Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação — REASE

doi.org/10.51891/rease.v12i11.32112

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DO TOCANTINS NO ANO DE 2024

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF CONGENITAL SYPHILIS IN THE STATE OF TOCANTINS IN 2024

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA SÍFILIS CONGÉNITA EN EL ESTADO DE TOCANTINS EN 2024

Andrea Khrisman Santos Feitosa[1]
Heitor Rodrigues Vaz[2],
Marco Thúlio Queiroz Monteiro[3]
Marcelo Feitosa Batista Gomes[4]
Luís Fernando Castagnino Sesti[5]

RESUMO: Esse artigo buscou descrever o perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado do Tocantins em 2024. Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal, desenvolvido com dados secundários do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Foram analisadas frequências absolutas e relativas das características maternas, da assistência pré-natal, do diagnóstico, da classificação, da evolução e da distribuição territorial dos casos. Foram identificados 419 registros, dos quais 412 foram classificados como sífilis congênita recente, resultando em incidência de 18,8 casos por 1.000 nascidos vivos. Predominaram diagnósticos realizados até o sexto dia de vida, mães entre 20 e 24 anos e com ensino médio completo. Embora 90,9% tenham realizado pré-natal, 27,0% receberam o diagnóstico somente no parto ou na curetagem e 50,1% dos registros não informavam o ano de início do tratamento materno. As notificações concentraram-se na região de saúde Capim Dourado e no município de Palmas. Conclui-se que a sífilis congênita permanece elevada no Tocantins, revelando fragilidades na qualidade do pré-natal, no tratamento oportuno e no preenchimento das notificações.

Palavras-chave: Sífilis congênita. Epidemiologia. Transmissão vertical.

[1] Discente do curso Medicina na Afya Faculdade de Ciências Médicas de Palmas.
[2] Discente do curso Medicina na Afya Faculdade de Ciências Médicas de Palmas.
[3] Discente do curso Medicina na Afya Faculdade de Ciências Médicas de Palmas.
[4] Discente do curso Medicina na Afya Faculdade de Ciências Médicas de Palmas.
[5] Doutorado em Genética e Biologia Molecular, Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Docente da Afya Faculdade de Ciências Médicas de Palmas.

ABSTRACT: This article aimed to describe the epidemiological profile of congenital syphilis in the state of Tocantins in 2024. This was an epidemiological, descriptive, cross-sectional study based on secondary data obtained from the Brazilian Information System for Notifiable Diseases and the Live Birth Information System. Absolute and relative frequencies were used to analyze maternal characteristics, prenatal care, diagnosis, case classification, clinical outcomes, and territorial distribution. A total of 419 records were identified, of which 412 were classified as recent congenital syphilis, resulting in an incidence of 18.8 cases per 1,000 live births. Diagnoses made within the first six days of life, mothers aged 20 to 24 years, and mothers who had completed secondary education predominated. Although 90.9% attended prenatal care, 27.0% were diagnosed only at delivery or curettage, and 50.1% of the records did not report the year in which maternal treatment began. Notifications were concentrated in the Capim Dourado health region and in the municipality of Palmas. It was concluded that congenital syphilis remains highly prevalent in Tocantins, revealing weaknesses in the quality of prenatal care, timely treatment, and completeness of notification records.

Keywords: Congenital syphilis. Epidemiology. Vertical transmission.

RESUMEN: Este artículo tuvo como objetivo describir el perfil epidemiológico de la sífilis congénita en el estado de Tocantins durante 2024. Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo y transversal, basado en datos secundarios del Sistema de Información de Agravios de Notificación y del Sistema de Información sobre Nacidos Vivos de Brasil. Se analizaron las frecuencias absolutas y relativas de las características maternas, la atención prenatal, el diagnóstico, la clasificación, la evolución y la distribución territorial de los casos. Se identificaron 419 registros, de los cuales 412 fueron clasificados como sífilis congénita reciente, lo que resultó en una incidencia de 18,8 casos por cada 1.000 nacidos vivos. Predominaron los diagnósticos realizados hasta el sexto día de vida, las madres de 20 a 24 años y aquellas con educación secundaria completa. Aunque el 90,9% realizó atención prenatal, el 27,0% recibió el diagnóstico solamente durante el parto o el legrado, y el 50,1% de los registros no informó el año de inicio del tratamiento materno. Las notificaciones se concentraron en la región sanitaria de Capim Dourado y en el municipio de Palmas. Se concluye que la sífilis congénita continúa siendo elevada en Tocantins, lo que revela deficiencias en la calidad de la atención prenatal, el tratamiento oportuno y la cumplimentación de las notificaciones.

Palabras clave: Sífilis congénita. Epidemiología. Transmisión vertical.

INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC) é uma infecção transmitida da gestante para o feto por via transplacentária, quando a sífilis materna não é diagnosticada ou tratada de forma eficaz. Essa condição representa um grave problema de saúde pública e está associada a complicações perinatais, incluindo natimortalidade, abortamento espontâneo, prematuridade, baixo peso ao nascer e manifestações clínicas precoces ou tardias no recém-nascido (COSTA KS, et al., 2023). A prevenção da transmissão vertical está diretamente relacionada à qualidade do

acompanhamento pré-natal, uma vez que a realização adequada das consultas favorece o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno da sífilis materna, reduzindo o risco de ocorrência da SC (PIRES CP, et al., 2024).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) consideram a eliminação da transmissão vertical da sífilis uma prioridade global. No Brasil, foram implementadas políticas públicas específicas voltadas à prevenção e ao controle da doença, como a Rede Cegonha e o Pacto Nacional pela Eliminação da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatite B. Apesar dessas iniciativas, a sífilis congênita permanece como um importante problema de saúde pública no país, evidenciando a necessidade de fortalecer as ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância epidemiológica (NEGREIROS NEN, et al., 2024).

Na região Norte, onde está localizado o estado do Tocantins, a ocorrência da sífilis congênita apresenta relevância epidemiológica, destacando a necessidade de atenção às características da doença no contexto estadual. A persistência de casos está relacionada a fragilidades na assistência à saúde, como dificuldades no diagnóstico e tratamento oportunos, acompanhamento pré-natal insuficiente e falhas na vigilância e notificação dos casos (TEIXEIRA NETO FC e SANTANA JS., 2024). Além disso, estudos realizados no Tocantins evidenciam a presença de fatores associados à ocorrência da doença, reforçando a importância da análise das características epidemiológicas da SC no estado (Cavalcante PAM, et al., 2017; DUVALE AG, et al., 2020).

A ocorrência da sífilis congênita também está relacionada a condições de vulnerabilidade social, incluindo pobreza, desigualdade de gênero, uso de substâncias e entraves educacionais, que podem dificultar o acesso aos serviços de saúde e comprometer a adesão ao pré-natal e ao tratamento da gestante e do parceiro (NEGREIROS NEN, et al., 2024). Somam-se a essas questões as limitações na qualidade dos registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), especialmente em variáveis relevantes para a caracterização dos casos, o que pode comprometer a análise epidemiológica e o planejamento das ações de saúde (COSTA KS, et al., 2023). Dessa forma, a persistência da SC deve ser compreendida considerando tanto os aspectos relacionados à assistência à saúde quanto os determinantes sociais que influenciam sua ocorrência.

Nesse contexto, a análise atualizada da sífilis congênita no estado do Tocantins é relevante para compreender o comportamento epidemiológico da doença e contribuir para o fortalecimento das ações de vigilância e prevenção da transmissão vertical. A investigação do cenário de 2024 pode ampliar o conhecimento sobre a ocorrência da doença e subsidiar estratégias de saúde pública voltadas à redução dos casos. Assim, este estudo tem como objetivo descrever o perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado do Tocantins no ano de 2024, contribuindo para o conhecimento científico e para o planejamento de ações destinadas à prevenção e ao controle da transmissão vertical da infecção.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e transversal, realizado com dados secundários, públicos e agregados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram analisados os registros de notificação de sífilis congênita referentes ao estado do Tocantins no ano de 2024, considerando o ano de notificação como recorte temporal.

A extração dos dados foi realizada em junho de 2026, e a tabulação ocorreu em julho de 2026. O conjunto analisado incluiu registros classificados como sífilis congênita recente, natimorto ou aborto por sífilis e casos descartados. Essas categorias foram apresentadas separadamente na descrição da classificação final, distinguindo-se o total de notificações dos registros classificados como sífilis congênita.

Foram analisadas as seguintes variáveis: ano do diagnóstico, faixa etária da criança, classificação final, evolução, faixa etária e escolaridade maternas, realização do pré-natal, momento do diagnóstico da sífilis materna, ano de início do tratamento materno, município de notificação e região de saúde de notificação. A distribuição territorial foi descrita segundo o local de notificação, não correspondendo necessariamente ao local de residência materna.

As tabulações foram organizadas e conferidas no Microsoft Excel. A análise foi descritiva, com apresentação de frequências absolutas e relativas em tabelas. Os percentuais foram calculados com base no total de registros disponível em cada tabulação, mantendo-se as categorias ignoradas ou em branco. Os totais utilizados como denominadores foram informados nas respectivas tabelas. Por se tratar de dados agregados, não foi possível verificar individualmente duplicidades nem estabelecer a correspondência dos registros entre as

diferentes tabulações. As tabulações apresentaram totais distintos entre variáveis. Como não foi possível verificar a correspondência individual dos registros, as distribuições foram analisadas separadamente, com seus respectivos denominadores.

Por utilizar exclusivamente informações públicas e agregadas, sem possibilidade de identificação individual, o estudo não foi submetido à apreciação do Sistema CEP/CONEP, conforme as disposições da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016.

RESULTADOS

No período de notificação correspondente a 2024, foram identificados 419 registros relacionados à sífilis congênita no estado do Tocantins. Após a classificação final, 412 registros (98,3%) foram classificados como sífilis congênita recente, dois (0,5%) como natimorto ou aborto por sífilis e cinco (1,2%) foram descartados. Considerando os 412 casos de sífilis congênita recente e os 21.920 nascidos vivos registrados no estado, foi encontrada uma incidência de 18,8 casos por 1.000 nascidos vivos.

Quanto ao ano do diagnóstico, 404 registros (96,4%) apresentaram 2024 como ano de identificação da doença, enquanto 15 (3,6%) foram diagnosticados em 2023, embora tenham sido incluídos no período de notificação de 2024. Em relação à idade da criança, 416 registros (99,3%) corresponderam à faixa etária de até seis dias de vida e três (0,7%) à faixa de 28 dias a menos de um ano.

A variável evolução reuniu 412 registros. Destes, 404 (98,1%) apresentaram evolução registrada como vivo, cinco (1,2%) evoluíram para óbito pelo agravo notificado, dois (0,5%) foram a óbito por outra causa e um (0,2%) permaneceu com informação ignorada ou em branco (Tabela 1).

Tabela 1 - Incidência e distribuição dos registros de sífilis congênita segundo ano do diagnóstico, faixa etária, classificação final e evolução, Tocantins, 2024

Variável	Categoria	N	%
Incidência de sífilis congênita	Casos de sífilis congênita recente	412	18,8 por 1.000 nascidos vivos
	Nascidos vivos	21.920	—
Ano do diagnóstico	2023	15	3,6%
	2024	404	96,4%
	Total	**419**	**100,0%**
Faixa etária da criança	Até 6 dias	416	99,3%
	28 dias a menos de 1 ano	3	0,7%

	Total	**419**	**100,0%**
Classificação final	Sífilis congênita recente	412	98,3%
	Natimorto/aborto por sífilis	2	0,5%
	Descartado	5	1,2%
	Total	**419**	**100,0%**
Evolução	Vivo	404	98,1%
	Óbito pelo agravo notificado	5	1,2%
	Óbito por outra causa	2	0,5%
	Ignorado/em branco	1	0,2%
	Total	**412**	**100,0%**

Fonte: Dados extraídos de SINAN/DATASUS; SINASC, 2024.

A distribuição segundo a idade materna revelou maior concentração na faixa de 20 a 24 anos, com 141 registros (33,7%), seguida pelas faixas de 15 a 19 anos, com 98 (23,4%), e de 25 a 29 anos, com 85 (20,3%). Em conjunto, as mães com idade entre 15 e 29 anos corresponderam a 324 registros, representando 77,3% do total. A menor frequência foi observada entre 10 e 14 anos, com sete registros (1,7%). Em quatro casos (1,0%), a idade materna não foi informada.

Em relação à escolaridade, o ensino médio completo foi a categoria mais frequente, com 179 registros (42,7%). Na sequência, apareceram a 5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental, com 63 (15,0%), e o ensino médio incompleto, com 62 (14,8%). A educação superior incompleta foi registrada em 19 casos (4,5%), enquanto 13 mães (3,1%) possuíam educação superior completa. Em 32 registros (7,6%), a escolaridade foi ignorada ou deixada em branco (Tabela 2).

Tabela 2 - Características sociodemográficas maternas dos registros de sífilis congênita, Tocantins, 2024

Variável	Categoria	N	%
Faixa etária materna	10–14 anos	7	1,7
	15–19 anos	98	23,4
	20–24 anos	141	33,7
	25–29 anos	85	20,3
	30–34 anos	51	12,2
	35–39 anos	23	5,5
	40–44 anos	10	2,4
	Em branco	4	1,0
	Total	**419**	**100,0**
Escolaridade materna	1ª à 4ª série incompleta do ensino fundamental	5	1,2
	4ª série completa do ensino fundamental	9	2,1
	5ª à 8ª série incompleta do ensino fundamental	63	15,0
	Ensino fundamental completo	36	8,6
	Ensino médio incompleto	62	14,8
	Ensino médio completo	179	42,7

Educação superior incompleta	19	4,5
Educação superior completa	13	3,1
Não se aplica	1	0,2
Ignorado/em branco	32	7,6
Total	**419**	**100,0**

Fonte: Dados extraídos de SINAN/DATASUS, 2024.

A realização do acompanhamento pré-natal foi informada em 381 registros (90,9%), enquanto 24 mães (5,7%) não realizaram esse acompanhamento. Em outros 14 casos (3,3%), o campo foi ignorado ou permaneceu em branco. Apesar da elevada frequência de realização do pré-natal, o diagnóstico da sífilis materna ocorreu durante esse acompanhamento em 268 casos (64,0%). Em 113 registros (27,0%), a infecção foi identificada somente no momento do parto ou da curetagem e, em 12 (2,9%), após o parto. Em três casos (0,7%), o diagnóstico materno não foi realizado, enquanto 23 registros (5,5%) não apresentaram informação válida.

No que se refere ao ano de início do tratamento materno, 139 registros (33,2%) indicaram tratamento iniciado em 2024 e 69 (16,5%) em 2023. Houve ainda um registro (0,2%) referente ao início do tratamento em 2020. Entretanto, essa variável apresentou 210 registros ignorados ou em branco, correspondentes a 50,1% do total analisado (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos registros segundo realização do pré-natal, momento do diagnóstico da sífilis materna e ano de início do tratamento materno, Tocantins, 2024

Variável	Categoria	N	%
Realização do pré-natal	Sim	381	90,9
	Não	24	5,7
	Ignorado/em branco	14	3,3
	Total	**419**	**100,0**
Momento do diagnóstico materno	Durante o pré-natal	268	64,0
	No momento do parto/curetagem	113	27,0
	Após o parto	12	2,9
	Não realizado	3	0,7
	Ignorado/em branco	23	5,5
	Total	**419**	**100,0**
Ano de início do tratamento materno	2020	1	0,2
	2023	69	16,5
	2024	139	33,2
	Ignorado/em branco	210	50,1
	Total	**419**	**100,0**

Fonte: Dados extraídos de SINAN/DATASUS, 2024.

A análise da distribuição geográfica foi realizada com base nas planilhas específicas de

município e região de saúde de notificação, ambas com 410 registros. Entre as regiões de saúde, Capim Dourado concentrou o maior número de notificações, com 174 casos (42,4%), seguida por Médio Norte Araguaia, com 112 (27,3%), e Ilha do Bananal, com 60 (14,6%). Juntas, essas três regiões representaram 346 registros, correspondentes a 84,4% do total disponível para essa análise.

Em relação aos municípios de notificação, Palmas apresentou a maior frequência, com 169 registros (41,2%), seguida por Araguaína, com 112 (27,3%), Gurupi, com 60 (14,6%), e Augustinópolis, com 27 (6,6%). Esses quatro municípios reuniram 368 notificações, equivalentes a 89,8% dos registros com informação geográfica apresentados nas planilhas (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos registros de sífilis congênita segundo região de saúde e município de notificação, Tocantins, 2024

Variável	Categoria	N	%
Região de saúde	Capim Dourado	174	42,4
	Médio Norte Araguaia	112	27,3
	Ilha do Bananal	60	14,6
	Bico do Papagaio	28	6,8
	Cantão	14	3,4
	Cerrado Tocantins Araguaia	10	2,4
	Sudeste	6	1,5
	Amor Perfeito	6	1,5
	Total	**410**	**100,0**
Município de notificação	Palmas	169	41,2
	Araguaína	112	27,3
	Gurupi	60	14,6
	Augustinópolis	27	6,6
	Paraíso do Tocantins	14	3,4
	Guaraí	8	2,0
	Porto Nacional	6	1,5
	Dianópolis	5	1,2
	Miracema do Tocantins	5	1,2
	Arraias	1	0,2
	Pedro Afonso	1	0,2
	Colmeia	1	0,2
	São Miguel do Tocantins	1	0,2
	Total	**410**	**100,0**

Fonte: Dados extraídos de SINAN/DATASUS, 2024.

De modo geral, o Tocantins apresentou incidência de 18,8 casos de sífilis congênita por

1.000 nascidos vivos em 2024. Houve predominância de diagnósticos nos primeiros seis dias de vida, de mães entre 20 e 24 anos e com ensino médio completo. A maior parte das mães realizou acompanhamento pré-natal e recebeu o diagnóstico da sífilis durante a gestação. Contudo, também foram registrados diagnósticos realizados somente no parto, na curetagem ou após o nascimento, além de elevada ausência de preenchimento do ano de início do tratamento materno. Geograficamente, as notificações concentraram-se principalmente na região de saúde Capim Dourado e nos municípios de Palmas, Araguaína e Gurupi.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo demonstram que a sífilis congênita permanece como um problema relevante de saúde pública no Tocantins. A incidência calculada foi de 18,8 casos por 1.000 nascidos vivos, considerando 412 casos classificados como sífilis congênita recente e 21.920 nascidos vivos. Esse resultado supera os valores registrados anteriormente no estado por Teixeira Neto FC e Santana JS (2024), que identificaram incidências de 14,8 casos por 1.000 nascidos vivos em 2018, 10,2 em 2020 e 12,9 em 2022. A comparação sugere agravamento do cenário estadual após o período de redução observado até 2020.

A magnitude encontrada também foi superior à taxa brasileira de 9,6 casos por 1.000 nascidos vivos em 2024 e à média da região Norte, conforme o Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2025. O documento apontou o Tocantins como a Unidade da Federação com a maior incidência de sífilis congênita naquele ano, com 17,8 casos por 1.000 nascidos vivos. Além disso, Palmas apresentou incidência de 20,9 casos por 1.000 nascidos vivos, figurando entre as capitais brasileiras com os indicadores mais elevados (BRASIL, 2025). Esses dados reforçam que a ocorrência da doença no Tocantins não representa apenas uma variação local, mas um quadro que se destaca negativamente no panorama nacional.

Entretanto, a diferença entre a incidência de 18,8 encontrada neste estudo e a taxa oficial de 17,8 apresentada pelo Ministério da Saúde precisa ser interpretada com cautela. O presente cálculo considerou 412 registros classificados como sífilis congênita recente no período de notificação de 2024. Nesse conjunto, porém, as planilhas indicaram 404 registros com diagnóstico em 2024 e 15 com diagnóstico em 2023. Já o indicador oficial é construído a partir dos casos diagnosticados em menores de um ano, por local de residência e ano do diagnóstico, utilizando dados do SINAN e do SINASC. Diferenças no período de referência, no momento

de atualização do banco, no critério territorial e no denominador empregado podem modificar o valor obtido. Assim, a comparação mais segura é reconhecer que ambas as estimativas apontam incidência elevada, sem considerar os valores diretamente equivalentes.

No contexto nacional, Casagrande MEC, et al. (2025) identificaram crescimento das taxas de sífilis congênita em todas as regiões brasileiras entre 2012 e 2021. A média registrada para a região Norte foi de 4,88 casos por 1.000 nascidos vivos, enquanto a média brasileira foi de 6,51. Embora os períodos sejam diferentes, a incidência observada no Tocantins em 2024 mostra que a situação estadual ultrapassou amplamente as médias históricas. O Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2025 também registrou aumento de 13,8% na incidência da região Norte entre 2023 e 2024, em contraste com as reduções observadas nas regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2025). Dessa maneira, o resultado tocantinense está inserido em um movimento regional de crescimento, porém com intensidade ainda mais acentuada.

A distribuição das notificações mostrou maior concentração entre mães jovens. As faixas de 15 a 29 anos corresponderam a 77,3% dos registros, com predominância entre 20 e 24 anos, que reuniu 33,7% dos casos. Esse perfil é semelhante ao encontrado por Teixeira Neto FC e Santana JS (2024), que observaram predomínio de mulheres jovens entre os casos de sífilis gestacional e congênita registrados no Tocantins entre 2018 e 2022. No cenário nacional, o Ministério da Saúde verificou que 58,0% das mães de crianças com sífilis congênita em 2024 tinham entre 20 e 29 anos, enquanto as adolescentes de 10 a 19 anos representaram 18,6% dos registros (BRASIL, 2025).

A maior ocorrência entre adultas jovens pode estar relacionada ao fato de esse grupo concentrar parcela importante das gestações e da população sexualmente ativa. Por isso, a idade isoladamente não deve ser entendida como causa da transmissão vertical. O resultado indica, principalmente, a necessidade de fortalecer ações de prevenção, testagem e tratamento entre mulheres em idade reprodutiva. Também merece atenção a presença de 105 registros entre mães de 10 a 19 anos, equivalentes a 25,1% do total, proporção superior ao percentual nacional de 18,6% apresentado pelo Ministério da Saúde para 2024 (BRASIL, 2025). Esse achado sugere a necessidade de estratégias voltadas às adolescentes, com acesso facilitado ao planejamento reprodutivo, à educação sexual e ao pré-natal oportuno.

Quanto à escolaridade, o ensino médio completo foi a categoria mais frequente, representando 42,7% dos registros. Esse resultado acompanha o perfil descrito por Teixeira

Neto FC e Santana JS (2024), que também encontraram maior participação de mulheres com ensino médio entre os casos analisados no Tocantins. No Brasil, entre as mães com informação de escolaridade registrada, o ensino médio completo igualmente predominou em 2024, correspondendo a 35,7% dos casos (Brasil, 2025). Em contrapartida, Oliveira HKL, et al. (2023), ao analisarem o Tocantins entre 2007 e 2021, observaram maior frequência de mães com escolaridade entre a 5ª e a 8ª série incompleta do ensino fundamental.

A diferença em relação aos estudos mais antigos pode refletir mudanças graduais no nível educacional da população materna e na composição das mulheres que utilizam os serviços de saúde. Ainda assim, a conclusão do ensino médio não eliminou o risco de transmissão vertical. Isso mostra que a sífilis congênita não pode ser atribuída exclusivamente à baixa escolaridade. A compreensão das orientações recebidas, o acesso ao serviço, o início oportuno do pré-natal, a disponibilidade do medicamento, a continuidade do tratamento e a participação da parceria sexual também interferem no resultado assistencial. Além disso, 7,6% das fichas não apresentavam informação válida sobre escolaridade, o que limita uma caracterização mais precisa desse componente social.

A realização do pré-natal foi registrada em 90,9% dos casos, proporção superior aos 82,8% encontrados no Brasil em 2024 e aos 84,8% identificados no estudo nacional de Casagrande MEC, et al. (2025). Resultados semelhantes foram observados por Costa KS, et al. (2023) no Tocantins, por Teixeira Neto FC e Santana JS (2024) no período de 2018 a 2022 e por Petter EMX, et al. (2025) em Lajeado, onde 86,5% das mães realizaram acompanhamento pré-natal. A repetição desse padrão em diferentes estudos mostra que a maioria das crianças com sífilis congênita nasceu de mães que tiveram algum contato com os serviços de saúde durante a gestação.

Esse resultado pode parecer contraditório à primeira vista, mas evidencia que a simples realização do pré-natal não garante a prevenção da transmissão vertical. É necessário que o acompanhamento seja iniciado precocemente, tenha número e periodicidade adequados de consultas e inclua testagem no momento recomendado, repetição dos exames, tratamento imediato e seguimento sorológico. O pré-natal registrado apenas como "realizado" pode ter sido iniciado tardiamente, interrompido ou conduzido sem o cumprimento integral dessas etapas. Portanto, o elevado percentual encontrado deve ser compreendido como evidência de acesso formal ao pré-natal, mas não necessariamente de qualidade ou efetividade da assistência.

O momento do diagnóstico materno reforça essa interpretação. Embora 64,0% das mulheres tenham sido diagnosticadas durante o pré-natal, 27,0% receberam o diagnóstico apenas no momento do parto ou da curetagem e 2,9% após o parto. Somadas, essas duas últimas categorias correspondem a 29,9% dos registros, o que representa uma proporção expressiva de oportunidades perdidas para interromper a transmissão vertical. No Brasil, em 2024, o diagnóstico ocorreu durante o pré-natal em 58,1% dos casos, no parto ou curetagem em 31,8% e após o parto em 6,1% (BRASIL, 2025). Assim, o Tocantins apresentou proporção maior de diagnóstico durante a gestação e menor de diagnóstico tardio do que o cenário nacional, mas esses resultados não foram suficientes para impedir a ocorrência de sífilis congênita.

Costa KS, et al. (2023) encontraram comportamento semelhante ao analisar o Tocantins em 2018: 63,6% dos diagnósticos maternos ocorreram durante o pré-natal, enquanto 92 dos 286 casos foram identificados no parto. Petter EMX, et al. (2025) também verificaram diagnóstico durante o acompanhamento gestacional em 67,7% dos casos de Lajeado. No estudo nacional de Casagrande MEC, et al. (2025), o diagnóstico durante a gestação ocorreu em 58,5%, enquanto 33,9% foram identificados no nascimento. A proximidade entre esses achados mostra que diagnosticar a sífilis durante o pré-natal, embora essencial, não tem garantido que o tratamento seja iniciado e concluído em tempo hábil.

A variável referente ao ano de início do tratamento materno apresentou uma das principais fragilidades do banco analisado. Em 50,1% dos registros, essa informação estava ignorada ou em branco. Considerando o total de 419 registros, 139 (33,2%) apresentaram início do tratamento materno em 2024, 69 (16,5%) em 2023 e um (0,2%) em 2020. Em 210 registros (50,1%), essa informação estava ignorada ou em branco. Como as planilhas não apresentaram o esquema terapêutico, as doses administradas, os intervalos entre elas ou a relação temporal entre o tratamento e o parto, não foi possível determinar quantas gestantes receberam tratamento adequado. Portanto, não se pode concluir, apenas pelo ano registrado, que o tratamento tenha sido completo ou oportuno.

Essa limitação é particularmente importante porque o Boletim Epidemiológico de Sífilis de 2025 informou que 85,7% das mães de crianças com sífilis congênita no Brasil, em 2024, receberam tratamento inadequado ou não foram tratadas. No Tocantins, entre 2018 e 2022, Teixeira Neto FC e Santana JS (2024) encontraram 41,3% de gestantes não tratadas e 21,0% de registros sem informação sobre o tratamento. Os autores também verificaram que somente

33,1% das parcerias sexuais foram tratadas. No estudo de Costa KS, et al. (2023), 66,1% dos parceiros não receberam tratamento, enquanto Casagrande MEC, et al. (2025) encontraram ausência de tratamento da parceria em 77,5% das notificações nacionais.

Embora a planilha deste estudo não contenha a variável tratamento da parceria, os achados da literatura ajudam a compreender por que a transmissão vertical pode persistir mesmo quando o diagnóstico materno ocorre durante o pré-natal. O tratamento incompleto da gestante, a administração fora do intervalo recomendado e a ausência de abordagem da parceria favorecem persistência da infecção ou reinfecção durante a gestação. Assim, o acompanhamento precisa envolver a mulher e suas parcerias sexuais, com testagem, tratamento, orientação preventiva e seguimento, evitando que a responsabilidade pela prevenção recaia somente sobre a gestante.

Em relação às crianças, 99,3% dos registros apresentaram diagnóstico até o sexto dia de vida, e 98,3% foram classificados como sífilis congênita recente. Esses achados são compatíveis com a análise de Oliveira HKL, et al. (2023), na qual 96,9% dos casos tocantinenses registrados entre 2007 e 2021 foram diagnosticados até o sexto dia e 95,8% receberam classificação de sífilis congênita recente. No estudo de Costa KS, et al. (2023), referente a 2018, 99,3% dos registros também foram classificados como sífilis congênita recente. Nacionalmente, 96,5% dos nascidos vivos com sífilis congênita em 2024 foram diagnosticados na primeira semana de vida, e 91,6% dos casos receberam classificação de doença recente (Brasil, 2025).

A predominância do diagnóstico nos primeiros dias de vida provavelmente está relacionada à investigação realizada na maternidade, especialmente diante de sorologia materna reagente ou de tratamento ausente, incompleto ou inadequadamente documentado. Esse achado demonstra capacidade de identificação neonatal, mas também evidencia que a prevenção durante a gestação não ocorreu de maneira suficiente. Em outras palavras, detectar o recém-nascido precocemente permite iniciar a avaliação e o tratamento da criança, mas não substitui a prevenção da transmissão vertical no pré-natal.

Quanto à evolução, 98,1% dos 412 registros com essa informação indicaram crianças vivas. Foram identificados cinco óbitos pelo agravo, correspondentes a 1,2%, e dois óbitos por outras causas, equivalentes a 0,5%. Teixeira Neto FC e Santana JS (2024) encontraram 96,0% de crianças vivas entre os casos tocantinenses de 2018 a 2022, com 0,9% de óbitos por sífilis congênita e 0,9% por outras causas. Em 2018, Costa KS, et al. (2023) identificaram 98,6% de

evolução favorável, 0,7% de óbito pelo agravo e 0,35% por outras causas. Portanto, embora a maioria das crianças permaneça viva, a ocorrência de mortes por uma infecção prevenível permanece epidemiologicamente relevante.

Foram registrados ainda dois casos classificados como natimorto ou aborto por sífilis. A proporção de 0,5% foi inferior à observada nacionalmente em 2024, quando abortos e natimortos representaram, em conjunto, 8,3% dos casos diagnosticados, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2025). Também foi inferior aos 1,65% registrados no Tocantins entre 2007 e 2021 por Oliveira HKL, et al. (2023) e aos 7,29% encontrados por Petter EMX, et al. (2025) em Lajeado. Essa diferença deve ser analisada com prudência, pois pode refletir características locais, critérios de seleção, subnotificação ou dificuldades na investigação da relação entre a perda gestacional e a sífilis materna.

A distribuição territorial demonstrou concentração das notificações nas regiões de saúde Capim Dourado, Médio Norte Araguaia e Ilha do Bananal, que reuniram 84,4% dos registros geográficos. Capim Dourado apresentou a maior participação, com 42,4%, seguida por Médio Norte Araguaia, com 27,3%. Entre 2018 e 2022, Teixeira Neto FC e Santana JS (2024) observaram maior concentração dos casos de sífilis congênita na região Médio Norte, com 35,2%, seguida por Capim Dourado, com 31,1%. A comparação sugere possível mudança recente na distribuição das notificações, com maior participação de Capim Dourado em 2024.

No nível municipal, Palmas concentrou 41,2% das notificações, seguida por Araguaína, com 27,3%, e Gurupi, com 14,6%. Oliveira HKL, et al. (2023) identificaram predomínio histórico na microrregião de Araguaína entre 2007 e 2021, seguida de Porto Nacional. Entretanto, as planilhas deste estudo se referem ao município de notificação, e não necessariamente ao município de residência materna. Dessa maneira, a concentração em Palmas, Araguaína e Gurupi pode estar relacionada tanto à ocorrência dos casos quanto à presença de maternidades, hospitais de referência e maior capacidade de diagnóstico e notificação. Não é possível, com os dados agregados disponíveis, atribuir diretamente a esses municípios maior risco de transmissão vertical.

Também se observou diferença entre o total das variáveis gerais e o das planilhas geográficas. Enquanto a maior parte das variáveis reuniu 419 registros, as tabelas de município e região de notificação totalizaram 410. Como os dados foram disponibilizados de maneira agregada, não foi possível identificar quais registros ficaram fora da distribuição territorial. Essa

divergência, somada à elevada incompletude do ano de início do tratamento, reforça as limitações inerentes ao uso de dados secundários. Teixeira Neto FC e Santana JS (2024) também destacaram que as bases do SINAN podem apresentar subnotificação, informações imprecisas e alterações decorrentes da atualização contínua dos registros.

Além da incompletude, deve-se considerar que estudos descritivos baseados em dados agregados não permitem estabelecer relações individuais de causa e efeito. Não é possível afirmar, por exemplo, que determinada faixa etária ou escolaridade tenha provocado maior risco, nem verificar se as mesmas mulheres diagnosticadas no pré-natal receberam tratamento inadequado. Ainda assim, o SINAN permanece fundamental para acompanhar o comportamento da doença, reconhecer grupos mais frequentes, identificar falhas no cuidado e orientar ações de vigilância.

Em síntese, os resultados mostram que a sífilis congênita continua ocorrendo em níveis elevados no Tocantins, mesmo diante de ampla realização do pré-natal e de predominância do diagnóstico materno durante a gestação. O problema parece estar menos relacionado à ausência absoluta de contato com os serviços e mais à capacidade de transformar esse contato em cuidado oportuno, completo e contínuo. A elevada incompletude das informações sobre tratamento, a proporção de diagnósticos no parto ou após o nascimento e os óbitos registrados indicam fragilidades ao longo da linha de cuidado.

Diante desse cenário, o enfrentamento da sífilis congênita no estado requer qualificação do pré-natal, testagem nos momentos recomendados, início imediato do tratamento materno, disponibilidade contínua de penicilina, abordagem das parcerias sexuais, busca ativa das gestantes que interrompem o acompanhamento e melhoria do preenchimento das fichas de notificação. A concentração das notificações em regiões e municípios de referência também indica a necessidade de fortalecer a capacidade diagnóstica e assistencial nos demais territórios do Tocantins, sem perder de vista que a análise por local de notificação não corresponde diretamente ao local de residência ou de aquisição da infecção.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu caracterizar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no estado do Tocantins em 2024, evidenciando a permanência de um cenário preocupante. A incidência encontrada foi de 18,8 casos por 1.000 nascidos vivos, com predomínio de sífilis

congênita recente e de diagnósticos realizados nos primeiros seis dias de vida. Entre as características maternas, destacaram-se mulheres de 20 a 24 anos, com ensino médio completo e que, em sua maioria, realizaram acompanhamento pré-natal.

Apesar da elevada frequência de realização do pré-natal e do diagnóstico materno durante a gestação, esses fatores não foram suficientes para impedir a transmissão vertical. A identificação de casos somente no parto, na curetagem ou após o nascimento, associada à elevada incompletude das informações sobre o início do tratamento materno, aponta para fragilidades na qualidade e na continuidade da assistência. Os óbitos e as perdas gestacionais relacionados à sífilis, ainda que em menor proporção, também demonstram a gravidade de uma condição que pode ser prevenida por meio do diagnóstico precoce e do tratamento oportuno.

Dessa forma, torna-se necessário fortalecer a assistência pré-natal no Tocantins, garantindo testagem nos períodos recomendados, início imediato e acompanhamento do tratamento materno, abordagem das parcerias sexuais e busca ativa das gestantes que interrompem o seguimento. Também é fundamental qualificar o preenchimento das fichas de notificação, especialmente das informações relacionadas ao tratamento, para ampliar a confiabilidade da vigilância epidemiológica. Entre as limitações deste estudo, destacam-se o uso de dados secundários, a presença de campos ignorados ou em branco e a impossibilidade de estabelecer relações causais com base em informações agregadas. Ainda assim, os resultados oferecem um panorama atualizado da doença no estado e podem contribuir para o planejamento de ações voltadas à prevenção e ao controle da sífilis congênita.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde. Doenças e agravos de notificação: 2007 em diante – SINAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde. Nascidos vivos: desde 1994 – SINASC. Brasília: Ministério da Saúde, 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico de Sífilis 2025. Número especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, out. 2025.

CASAGRANDE MEC, et al. Congenital syphilis: epidemiological profile of Brazilian regions in the last decade. Journal of Tropical Pediatrics, 2025, 71, 2, fmaf003.

CAVALCANTE PAM, et al. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. Epidemiologia e Serviços de Saúde, 2017, 26, 2, 255-264.

COSTA KS, et al. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DO TOCANTINS NO ANO DE 2018. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2023, 5, 5, 1687-1700.

DUVALE AG, et al. Tendência temporal da sífilis congênita em Palmas, Tocantins no período de 2008 a 2018. Revista de Atenção à Saúde, 2020, 19, 67, 41-52.

NEGREIROS NEN, et al. Sífilis congênita: análise epidemiológica, diagnóstico e estratégias de prevenção. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024, 6, 5, 2402–2427.

OLIVEIRA HKL, et al. Análise epidemiológica da sífilis congênita no estado do Tocantins entre os anos de 2007 a 2021. Revista Cientifica do ITPAC, [S. l.], 2026, 16, 2, 11-16.

PETTER MEX, et al. Perfil epidemiológico dos casos de sífilis congênita confirmados no município de Lajeado: 2014-2023. REMUNOM, 2025, 17, 1, 1-17.

PIRES CP, et al. Associated factors, incidence, and management of gestational and congenital syphilis in a Brazilian state capital: a cross-sectional study. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, 2024, 66, e21.

TEIXEIRA NETO FC, SANTANA, JS. A Sífilis em gestantes e congênitas no estado do Tocantins: perfil epidemiológico e prevalência. BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista, 2024; 21(21): e40880.