

# SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS ADQUIRIDA, SÍFILIS EM GESTANTES E SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL, NA REGIÃO CENTRO- OESTE E NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 2013 A 2023

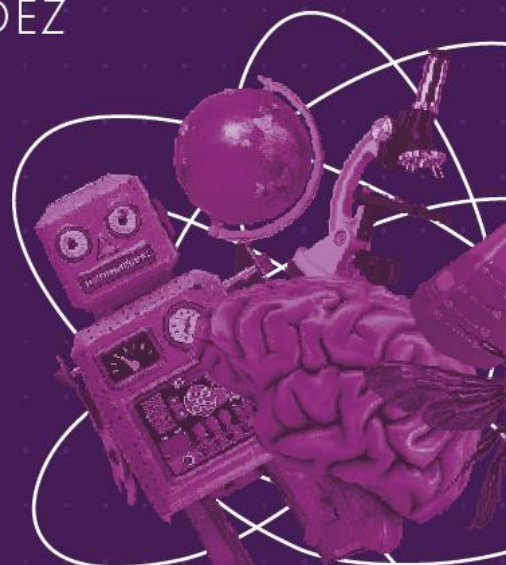
Professor orientador: Gerson Fernando Mendes  
Pereira (*in memoriam*)

Professora coorientadora: Fabiana Xavier Cartaxo  
Salgado

Alunas: Manuela Padula Jannuzzi Vianna e Mariana  
Marques Coelho

PROGRAMA DE  
INICIAÇÃO CIENTÍFICA  
PIC/CEUB

**RELATÓRIOS DE PESQUISA**  
VOLUME 10 Nº 1- JAN/DEZ  
**2024**



**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB  
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

**MANUELA PADULA JANNUZZI VIANNA  
MARIANA MARQUES COELHO**

**SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS ADQUIRIDA, SÍFILIS EM  
GESTANTES E SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL, NA REGIÃO CENTRO-OESTE  
E NO DISTRITO FEDERAL NO PERÍODO DE 2013 A 2023**

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pesquisa e Extensão.

Orientação: Gerson Fernando Mendes Pereira (*in memoriam*)

Coorientação: Fabiana Xavier Cartaxo Salgado

**BRASÍLIA  
2025**

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaríamos de expressar nossa profunda gratidão ao Prof. Dr. Gerson Fernando Mendes Pereira, médico dermatologista e epidemiologista, que dedicou mais de 40 anos de sua vida ao Serviço Único de Saúde (SUS), deixando um legado importante na saúde pública do Brasil e na docência do Centro Universitário de Brasília. Sua orientação, dedicação e apoio foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho.

## RESUMO

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica que demanda esforços contínuos e estratégicos para sua prevenção e controle. Embora a principal via de transmissão seja a sexual, a infecção também pode ser transmitida verticalmente, em qualquer fase da gestação ou durante o parto, resultando na sífilis congênita. Este estudo teve como objetivo descrever a evolução dos casos de sífilis no Brasil, com foco na região Centro-Oeste e no Distrito Federal, no período de 2013 a 2023, segundo características sociodemográficas e indicadores operacionais, a fim de propor estratégias de prevenção alinhadas à possibilidade de alcance da meta 3.3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030. Trata-se de uma pesquisa descritiva em que foram utilizados o Boletim Epidemiológico e o Painel de Indicadores e Dados Básicos de Sífilis, publicados pelo Ministério da Saúde. Como meios de fundamentação teórica, utilizaram-se as bases de dados PubMed e Scielo, por meio dos descritores “syphilis AND prevention”, “syphilis AND Brazil”, “acquired syphilis AND Brazil” e “syphilis AND history”. O estudo demonstrou que as taxas de detecção de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita mantiveram-se em crescimento em toda a série histórica no país. Apesar dos avanços na vigilância epidemiológica e da ampliação das coberturas de pré-natal, ainda persistem falhas na efetividade de importantes estratégias, contribuindo para a permanência da doença na comunidade. Destacam-se a utilização de outros esquemas terapêuticos ou mesmo ausência de tratamento da sífilis, além de cuidados pré-natais falhos e baixo percentual de alcance das parcerias sexuais das gestantes para efetivo tratamento. Logo, é imprescindível a implementação de políticas públicas mais eficazes, com foco na educação sexual precoce, fundamentada em uma abordagem centrada na pessoa e em suas práticas sexuais, e na capacitação contínua dos profissionais da atenção primária à saúde, visando o diagnóstico precoce e à assistência à saúde de qualidade. Os dados reforçam que o Brasil está cada vez mais distante de alcançar a meta estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU), que visa combater doenças como a sífilis. Esse cenário demanda ações mais assertivas e integradas para o controle da doença e a interrupção de seu ciclo de transmissão, que passa necessariamente pela qualificação do pré-natal. Cabe mencionar que o enfrentamento da sífilis como um desafio persistente à saúde pública no Brasil exige a integração de ações da vigilância em saúde, da atenção básica e de políticas intersetoriais, garantindo respostas mais resolutivas e efetivas no controle dessa doença.

**Palavras-chave:** sífilis; transmissão vertical; prevenção.

**SUMÁRIO**

<b>1</b>	<b>Introdução</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Fundamentação teórica</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Método</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>Resultados e discussão</b>	<b>13</b>
<b>5</b>	<b>Considerações finais</b>	<b>28</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>30</b>

## 1 Introdução

A sífilis constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Apesar de a doença ter sido descoberta há centenas de anos e suas formas de diagnóstico e tratamento serem amplamente conhecidas, a doença cresce exponencialmente em muitos países e desafia, principalmente, os serviços de atenção primária à saúde. Dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que mais de 6 milhões de pessoas com idade entre 15 e 49 anos são infectadas com sífilis a cada ano no mundo.<sup>1</sup>

A sífilis é uma infecção bacteriana sistêmica causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa de alta patogenicidade. Sua transmissão pode ocorrer de três formas: sexual, vertical ou sanguínea, sendo a transmissão sexual o modo predominante. Os sítios de inoculação da bactéria são, em geral, os órgãos genitais, contudo também é possível que sejam observadas manifestações extragenitais, como lábios, língua e áreas da pele com solução de continuidade.<sup>2</sup>

A transmissão da sífilis adquirida requer a presença de lesões, as quais passam despercebidas ou são confundidas com outras patologias, na maioria dos casos, principalmente em mulheres. Quando não tratada, a sífilis progride ao longo dos anos, podendo ser classificada em diferentes estágios: primária, secundária, latente e terciária. O contágio é maior nos estágios iniciais da infecção (sífilis primária e secundária), reduzindo gradualmente com a progressão da doença.<sup>2</sup>

A sífilis primária caracteriza-se por úlcera rica em treponemas, geralmente única e indolor, denominada “cancro duro”. Essa lesão ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca ou outros locais do tegumento) e é acompanhada de linfadenopatia regional. Em geral, pode durar de três a oito semanas e desaparecer independentemente do tratamento.<sup>2</sup>

A sífilis secundária, por sua vez, é marcada pela disseminação da bactéria pelo organismo, ocorrendo em média entre seis semanas e seis meses após a cicatrização do cancro. Suas manifestações podem durar entre quatro e doze semanas e consistem em pápulas palmoplantares, placas e condilomas planos, acompanhados de micropoliadenopatia. As lesões também desaparecem independentemente de tratamento, proporcionando falsa impressão de cura.<sup>2</sup>

Já a sífilis latente ocorre no período em que não se observam sinais e sintomas clínicos. Esse estágio é dividido em latente recente (até um ano de infecção) e latente tardio (mais de um ano de infecção). Na sífilis terciária, surgem sinais e sintomas após um período variável de latência, podendo surgir vários anos depois do início da infecção. As manifestações mais comuns são o acometimento dos sistemas nervoso e cardiovascular, além da formação de gomas sífilíticas na pele, nas mucosas, nos ossos ou em qualquer tecido.<sup>2</sup>

A transmissão vertical da doença pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou durante o parto, tendo como consequência a sífilis congênita. Vale ressaltar que a infecção fetal é influenciada pelo estágio clínico da doença na mãe e tempo de exposição do feto. A bactéria pode ser transmitida da gestante para o concepto por via transplacentária ou pelo contato direto com a lesão genital no momento do parto.<sup>2</sup>

A fim de eliminar diversas doenças, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu a meta 3.3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Essa meta visa, até 2030, acabar com as epidemias de Aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, além de combater hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis, incluindo a sífilis.<sup>3</sup> Para a sífilis congênita, a meta estabelecida para o ano de 2030 é alcançar  $\leq 0,5$  casos por 1.000 nascidos vivos, além de ter uma cobertura mínima de 95% de consultas de pré-natal e  $\geq 95\%$  de gestantes tratadas adequadamente para a sífilis.<sup>4</sup>

Portanto, o objetivo desta pesquisa foi descrever a situação epidemiológica da sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita no Brasil, na região Centro-Oeste e no Distrito Federal, no período de 2013 a 2023, segundo características sociodemográficas e indicadores operacionais, além de propor medidas efetivas de prevenção da doença, avaliando a possibilidade de alcance da meta 3.3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030.

## 2 Fundamentação teórica

A origem da sífilis é controversa. Existem duas hipóteses: a pré-colombiana e a colombiana. A primeira defende que a sífilis surgiu antes das viagens de Cristóvão Colombo às Américas. A hipótese colombiana, por sua vez, defende que os navegadores da frota de Colombo teriam levado a sífilis das Américas para a Europa, no ano de 1493. Independentemente de sua origem, a epidemia de sífilis já era uma realidade em toda a Europa no início do século XVI. Conhecida como a doença do outro, do estrangeiro, obteve diversos nomes ao longo dos anos. No Brasil, até o século XIX, utilizavam-se, principalmente, as expressões “mal venéreo”, “mal gálico” ou simplesmente “gálico”.<sup>5</sup>

O termo sífilis foi dado pelo escritor e médico italiano Girolamo Fracastoro, que em 1530 publicou a obra *Syphilis sive Morbus Gallicus*, na qual apresentou o nome da doença. Já o agente causador da sífilis, a bactéria *Treponema pallidum*, só foi descoberto em 1905 pelos alemães Fritz Richard Schaudinn, biólogo microbiologista, e pelo médico dermatologista Paul Erich Hoffmann.<sup>5</sup>

Anteriormente à descoberta da etiologia da sífilis, diversas “teorias” foram criadas na tentativa de justificar a sua ocorrência e origem. Uma delas era explicada pela astrologia. Outras associavam a doença como o resultado da relação sexual entre prostitutas e leprosos. Essas suposições, marcadas por crenças e preconceitos, quase sempre atribuíam a propagação da doença às mulheres. A sífilis era considerada um castigo aos pecados da carne, vinculando o feminino ao profano e à promiscuidade.<sup>5</sup>

Ao longo de todo o período, houve uma enorme busca por curas, envolvendo tanto terapêuticas naturais como sintéticas. A penicilina foi descoberta apenas em 1928 pelo médico britânico Alexander Fleming. Mais de uma década se passou até que o médico australiano Howard Florey e o bioquímico alemão Ernst Chain conseguissem isolar, purificar e fazer a caracterização química do antibiótico. O tratamento da sífilis foi, então, intensamente alterado em meados da década de 1940, quando a produção de penicilina obteve maiores rendimentos. Nos anos 1950, após alterações estruturais em sua molécula, surgiu a penicilina benzatina, ou benzetacil, que, desde então, é o medicamento de referência para o tratamento da sífilis em todo o mundo.<sup>5</sup>

A sífilis apresenta-se, na maioria de seus portadores, como assintomática. Quando os indivíduos infectados manifestam sinais e sintomas, muitas vezes não valorizam e não tratam, o que constitui um risco de evolução para estágios de gravidade

variados, podendo acometer diversos órgãos e sistemas do corpo. A presença de sinais e sintomas compatíveis com sífilis (primária, secundária e terciária) favorece a suspeição clínica. Entretanto, não há sinal ou sintoma patognomônico da doença. Portanto, para a confirmação do diagnóstico, é necessário solicitar testes diagnósticos.<sup>6</sup>

Nessa perspectiva, a fase evolutiva da infecção deve ser considerada para o diagnóstico da doença. Os testes imunológicos são os mais utilizados, classificados em testes não treponêmicos e testes treponêmicos.<sup>2</sup> Os testes não treponêmicos detectam anticorpos anticardiolipina não específicos para os antígenos do *T. pallidum*. Dentre eles, os mais comumente utilizados no Brasil são o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), o RPR (Rapid Plasma Reagin) e o USR (do inglês Unheated-Serum Reagin).<sup>6</sup>

Os testes não treponêmicos são indicativos de sífilis ativa, mas também são utilizados para seguimento terapêutico.<sup>2</sup> Tornam-se reagentes em cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença, são esperados baixos títulos.<sup>6</sup> Algumas pessoas podem apresentar esses testes persistentemente reagentes, em baixas titulações, após o tratamento, o que se considera cicatriz sorológica, quando descartada nova exposição de risco no período analisado.<sup>2</sup>

Os testes treponêmicos, por sua vez, detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos da bactéria. São os primeiros testes imunológicos a se tornarem reagentes, podendo ser utilizados como primeiro teste ou teste complementar. Na maioria dos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento e, por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento.<sup>6</sup>

Dentre os testes treponêmicos, incluem-se os testes rápidos, os testes de hemaglutinação, o teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs) e os ensaios imunoenzimáticos (como o ELISA). Os Testes Rápidos (TR) são os mais indicados para o início do diagnóstico, uma vez que são práticos e de fácil execução, com leitura do resultado em, no máximo, 30 minutos. Apresentam como vantagem a possibilidade de serem realizados no momento da consulta, permitindo o tratamento imediato.<sup>6</sup> Nesse contexto, o diagnóstico de sífilis exige a correlação de dados clínicos, de resultados de testes diagnósticos, de registro de infecções passadas e de tratamento e de investigação de risco.<sup>2</sup>

Quanto ao tratamento, a benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para a sífilis adquirida e em gestantes.<sup>2</sup> Esse é o único medicamento que evita a sífilis congênita, pois atravessa a barreira transplacentária e trata o feto intraútero.<sup>3</sup> Outras opções para não gestantes são a doxiciclina e ceftriaxona, que devem ser usadas somente em conjunto com um acompanhamento clínico e laboratorial rigoroso, para a garantia de resposta clínica e cura sorológica.<sup>6</sup>

O esquema terapêutico preferencial é com Benzilpenicilina benzatina (2,4 milhões UI, intramuscular). Na sífilis recente, é aplicada dose única. Já na sífilis tardia, a dose é semanal (durante 3 semanas). Para a neurosífilis (envolvimento do sistema nervoso central), a Penicilina G cristalina é o medicamento de escolha (18 a 24 milhões UI/dia, por via endovenosa), administrada em doses de 3 a 4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.<sup>2</sup> O tratamento da sífilis na gestação é considerado adequado quando realizado com esquema completo de benzilpenicilina benzatina, iniciado até trinta dias antes do parto. Caso as gestantes não se enquadrem nesse critério, são consideradas inadequadamente tratadas. Além disso, faz-se imprescindível o tratamento das parcerias sexuais, considerando a possibilidade de reinfecção.<sup>6</sup>

A sífilis congênita é consequência da transmissão vertical da bactéria da gestante para o conceito, principalmente por via transplacentária (ou, ocasionalmente, por contato direto com lesão no momento do parto), quando não ocorre o tratamento de forma adequada durante o pré-natal. Logo, a transmissão vertical pode ocorrer em qualquer fase da gestação e durante o parto, se estiver presente lesão genital materna.<sup>2</sup> A doença pode gerar severas consequências, como abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e morte do recém-nascido.<sup>6</sup>

Desse modo, o quadro clínico depende de diversos fatores, como o tempo de exposição fetal (duração da sífilis na gestante), o estágio clínico da doença, o tratamento da infecção materna e da coinfeção materna pelo HIV ou outra causa de imunodeficiência. Conforme a manifestação clínica tenha surgido antes ou depois dos dois primeiros anos de vida, a sífilis congênita é dividida em precoce ou tardia.<sup>2</sup>

A sífilis congênita precoce é caracterizada pelo surgimento de sinais e sintomas logo após o nascimento ou nos primeiros dois anos de vida. Mais da metade das crianças podem ser assintomáticas ao nascer ou ter sintomatologia discreta ou pouco específica,

o que dificulta o diagnóstico. Os principais sinais e sintomas são hepatomegalia, esplenomegalia, lesões cutâneas, anormalidades radiográficas dos ossos longos, febre, icterícia, anemia e trombocitopenia. Outras características clínicas consistem em petéquias, púrpura, síndrome nefrótica, edema, convulsão e meningite.<sup>2</sup>

A sífilis congênita tardia, por sua vez, caracteriza-se pelo surgimento de sinais e sintomas após os dois anos de idade da criança, geralmente devido à infecção por treponemas menos virulentos ou infecção materna de longa duração. Essa fase da doença é marcada pelo aparecimento de estigmas, que, em geral, resultam da cicatrização das lesões iniciais produzidas pelo treponema. As principais manifestações clínicas são tibia em “lâmina de sabre”, articulações de Clutton, fronte “olímpica”, nariz “em sela”, dentes incisivos medianos superiores deformados, mandíbula curta, perda auditiva sensorial e dificuldade de aprendizagem.<sup>2</sup>

Para se estabelecer o diagnóstico de sífilis congênita, é necessário associar critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais, com avaliação da história clínico-epidemiológica da mãe, do exame físico e dos resultados dos exames laboratoriais e radiológicos da criança. Os testes para auxiliar o diagnóstico da sífilis congênita são os mesmos daqueles descritos na sífilis adquirida, porém apresentam particularidades de indicação e interpretação. Em crianças de até 18 meses, somente os testes não treponêmicos são utilizados na prática clínica. Após os 18 meses, os testes treponêmicos também podem ser empregados.<sup>2</sup>

Nesse sentido, apesar de haver transferência passiva dos anticorpos (IgG) não treponêmicos da mãe para a criança, a titulação dos anticorpos permite presumir se estes são exclusivamente maternos ou se também foram produzidos pelo organismo da criança. Devem ser coletadas amostras de sangue periférico pareadas (do RN e da mãe) para comparação. Um resultado reagente no teste não treponêmico em crianças com menos de 18 meses de idade só tem significado clínico quando o título encontrado for maior do que o título materno em pelo menos duas diluições ou com qualquer diluição na presença de manifestações clínicas da sífilis congênita.<sup>2</sup>

Em relação à avaliação epidemiológica, consideram-se os fatores de risco materno-fetais associados à infecção congênita, por meio dos dados demográficos e do histórico materno, como a idade, a renda, a ocupação, o número de parceiros sexuais e o histórico de outras infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, também

avaliam-se características clínicas do recém-nascido, como o peso ao nascer e a idade gestacional. O baixo peso ao nascer e a prematuridade mostraram-se relacionados à maior chance de transmissão vertical. Nesse sentido, o diagnóstico precoce e o manejo adequado da sífilis, durante o pré-natal e no momento do parto, são essenciais para a prevenção da sífilis congênita e atenção clínica dos recém-nascidos expostos verticalmente à doença.<sup>7</sup>

O medicamento para o tratamento de crianças com sífilis congênita depende do tratamento materno durante a gestação, da titulação de teste não treponêmico da criança comparado ao materno e de exames clínicos e laboratoriais. Para as crianças com sífilis congênita que apresentem neurosífilis (devido à infecção do sistema nervoso central pelo *T. pallidum*), o medicamento de escolha é a benzilpenicilina cristalina. Na ausência de neurosífilis, a criança com sífilis congênita pode ser tratada com benzilpenicilina procaína fora da unidade hospitalar, por via intramuscular, ou com benzilpenicilina potássica/cristalina, por via intravenosa, na internação. A benzilpenicilina benzatina é uma opção terapêutica, porém seu uso é restrito a crianças cujas mães não foram tratadas ou foram tratadas de forma inadequada e que apresentem exame físico normal, exames complementares normais e teste não treponêmico não reagente ao nascimento.<sup>6</sup>

### 3 Método

Este estudo trata-se de uma análise descritiva acerca dos casos de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita no Brasil, na região Centro-Oeste e no Distrito Federal, no período de 2013 a 2023. Para a coleta dos dados analisados, foram utilizados o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), além do Boletim Epidemiológico e do Painel de Indicadores e Dados Básicos de Sífilis, publicados pelo Ministério da Saúde.

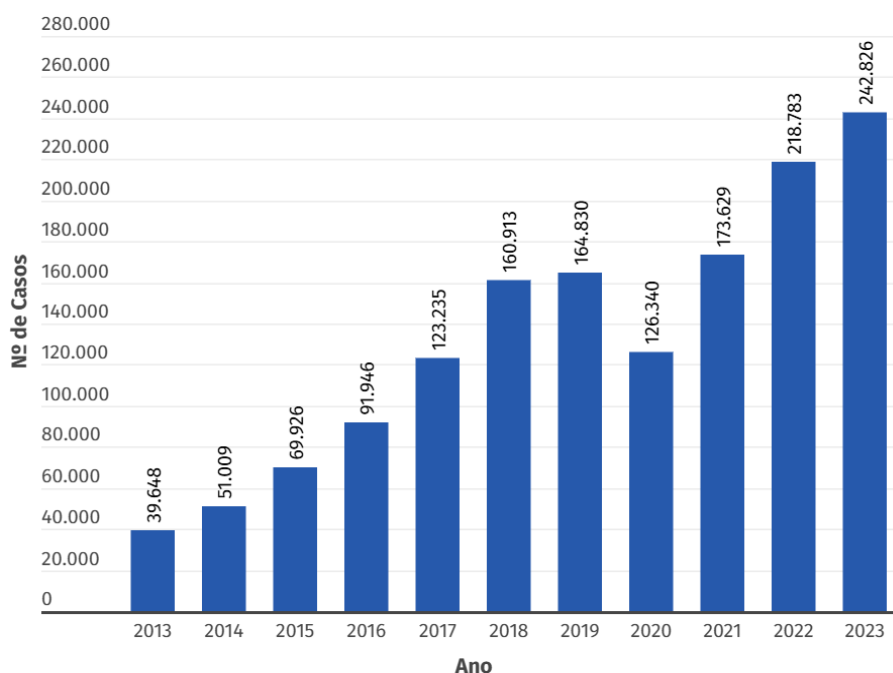
A análise foi conduzida a partir da construção de gráficos e tabelas, considerando aspectos epidemiológicos e sociodemográficos dos casos de sífilis, segundo ano de diagnóstico, sexo e faixa etária. Além disso, foram contemplados indicadores operacionais, incluindo idade gestacional, esquema de tratamento materno e realização de pré-natal.

Como meios de fundamentação teórica, utilizaram-se as bases de dados PubMed e Scielo, realizando a pesquisa por meio dos descritores: “syphilis AND prevention”, “syphilis AND Brazil”, “acquired syphilis AND Brazil” e “syphilis AND history”. Foram priorizados artigos publicados a partir de 2019, disponibilizados na íntegra e gratuitos. Excluíram-se os artigos que não contemplavam o tema, restando um total de 13 artigos. Cada fonte utilizada foi devidamente citada, respeitando integralmente os direitos autorais dos autores envolvidos.

#### 4 Resultados e discussão

A sífilis é um grande desafio de saúde pública no Brasil e no mundo. Atualmente, a região das Américas possui a maior incidência absoluta mundial, representando, em 2022, 42% de todos os novos casos globais. No Brasil, no período de 2013 a 2023, foram notificados 1.463.085 casos de sífilis adquirida. O Gráfico 1 mostra o número de casos da doença por ano de diagnóstico. Nessa perspectiva, houve um aumento crescente na taxa de detecção de sífilis adquirida em toda a série histórica, exceto em 2020, com declínio na taxa, decorrente da redução da capacidade diagnóstica durante a pandemia de Covid-19.<sup>8</sup>

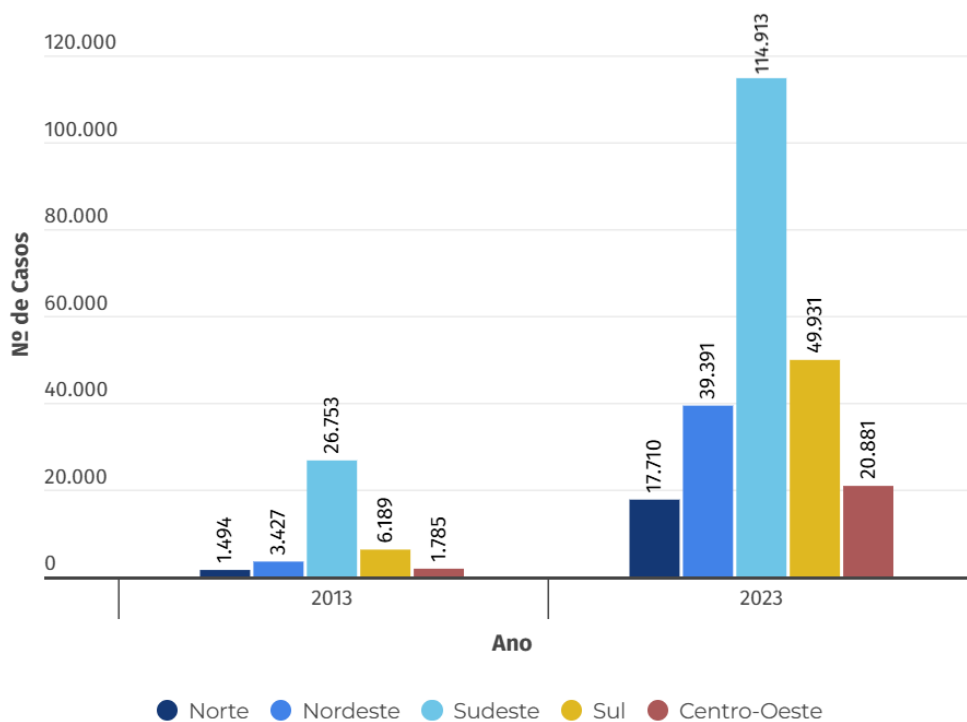
**Gráfico 1** - Casos de sífilis adquirida, por ano de diagnóstico. Brasil, 2013 a 2023.



Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, Sífilis 2024.

As taxas de detecção de sífilis adquirida alcançaram patamares superiores ao período pré-pandemia no país, com um aumento de 44%. No ano de 2019, a taxa correspondia a 78,9 casos por 100.000 habitantes, passando para 113,8, em 2023. De outro modo, ao analisar os casos de sífilis adquirida de acordo com as regiões do Brasil, observou-se que a região Sudeste ainda representa a maioria dos casos da doença, como evidencia o Gráfico 2, comparando os anos de 2013 e 2023.<sup>8</sup>

**Gráfico 2** - Casos de sífilis adquirida, segundo região. Brasil, 2013 e 2023



Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, Sífilis 2024.

Somente em 2023, foram notificados 242.826 casos de sífilis adquirida no país (Gráfico 1). Observaram-se 114.913 (47,3%) casos na Região Sudeste, 49.931 (20,6%) na Região Sul, 39.391 (16,2%) na Região Nordeste, 20.881 (8,6%) na Região Centro-Oeste e 17.710 (7,3%) na Região Norte (Gráfico 2).<sup>8</sup>

Na região Centro-Oeste, o número de casos cresceu 1.069%, passando de 1.785, em 2013, para 20.881, em 2023. Entre 2022 e 2023, o crescimento da taxa de detecção de sífilis adquirida nessa região foi de 25,7% (de 99,4 para 125 casos por 100.000 habitantes). Ao longo dos anos, o Distrito Federal também apresentou crescente aumento no número de casos de sífilis adquirida. Em 2013, foram notificados apenas 150 casos, alcançando 3.707 no ano de 2023. Entre 2022 e 2023, houve um aumento de 56% (de 76,5 para 119,8 casos por 100.000 habitantes). As taxas de detecção tanto da região Centro-Oeste quanto do Distrito Federal superaram a nacional em 2023, que correspondia a 113,8.<sup>8</sup>

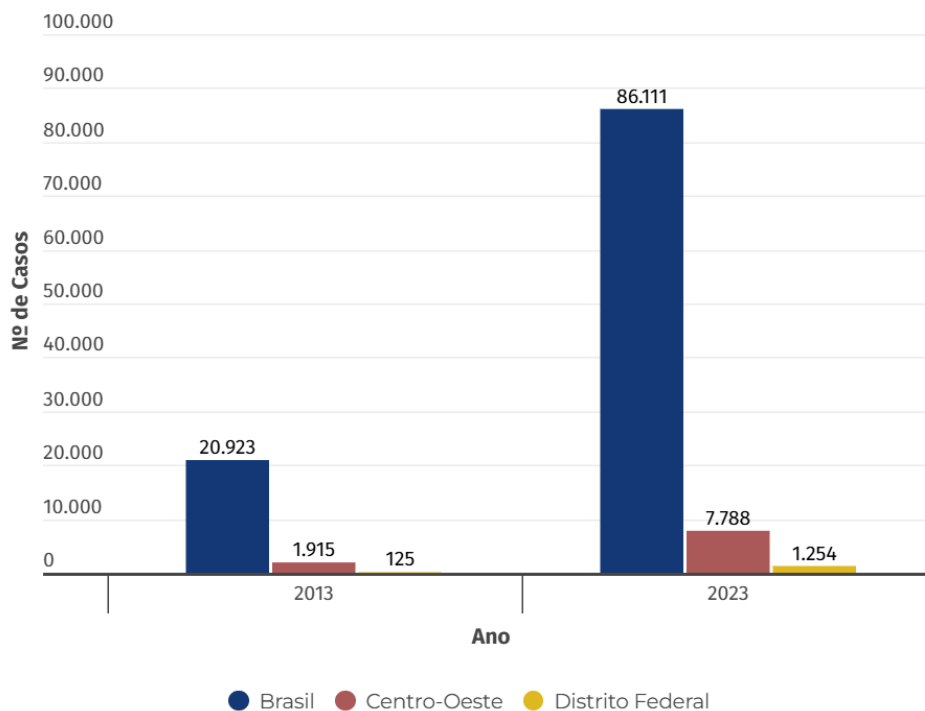
No Brasil, nesse período de 2013 a 2023, notificaram-se 887.880 (42,9%) casos de sífilis em homens e 1.182.365 (57,1%) em mulheres. Destas, 573.930 (48,5%) foram notificadas como sífilis adquirida e 608.435 (51,5%) como sífilis em gestantes. A razão

de sexos (M:F) passou de 0,6 (seis homens com sífilis para cada dez mulheres) em 2013, para 0,8 (oito homens para cada dez mulheres com sífilis) em 2023.<sup>8</sup>

Ao comparar os casos notificados como sífilis adquirida no Brasil de acordo com o sexo, nota-se que, em 2013, foram registrados 23.621 (59,6%) casos no sexo masculino e 16.018 (40,4%) no sexo feminino. Já em 2023, esses números alcançaram 147.659 (60,8%) e 94.919 (39%), respectivamente. Em ambos os sexos, a população entre 20 a 29 anos continua representando a maioria dos novos casos da doença.<sup>8</sup>

Quanto aos casos de sífilis em gestantes, a oportunidade da oferta do teste para sífilis no pré-natal/parto e a maior sensibilidade nos critérios de definição de casos contribuíram para o aumento da detecção da doença. As taxas de detecção de gestantes com sífilis têm mantido um crescimento constante. No Brasil, no período de 2013 a 2023, foram notificados 608.435 casos de sífilis em gestantes, sendo 49.607 na região Centro-Oeste e 6.846 no Distrito Federal. Somente em 2023, foram registrados 86.111 novos casos de sífilis em gestantes em todo o Brasil, sendo 7.788 casos na região Centro-Oeste e 1.254 no Distrito Federal (Gráfico 3).<sup>8</sup>

**Gráfico 3** - Casos de gestantes com sífilis. Brasil, Centro-Oeste e Distrito Federal, 2013 e 2023



Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, Sífilis 2024.

A maioria das gestantes notificadas com sífilis em 2023 encontrava-se na faixa etária de 20 a 29 anos, representando 60,1% dos casos (51.739). Além disso, cabe destacar o percentual de adolescentes (10 a 19 anos), que somaram 20% das notificações no mesmo ano.<sup>8</sup>

Em relação à idade gestacional no momento do diagnóstico, em 2023, cerca de 68,6% das gestantes com diagnóstico de sífilis foram identificadas no primeiro ou segundo trimestres da gestação, ou seja, em tempo oportuno para iniciar o tratamento e prevenir a transmissão vertical. No período de 2013 a 2023, notou-se uma tendência positiva com o aumento do percentual de gestantes cujo diagnóstico de sífilis foi realizado no primeiro trimestre, passando de 25,6% para 48,1%.<sup>8</sup>

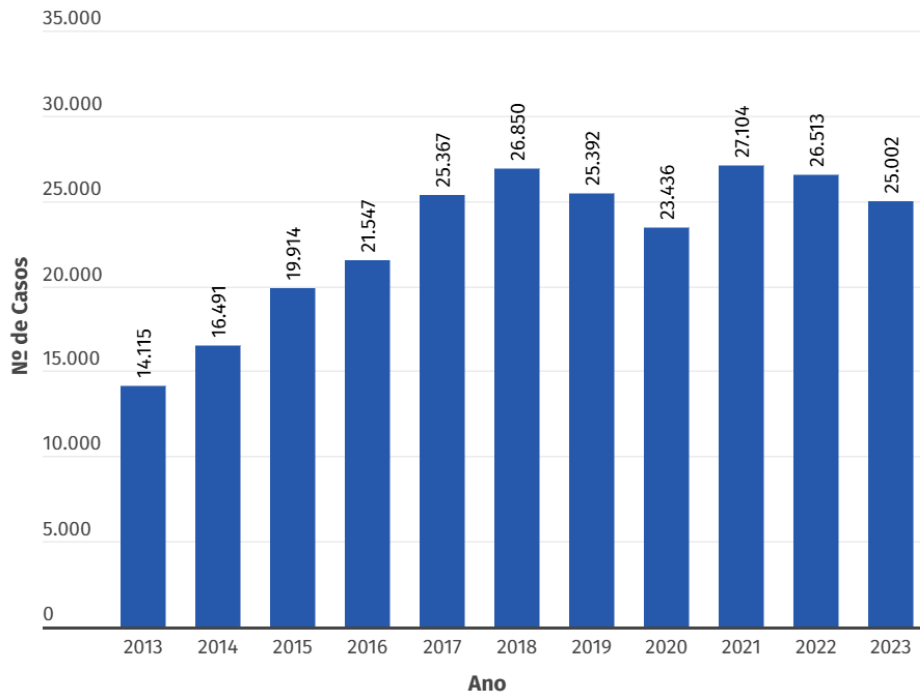
Quanto ao tratamento, em 2023, 83,2% dos casos tiveram prescrição correta de penicilina G benzatina para a forma clínica correspondente. Vale ressaltar que o uso de outros esquemas terapêuticos e a não realização de tratamento contribuem para a transmissão vertical da sífilis. Ao comparar os últimos anos, não houve alterações significativas no número de casos sem tratamento ou que receberam prescrições de outros medicamentos. Em 2022, 4.777 gestantes não realizaram tratamento para sífilis e 896 utilizaram outros esquemas terapêuticos. Assim, 5.673 gestantes deixaram de evitar a transmissão vertical da infecção. Já no ano de 2023, 4.837 gestantes não realizaram o tratamento e 824 utilizaram outros esquemas terapêuticos, somando 5.661 gestantes que deixaram de evitar a transmissão vertical.<sup>8</sup>

Abordando a parceria sexual da gestante com sífilis, tem-se observado baixo percentual de tratamento prescrito. Em 2023, apenas 35,1% das parcerias sexuais foram tratadas. Cabe mencionar que, quando a sífilis na parceria sexual não é identificada e tratada, a doença permanece na comunidade, expondo a gestante à reinfeção, caso não se utilizem preservativos. Com isso, é fundamental que gestantes e seus contatos sexuais sejam tratados.<sup>8</sup>

Ao analisar a sífilis congênita, nota-se que, no período de 2013 a 2023, foram notificados 251.731 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Em 2023, registraram-se 25.002 casos de sífilis congênita no Brasil, o que representa um aumento de 77,1% no número absoluto em comparação com o ano de 2013, com 10.887 casos a menos (Gráfico 4). Contudo, a taxa de incidência de sífilis congênita, que vinha apresentando aumento ao longo da série histórica, passou a demonstrar sinais de

estabilidade a partir de 2021 (10,1 casos por 1.000 nascidos vivos - NV) e, em 2023, revelou uma discreta redução, atingindo 9,9 casos por 1.000 NV.<sup>8</sup>

**Gráfico 4** - Casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. Brasil, 2013 a 2023

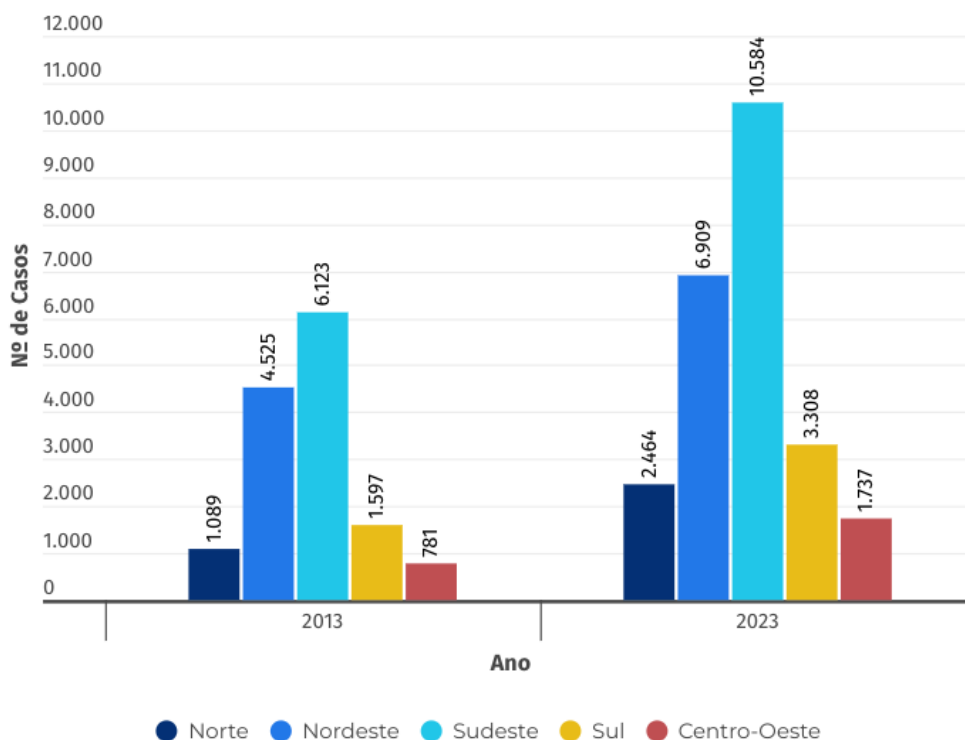


Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, Sífilis 2024.

Conforme evidenciado no Gráfico 5, a distribuição dos casos de sífilis congênita em 2013 concentrou-se na Região Sudeste (43,3%), seguida pela Região Nordeste (32,0%), Sul (11,3%), Norte (7,71%) e Centro-Oeste (5,53%). Em 2023, a distribuição seguiu o mesmo padrão, com a maioria dos casos concentrados na Região Sudeste (42,3%), seguida pelo Nordeste (27,6%), Sul (13,2%), Norte (9,9%) e Centro-Oeste (6,9%).<sup>8</sup>

**Gráfico 5** - Casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, segundo região.

Brasil, 2013 e 2023



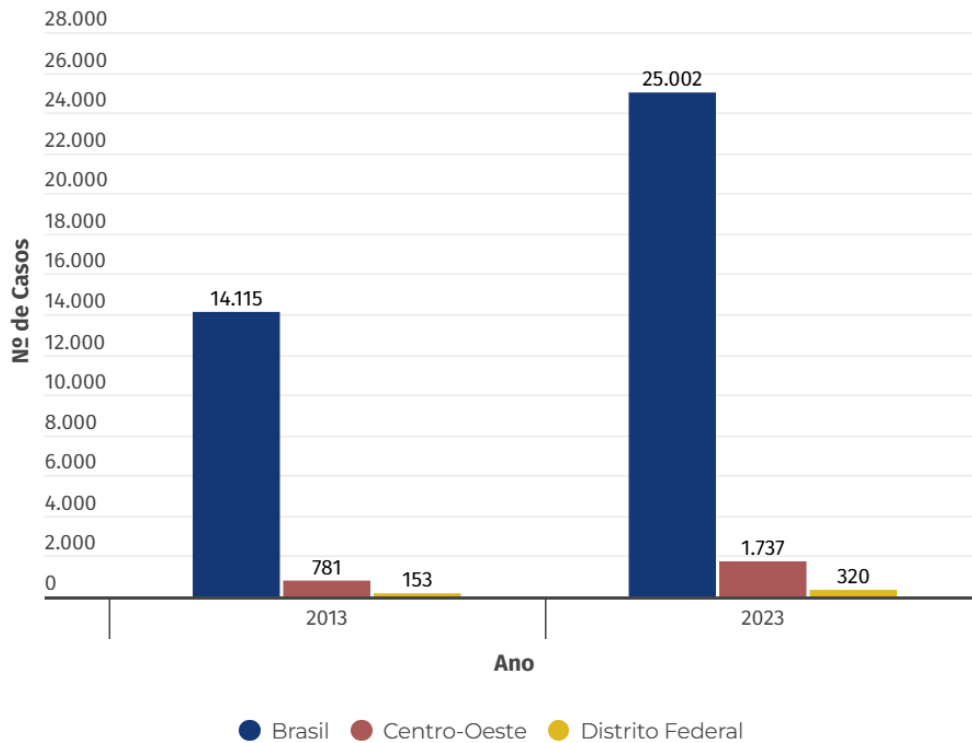
Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, Sífilis 2024.

Embora a Região Sudeste tenha registrado a maior taxa de incidência (11,0 casos/1.000 NV) em 2023, essa região apresentou um declínio de 7,6% em relação a 2022 (11,9 casos/1.000 NV). As Regiões Nordeste e Sul também registraram diminuições nas suas taxas de incidência, com quedas de 5,3% (de 10,4 para 9,8 casos/1.000 NV) e 4,5% (de 9,7 para 9,3 casos/1.000 NV) no mesmo período, respectivamente. Por outro lado, as Regiões Norte e Centro-Oeste mostraram aumento de 5,1% (de 8,3 para 8,7 casos/1.000 NV) e 3,4% (de 7,4 para 7,7 casos/1.000 NV), respectivamente, nas taxas de incidência entre 2022 e 2023, indicando que esses territórios podem exigir maior atenção e esforços para o controle da sífilis congênita.<sup>8</sup>

Em 2013, dos 14.115 casos de sífilis congênita registrados no Brasil, 781 ocorreram na região Centro-Oeste (3,3 casos/1.000 NV) e 153 (3,4 casos/1.000 NV) no Distrito Federal. Já em 2023, foram notificados 25.002 casos no Brasil, sendo 1.737 (7,7 casos/1.000 NV) na região Centro-Oeste e 320 (9,0 casos/1.000 NV) no Distrito Federal.

Assim, o Gráfico 6 mostra o aumento na incidência de sífilis congênita no Brasil, na região Centro-Oeste e no Distrito-Federal, comparando os anos de 2013 e 2023.<sup>8</sup>

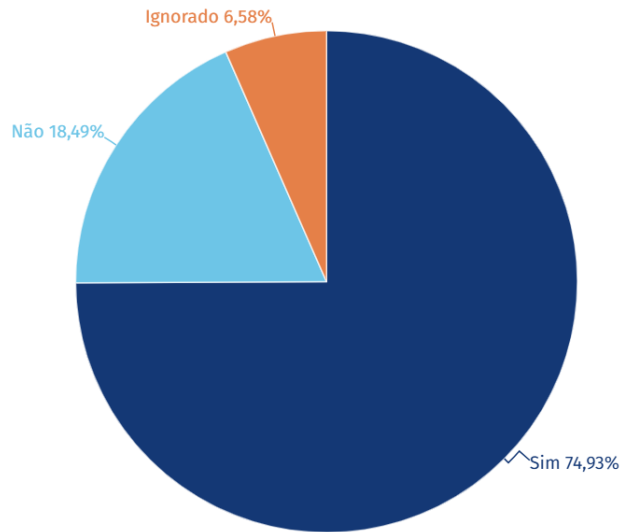
**Gráfico 6** - Casos de sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. Brasil, Centro-Oeste e Distrito Federal, 2013 e 2023



Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, Sífilis 2024.

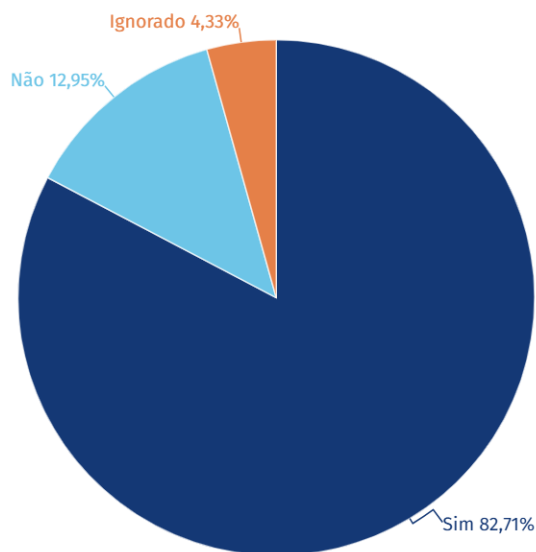
Ao analisar os casos de sífilis congênita de acordo com a realização de pré-natal, em 2013, foram notificados 10.576 casos em mães que realizaram o pré-natal, representando 74,9% dos casos no Brasil. Por outro lado, foram registrados 2.610 casos (18,49%) de sífilis congênita em mães que não realizaram o pré-natal (Gráfico 7). O ano de 2023, por sua vez, apresentou 20.680 casos (82,7%) em mães que realizaram o pré-natal e 3.239 casos (12,95%) em mães que não realizaram o pré-natal (Gráfico 8).<sup>8</sup>

**Gráfico 7** - Casos de sífilis congênita, segundo informação sobre realização de pré-natal. Brasil, 2013



Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, Sífilis 2024.

**Gráfico 8** - Casos de sífilis congênita, segundo informação sobre realização de pré-natal. Brasil, 2023

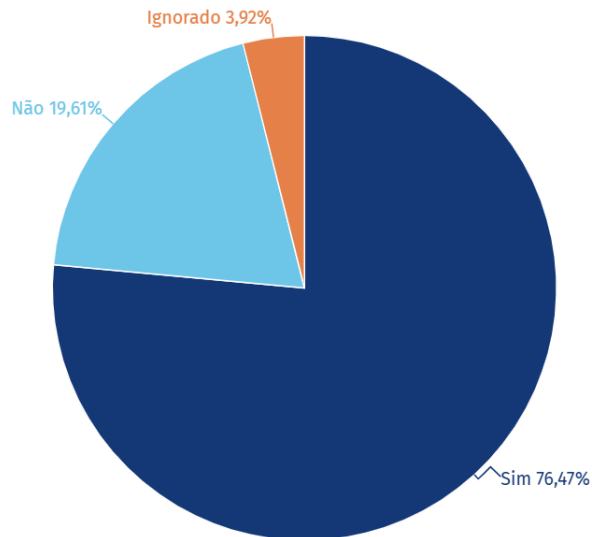


Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, Sífilis 2024.

Considerando apenas o Distrito Federal, em 2013, notificaram-se 117 casos de sífilis congênita (76,47%) em mães que realizaram o pré-natal e 30 casos (19,61%) em mães que não realizaram o pré-natal (Gráfico 9). Já em 2023, foram registrados 262

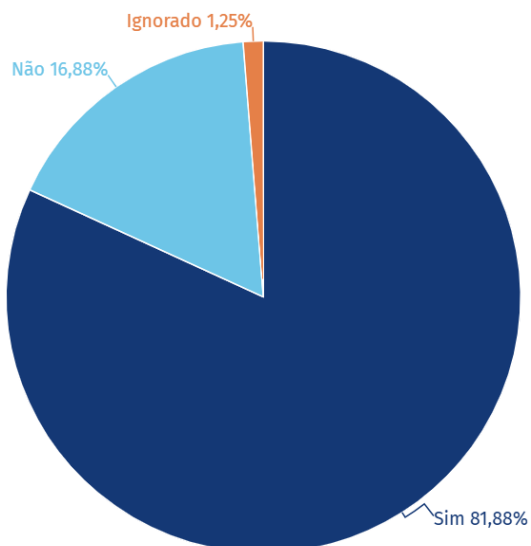
casos (81,88%) em mães que realizaram o pré-natal e 54 casos (16,88%) em mães que não realizaram o pré-natal (Gráfico 10).<sup>9</sup>

**Gráfico 9** - Casos de sífilis congênita, segundo informação sobre realização de pré-natal. Distrito Federal, 2013



Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos de Sífilis, 2025.

**Gráfico 10** - Casos de sífilis congênita, segundo informação sobre realização de pré-natal. Distrito Federal, 2023



Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos de Sífilis, 2025.

Desde 2016, o percentual de casos de sífilis congênita cujas mães realizaram pré-natal tem se mantido acima de 80%, alcançando 82,7% em 2023. Além disso, neste ano, em 60% dos casos de sífilis congênita, o diagnóstico da sífilis materna foi realizado durante o pré-natal, representando um importante aumento da porcentagem em relação ao ano de 2013 (45%). Entretanto, apesar das altas proporções de realização de pré-natal e de diagnóstico durante a gestação, essas medidas não foram suficientes para interromper a cadeia de transmissão da doença. Em 2023, 29,5% das mães foram diagnosticadas com sífilis no momento do parto ou da curetagem e 6,4% receberam o diagnóstico após o parto (Tabela 1).<sup>8</sup>

Considerando o esquema de tratamento materno, em 2023, 83,7% das mães de crianças com sífilis congênita tiveram tratamento inadequado ou não realizado, resultando na perda de oportunidades para evitar a transmissão vertical, apesar da elevada cobertura de pré-natal e da realização do diagnóstico durante a gestação (Tabela 1). Vale ressaltar que o tratamento materno, quando realizado de forma adequada, é fundamental para prevenir a sífilis congênita. Esse tratamento envolve o uso da penicilina G benzatina, iniciado até 30 dias antes do parto; a conclusão do esquema terapêutico completo, conforme o estágio clínico da infecção; e o respeito ao intervalo recomendado entre as doses.<sup>8</sup>

**Tabela 1** - Casos de sífilis congênita, segundo características da mãe. Brasil, 2013 e 2023

	2013	%	2023	%
<b>Momento do diagnóstico de sífilis materna</b>				
Durante o pré-natal	6.348	45,0	15.012	60,0
No momento do parto/ curetagem	5.471	38,8	7.380	29,5
Após o parto	1.491	10,6	1.601	6,4
Não realizado	98	0,7	203	0,8
Ignorado	707	5,0	806	3,2
Total	14.115	100,0	25.002	100,0
<b>Esquema de tratamento materno</b>				
Adequado	326	2,3	1.320	5,3
Inadequado	8.145	57,7	13.033	52,1
Não realizado	3.941	27,9	7.886	31,5
Ignorado	1.703	12,1	2.763	11,1
Total	14.115	100,0	25.002	100,0

Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, Sífilis 2024.

No Distrito Federal, de acordo com a Tabela 2, a maior parte dos casos de sífilis congênita também ocorreu em gestantes cujo diagnóstico de sífilis foi realizado ainda durante o pré-natal, tanto em 2013 quanto em 2023, representando 56,2% e 67,5%, respectivamente. Por outro lado, em 2013, 28,8% das mães foram diagnosticadas com sífilis no momento do parto ou da curetagem e 10,5% receberam o diagnóstico após o parto. Já em 2023, essas porcentagens foram reduzidas para 28,1% e 2,5%, respectivamente. Contudo, mesmo com a maioria das mães tendo recebido o diagnóstico de sífilis oportunamente durante o pré-natal, somente 2% receberam o tratamento adequado em 2013 e 4,4% em 2023, evidenciando falhas na prevenção da transmissão vertical (Tabela 2).<sup>9</sup>

**Tabela 2** - Casos de sífilis congênita, segundo características da mãe. Distrito Federal, 2013 e 2023

	2013	%	2023	%
<b>Momento do diagnóstico de sífilis materna</b>				
Durante o pré-natal	86	56,2	216	67,5
No momento do parto/ curetagem	44	28,8	90	28,1
Após o parto	16	10,5	8	2,5
Não realizado	2	1,3	3	0,9
Ignorado	5	3,3	3	0,9
Total	153	100,0	320	100,0
<b>Esquema de tratamento materno</b>				
Adequado	3	2,0	14	4,4
Inadequado	93	60,8	166	51,9
Não realizado	53	34,6	137	42,8
Ignorado	4	2,6	3	0,9
Total	153	100,0	320	100,0

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos de Sífilis, 2025.

Para monitorar a transmissão vertical da sífilis, é essencial avaliar o percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes, além da taxa de evitabilidade da sífilis congênita [% de evitabilidade = 1 - (número de casos de sífilis congênita em menores de um ano/número de casos de sífilis em gestantes)]. Esses dados auxiliam tanto nos processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas, como também revelam a capacidade de detecção de casos em gestantes no

momento adequado, para iniciar o tratamento oportuno e reduzir significativamente a probabilidade de transmissão vertical da sífilis.<sup>8</sup>

Conforme a Tabela 3, em 2023, no Brasil, o percentual de evitabilidade da sífilis congênita foi de 71%, com a Região Centro-Oeste apresentando o maior valor (77,7%). O Distrito Federal, por sua vez, apresentou uma taxa de 74,5%. Tais percentuais indicam que muitos casos de sífilis congênita foram evitados com sucesso. Porém, ainda há falhas evitáveis no cuidado com gestantes com sífilis, reforçando a necessidade de melhoria do cuidado pré-natal, especialmente na prevenção da transmissão vertical da sífilis, visto que, em 2023, a maioria das mães de crianças com sífilis congênita recebeu tratamento inadequado ou não realizou tratamento, como já abordado na Tabela 2.<sup>9</sup>

**Tabela 3** - Percentual de casos de sífilis congênita em relação ao total de casos de sífilis em gestantes e taxa de evitabilidade. Brasil, Centro-Oeste e Distrito Federal, 2023

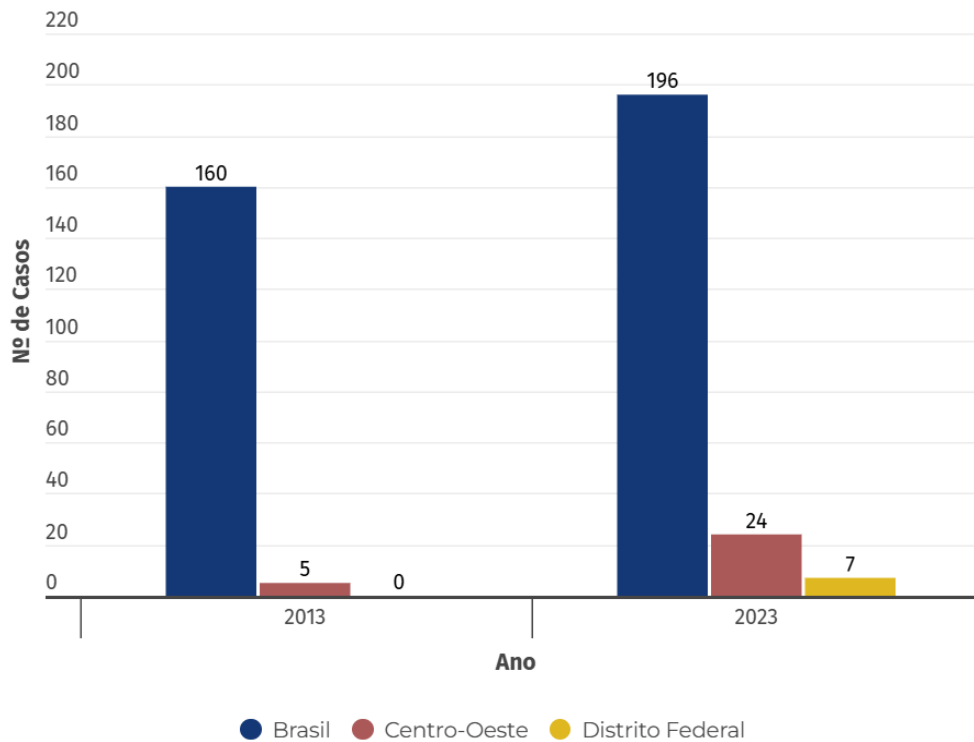
<b>Brasil</b>	
Casos de sífilis congênita	25.002
Casos de sífilis em gestantes	86.111
Percentual	29,0
Taxa de evitabilidade	71,0
<b>Centro-Oeste</b>	
Casos de sífilis congênita	1.737
Casos de sífilis em gestantes	7.788
Percentual	22,3
Taxa de evitabilidade	77,7
<b>Distrito Federal</b>	
Casos de sífilis congênita	320
Casos de sífilis em gestantes	1.254
Percentual	25,5
Taxa de evitabilidade	74,5

Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos de Sífilis, 2025.

Nesse sentido, a baixa proporção de gestantes tratadas adequadamente contribui diretamente para desfechos graves, como óbitos decorrentes da sífilis congênita. O Gráfico 11 mostra um aumento do número de óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano de idade entre 2013 e 2023, tanto no Brasil, quanto na Região

Centro-Oeste e no Distrito Federal. No Brasil, os óbitos por sífilis congênita cresceram 22,5% e, na região Centro-Oeste, 380%. No Distrito Federal, enquanto não se registrou nenhum óbito em 2013, ocorreram 7 óbitos em 2023.<sup>9</sup>

**Gráfico 11** - Óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano de idade. Brasil, Centro-Oeste e Distrito Federal, 2013 e 2023



Fonte: Ministério da Saúde. Indicadores e Dados Básicos de Sífilis, 2025.

A OMS estima que a ocorrência de sífilis complique um milhão de gestações por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças.<sup>6</sup> Por se tratar de uma doença passível de ser prevenida, é de extrema importância monitorar o perfil epidemiológico da sífilis, no intuito de identificar os casos e subsidiar ações de prevenção e controle, considerando também a transmissão vertical da doença, a fim de interromper a cadeia de transmissão para eliminação da sífilis congênita.<sup>2</sup>

O aumento constante no número de casos de sífilis adquirida e sífilis em gestantes no Brasil pode ser atribuído, em parte, à elevação nos números de testagem, em razão da disseminação dos testes rápidos, mas também à diminuição do uso de preservativos e ao tratamento ineficaz na Atenção Básica.<sup>6</sup> A tendência da sífilis

adquirida pode indicar um aumento mais expressivo da sífilis na gestação nos próximos anos. Portanto, ampliar os investimentos em prevenção e promoção da saúde deve ser prioridade, melhorando a qualidade de atenção à gestação e o direcionamento do atendimento à população com comportamentos de risco.<sup>10</sup>

Um dos pilares das ações de controle da sífilis adquirida é o incentivo contínuo a atividades educativas para todas as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).<sup>11</sup> Dessa forma, a Prevenção Combinada associa diferentes ações de prevenção às ISTs e seus fatores associados. Nessa estratégia, destacam-se a testagem regular, a prevenção da transmissão vertical, o diagnóstico e o tratamento de pessoas com IST e o uso de preservativos.<sup>6</sup> Logo, além da promoção do sexo seguro com base no uso do preservativo, outras medidas de prevenção são importantes e complementares às práticas sexuais protegidas.<sup>11</sup>

Estudos mostram uma queda no uso de preservativos em relações sexuais casuais nos últimos anos, reforçando a necessidade de educação sexual, principalmente para a população mais jovem. Vale ressaltar que a ausência ou insuficiência de políticas públicas é outro fator de propagação da sífilis, cuja notificação é compulsória. A principal função da notificação de doenças é fornecer uma base para a implementação de políticas de saúde pública que promovam, protejam e controlem a saúde da população.<sup>12</sup>

O diagnóstico precoce da doença deve ser incentivado por meio da ampliação da oferta de testes rápidos no sistema público de saúde. Além disso, é de suma importância que os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na atenção primária, recebam capacitação contínua para o diagnóstico precoce, o tratamento correto, o acompanhamento adequado e a notificação dos casos de sífilis.<sup>11</sup> Recomenda-se o rastreio universal da sífilis durante a gravidez, para permitir o diagnóstico precoce e o tratamento subsequente, prevenindo resultados adversos no parto. Também, deve ser feita uma revisão completa do histórico médico e obstétrico materno para o reconhecimento precoce do risco da infecção perinatal por sífilis, além da avaliação sorológica.<sup>13</sup>

Dessa forma, destaca-se a necessidade de intervenções direcionadas para a expansão do acesso aos cuidados, além da conexão entre as ações de prevenção e tratamento e a implementação de estratégias voltadas à educação sexual precoce, para

que também se estabeleça um cuidado eficaz envolvendo os parceiros,<sup>14</sup> visto que o tratamento de contatos sexuais é um importante contribuinte para interromper a cadeia de transmissão da sífilis.<sup>15</sup> Assim, diagnósticos melhorados e acessíveis, protocolos para testagem de rotina de sífilis durante a gestação e garantia de fácil acesso ao tratamento adequado consistem em importantes medidas para identificação, tratamento e acompanhamento dos potenciais casos de sífilis.<sup>16</sup>

Dentre os fatores que contribuem para os desafios da eliminação da transmissão vertical da doença, destacam-se a falta de acesso a cuidados pré-natais de qualidade, com diagnóstico, tratamento e acompanhamento adequados durante a gestação, além da sensibilização e identificação da sífilis congênita.<sup>16</sup> Tais desafios ainda devem ser superados para implementar as diretrizes do Ministério da Saúde, de modo que os sistemas de saúde possam oferecer o cuidado adequado a todos os pacientes.<sup>17</sup>

Nesse sentido, o Ministério da Saúde adotou estratégias para o aprimoramento da vigilância da sífilis em gestantes, por meio da ampliação do acesso e da oferta dos testes rápidos para diagnóstico e rastreio de sífilis, os quais são de fácil execução e podem ser realizados durante as consultas pré-natal.<sup>18</sup> Cabe mencionar que o diagnóstico e o tratamento da sífilis devem ocorrer o mais precocemente possível, evitando, assim, a exposição prolongada do bebê ao agente causador da doença.<sup>19</sup> Com isso, todas as gestantes devem ser testadas para sífilis na primeira consulta de pré-natal, idealmente no primeiro trimestre, no início do terceiro trimestre (a partir da 28ª semana) e no momento do parto, em caso de abortamento, exposição de risco e violência sexual.<sup>2</sup>

Portanto, para o controle da sífilis adquirida, ressalta-se a necessidade de realização da abordagem centrada na pessoa e em suas práticas sexuais, uso de preservativos, testagem para ISTs, orientação quanto ao tratamento adequado do paciente e de suas parcerias sexuais. Essas práticas impactam significativamente na transmissão da doença, influenciando também na redução do número de casos de sífilis em gestantes e sífilis congênita.<sup>2</sup>

## 5 Considerações finais

A sífilis possui expressiva tendência de crescimento em suas diferentes formas tanto no Brasil como um todo, quanto na região Centro-Oeste e no Distrito Federal, com grande risco à saúde pública. A doença atinge diferentes populações, reforçando a necessidade de medidas mais efetivas e integradas nos serviços de saúde. Assim, essa pesquisa teve como objetivo descrever a evolução dos casos de sífilis no Brasil, com foco na região Centro-Oeste e no Distrito Federal, propondo estratégias de prevenção alinhadas à possibilidade de alcance da meta 3.3 dos ODS.

Em resumo, pode-se concluir que as taxas de detecção de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e sífilis congênita mantiveram-se em crescimento em toda a série histórica. A doença prevalece no sexo feminino, ao considerar conjuntamente a sua forma adquirida e em gestantes, e na população entre 20 a 29 anos, com a maioria dos novos casos em ambos os sexos. Mesmo com avanços na vigilância epidemiológica, incluindo testagens diagnósticas, essas medidas não foram suficientes para interromper a cadeia de transmissão da doença.

Os resultados mostram que, apesar da ampliação das coberturas de pré-natal e do diagnóstico oportuno em gestantes, ainda são observadas falhas no tratamento adequado da sífilis, como a utilização de outros esquemas terapêuticos ou mesmo a não realização de tratamento, contribuindo para a transmissão vertical da doença e graves desfechos neonatais. Além disso, os dados evidenciam baixo percentual de tratamento prescrito para a parceria sexual de gestantes com sífilis, o que favorece a reinfecção e permanência da doença na comunidade.

Nesse contexto, vale ressaltar que a sífilis congênita é evitável, desde que o cuidado seja eficaz. Por mais que os resultados mostrem sinais de estabilidade nos últimos anos, ainda se destacam falhas no sistema de saúde, como a falta de acesso a cuidados pré-natais de qualidade, o diagnóstico tardio e o tratamento inadequado de gestantes e parcerias sexuais. Esses fatores são importantes contribuintes para os desafios da eliminação da sífilis congênita no país, cujas taxas de incidência ainda se encontram bem acima da meta estabelecida pela ONU até 2030.

Para a mudança desse cenário, diversas estratégias são fundamentais, a fim de reduzir os casos de sífilis no país. Assim, faz-se necessária a implementação de políticas públicas que reforcem a educação sexual precoce e abordagem centrada na pessoa e

em suas práticas sexuais, incentivando o uso de preservativos e a testagem para ISTs. Além disso, é importante focar na capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para o diagnóstico precoce e acompanhamento adequado, com tratamento correto do paciente e de suas parcerias sexuais, além de uma assistência pré-natal de qualidade.

Portanto, ampliando os investimentos em prevenção e promoção da saúde, essas medidas impactarão na redução do número de casos de sífilis adquirida e em gestantes e, conseqüentemente, na transmissão vertical da doença. Cabe mencionar que o enfrentamento da sífilis como um desafio persistente à saúde pública no Brasil exige a integração de ações da vigilância em saúde, da atenção básica e de políticas intersetoriais, garantindo respostas mais resolutivas e efetivas no controle da doença.

## REFERÊNCIAS

1. Santos MM, Rosendo TMS, Lopes AKB, Roncalli AG, Lima KC. Weaknesses in primary health care favor the growth of acquired syphilis. *PLoS Negl Trop Dis* [Internet]. 2021 Feb 5 [citado 2024 out 3];15(2):e0009085. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7891733/>
2. Ministério da Saúde (BR). Guia de vigilância em saúde. 6. ed. Vol. 2 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado 2024 mar 30]. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_saude\\_v2\\_6ed.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_v2_6ed.pdf)
3. Organização das Nações Unidas (ONU). Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável [Internet]. 2015 [citado 2024 abr 5]. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis. 1. ed. rev. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado 2024 abr 12]. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/suplemento\\_guia\\_eliminao\\_tv\\_sif\\_final.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/suplemento_guia_eliminao_tv_sif_final.pdf/view)
5. Silva RRC, Filgueiras CAL. A química e a sífilis: um percurso histórico. *Quím Nova* [Internet]. 2024 Mar 11 [citado 2024 out 7];47:e. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/qn/a/L5whzmxPJyJhxnWvWbnBMgp/?lang=pt>
6. Ministério da Saúde (BR). Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 2024 abr 13]. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022\\_isbn-1.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view)
7. Pascoal LB, Viana E, Henriques B, Vieira CC, Rezende LG, Silveira B, et al. Maternal and perinatal risk factors associated with congenital syphilis. *Trop Med Int Health* [Internet]. 2023 May 8 [citado 2024 nov 15];28(6):442–53. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.13881>
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim epidemiológico – sífilis 2024 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado 2025 jan 6]. Disponível em: [https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim\\_sifilis\\_2024\\_e.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_sifilis_2024_e.pdf/view)
9. Ministério da Saúde (BR). Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Indicadores e dados básicos de sífilis [Internet]. 2025 [citado 2025 jun 24]. Disponível em: <https://indicadoressifilis.aids.gov.br/>

10. Santos MM, Lopes AKB, Roncalli AG, Lima KC. Trends of syphilis in Brazil: a growth portrait of the treponemic epidemic. PLoS One [Internet]. 2020 [citado 2025 jul 15];15(4):e0231029. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7145144/>
11. Talhari C, Arriel K, Serra MS, Veasey JV. Acquired syphilis: update on clinical, diagnostic and therapeutic aspects. An Bras Dermatol [Internet]. 2025 Apr 10 [citado 2025 jul 15]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12234196/>
12. Garbin AJI, Martins RJ, Belila N de M, Exaltação SM, Garbin CAS. Reemerging diseases in Brazil: sociodemographic and epidemiological characteristics of syphilis and its under-reporting. Rev Soc Bras Med Trop [Internet]. 2019 [citado 2025 jul 15];52:e20180226. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsbmt/a/LzmFtpVpnH5NsfKNmbstt4s/?lang=en>
13. Salomè S, Cambriglia MD, Montesano G, Capasso L, Raimondi F. Congenital syphilis: a re-emerging but preventable infection. Pathogens [Internet]. 2024 Jun 6 [citado 2025 jul 16];13(6):481. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11206692/>
14. Almeida L, Guimarães DC, Sarkis DJ, Gabriel TT, Delgado CS, Campos L, et al. Factors associated with women diagnosed with syphilis who received prenatal care in a primary healthcare unit. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2023 [citado 2025 jul 15]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10010254/>
15. Stafford I, Workowski KA, Bachmann LH. Syphilis complicating pregnancy and congenital syphilis. N Engl J Med [Internet]. 2024 Jan 18 [citado 2025 jul 16];390(3):242–53. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11804940/>
16. Gilmour LS, Walls T. Congenital syphilis: a review of global epidemiology. Clin Microbiol Rev [Internet]. 2023 [citado 2024 abr 25];36(2):e0012622. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10283482/>
17. Benedetti KCSV, Ribeiro ADC, Queiroz JHFS, Melo ABD, Batista RB, Delgado FM, et al. High prevalence of syphilis and inadequate prenatal care in Brazilian pregnant women: a cross-sectional study. Am J Trop Med Hyg [Internet]. 2019 [citado 2025 jul 15];101(4):761-766. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6779194/>
18. Paula MA, Simões LA, Mendes JC, Vieira EW, Matozinhos FP, Silva TMR. Diagnóstico e tratamento da sífilis em gestantes nos serviços de Atenção Básica. Cien Saude Colet [Internet]. 2022 [citado 2024 abr 12];27(8):3331–40. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.05022022>
19. Rocha AFB, Araújo MAL, Barros VL, Américo CF, Silva Júnior GB. Complications, clinical manifestations of congenital syphilis, and aspects related to its prevention: an integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 [citado 2024 abr 25];74(4):e20190318. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0318>