Revista Eletrônica ACERVO CIENTÍFICO
ISSN 2595-7899

Análise temporal da sífilis congênita na Paraíba - Brasil entre 2014 a 2024 e suas implicações na atenção pré-natal

Temporal analysis of congenital syphilis in Paraíba, Brazil, between 2014 and 2024 and its implications for prenatal care

Análisis temporal de la sífilis congénita en Paraíba, Brasil, entre 2014 y 2024 y sus implicaciones para la atención prenatal

Kamilly Vitória Dantas Barbosa[1], Izza Mariano Soares de Lacerda[1], Ana Beatriz Miguel Gomes[1], Arielli Guedes Delgado[1], Manually Queiroga da Silva[1], Tamires Mara dos Santos Oliveira[1], Maria Eduarda Fernandes Pereira[1], Maria Isabel Pascoal Lira[1], Yasmin Henriques Pereira[1], Everson Vagner de Lucena Santos[1].

RESUMO

Objetivo: Identificar os casos de sífilis congênita no estado da Paraíba entre 2014 e 2024 e suas implicações na atenção pré-natal. **Métodos:** A pesquisa utilizou dados secundários do Departamento de Informações e Informática do SUS (DATASUS), com abordagem documental e quantitativa. **Resultados:** Entre 2014 a 2024, foram registrados 3.514 casos de sífilis congênita na Paraíba, evidenciando uma parcela considerável de gestantes que realizaram o pré-natal (2.916 casos), enquanto 503 não realizaram. A faixa etária de gestantes mais incidente foi entre os 20 e 24 anos de idade com (1.167) casos entre o total de 3.514, com a maioria das residências em regiões urbanas. Os parceiros não tratados com sífilis evidenciaram 1.866 casos, entre o total. A raça parda foi a mais afetada, demonstrando dificuldades assistenciais e a persistência da ignorância social a respeito do problema. **Conclusão:** Conclui-se que o enfrentamento da sífilis congênita na Paraíba representa um grande problema de saúde pública. Assim, reforça-se a necessidade de estratégias que melhorem a atenção pré-natal, bem como a criação de políticas públicas que previnam a transmissão vertical da doença, ampliando assim a cobertura de saúde.

Palavras-chave: Sífilis congênita, Transmissão vertical, Paraíba.

ABSTRACT

Objective: To identify cases of congenital syphilis in the state of Paraíba between 2014 and 2024 and their implications for prenatal care. **Methods:** The research used secondary data from the Department of Information and Informatics of the SUS (DATASUS), with a documentary and quantitative approach. **Results:** Between 2014 and 2024, 3,514 cases of congenital syphilis were registered in Paraíba, showing a considerable proportion of pregnant women who received prenatal care (2,916 cases), while 503 did not. The most frequent age group of pregnant women was between 20 and 24 years old, with 1,167 cases out of a total of 3,514, with most residences in urban areas. Untreated partners with syphilis accounted for 1,866 cases out of the total. The mixed-race population was the most affected, facing difficulties in accessing healthcare and persistent social ignorance regarding the problem. **Conclusion:** It is concluded that addressing congenital syphilis in Paraíba represents a major public health problem. Therefore, the need for strategies to improve prenatal care, as well as the creation of public policies to prevent vertical transmission of the disease, thereby expanding health coverage, is reinforced.

Keywords: Congenital syphilis, Vertical transmission, Paraíba.

[1] Estudantes do curso de Medicina do Centro Universitário de Patos (UNIFIP), Patos – PB.

SUBMETIDO EM: 12/2025 | **ACEITO EM: 1/2026** | **PUBLICADO EM: 2/2026**

RESUMEN

Objetivo: Identificar los casos de sífilis congénita en el estado de Paraíba entre 2014 y 2024 y sus implicaciones para la atención prenatal. **Métodos:** La investigación utilizó datos secundarios del Departamento de Información e Informática del SUS (DATASUS), con un enfoque documental y cuantitativo. **Resultados:** Entre 2014 y 2024, se registraron 3514 casos de sífilis congénita en Paraíba, mostrando una proporción considerable de mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal (2916 casos), mientras que 503 no la recibieron. El grupo de edad más frecuente entre las mujeres embarazadas fue el de 20 a 24 años, con 1167 casos del total de 3514, y la mayoría residían en zonas urbanas. Las parejas con sífilis no tratadas representaron 1866 casos del total. La población mestiza fue la más afectada, enfrentando dificultades para acceder a la atención médica y una persistente falta de información social sobre el problema. **Conclusión:** Se concluye que abordar la sífilis congénita en Paraíba representa un importante problema de salud pública. Por lo tanto, se refuerza la necesidad de estrategias para mejorar la atención prenatal, así como la creación de políticas públicas para prevenir la transmisión vertical de la enfermedad, ampliando así la cobertura sanitaria.

Palabras clave: Sífilis congénita, Transmisión vertical, Paraíba.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, transmitida principalmente por contato sexual, via materno-fetal e, em alguns casos, por via transfuncional. Sendo caracterizada pela alta taxa de transmissão vertical (TV), ocorre a infecção por meio da corrente sanguínea da gestante infectada para o feto, por via placentária ou pelo contato da criança direto com a lesão no momento do parto. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da gestação, podendo ser classificada em precoce ou tardia. Na fase precoce aparece, os sintomas surgem entre o segundo ano de vida da criança, enquanto a fase tardia manifesta-se após os dois anos de idade da criança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Essa patologia, possui cursos clínicos complexos, subdivididos em estágios distintos da doença: primário, secundário, terciário e a fase latente, cada estágio apresenta complicações e manifestações clínicas específicas. A sífilis primária apresenta-se inicialmente com lesões em formato de úlceras, geralmente indolores à palpação, sendo popularmente conhecida como “cancro duro”, que podem surgir entre os três primeiros meses após o contato com a bactéria. Essas úlceras desaparecem espontaneamente com o tempo, geralmente entre a primeira e a oitava semana (BRASIL, 2022). O segundo estágio ocorre cerca de seis semanas a seis meses após a infecção inicial, sendo marcado pelo aparecimento de lesões cutâneo-mucosas espalhadas pelas extremidades do corpo, como as palmas das mãos e as solas dos pés. Como também, podem surgir sintomas sistêmicos não específicos, que podem oscilar entre o desaparecimento e o reaparecimento, gerando uma sensação de “falsa cura” (SANTOS DS, et al., 2021).

O estágio de latência da sífilis é a fase assintomática da infecção, ou seja, os indivíduos afetados não apresentam os sinais e sintomas visíveis da doença, embora o *T. pallidum* ainda esteja presente no organismo. Essa fase é dividida em duas categorias distintas, sendo elas: sífilis latente precoce e a sífilis latente tardia. A fase de latência precoce pode ocorrer em um ou dois anos após a infecção inicial, sem manifestar sintomas, mas com elevado potencial de contágio durante esse período. Já a fase de latência tardia manifesta-se após um ou dois anos depois do contato com a bactéria. O risco de transmissibilidade por via sexual na etapa tardia da doença é menor, porém ainda persiste a possibilidade da transmissão via placentária, resultando na sífilis congênita (SC) (Brasil, 2024).

A doença pode causar uma série de malefícios e complicações para o feto. Entre essas consequências para o bebê, tem-se o aborto espontâneo, natimortalidade ou morte perinatal, além de sequelas neurológicas irreversíveis (Brasil, 2022). Os casos de Sífilis congênita em gestantes tratadas inadequadamente, ou aquelas que não receberam tratamento nenhum, geralmente estão associadas à ignorância social acerca do tema, bem como a precariedades na atenção pré-natal, o que possibilita a persistência desse agravo em território nacional. Nesse viés, esses casos aumentam a suscetibilidade a maiores agravos para a saúde da criança, com desfechos negativos na gestação, representando um grande problema de saúde pública. Por fim, o

terceiro estágio é manifestado após anos ou até décadas, surgindo lesões granulomatosas na pele dos indivíduos nessa fase, bem como a presença de complicações no sistema neurológico (neurosífilis), cardiovascular e ósseo.

No Brasil, a sífilis congênita vem apresentando aumento significativo na última década, especialmente no estado da Paraíba. Apresentando alta incidência nos casos evidenciados através da coleta de dados secundários retirados do Departamento de informações e informática do SUS (DATASUS), que refletem, em parte, a dimensão da problemática. Esse aumento pode estar relacionado à elevada parcela de parceiros não tratados de sífilis, contribuindo para a prevalência dos casos e o aumento da transmissibilidade da doença, bem como problemas no pré-natal e assistenciais, que promovem um aumento na transmissão dessa doença, além de maiores efeitos na saúde materno-fetal. A doença é responsável por causar diversos danos para a criança, danos que muitas vezes são irreversíveis, tornando urgentes medidas interventivas que buscam minimizar os casos confirmados de sífilis e prevenir sequelas severas ao feto.

O cenário nacional da sífilis congênita reflete um desafio persistente de saúde pública, desafio esse que está intimamente associado à qualidade da assistência pré-natal. Embora existam protocolos definidos para o tratamento da sífilis congênita, a doença se faz presente no país, apresentando variações significativas em diversas regiões. A região Sudeste registra historicamente os maiores números de casos confirmados e as mais elevadas taxas de detecção precoce dessa doença, devido à maior efetividade de vigilância epidemiológica e das notificações. O Sul apresenta coeficientes de incidência elevados, enquanto a região Centro-Oeste possui taxas intermediárias. Entretanto, as regiões Norte e Nordeste enfrentam maiores entraves na acessibilidade ao pré-natal, o que frequentemente leva a quadros de subnotificação ou ao diagnóstico tardio, por vezes apenas durante o parto (BRASIL, 2022). O presente artigo tem por objetivo identificar os casos de sífilis congênita no estado da Paraíba, Brasil, no período de 2014 a 2024, e suas implicações na atenção pré-natal.

MÉTODOS

Este estudo configura-se como uma pesquisa de abordagem quantitativa, de caráter documental e retrospectivo, baseada na análise da evolução dos casos de sífilis congênita no estado da Paraíba, entre os anos de 2014 e 2024. Os resultados foram retirados de dados secundários disponibilizados publicamente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - 2007 em diante (SINAN/SUS), obtidos por meio da plataforma TABNET/DATASUS, administrada pelo Ministério da Saúde do Brasil. O estudo documental é definido pela avaliação e descrição dos registros de notificações, viabilizando assim dados relevantes para a análise da progressão da sífilis congênita na Paraíba.

Foram incluídos na análise todos os registros de casos confirmados de Sífilis congênita de acordo com o município de residência, selecionando variáveis de saúde e variáveis sociodemográficas: Período de descoberta da Sífilis materna, Realização de Pré-Natal, Faixa Etária da mãe e Tratamento do parceiro.

A coleta foi realizada entre setembro e outubro de 2025, em laboratório de informática de um curso de Medicina do interior do estado da Paraíba – Brasil, com apoio metodológico docente. Por tratar-se de dados secundários, de domínio público, não identificáveis e sem intervenção direta em seres humanos, este estudo encontra-se isento de apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A análise dos dados coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) evidenciou um total de 3.514 casos notificados de sífilis congênita na Paraíba entre os cinco principais municípios do estado com maior índice de casos, entre os anos de 2014 e 2024. O estudo confirmou o total de 2.053 casos, ao retirar os casos Ign/Branco de ambas as cidades, configurando-se uma quantidade superior em relação às demais, que juntas somam em 1.300 casos confirmados. Ao analisar esses casos, aponta-se que na **Tabela 1** a capital, João Pessoa, houve destaque em maior incidência de casos apresentados.

Tabela 1 - SÍFILIS CONGÊNITA - Casos confirmados no sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2014 a 2024 - Paraíba.

Município de residência	Ign/branco	Pré-natal	No parto	Após o parto	Não realizado	Total
João pessoa	34	498	722	57	9	1.320
Campina grande	20	212	192	21	4	449
Santa rita	6	68	95	5	1	175
Bayeux	9	61	61	15	0	146
Sape	0	37	37	4	0	78
Outras regiões	46	754	438	100	8	1.346
Total	115	1.630	1.545	202	22	3.514

Fonte: Barbosa KDV, et al. 2026. Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net.

Na **Tabela 2** apresenta casos confirmados no município de residência com sífilis congênita na Paraíba de acordo com a faixa etária materna, evidenciando que a patologia foi diagnosticada em um maior número em mães mais novas, entre 15 e 24 anos, representando 1.990 casos sendo mais da metade de todo o total que é entre 10 e 49 anos.

Tabela 2 - SÍFILIS CONGÊNITA - Casos confirmados por faixa etária materna no sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2014 a 2024 - Paraíba.

Município de residência	Ign/branco	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
João pessoa	25	11	280	466	278	154	82	22	2	1.320
Campina grande	9	2	102	129	112	62	18	14	1	449
Santa rita	5	2	46	52	38	18	10	3	1	175
Bayeux	3	0	46	49	27	14	5	2	0	146
Sape	1	5	26	20	15	7	4	0	0	78
Outras regiões	31	16	323	451	244	179	88	12	2	1.346
Total	74	36	823	1.167	714	434	207	53	6	3.514

Fonte: Barbosa KDV, et al., 2026. Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net.

A **Tabela 3** representa as mães que realizaram ou não o pré-natal entre os anos de 2014 e 2024 no respectivo ano em que estavam grávidas. Ficou evidente que o índice de mães que realizaram o pré-natal é maior do que as que não realizaram, porém, esse número negativo ainda é preocupante porque soma 503 mães que não tiveram assistência durante a gestação, aumentando assim o risco de desenvolver doenças, como por exemplo, a sífilis congênita.

Tabela 3 - SÍFILIS CONGÊNITA - Casos confirmados por realização de pré-natal no sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2014 a 2024 - Paraíba

Município de residência	Ignorado/branco	Sim	Não	Total
João pessoa	31	1.021	268	1.320
Campina grande	6	368	75	449
Santa rita	4	138	33	175
Bayeux	5	119	22	146
Sape	1	68	9	78
Outras regiões	35	1.215	96	1.346
Total	82	2.929	503	3.514

Fonte: Barbosa KDV, et al. 2026. Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net.

A **Tabela 4** destaca um fator importante sobre a sífilis congênita que é sobre o tratamento do parceiro que visa tratar ambos e ter uma resposta positiva sobre o agravo. Porém, a tabela mostra que na maioria das cidades o número mais elevado é de genitores que não fazem o tratamento, sendo assim, um dos fatores para o alto índice da patologia, pois não é eficaz tratar apenas a mãe. Fica notório que a cidade de João Pessoa, a capital, mostra nas tabelas um valor superior entre as demais cidades de acordo com cada pesquisa realizada sobre os fatores que contribuem para os casos da doença.

Tabela 4 - SÍFILIS CONGÊNITA - Casos confirmados por tratamento do parceiro no sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 2014 a 2024 - Paraíba

Município de residência	Em branco	Sim	Não	Total
João pessoa	164	312	844	1.320
Campina grande	72	203	174	449
Santa rita	42	52	81	175
Bayeux	26	38	82	146
Sape	4	25	49	78
Outras regiões	263	447	636	1.346
Total	571	1.077	1.866	3.514

Fonte: Barbosa KDV, et al. 2026. Ministério da Saúde/SVSA - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN Net.

DISCUSSÃO

De modo geral, a análise temporal dos casos de sífilis congênita na Paraíba entre 2014 e 2024 evidencia a persistência da transmissão vertical como um relevante e contínuo problema de saúde pública, mesmo diante da ampliação da cobertura do pré-natal e do fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica. Esse achado é consistente com o observado em diferentes regiões do país, nas quais a sífilis congênita permanece como evento sentinela da qualidade da atenção à saúde materno-infantil, refletindo limitações estruturais e organizacionais do sistema de saúde, especialmente no âmbito da atenção primária (DOMINGUES RMSM et al., 2013; BARROS AJD et al., 2019).

Sob uma perspectiva territorial, observa-se maior concentração de casos em municípios de maior porte populacional, como João Pessoa e Campina Grande, padrão semelhante ao descrito em capitais e regiões metropolitanas do Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste. Estudos realizados no Rio Grande do Norte, Pernambuco e São Paulo indicam que áreas urbanas concentram maior número de notificações não apenas pela densidade populacional, mas também pela coexistência de desigualdades intraurbanas, precariedade socioeconômica e sobrecarga dos serviços de saúde, reforçando a influência dos determinantes sociais na distribuição da sífilis congênita (SOUZA PR, et al., 2021; CONCEIÇÃO HN, et al., 2020; LIMA AAS, et al., 2024).

No que se refere ao perfil materno, a predominância de casos entre mulheres jovens, especialmente na faixa etária de 20 a 29 anos, acompanha o padrão observado em estudos conduzidos nas regiões Sul e Sudeste do país. Pesquisas no Rio Grande do Sul e em Minas Gerais apontam que essa faixa etária concentra maior risco devido à maior exposição sexual, instabilidade socioeconômica e menor continuidade do acompanhamento pré-natal em contextos de vulnerabilidade (SOARES LG, et al., 2017; COSTA ML, et al., 2022). A ocorrência expressiva entre adolescentes reforça fragilidades nas políticas de educação sexual e na integração das ações de saúde voltadas a esse público (FIOCRUZ, 2021; SANTOS AC, et al., 2023).

Adicionalmente, estudos realizados em estados das regiões Norte e Nordeste indicam que a idade materna se articula a marcadores de vulnerabilidade social, como baixa escolaridade e inserção precária no mercado de trabalho, fatores que limitam o acesso oportuno aos serviços de saúde. Essa interação entre juventude e vulnerabilidade social amplia a probabilidade de desfechos adversos, como a sífilis congênita, conforme descrito em estudos nacionais que analisam o impacto das desigualdades sociais sobre a saúde materno-infantil, incluindo investigações realizadas em estados do Norte e Nordeste do país (DOMINGUES RMSM, et al., 2013; BARROS AJD, et al., 2019; SOUZA PR, et al., 2021; LIMA AA, et al., 2024).

No âmbito da atenção pré-natal, embora a maioria das gestantes tenha realizado acompanhamento durante a gestação, a persistência da sífilis congênita evidencia falhas qualitativas no cuidado ofertado. Estudos comparativos demonstram que estados com elevada cobertura de pré-natal também apresentam casos expressivos quando há atraso na testagem, inadequação do tratamento ou falhas no seguimento clínico, evidenciando que o número de consultas, isoladamente, não garante a efetividade do cuidado (ALVES LC, OLIVEIRA RM, 2023; SOUZA PL, et al., 2021). Pesquisas qualitativas indicam ainda que dificuldades de comunicação e fragilidade no vínculo entre profissionais e usuárias comprometem a adesão ao tratamento (ARAÚJO ™, et al., 2022).

Outro achado de elevada relevância refere-se à baixa proporção de parceiros tratados, reconhecida como um dos principais entraves para a interrupção da cadeia de transmissão. Estudos realizados em diferentes regiões do país indicam que o não tratamento do parceiro está associado a barreiras socioculturais, estigmatização das infecções sexualmente transmissíveis e limitações institucionais na abordagem masculina nos serviços de saúde, favorecendo a reinfecção materna e a persistência da sífilis congênita (LIMA MCS, et al., 2022; RODRIGUES GS, et al., 2023).

No que diz respeito às desigualdades sociodemográficas, a maior ocorrência de sífilis congênita entre mulheres negras e pardas observada neste estudo é amplamente corroborada pela literatura nacional. Pesquisas conduzidas nas regiões Sudeste e Nordeste demonstram que raça/cor está fortemente associada a piores condições socioeconômicas, menor acesso a serviços de qualidade e maior exposição ao racismo institucional, influenciando negativamente os desfechos materno-infantis (SILVA GM, et al., 2021; BATISTA L, et al., 2021).

Além disso, a análise comparativa evidencia que a sífilis congênita se configura como marcador sensível das iniquidades em saúde no Brasil, uma vez que sua persistência está diretamente relacionada à vulnerabilidade social, à organização dos serviços e à capacidade resolutiva da atenção primária, refletindo desigualdades históricas e fragilidades na articulação entre vigilância e cuidado assistencial. Estudos nacionais reforçam que a redução sustentada dos casos depende de intervenções estruturais que articulem vigilância epidemiológica, cuidado clínico qualificado e ações intersetoriais voltadas à redução das desigualdades (BARROS AJD, et al., 2019; DOMINGUES RMSM, et al., 2013).

Dessa forma, os achados deste estudo, quando comparados à literatura de outras regiões do país, indicam que o cenário da Paraíba reproduz um padrão amplamente observado no contexto nacional, embora apresente particularidades territoriais e sociais que demandam respostas específicas. A qualificação do pré-natal, a inclusão efetiva do parceiro no cuidado e o enfrentamento dos determinantes sociais configuram-se como estratégias centrais para a redução da sífilis congênita.

Em síntese, o enfrentamento da sífilis congênita na Paraíba exige ações que ultrapassem a ampliação da testagem e da cobertura do pré-natal, envolvendo a capacitação permanente dos profissionais de saúde, o fortalecimento da atenção primária e a implementação de políticas públicas orientadas pela equidade. Evidências de estudos nacionais indicam que a melhoria da qualidade do cuidado depende, ainda, do aprimoramento dos sistemas de informação, da qualificação do registro dos casos e do monitoramento contínuo dos indicadores, elementos fundamentais para a tomada de decisão baseada em evidências e para a reorganização dos processos de trabalho na atenção pré-natal e na vigilância epidemiológica (DOMINGUES RMSM et al., 2013; BARROS AJD, et al., 2019; BRASIL, 2022). Sem avanços estruturais nessas dimensões, a sífilis congênita tende a persistir como um desafio para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2022; OMS, 2023). Torna-se imprescindível fortalecer a qualidade da atenção, qualificar os profissionais de saúde, garantir o tratamento oportuno e simultâneo à gestante e ao parceiro, além de implementar estratégias intersetoriais voltadas à redução das vulnerabilidades sociais. Sem o enfrentamento desses determinantes estruturais, a sífilis congênita tende a permanecer como um desafio persistente para o sistema de saúde.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o aumento na incidência de casos de sífilis congênita no estado da Paraíba entre 2014 e 2024 representa um grave problema de saúde pública, refletindo fragilidades significativas na atenção pré-natal. Apesar do avanço na cobertura do pré-natal e na ampliação dos testes rápidos, a persistência da transmissão vertical da doença revela a necessidade urgente de estratégias que promovam não apenas o diagnóstico precoce e o tratamento adequado das gestantes, mas também a inclusão dos parceiros no cuidado, além de campanhas educativas para ampliar o conhecimento social sobre a doença. Dessa forma, torna-se imprescindível a implementação de políticas públicas eficazes que integrem assistência de qualidade, educação em saúde e envolvimento familiar para eliminar a sífilis congênita e ampliar a cobertura e efetividade dos serviços de saúde no estado.

REFERÊNCIAS

1. ALVES LC, OLIVEIRA RM. Avaliação da assistência pré-natal e sífilis congênita. Revista de Enfermagem em Saúde Coletiva, 2023; 8.
2. ALVES LM, OLIVEIRA RF. Avaliação da assistência pré-natal e controle da sífilis congênita no Nordeste brasileiro. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2023; 23(1): 45-54.
3. ARAÚJO IMM, et al. Integração da vigilância e atenção à saúde no tratamento da sífilis gestacional: análise dos indicadores do PQAVS e do Previne Brasil na Paraíba. RECIIS, 2024; 18(2): 226-237.
4. ARAÚJO TM, et al. Percepção das mulheres sobre a qualidade do pré-natal. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2022; 22(3).
5. BARROS AJD, et al. Desigualdades sociais e saúde no Brasil. Revista de Saúde Pública, 2019; 53.
6. BATISTA LE, et al. Racismo institucional e saúde da população negra. Saúde e Sociedade, 2021; 30(2).
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf. Acesso em: 27 jan. 2026.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2022. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/sifilis/boletim_sifilis-2022_internet-2.pdf. Acesso em: 27 jan. 2026.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_sifilis_2024_e.pdf. Acesso em: 27 jan. 2026.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Sífilis adquirida, em gestantes e congênita: dados do SINAN. Disponível em: https://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/sifilisgestantebr.def. Acesso em: 27 jan. 2026.
11. CARDOSO ARP, et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita em um município de médio porte no Nordeste brasileiro. J Health Biological Sci, 2017; 5(1): 56-61.
12. CARVALHO AS, et al. Barreiras no diagnóstico e tratamento da sífilis congênita no Brasil: uma revisão integrativa. Cadernos de Saúde Pública, 2022; 38(4): e00092821.
13. CONCEIÇÃO HN, et al. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. Saúde em Debate, 2020; 43: 1145-1158.
14. COSTA BAG, et al. Sífilis congênita em região da Amazônia brasileira: análise temporal e espacial. Rev Eletr Enferm, 2020; 22: e62349.
15. COSTA MC, et al. Fragilidades no cuidado pré-natal e sífilis congênita. Revista de Enfermagem, 2022; 16.
16. COSTA ML, et al. Determinantes sociais da sífilis congênita: desigualdades e desafios na eliminação. Revista Panamericana de Salud Pública, 2022; 46: e25.
17. DOMINGUES RMSM, et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública, 2013; 47: 147-157.
18. DOMINGUES RMSM, et al. Sífilis congênita no Brasil: determinantes e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, 2023; 28(5).
19. FARIAS CFLR, et al. Análise espacial dos casos notificados de sífilis em gestantes no estado da Paraíba. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2024; 24(7): e16200.
20. FIOCRUZ. Sífilis não: estratégias de prevenção e cuidado integral. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.
21. GUANABARA MAO, et al. Prevalência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cad Saúde Pública, 2016; 32(6): e00082415.
22. LAFETA KRG, et al. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev Bras Epidemiol, 2016; 19(1): 63-74.
23. LIMA AAS, et al. Análise espacial e epidemiológica da sífilis congênita no Nordeste brasileiro. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2024; 24(1).

24. LIMA FC, et al. Participação do parceiro no tratamento da sífilis: uma lacuna persistente na atenção primária. Revista de Enfermagem da UFSM, 2022; 12: e16.
25. LIMA MCS, et al. Adesão do parceiro ao tratamento da sífilis: revisão integrativa. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2022; 15(2).
26. LOPES B, et al. Acesso e uso da informação do repositório DATASUS para a construção do perfil epidemiológico de sífilis congênita no estado da Paraíba. Asklepion: Informação em Saúde, 2023; 2(2): 102-113.
27. LUCENA KNC, et al. O panorama epidemiológico da sífilis congênita em uma capital do Nordeste: estratégias para eliminação. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J), 2021; 13: 730-736.
28. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamentos e estratégia para a ação. Genebra: OMS, 2008.
29. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global guidance on congenital syphilis elimination. Geneva: WHO Press, 2023.
30. RAMOS JR AN. Persistência da sífilis como desafio para a saúde pública no Brasil: o caminho é fortalecer o SUS, em defesa da democracia e da vida. Cadernos de Saúde Pública, 2021; 37(10): e00072721.
31. RODRIGUES FA, et al. Abordagem do parceiro sexual no controle da sífilis. Revista de Saúde Coletiva, 2023; 13.
32. RODRIGUES GS, et al. Sífilis congênita no Brasil: análise espacial e fatores associados à persistência da transmissão vertical. Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2023; 32(1): e2022054.
33. SANTOS AC, et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita e fatores relacionados à assistência pré-natal. Revista Brasileira de Enfermagem, 2023; 76(3): e20230145.
34. SANTOS DS, et al. Qualidade da assistência pré-natal e desfechos perinatais. Revista Eletrônica Acervo Científico, 2021; 9: e6543.
35. SILVA GM, et al. Sífilis gestacional e congênita: incidência e fatores associados à transmissão vertical. Saúde Pesqui, 2021; 14(2): 369-382.
36. SILVA NN, et al. Raça/cor e iniquidades em saúde materno-infantil. Ciência & Saúde Coletiva, 2020; 25(6).
37. SOARES LG, et al. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. Rev Bras Saude Mater Infant, 2017; 17(4): 781-789.
38. SOUZA PL, et al. Avaliação do manejo da sífilis na gestação e a importância da qualidade do pré-natal. Revista Saúde em Debate, 2021; 45(131): 112-125.
39. SOUZA PR, et al. Sífilis congênita no Nordeste: tendências e desafios. Revista de Saúde Pública, 2021; 55.