantes e seus parceiros.** *Enfermagem em Foco,* v. 15, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202416SUPL2. Acesso em: 12 jul. 2026.

COUTO, C. E. *et al.* **Sífilis congênita: desempenho dos serviços de atenção primária em São Paulo, 2017.** *Revista de Saúde Pública*, v. 57, p. 78, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/W6DzhNMG98s7cswHb7HHgBB/. Acesso em: 07 abr. 2026.

CUNHA, E. M.; VARGENS, J. M. C. **Sistemas de Informação do SUS.** In: GONDIN, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. Técnico de vigilância em saúde: fundamentos. v.2. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/tecnico-de-vigilancia-em-saude-fundamentos. Acesso em: 5 jul. 2026.

DOMINGUES, R. M. S. M.; *et al.* **Missed opportunities in the management of gestational syphilis and congenital syphilis in Brazil: findings from the Birth in Brazil II study.** *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo,* São Paulo, v. 67, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1678-9946202567007. Acesso em: 7 jul. 2026.

ELLER, B. B. B.; JUNQUEIRA, M. A. B.; ARAÚJO, L. B. **Sífilis congênita relacionada à atenção primária à saúde e à cobertura do pré-natal: análise espacial em Minas Gerais, 2020-2022.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde,* v. 34, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S2237-96222025v34e20240495.pt. Acesso em: 08 fev. 2026.

FERNANDES, L. P. M. R.; SOUZA, C. L.; OLIVEIRA, M. V. **Oportunidades perdidas no tratamento de parceiros sexuais de gestantes com sífilis: uma revisão sistemática.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 21, n. 2, p. 369-377, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-93042021000200002. Acesso em: 5 jul. 2026.

FESTA, L. *et al*. **Subnotificação de desfechos desfavoráveis da sífilis congênita no SINAN no estado de São Paulo, Brasil, 2007-2018.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde,* v. 32, n. 2, e2022664, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000200007. Acesso em: 20 jan. 2025.

FIGUEIREDO, D. C. M. M. *et al*. **Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita.** *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro,* v. 36, n. 3, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00074519. Acesso em: 14 jul. 2026.

FRANCO, A. C. R.; PENIDO, C. M. F. **Coprodução de autonomia na Atenção Primária à Saúde.** *Saúde e Sociedade,* São Paulo, v. 34, n. 1, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902025240363pt. Acesso em: 2 jul. 2026.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população.** IBGE, 2013. Disponível em: https://tinyurl.com/yx9re6wc. Acesso em: 30 abr. 2026

LAURENTINO, A. C. N. *et al.* **Atenção à saúde dos parceiros sexuais de adolescentes com sífilis gestacional e seus filhos: revisão integrativa.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 5, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232024295.12162023 Acesso em: 17 fev. 2026.

LESSA, M. S. A. *et al.* **Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado.** *Ciência & Saúde Coletiva,* v. 27, n. 10, p. 3881-3890, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.01282022. Acesso em: 22 jun. 2026

LIMA, V. C. *et al.* **Atuação dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na prevenção da sífilis congênita: pesquisa de opinião em um município da região Nordeste.** *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 30, n. 3, p. 374–386, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cadsc/a/f5KwZzPMDLdSBmRrrSTvbpG/. Acesso em: 12 fev. 2026.

LUCENA, H.N.S *et al*. **Distribuição espacial e temporal da sífilis congênita na população Potiguar.** *Enfermagem em Foco,* v. 14, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2023.v14.e-202319. Acesso em: 07 abr. 2026.

MORAIS, L. S. *et al.* **Tendência temporal da sífilis congênita na região metropolitana II do Rio de Janeiro.** *Revista Paulista de Pediatria,* v. 41, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpp/a/tKKsYbXHW7g6Hk5qKT9gfmr/. Acesso em: 14 dez. 2025.

NASCIMENTO, J. B. *et al*. **Análise epidemiológica da sífilis congênita no município de Juiz de Fora – MG nos anos de 2014 a 2023.** *HU Revista*, v. 51, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.34019/1982-8047.2025.v51.48096. Acesso em: 12 jul. 2026.

NETA, M. E. *et al.* **Prevalência e fatores associados à sífilis em gestantes atendidas na atenção primária à saúde de um município do sudeste do Brasil.** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,* v. 24, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-9304202400000188-en. Acesso em: 11 dez. 2025.

OLIVEIRA, D. R. *et al.* **Atuação do enfermeiro em espaços de prevenção da sífilis congênita e os espaços de discussão.** *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 32, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0296pt. Acesso em: 02 nov. 2025.

OLIVEIRA, I. M. *et al.* **Prevalence of syphilis and associated factors among pregnant women in Brazil: systematic review and meta-analysis.** *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,* v. 46, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.61622/rbgo/2024rbgo28. Acesso em: 12 jul. 2026.

OLIVEIRA, J.; REHEM, T. C. M. S. B.; OLIVEIRA, M. R. F. **Sífilis gestacional e congênita e atenção primária à saúde do Distrito Federal no período de 2012 a 2019.** *Saúde e Pesquisa,* v. 18, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.17765/2176-9206.2025v18e13118. Acesso em: 22 jun. 2026.

PAVINATI, G. *et al.* **Análise temporal de indicadores de sífilis gestacional e congênita no Brasil: rumo à eliminação da transmissão vertical até 2030?.** *Revista Brasileira de Epidemiologia,* v. 28, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720250028. Acesso em: 08 fev. 2026.

PIMENTEL, S. V. T. *et al.* **Desigualdades na tendência da sífilis congênita na Baixada Fluminense (RJ).** *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil,* v. 25, 2025. Disponível em:

https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/qHSyk9WDHQ3LBk9qV8WMLTJ/. Acesso em: 12 mar. 2026.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Tabnet municipal. **Base de dados de sífilis gestacional e sífilis congênita.** Rio de Janeiro: SMS-Rio, 2026. Disponível em: https://tabnet.rio.rj.gov.br/tabnet/index_sinan.php. Dados extraídos em 2 de maio de 2026.

ROCHA, F. C. *et al.* **Tendência das taxas de sífilis em gestantes e sífilis congênita no Ceará (2015-2021).** *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 26, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/LBV4rMn3czk5SHMM6DBynmm/. Acesso em: 08 dez. 2025.

ROSA, I. R. *et al.* **Sífilis gestacional: associação entre orientações no pré-natal, evolução sorológica materna e transmissão vertical.** *Revista Gaúcha de Enfermagem,* v. 46, e20250154, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20250154.pt. Acesso em: 18 mar. 2026.

SAES, M. O. *et al.* **Avaliação do manejo adequado de pacientes com sífilis na atenção primária em diferentes regiões do Brasil entre 2012 e 2018.** *Cadernos de Saúde Pública,* v. 38, n. 5, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XEN231921. Acesso em: 12 fev. 2026.

SANTOS, A. K. F. *et al.* **Sífilis em gestantes: um panorama da distribuição de casos ao longo de 10 anos no estado de São Paulo.** *Journal of Health & Biological Sciences,* v. 13, n. 1, 2025. Disponível em: https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/5793. Acesso em: 02 jul. 2026.

SILVA, P. T. *et al*. **Perfil epidemiológico, completude das notificações e fatores associados à adequação do tratamento da sífilis gestacional: estudo transversal, Ubá, 2018-2023.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde,* v. 35, 2026. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S2237-96222026v35e20250056.pt. Acesso em: 01 jul. 2026.

SOARES, J. A. S. *et al.* **Sífilis congênita: fatores associados em ambulatório de acompanhamento.** *Revista Paulista de Pediatria,* v. 41, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2022049. Acesso em: 12 mar. 2026.

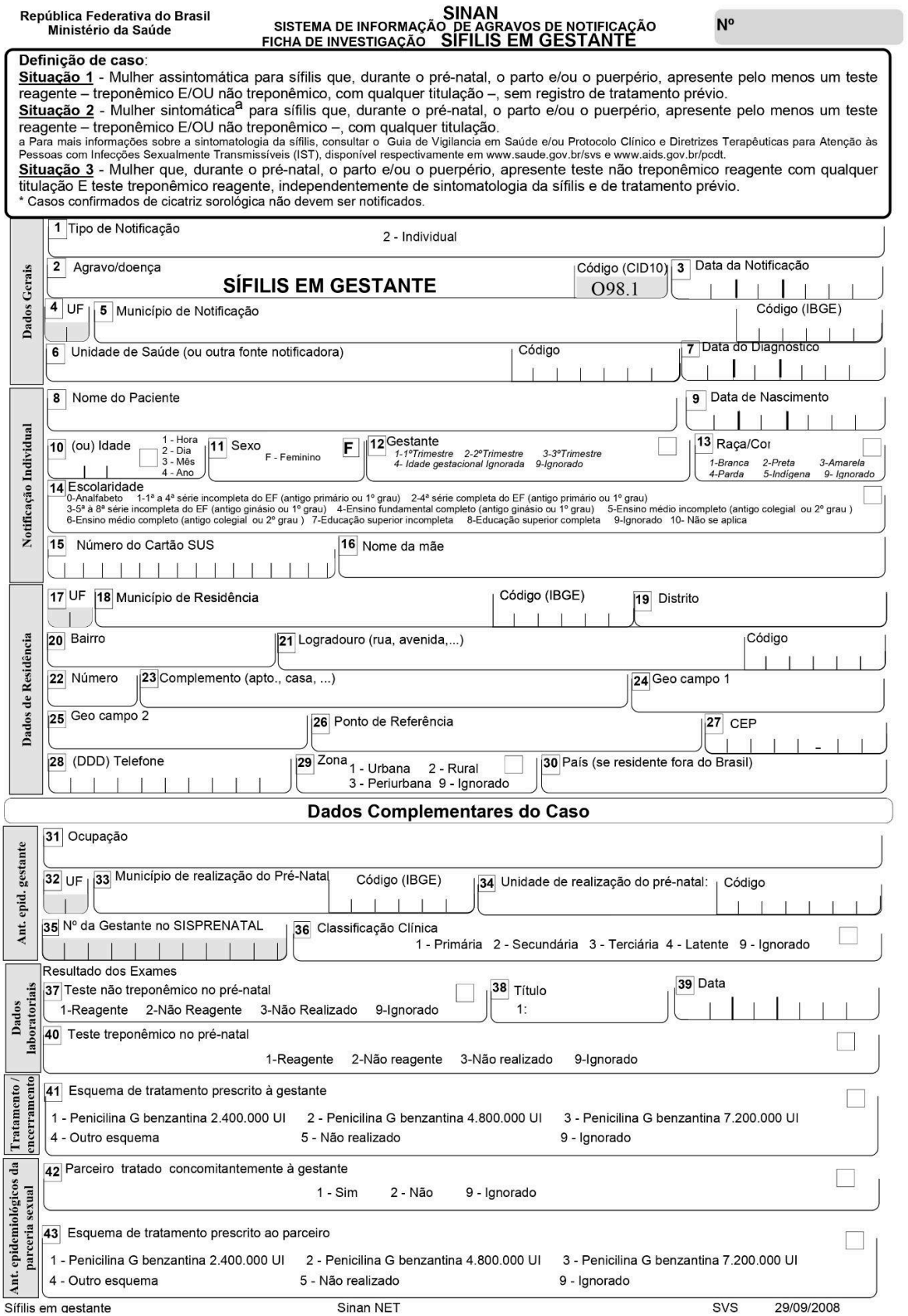
SOARES, M.A.S; AQUINO, R. **Completude e caracterização dos registros de sífilis gestacional e congênita na Bahia, 2007-2017.** *Epidemiol Serv Saude,* v. 30, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000400018. Acesso em: 12 mar. 2026.

TORRES, P. M. A. *et al.* **Fatores associados ao tratamento inadequado da sífilis durante a gravidez: revisão integrativa.** *Revista Brasileira de Enfermagem,* v. 75, n. 6, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0965pt. Acesso em: 18 mar. 2026.

WERNET, M. *et al.* **Cuidado em saúde diante do diagnóstico de sífilis na gestação: percepções de mulheres jovens.** *Ciência, Cuidado e Saúde,* v. 24, 2025. Disponível em: https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v24i1.73134. Acesso em: 22 jun. 2026.

9. ANEXOS

9.1. Ficha de notificação de casos confirmados de sífilis em gestantes



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO **SÍFILIS EM GESTANTE**

Nº

Definição de caso:
Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio.
Situação 2 - Mulher sintomática[a] para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação.
a Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilancia em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em www.saude.gov.br/svs e www.aids.gov.br/pcdt.
Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.
* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.

Dados Gerais
1 Tipo de Notificação — 2 - Individual
2 Agravo/doença — SÍFILIS EM GESTANTE — Código (CID10) O98.1 — 3 Data da Notificação
4 UF — 5 Município de Notificação — Código (IBGE)
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código — 7 Data do Diagnóstico

Notificação Individual
8 Nome do Paciente — 9 Data de Nascimento
10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 11 Sexo — F - Feminino — F — 12 Gestante — *1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4- Idade gestacional Ignorada 9-Ignorado* — 13 Raça/Cor — *1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado*
14 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica
15 Número do Cartão SUS — 16 Nome da mãe

Dados de Residência
17 UF — 18 Município de Residência — Código (IBGE) — 19 Distrito
20 Bairro — 21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código
22 Número — 23 Complemento (apto., casa, ...) — 24 Geo campo 1
25 Geo campo 2 — 26 Ponto de Referência — 27 CEP
28 (DDD) Telefone — 29 Zona — 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares do Caso

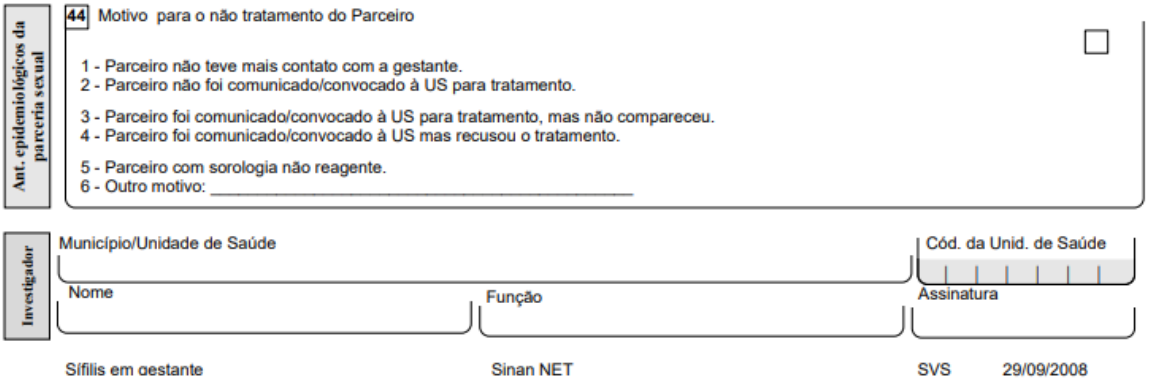
Ant. epid. gestante
31 Ocupação
32 UF — 33 Município de realização do Pré-Natal — Código (IBGE) — 34 Unidade de realização do pré-natal: — Código
35 Nº da Gestante no SISPRENATAL — 36 Classificação Clínica — 1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado

Dados laboratoriais
Resultado dos Exames
37 Teste não treponêmico no pré-natal — 1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado — 38 Título — 1: — 39 Data
40 Teste treponêmico no pré-natal — 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado

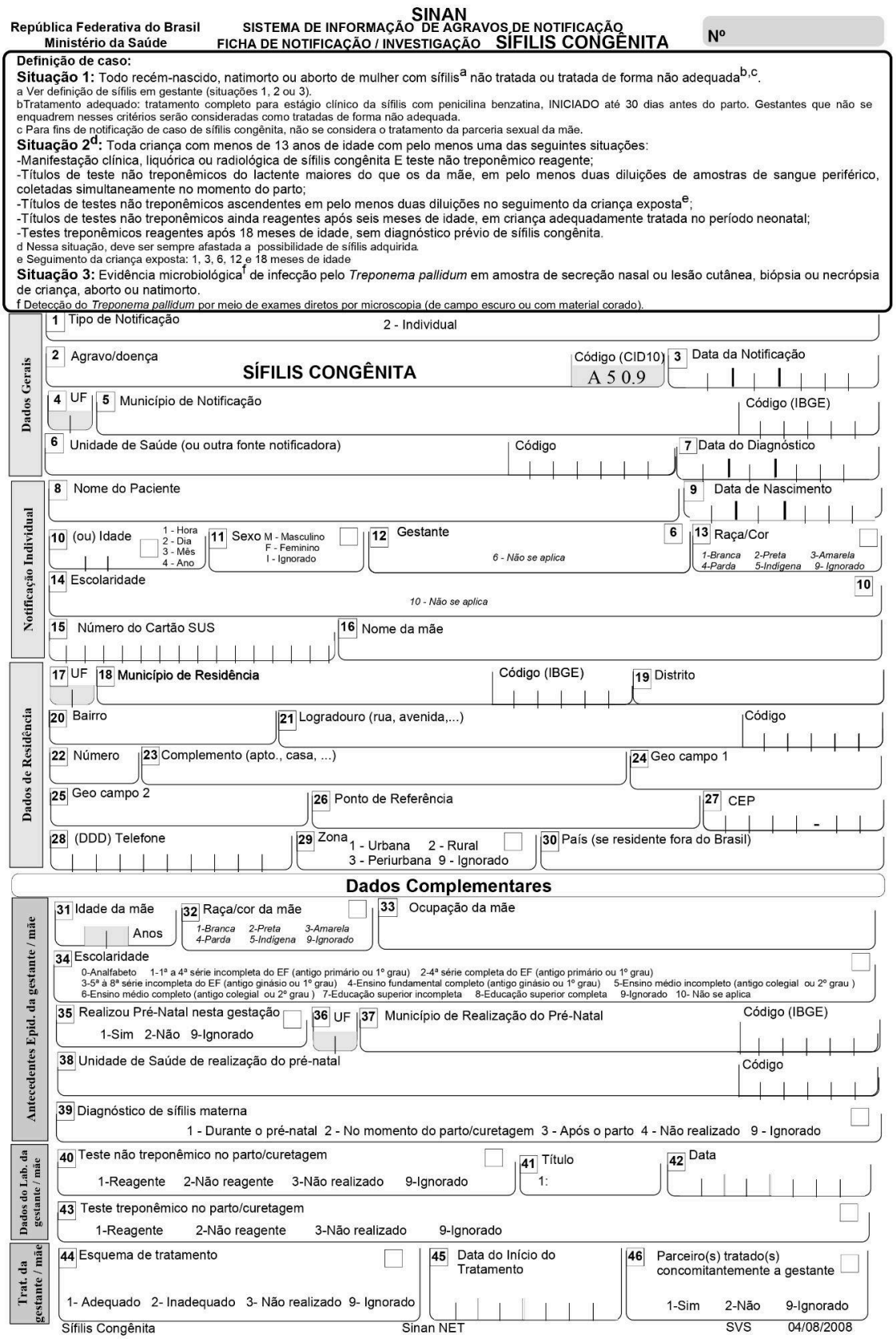
Tratamento / encerramento
41 Esquema de tratamento prescrito à gestante
1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI
4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

Ant. epidemiológicos da parceria sexual
42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante — 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro
1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI
4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado

Sífilis em gestante Sinan NET SVS 29/09/2008


Ant. epidemiológicos da parceria sexual
44 Motivo para o não tratamento do Parceiro
1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante.
2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento.
3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu.
4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento.
5 - Parceiro com sorologia não reagente.
6 - Outro motivo: _____
Investigador
Município/Unidade de Saúde
Cód. da Unid. de Saúde
Nome
Função
Assinatura

9.2. Ficha de notificação de casos confirmados de sífilis congênita



SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO **SÍFILIS CONGÊNITA**

Nº

Definição de caso:

Situação 1: Todo recém-nascido, natimorto ou aborto de mulher com sífilis[a] não tratada ou tratada de forma não adequada[b,c].

a Ver definição de sífilis em gestante (situações 1, 2 ou 3).

bTratamento adequado: tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.

c Para fins de notificação de caso de sífilis congênita, não se considera o tratamento da parceria sexual da mãe.

Situação 2[d]: Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações:

-Manifestação clínica, liquórica ou radiológica de sífilis congênita E teste não treponêmico reagente;

-Títulos de teste não treponêmicos do lactente maiores do que os da mãe, em pelo menos duas diluições de amostras de sangue periférico, coletadas simultaneamente no momento do parto;

-Títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta[e];

-Títulos de testes não treponêmicos ainda reagentes após seis meses de idade, em criança adequadamente tratada no período neonatal;

-Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade, sem diagnóstico prévio de sífilis congênita.

d Nessa situação, deve ser sempre afastada a possibilidade de sífilis adquirida.

e Seguimento da criança exposta: 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade

Situação 3: Evidência microbiológica[f] de infecção pelo *Treponema pallidum* em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.

f Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado).

Dados Gerais

1 Tipo de Notificação — 2 - Individual

2 Agravo/doença — **SÍFILIS CONGÊNITA** — Código (CID10) A 5 0.9 — 3 Data da Notificação

4 UF — 5 Município de Notificação — Código (IBGE)

6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora) — Código — 7 Data do Diagnóstico

Notificação Individual

8 Nome do Paciente — 9 Data de Nascimento

10 (ou) Idade — 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano — 11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado — 12 Gestante — 6 - Não se aplica — 13 Raça/Cor — *1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado*

14 Escolaridade — *10 - Não se aplica* — 10

15 Número do Cartão SUS — 16 Nome da mãe

Dados de Residência

17 UF — 18 **Município de Residência** — Código (IBGE) — 19 Distrito

20 Bairro — 21 Logradouro (rua, avenida,...) — Código

22 Número — 23 Complemento (apto., casa, ...) — 24 Geo campo 1

25 Geo campo 2 — 26 Ponto de Referência — 27 CEP

28 (DDD) Telefone — 29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado — 30 País (se residente fora do Brasil)

Dados Complementares

Antecedentes Epid. da gestante / mãe

31 Idade da mãe — Anos — 32 Raça/cor da mãe — *1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9-Ignorado* — 33 Ocupação da mãe

34 Escolaridade — 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

35 Realizou Pré-Natal nesta gestação — 1-Sim 2-Não 9-Ignorado — 36 UF — 37 Município de Realização do Pré-Natal — Código (IBGE)

38 Unidade de Saúde de realização do pré-natal — Código

39 Diagnóstico de sífilis materna — 1 - Durante o pré-natal 2 - No momento do parto/curetagem 3 - Após o parto 4 - Não realizado 9 - Ignorado

Dados do Lab. da gestante / mãe

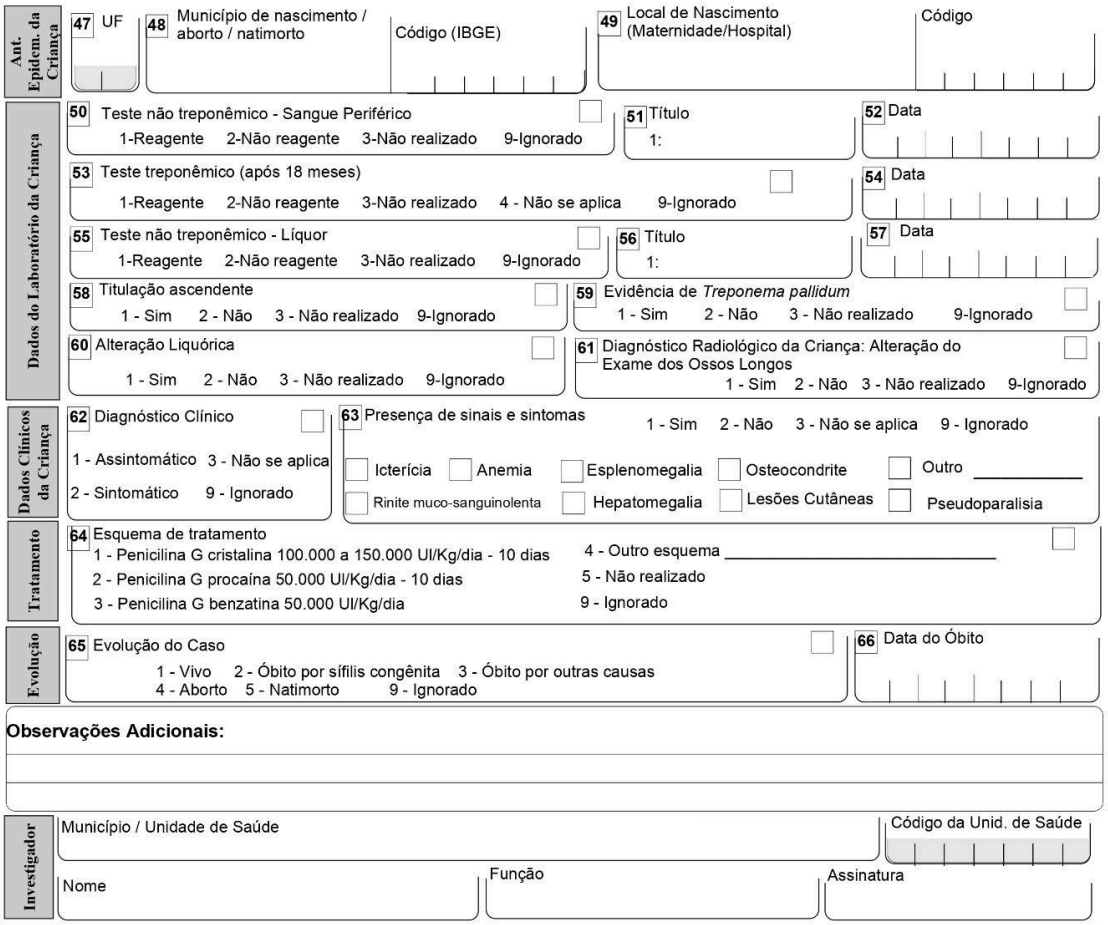
40 Teste não treponêmico no parto/curetagem — 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado — 41 Título — 1: — 42 Data

43 Teste treponêmico no parto/curetagem — 1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado

Trat. da gestante / mãe

44 Esquema de tratamento — 1- Adequado 2- Inadequado 3- Não realizado 9- Ignorado — 45 Data do Início do Tratamento — 46 Parceiro(s) tratado(s) concomitantemente a gestante — 1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Sífilis Congênita — Sinan NET — SVS — 04/08/2008



OBSERVAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

7 - Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação.
10 - Idade: anotar a idade somente se a data de nascimento for desconhecida. Em caso de Aborto será colocado 00 e 1-Hora.

43 e 53 - FTA-Abs (Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção), MHA-TP (Ensaio de microhemaglutinação), TPHA (Ensaio de hemaglutinação para *Treponema pallidum*), ELISA (Ensaio imunossorvente ligado à enzima), teste imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações, TPPA (Ensaio de a glutinação passiva de partículas par a Treponema pallidum), e testes rápidos treponêmicos: indicados para o diagnóstico da sífilis em gestantes e crianças maiores de 18 meses. O teste rápido, especialmente no momento do parto, é indicado como preferencial, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.
44 - Esquema de Tratamento da mãe:
Esquema de Tratamento Adequado:
É todo tratamento completo para estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina, INICIADO até 30 dias antes do parto. Gestantes que não se enquadrem nesses critérios serão consideradas como tratadas de forma não adequada.
Esquema de Tratamento Inadequado:
É todo tratamento feito com qualquer medicamento que não a penicilina; ou· tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; ou tratamento não adequado ao estágio clínico da sífilis; ou tratamendo iniciado com menos de 30 dias antes do parto.
53 - Refere-se ao resultado do teste treponêmico realizado após os 18 meses de idade da criança. Informar - Não se aplica - quando a idade da criança for menor que 18 meses. Resultados reagentes em testes realizados em amostras de criança com idade inferior a 18 meses devem ser sempre analisados juntamente com os resultados
dos testes executados em amostra da mãe, pois é necessário considerar a possibilidade de transferência de anticorpos IgG maternos ao feto.
58 - Titulação ascendente - Refere-se à comparação dos títulos da sorologia não treponêmica da criança após cada teste realizado durante o esquema de seguimento (VDRL com 1 mês, 3, 6 ,12 e 18 meses).
59 - Evidência de *T. pallidum* - Detecção do *Treponema pallidum* por meio de exames diretos por microscopia (de campo escuro ou com material corado) em amostra de secreção nasal ou lesão cutânea, biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto.
60 - Alteração liquórica - Informar detecção de alterações na celularidade e/ou proteínas ou outra alteração específica no líquor da criança;
63 - Em relação ao tratamento da criança com sífilis congênita consultar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais.

65 - Informar a evolução do caso de sífilis congênita:
Considera-se **óbito por sífilis congênita** - o caso de morte do recém-nato, após o nascimento com vida, filho de mãe com sífilis não tratada ou tratada inadequadamente.
Considera-se **Aborto** - toda perda gestacional, até 20 semanas de gestação ou com peso menor ou igual a 500 gramas.
Considera-se **Natimorto** - todo feto morto, após 20 semanas de gestação ou com peso maior que 500 gramas.