Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e da sífilis congênita no estado de Goiás no período de 2020 a 2024

Epidemiological profile of gestational syphilis and congenital syphilis in the state of Goiás from 2020 to 2024

Perfil epidemiológico de la sífilis gestacional y la sífilis congénita en el estado de Goiás entre 2020 y 2024

Gabriela Pereira Junqueira[1], Cely Giulia Neres Silva Soares[1], Annelise Alecrim de Paula[1], Rogério Pacheco Rodrigues[1], Débora Vieira[1].

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico da sífilis gestacional no município de Itumbiara/GO, entre março de 2022 e março de 2024. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa observacional de corte transversal, com abordagem quantitativa e foco descritivo. Os dados serão coletados por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), abrangendo registros de sífilis gestacional e sífilis congênita. **Resultados:** O estado de Goiás teve pico de casos de sífilis congênita em 2023 (25,29%) e queda em 2024 (13,02%). A maior concentração de casos de sífilis gestacional ocorreu em pessoas de 20 a 29 anos (51,29%), seguida por 30 a 39 anos (24,70%) e 15 a 19 anos (15,29%) **Conclusão:** Apesar da existência de protocolos bem estabelecidos e de tratamentos comprovadamente eficazes, os resultados reforçam a urgência de aprimorar o diagnóstico precoce, garantir o tratamento adequado e assegurar um pré-natal de qualidade.

Palavras-chave: Doença sexualmente transmissível (DST), Análise datasus, *Treponema pallidum*.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological profile of gestational syphilis in the municipality of Itumbiara, Goiás, between March 2022 and March 2024. **Methods:** This is a cross-sectional observational study with a quantitative and descriptive approach. Data will be collected through the Notifiable Diseases Information System (SINAN) and the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS), covering records of gestational syphilis and congenital syphilis. **Results:** The state of Goiás experienced a peak in congenital syphilis cases in 2023 (25.29%) and a decline in 2024 (13.02%). The highest concentration of gestational syphilis cases occurred among individuals aged 20 to 29 years (51.29%), followed by those aged 30 to 39 years (24.70%) and 15 to 19 years (15.29%). **Conclusion:** Despite the existence of well-established protocols and proven effective treatments, the results highlight the urgent need to improve early diagnosis, ensure appropriate treatment, and provide quality prenatal care.

Keywords: Sexually transmitted disease (STD), Datasus analysis, *Treponema pallidum*.

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico de la sífilis gestacional en el municipio de Itumbiara, Goiás, entre marzo de 2022 y marzo de 2024. **Métodos**: Se trata de una investigación observacional de corte transversal,

[1] Faculdade de Medicina de Itumbiara (GO) - ZARNS, Itumbiara – GO.

SUBMETIDO EM: 11/2025 | **ACEITO EM: 12/2025** | **PUBLICADO EM: 1/2026**

con enfoque cuantitativo y carácter descriptivo. Los datos serán recolectados a través del Sistema de Información de Agravios de Notificación (SINAN) y del Departamento de Informática del SUS (DATASUS), abarcando registros de sífilis gestacional y sífilis congénita. **Resultados:** El estado de Goiás presentó un pico de casos de sífilis congénita en 2023 (25,29%) y una disminución en 2024 (13,02%). La mayor concentración de casos de sífilis gestacional se observó en personas de 20 a 29 años (51,29%), seguida por el grupo de 30 a 39 años (24,70%) y de 15 a 19 años (15,29%). **Conclusión:** A pesar de la existencia de protocolos bien establecidos y tratamientos comprobadamente eficaces, los resultados refuerzan la urgencia de mejorar el diagnóstico precoz, garantizar el tratamiento adecuado y asegurar una atención prenatal de calidad.

Palabras clave: Enfermedad de transmisión sexual (ETS), Análisis de datasus, *Treponema pallidum*.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível, de caráter sistêmico, causada pela bactéria *Treponema pallidum* Schaudinn e Hoffmann, 1905. Também pode ser transmitida por meio de hemotransfusão, contato com lesões muco cutâneas e ao feto por via transplacentária, no caso da sífilis congênita (SC). Em seu aspecto histórico acredita-se que a sífilis tenha causado uma grande epidemia em toda a Europa renascentista. Sua introdução foi dada na Europa ocidental há aproximadamente 500 anos. Com a descoberta de antibióticos eficazes após a segunda guerra mundial, a incidência da doença diminuiu consideravelmente sem desaparecer por completo. Contudo, desde o início do século XXI, a incidência da doença voltou a surgir, deixando os países alarmados e preocupados (BEALE MA, et al., 2021; FREITAS FLS, et al., 2021; DA SILVA JG, et al., 2019).

A sífilis manifesta-se por períodos de atividade alternados com fases de latência e é dividida em estágios: primário, secundário, latente e terciário. Quanto à evolução, pode ser considerada recente, quando ocorre até o primeiro ano da infecção, ou tardia, após esse período. Na fase primária, surge uma lesão única, indolor e bem delimitada, chamada cancro duro, geralmente localizada na região genital, mas também possível em áreas como pele, boca, língua, lábios e palato mole (CARNEIRO BF, et al., 2023).

Essa lesão, de alta transmissibilidade, apresenta bordas elevadas e endurecidas, fundo limpo e liso, e geralmente está associada à linfadenopatia regional. Surge após um período de incubação médio de 2 a 6 semanas, permanece por três a oito semanas e tende a regredir espontaneamente, sendo considerada autolimitada. Já a sífilis terciária manifesta-se após uma fase de latência, podendo ocorrer entre 1 e 40 anos após a infecção inicial, afetando principalmente indivíduos não tratados. Nessa etapa, há destruição tecidual, com formação de gomas sifilíticas e lesões indolores, porém destrutivas, que acometem mucosas, pele ou outros tecidos, evoluindo de forma lenta (CARNEIRO BF, et al., 2023; BRASIL, 2021).

Apesar de possuir condutas para possível erradicamento da doença, os números de infectados ainda são considerados elevados. Segundo o Ministério da Saúde, no ano de 2020 com o surgimento da pandemia do covid-19 houve uma grande queda no número de infecções por sífilis, porém em contrapartida no ano de 2021 a taxa de detecção da sífilis adquirida retornou aos patamares pré pandemia com 78,5 casos por 100.000 habitantes. No ano de 2021, foram notificados 167.523 casos de sífilis adquirida sendo 12.574 (7,5%) na região centro oeste, 74.095 casos de sífilis em gestantes sendo 5.720 (7,7%) no centro oeste e 27.019 casos de sífilis congênita sendo no centro oeste 1.296 (4,8%) (BRASIL, 2023).

Atualmente, o diagnóstico é realizado por meio de testes sorológicos que detectam anticorpos contra *Treponema pallidum*, utilizando ensaios treponêmicos (como FTA-Abs, TPHA, ELISA) e não treponêmicos, específicos para sífilis, podendo ser convencionais ou rápidos. Esses exames apresentam alta sensibilidade (superior a 95%); contudo, em estágios mais avançados da doença, sua capacidade de identificar a infecção primária diminui consideravelmente, podendo gerar resultados falso-negativos em pacientes infectados (CARNEIRO BF, et al., 2023; THEEL ES, et al., 2020).

Na gestação, a infecção pode ter consequências graves para o feto e para a mãe, como abortamento, parto prematuro, natimorto ou sepse neonatal, manifestações congênitas precoces ou tardias e pode acometer o sistema nervoso central, hematológico, musculoesquelético, retículo endotelial e em casos mais

raros órgãos como os rins, olhos e pulmões. A sífilis na gravidez causa aproximadamente 300.000 mortes fetais e neonatais por ano e coloca 215.000 recém-nascidos (RN) sob o risco de morte prematura, baixo peso ao nascimento ou sífilis congênita (BRITO J DA S, et al., 2019; SILVA IMD, et al., 2019).

A transmissão de forma vertical pode ocorrer em qualquer fase da doença, porém possui maior incidência nas etapas iniciais, porque é quando ocorre maior replicação bacteriana. Em casos de sífilis gestacional não tratada a transmissão é de 70% a 100% nas fases primária e secundária da doença, 30% ocorrem nas fases terciária e de latência primária ou tardia. Normalmente é a partir da 18ª semana de gestação que ocorre o contágio placentário, iniciando assim a infecção do feto na fase secundária (DA SILVA JG, et al., 2019; FAVERO MLDC, et al., 2022).

Segundo o Ministério da Saúde, o tratamento adequado contra a sífilis é a administração de penicilina benzatina por via muscular, tendo sua dose diferente para cada forma clínica (BRASIL, 2021). Para evitar risco de reinfecção aconselha-se o tratamento do parceiro sexual em casos de gestantes. Além disso, é importante o acompanhamento na unidade básica de saúde e a realização de exames após o período de infecção para monitoramento e tratamento adequado. No caso das gestantes é fundamental a realização de um pré-natal de excelência, evitando problemas futuros para o feto e para a mãe (OLIVEIRA IM, et al., 2021).

Diante disso, torna-se imprescindível investigar a situação epidemiológica da sífilis gestacional e congênita por meio dos indicadores de morbidade, visto que a complexidade da infecção pode comprometer seriamente a saúde da gestante e do neonato. O estudo propõe evidenciar a relevância atual dessa doença, descrevendo o cenário epidemiológico no estado de Goiás, Brasil, entre 2020 e 2024, alertando para as graves consequências e ressaltando a necessidade de ações preventivas, diagnósticas e terapêuticas. Dessa forma, a pesquisa justifica-se por meio da resposta à seguinte pergunta: Qual é a situação epidemiológica da sífilis gestacional e da sífilis congênita no estado de Goiás?

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional de corte transversal, com um enfoque descritivo nos objetivos e quantitativo na abordagem. Baseado em dados secundários notificados de sífilis congênita e sífilis em gestantes no estado de Goiás, no período de 2020 a 2024, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que está localizado na página do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Considerando que os dados empregados são secundários e de domínio público, em conformidade com o inciso III da Resolução nº 510/2016, a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa não foi necessária.

Os dados foram coletados do SINAN, plataforma disponível pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), acessado via TABNET. O acesso aos dados foi realizado pela aba de “epidemiologia e morbidade”, selecionando a opção “doenças e agravos de notificação – 2007 em Diante”. A partir daí o site direcionou para a página de seleção e apresentação das variáveis, utilizando a abrangência geográfica do estado de Goiás em um corte temporal de 2020 a 2024.

Foram selecionados variáveis relacionados a sífilis congênita e sífilis gestacional. Para a análise do perfil de diagnóstico de ambas situações clínicas, foram coletadas informações sobre “casos confirmados segundo ano de diagnóstico” e “casos confirmados por região de saúde (CIR) de notificação segundo ano”. Em seguida foi coletado separadamente para a sífilis congênita “casos confirmados por ano diagnóstico segundo evolução”, “casos confirmados por faixa etária mãe segundo ano de diagnóstico”, “casos confirmados por sífilis materna segundo ano diagnóstico” e “casos confirmados por classificação final segundo ano diagnóstico” e para a sífilis gestacional foram coletados “casos confirmados por ano de diagnóstico e escolaridade”, “casos confirmados por ano de diagnóstico e classificação clínica” e “casos confirmados por raça segundo ano de diagnóstico”.

Para organização, os dados foram tabulados em planilhas no *Excel*, que posteriormente foram descritos em tabelas e gráficos. Nas tabelas e gráficos, os valores foram apresentados em frequências absolutas e/ou relativas, prevalência e taxa de incidência.

O cálculo da taxa de incidência da sífilis gestacional e congênita exigiu a consulta à aba de estatísticas vitais, mais precisamente ao tópico sobre nascidos vivos a partir de 1994. A análise considerou o estado de Goiás como área geográfica e abrangeu os anos de 2020 a 2023. Para a obtenção dos dados, foram utilizados os filtros “ano de nascimento” e “nascimento por ocorrência”, que indicam o número de nascidos vivos conforme o local do nascimento, permitindo assim a obtenção dos dados necessários para a pesquisa.

Para estimar a taxa de incidência da sífilis congênita, utilizou-se o cálculo em que o número de casos da doença é dividido pelo número total de nascidos vivos e, em seguida, multiplicado por 100.000. No caso da sífilis gestacional, a fórmula seguida foi similar, porém o quociente foi multiplicado por 1.000. Esta abordagem foi aplicada em cada ano, considerando as variações anuais dos dados. A utilização do multiplicador por 1.000 para a sífilis gestacional e por 100.000 para a sífilis congênita se deve à diferença na frequência desses eventos.

Como a sífilis gestacional é mais comum, usar 1.000 como base permite que a taxa seja expressa em números mais palpáveis e comparáveis. Em contraste, a sífilis congênita ocorre com menor frequência, e a multiplicação por 100.000 ajuda a evitar que a taxa fique com valores muito baixos, facilitando a visualização de variações e tendências.

RESULTADOS

Em relação ao perfil epidemiológico da sífilis congênita no Estado de Goiás durante o período de 2020 a 2024, foi possível organizar uma tabela que reflete detalhadamente as características epidemiológicas da doença. Em 2023, foi registrado o maior percentual de casos de sífilis congênita, totalizando 25,29%, seguido por 19,17% em 2021 e 24,76% em 2022. Em contrapartida, o menor índice foi observado em 2024, com 13,02% (**Tabela 1**).

Em relação a idade materna, observa-se que a maioria dos casos de sífilis congênita ocorre entre gestantes de 20 a 24 anos, representando 36,42%, enquanto as mulheres de 25 a 29 anos correspondem a 21,95% dos casos. No curso dos casos, 92,89% dos recém-nascidos estavam vivos, enquanto 1,5% sofreram óbito pelo agravo e 2,71% faleceram por outros motivos (**Tabela 1**).

No que diz respeito ao momento do diagnóstico da sífilis materna, observou-se que 59,89% das gestantes receberam o diagnóstico durante o pré-natal, enquanto 30,09% foram identificadas no parto ou durante a curetagem. Alem disso, a classificação final dos casos revelou que 94,83% foram diagnosticados como sífilis congênita recente, 0,32% como forma tardia e 1,36% resultaram em natimorto ou aborto por sífilis (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Perfil epidemiológico da sífilis congênita nos anos de 2020 a 2024.

Variáveis	Sífilis Congênita	
	n (amostral)	%
Ano/Diagnóstico		
2024	413	13.02%
2023	802	25.29%
2022	785	24.76%
2021	608	19.17%
2020	563	17.75%
Faixa etária/materna		
Ignorado/Branco	70	2.21%
10 - 14	21	0.66%
15 - 19	634	19.99%
20 - 24	1,155	36.42%
25 - 29	696	21.95%
30 - 34	345	10.88%
35 - 39	179	5.64%
40 - 44	66	2.08%
45 - 49	5	0.16%
50 - 54	0	0.00%
Evolução		
Ignorado/Branco	89	2.90%
Vivo	2,849	92.89%
Óbito pelo agravo	46	1.50%
Óbito por outra causa	83	2.71%
Sífilis Materna/Ano diagnóstico		
Ignorado/Branco	100	3.15%
Durante o pré-natal	1,899	59.89%
No momento do parto/curetagem	954	30.09%
Após o parto	203	6.40%
Não realizado	15	0.47%
Classificação final		
Sífilis congênita recente	3,007	94.83%
Sífilis congênita tardia	10	0.32%
Natimorto/Aborto por sífilis	43	1.36%
Descartado	111	3.50%

Fonte: Junqueira GP, et al., 2026; dados extraídos do Datasus.

No que se refere ao perfil epidemiológico da sífilis gestacional no Estado de Goiás durante o período de 2020 a 2024, foi possível estruturar outra tabela que ilustra, de forma minuciosa, as características epidemiológicas da doença. Com relação ao ano em que os casos foram diagnosticados, observou-se que 2022 teve o índice mais elevado, atingindo 32,44%, seguido por 2021 (27,24%), 2020 (23,79%) e, finalmente, 2023 (16,52%) (**Tabela 2**).

A respeito da escolaridade, constatou-se que a maior parcela dos casos predomina entre gestantes com ensino fundamental incompleto (26,01%) e aquelas com ensino médio completo (19,17%). Observa-se que uma parte considerável dos registros (30,84%) teve a informação de escolaridade como não informada ou em branco o que dificulta uma análise mais precisa dessa variável. Ademais, apenas 1,37% dos registros correspondem a gestantes com ensino superior completo (**Tabela 2**).

Quanto à classificação clínica, a forma latente foi a mais frequente, representando 34,92% dos casos, seguida pelas formas primária e secundária, 29,06% e 15,52% dos registros, respetivamente. Já a forma terciária foi identificada em 5,23% dos casos, e 15,23% dos registos não traziam a informação ou foram deixadas em branco (**Tabela 2**).

No que diz respeito a variável raça/cor, a maioria das gestantes afetadas informou ser parda (70,73%), seguida por aquelas que se identificaram como brancas (15,30%) e pretas (8,19%). As mulheres que se autodeclararam amarelas e indígenas representaram 1,27% e 0,18% dos registros, respectivamente, enquanto 4,32% dos cadastros não tinham essa informação ou deixaram o campo em branco (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Perfil epidemiológico da sífilis gestacional nos anos de 2020 a 2023.

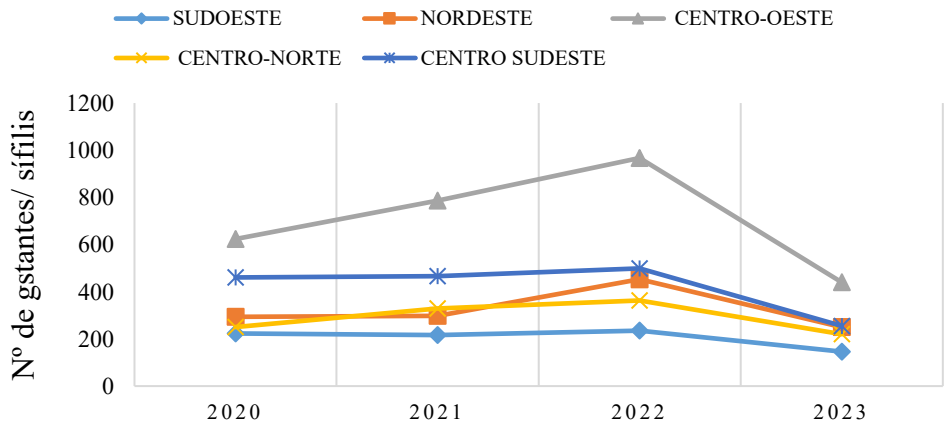
Variáveis	Sífilis Gestacional	
	n (amostral)	%
Ano/Diagnóstico		
2023	1,430	16.52%
2022	2,808	32.44%
2021	2,358	27.24%
2020	2,059	23.79%
Escolaridade		
Ignorado/Branco	2,669	30.84%
Analfabeto	8	0.09%
1ª a 4ª série incompleta do EF	125	1.44%
4ª série completa do EF	143	1.65%
5ª a 8ª série incompleta do EF	956	11.05%
Ensino fundamental completo	699	8.08%
Ensino médio incompleto	1,480	17.10%
Ensino médio completo	2,312	26.71%
Educação superior incompleta	144	1.66%
Educação superior completa	119	1.37%
Classificação Cínica		
Ignorado/Branco	1,318	15.23%
Primária	2,515	29.06%
Secundária	1,343	15.52%
Terciária	453	5.23%
Latente	3,022	34.92%
Raça		
Ignorado/Branco	374	4.32%
Branca	1,324	15.30%
Preta	709	8.19%
Amarela	110	1.27%
Parda	6,122	70.73%
Indígena	16	0.18%

Fonte: Junqueira GP, et al., 2026; dados extraídos do Datasus.

A análise do número de gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional no Estado de Goiás, no período de 2020 a 2023, está segmentada por macrorregiões de saúde: Sudoeste, Nordeste, Centro-Oeste, Centro-Norte e Centro Sudeste. Observa-se que a macrorregião Centro-Oeste teve, de forma consistente, os maiores índices de sífilis gestacional entre 2020 e 2023 (**Gráfico 1**).

O pico de casos foi observado em 2022, que contou com 967 casos e em contrapartida em 2023 houve uma queda, que contou com 440 casos notificados. De maneira geral, houve um aumento progressivo dos casos em todas as regiões entre 2020 e 2022, seguido por uma queda no ano seguinte (**Gráfico 1**).

Gráfico 1 - Distribuição de frequência do número de gestantes com diagnóstico de sífilis gestacional no estado de Goiás entre 2020 a 2024.

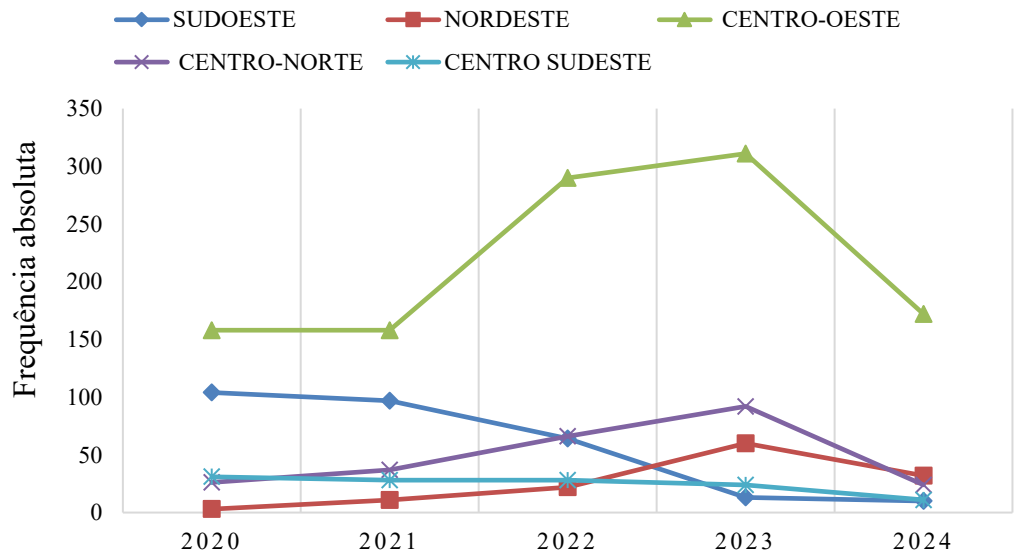


Fonte: Junqueira GP, et al., 2026; dados extraídos do Datasus.

Com base na distribuição da frequência do número de casos de sífilis congênita no estado de Goiás, no período de 2020 a 2024, observa-se que a macrorregião Centro-Oeste teve os maiores índices ao longo do período. Destaca-se especialmente o ano de 2023, quando o número de notificações superou a marca de 300 casos (**Gráfico 2**).

Em contrapartida, as demais regiões registraram números significativamente inferiores, destacando o Centro-Norte, que teve um crescimento progressivo até 2023 e um recuo no ano seguinte. Já as macrorregiões Sudoeste, Centro Sudeste e Nordeste tiveram frequências mais baixas e estáveis ao longo dos anos, com variações razoáveis (**Gráfico 2**).

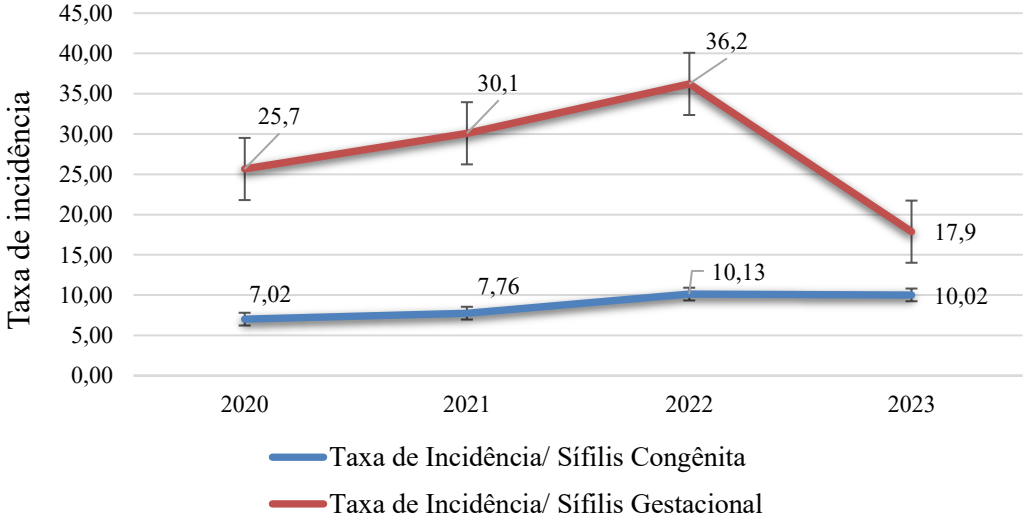
Gráfico 2 - Distribuição de frequência do número de casos de sífilis congênita no estado de Goiás entre 2020 a 2024.



Fonte: Junqueira GP, et al., 2026; dados extraídos do Datasus.

Considerando os índices de incidência de sífilis gestacional e de sífilis congênita no período de 2020 a 2023, percebe-se que os casos de sífilis gestacional são predominantes quando comparados a congênita (**Gráfico 3**).

Gráfico 3 - Taxa de incidência da sífilis congênita e gestacional entre 2020 a 2023.



Fonte: Junqueira GP, et al., 2026; dados extraídos do Datasus.

Conforme ilustrado pela linha vermelha, a taxa de sífilis gestacional subiu entre 2020 (25,7 por mil nascidos vivos) e 2022 (36,2 por mil nascidos vivos), seguido por uma queda expressiva em 2023, com redução para 17,9 casos. Paralelamente, a sífilis congênita, ilustrada pela linha azul, teve um crescimento progressivo e sutil, registrando 7,02 casos em 2020, e atingindo 10,02 em 2023, mantendo um padrão ascendente ao longo do período (**Gráfico 3**).

DISCUSSÃO

A análise dos dados da **Tabela 1** revela que 2023 foi o ano com maior percentual de casos de sífilis congênita (SC) em Goiás. A SC é uma doença de notificação compulsória em países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo monitorada no Brasil pelo SINAN e pelo SIM. No entanto, a subnotificação e a baixa qualidade dos dados dificultam a real compreensão da magnitude da doença, uma vez que muitos casos suspeitos ou confirmados não são devidamente registrados (BELO MM DE A, et al., 2021; FESTA L, et al., 2023).

A faixa etária mais afetada por SC foi a de gestantes entre 20 e 24 anos (36,42%), seguida pelas de 25 a 29 anos (21,95%). Essa predominância pode estar relacionada a fatores como desigualdade de gênero, baixa escolaridade, início precoce da vida sexual, e falta de autonomia sobre o uso de métodos contraceptivos. A carência de informações adequadas sobre saúde sexual e reprodutiva entre os jovens também contribui para o aumento das infecções sexualmente transmissíveis (COSTA FMD, et al., 2014; MOURA SLO, et al., 2021; E SILVA SPC, et al., 2016).

Apesar de 59,89% das gestantes com SC terem sido diagnosticadas durante o pré-natal, 30,09% foram identificadas apenas no parto ou curetagem, o que evidencia falhas na qualidade do pré-natal. A elevada taxa de diagnóstico tardio sugere problemas na testagem e no tratamento oportuno da sífilis gestacional, o que compromete a prevenção da transmissão vertical (DOMINGUES CSB, et al., 2021; BRASIL, 2018).

A participação do parceiro no pré-natal é essencial para prevenir a reinfecção e promover o bem-estar da mãe e do bebê. A criação de estratégias específicas para o pré-natal masculino pode contribuir significativamente para o controle da SC. Além disso, estima-se que entre 60% e 90% dos recém-nascidos com SC sejam assintomáticos ao nascimento, o que reforça a importância do rastreamento sorológico nas maternidades (BRASIL, 2018; BRASIL, 2022; BOWEN V, et al., 2015).

A **Tabela 2** mostra que 2022 foi o ano com maior número de casos de sífilis gestacional (SG), com 32,44%, seguido por uma queda em 2023 (16,52%). Esse padrão foi observado em outras regiões do Brasil e pode estar relacionado à pandemia da COVID-19, que reduziu o acesso a consultas e testes rápidos. A retomada dos serviços em 2021 e o reforço das estratégias de rastreamento em 2022 explicam o aumento das notificações, enquanto a queda em 2023 pode refletir tanto o impacto das ações de controle quanto a persistência da subnotificação (DOS SANTOS MM, et al., 2022; RAMOS AN JR, 2022; BRASIL, 2023).

A qualidade do pré-natal e a testagem oportuna são fundamentais para o enfrentamento da SG. Mesmo com alta cobertura de pré-natal, a testagem nem sempre ocorre no tempo adequado, o que compromete a prevenção da sífilis congênita (SC) (DE MACÊDO VC, et al., 2020; RAMOS AM, et al., 2022).

A escolaridade das gestantes com SG revela que 26,01% tinham ensino fundamental incompleto e 19,17% ensino médio completo. Estudos mostram que níveis educacionais mais baixos estão associados a maior vulnerabilidade à SG. Em Pernambuco, 31,7% das gestantes com SG tinham apenas ensino fundamental incompleto, e 35% receberam tratamento inadequado, mesmo com 90% tendo feito pré-natal. Outro estudo apontou que a maioria dos casos de SG ocorreu entre gestantes com ensino fundamental incompleto (19,72%) e ensino médio completo (16,44%) (AGÊNCIA BRASIL, 2021; BARROS LL, et al., 2023; AMANAJÁS ECA, et al., 2024). A elevada proporção de registros com escolaridade ignorada ou em branco (30,84%) é preocupante, pois dificulta a formulação de políticas públicas eficazes (LUCIO AL, et al., 2024; DE ANDRADE NGA, et al., 2024).

Quanto à classificação clínica da SG, a forma latente foi a mais frequente (34,92%). Em Anápolis-GO, a fase latente também predominou (58,0%), seguida pelas formas primária (30,8%) e secundária (4,2%). A dificuldade de identificar a sífilis primária em mulheres, devido à localização do cancro duro, contribui para a subnotificação dessa fase e o predomínio da forma latente (DOS SANTOS FILHO RC, et al., 2021; BRASIL, 2017).

A análise da variável raça/cor mostra que 70,73% das gestantes com SG se autodeclararam pardas, 15,30% brancas e 8,19% pretas. Essa distribuição reflete desigualdades sociais, como acesso limitado aos serviços de saúde, desinformação e comportamentos de risco. Um estudo mostrou que 58,6% das gestantes de baixa renda se declararam pretas ou pardas, enquanto entre as de maior renda esse percentual foi de 33,6% (SOARES MAS e AQUINO R, 2021; DE ARAÚJO CL, et al., 2012; MIRANDA AE, et al., 2008).

O **Gráfico 1** mostra que a macrorregião Centro-Oeste teve os maiores índices de SG entre 2020 e 2023. Essa tendência pode estar relacionada à maior densidade populacional e à presença de centros urbanos, que favorecem a detecção e notificação dos casos. Entre 2014 e 2023, essa região apresentou uma variação percentual anual de 10,52% na taxa de detecção de SG, superando outras regiões (DE ARAÚJO CL, et al., 2012; MELO ALS, et al., 2018; PAVINATI G, et al., 2025).

Apesar dos avanços, ainda há falhas na vigilância e baixa adesão ao tratamento em algumas localidades. A consolidação da atenção básica e o combate à subnotificação são essenciais (SANTOS AA DE LS, et al., 2025; ARAUJO GA DOS S, et al., 2023).

O **Gráfico 2** confirma que a macrorregião Centro-Oeste também lidera em casos de SC. Isso pode indicar um sistema de notificação mais eficiente, já que regiões menos desenvolvidas tendem a subnotificar. A subnotificação é agravada pela percepção de que a notificação é uma tarefa burocrática, pela sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde e pela falta de testes diagnósticos (DOS SANTOS VN e TRAVASSOS AGA, 2023; AMORIM EKR, et al., 2021).

O **Gráfico 3** mostra uma queda expressiva na taxa de SG em 2023, enquanto a SC manteve tendência de crescimento. Isso sugere falhas na interrupção da transmissão vertical e reforça a necessidade de estratégias mais eficazes no diagnóstico e tratamento durante a gestação (PAVINATI G, et al., 2025).

Entre 2012 e 2021, foram registrados 452.826 casos de SG e 211.999 de SC, evidenciando uma prevalência quase duas vezes maior da forma gestacional. O aumento nos registros de SG reflete a necessidade de reforço das campanhas de testagem e a melhoria na notificação, mas a persistência da SC indica fragilidades no seguimento terapêutico e na atenção à gestante (DOS SANTOS VN e TRAVASSOS AGA, 2023).

CONCLUSÃO

A análise do perfil epidemiológico da sífilis em gestantes e da sífilis congênita em Goiás entre 2020 e 2024 evidencia a persistência da transmissão vertical, especialmente entre grupos vulneráveis, e revela falhas no sistema de vigilância, como subnotificação e registros incompletos, apesar da obrigatoriedade de notificação e da existência de protocolos eficazes. Para enfrentar esses desafios, é essencial investir em capacitação contínua dos profissionais de saúde, padronizar os instrumentos de notificação, realizar auditorias sistemáticas e ativar mecanismos de alerta imediato, garantindo diagnóstico precoce, tratamento adequado e um pré-natal de qualidade, fortalecendo assim o compromisso com a saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. AGÊNCIA BRASIL. 2021. Casos de sífilis no país somam 783 mil em uma década, revela pesquisa. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-10/casos-de-sifilis-no-pais-somam-783-mil-em-uma-decada-revela-pesquisa. Acessado em: 23 de maio de 2025.
2. AMANAJÁS ECA, et al. Perfil epidemiológico de sífilis na gestação no estado do Amapá, Amazônia, Brasil, entre 2018 e 2022. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, 2024; 9(1): 186-203.

3. AMORIM EKR, et al. Tendência dos casos de sífilis gestacional e congênita em Minas Gerais, 2009-2019: um estudo ecológico. Epidemiol. Serv. Saúde, 2021; 30(4): e2021128.
4. ARAUJO GA DOS S, et al. Spatio distribution and factors related to congenital syphilis in the brazilian northeast. Enferm glob, 2023; 22(69): 337-383.
5. BARROS LL, et al. Análise do número de casos de sífilis congênita relacionado à menor grau de escolaridade: Brasil, 2017-2021. Revista Feminina, 2023; 51(11): 95-168.
6. BEALE MA, et al. Global phylogeny of Treponema pallidum lineages reveals recent expansion and spread of contemporary syphilis. Nature Microbiology, 2021; 6: 1549–60.
7. BELO MM DE A, et al. Estimativa da subnotificação dos óbitos por sífilis congênita no Recife, Pernambuco, 2010-2016: relacionamento entre os sistemas de informações sobre mortalidade e de agravos de notificação. Epidemiol. Serv. Saúde, 2021; 30(3): e2020501.
8. BOWEN V, et al. Aumento na incidência de sífilis congênita - Estados Unidos, 2012-2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2015; 64(44): 1241-5.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude.pdf. Acessado em: 23 de maio de 2025.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sifilis/publicacoes/manual-tecnico-para-o-diagnostico-da-sifilis.pdf. Acessado em: 5 de junho de 2024.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis SRTVN. Boletim Epidemiológico Sífilis 2023 Número Especial. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023. Acessado em: 5 de junho de 2024.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view. Acessado em: 23 de maio de 2025.
13. BRASIL. Secretaria do Estado de Goiás. Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde. Gerência de Programas Especiais. Coordenação Estadual de IST/AIDS. Situação epidemiológica da sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita no Estado de Goiás. 2017. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/images/imagens_migradas/2019/03/boletimepidemiologicosifilis-2018.pdf. Acessado em 23 de agosto de 2025.
14. BRITO J DA S, et al. Sífilis: a história de um desafio atual. Revista Científica Online, 2019; 11(3).
15. CARNEIRO BF, et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis adquirida, no Brasil, no período de 2017 a 2021. Revista Eletrônica Acervo Científico, 2023; 43: e11823.
16. COSTA FMD, et al. A percepção feminina quanto à vulnerabilidade de se contrair DST/AIDS. Rev Univ Vale Rio Verde, 2014; 12(2): 880-89.
17. DA SILVA JG, et al. Sífilis Gestacional: Repercussões para a Puérpera. Cogitare Enfermagem, 2019; 24: 1045.
18. DE ANDRADE NGA, et al. Incidência de sífilis em gestantes entre 2019 e 2023 no brasil - um estudo transversal. Rease, 2024; 10(6): 1658-66.
19. DE ARAÚJO CL, et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública, 2012; 46(3): 479–86.
20. DE MACÊDO VC, et al. Sífilis na gestação: barreiras na assistência pré-natal para o controle da transmissão vertical. Cadernos Saúde Coletiva, 2020; 28(4): 518-28.
21. DOMINGUES CSB, et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis congênita e criança exposta à sífilis. Epidemiol Serv Saúde, 2021; 30(spe1): e2020597.

22. DOS SANTOS FILHO RC, et al. Situação clínico-epidemiológica da sífilis gestacional em Anápolis-go: uma análise retrospectiva. Cogitare Enferm, 2021; 26: e75035.
23. DOS SANTOS MM, et al. Impacto da pandemia de covid-19 na utilização de testes rápidos de sífilis na rede de atenção básica em saúde. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, 2022; 26(1): 102187.
24. DOS SANTOS VN, TRAVASSOS AGA. Sífilis gestacional e congênita: o panorama epidemiológico nacional de uma década. Braz J Infect Dis, 2023; 27(s1): 102812.
25. E SILVA SPC, et al. Saberes e representações de vulnerabilidade para DST/HIV/AIDS por jovens universitárias. IDonline, 2016; 10(31): 25-42.
26. FAVERO MLDC, et al. Sífilis congênita e gestacional: Notificação e Assistência Pré-natal. Archives of Health Sciences, 2022; 26(1): 2-8.
27. FESTA L, et al. Underreporting of unfavorable outcomes of congenital syphilis on the Notifiable Health Conditions Information System in the state of São Paulo, Brazil, 2007-2018. Epidemiologia E Serviços De Saúde, 2023; 32(2): e2022664.
28. FREITAS FLS, et al. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2021; 30(1): 4-5.
29. LUCIO AL, et al. Sífilis gestacional: um estudo ecológico sobre o panorama da sífilis em gestante do ano de 2009 a 2023 no Brasil. Brazilian Journal of Health Review, 2024; 7(4): e71843.
30. MELO ALS, et al. Percepção dos profissionais de saúde sobre os fatores associados à subnotificação no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan). Rev Adm Saúde, 2018; 18(71): 1-17.
31. MIRANDA AE, et al. A population-based survey of the prevalence of HIV, syphilis, hepatitis B and hepatitis C infections, and associated risk factors among young women in Vitoria, Brazil. *AIDS Behav*, 2008; 12(4): 25-31.
32. MOURA SLO, et al. Percepção de Mulheres Quanto a Sua Vulnerabilidade as Infecções Sexualmente Transmissíveis. Escola Anna Nery, 2021; 25(1): e20190325.
33. OLIVEIRA IM, et al. Diagnóstico, Tratamento e Notificação de Sífilis Durante a Gravidez no Estado de Goiás, Brasil, Entre 2007 e 2017. Revista de Saúde Pública, 2021; 55: 68.
34. PAVINATI G, et al. Temporal analysis of gestational and congenital syphilis indicators in Brazil: toward the elimination of vertical transmission by 2030?. Rev bras epidemiol, 2025; 28: e250028.
35. RAMOS AM, et al. Perfil epidemiológico da sífilis em gestantes no Brasil. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2022; 15(1): e9541.
36. RAMOS AN JR. 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, 2022; 38(5): PT069022.
37. SANTOS AA DE LS, et al. Sífilis congênita no estado da paraíba: análise de tendência temporal e fatores associados. Revista científica da escola estadual de saúde pública de goiás" cândido santiago", 2025; 11: 1-10.
38. SILVA IMD, et al. Perfil Epidemiológico da Sífilis Congênita. Revista de enfermagem UFPE online, 2019; 13(3): 604-13.
39. SOARES MAS, AQUINO R. Completude e caracterização dos registros de sífilis gestacional e congênita na Bahia, 2007-2017. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2021; 30(4): e202119.
40. THEEL ES, et al. Testes de Detecção Molecular e Direta para *Treponema pallidum* Subspecies *pallidum*: Uma Revisão da Literatura, 1964–2017. Doenças Infecciosas Clínicas, 2020; 71(1): 4-12.