

Tendência temporal da sífilis gestacional, congênita e cobertura da atenção primária à saúde

Temporal trend of gestational and congenital syphilis and primary health care coverage

DOI:10.34117/bjdv7n9-285

Recebimento dos originais: 07/08/2021

Aceitação para publicação: 17/09/2021

Roseli Caldeira

Mestre pelo programa de pós-graduação em enfermagem FAMERP
Rua Penita, 2846 – Redentora - São José do Rio Preto - SP
E-mail: caldeiraroseli@hotmail.com

Natália Sperli Geraldos Marin dos Santos Sasaki

Prof^a Dr^a do programa de pós-graduação em enfermagem FAMERP
Docente Unilago
Rua Eugênio Munhoz, 396 – Bálsamo - SP
E-mail: nsperli@gmail.com

Maria de Lourdes Sperli Geraldos Santos

Prof^a Dr^a do programa de pós-graduação em enfermagem FAMERP
Rua Rio Grande do Sul, 757 – Bálsamo - SP
E-mail: mlperli@gmail.com

Rodrigo Soares Ribeiro

Mestre pelo programa de pós-graduação em enfermagem FAMERP
Rua Goiás, 3727 - Patrimônio Velho – Votuporanga - SP
E-mail: digorib22@gmail.com

Ana Cecília Mota Ferreira

Médica graduada pela Unilago
Chicala Boulos, 210- Residencial Monte Verde - São José do Rio Preto - SP
E-mail: animotta_@hotmail.com

Gabriela de Souza Segura

Médica graduada pela Unilago
Rua Álvaro de Melo, 336 – Centro – Macedônia - SP
E-mail: gabriela.segura15@hotmail.com

Alessandra Marinela de Abreu Queiroz

Mestre pelo programa de pós-graduação em enfermagem FAMERP
Docente Unilago
R. Dr. Eduardo Nielsem, 960 - Jardim Novo Aeroporto - São José do Rio Preto – SP
E-mail: alessandramarinela@hotmail.com

Camila Garcel Pancote

Prof^a Dra docente Unilago

Estrada Vicinal Alcides Augusto Avila, 1001
Fazenda Retiro - São José do Rio Preto - SP
E-mail: camilapancote@hotmail.com

RESUMO

A sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum*. O seu tratamento é eficaz, desde que o diagnóstico seja precoce e adequado, motivo pelo qual se tornou uma doença de difícil controle e erradicação. Quando acomete a gestante pode trazer consequências graves para o feto como a sífilis congênita. Analisar a distribuição temporal da sífilis gestacional e congênita e comparar com a cobertura da atenção primária à saúde. Trata-se de um estudo ecológico de abordagem quantitativa por meio da análise do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) obtido por meio do Grupo de Vigilância Epidemiológica XXIX (GVE29). A população do estudo abrangeu os casos sífilis gestacional e congênita notificados pelo SINAN nos municípios integrantes do GVE29, no período de 2007 a junho de 2017. A cobertura populacional estimada de equipes de Saúde da Família (eSF) e de equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) foi levantada pelo site do e-Gestor Atenção Básica. Foram calculadas as taxas de incidência de sífilis gestacional e congênita, taxa de transmissão vertical. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva (cálculo de números absolutos, percentuais além de cálculo de taxas) e correlacional com construção de gráficos de tendência linear, o coeficiente de Pearson (R^2). O estudo atende aos preceitos éticos da Resolução 466/12 e foi aprovado sob o parecer 2.556.704 e CAAE: 85159518.0.0000.5489. Foram notificados 1371 casos de sífilis gestacional e 639 casos de sífilis congênita no período de 2007 a 2018 na região administrativa do GVE 29, sendo a incidência destas doenças de 67,7/mil nascidos vivos e 36,4/mil nascidos vivos, respectivamente. Observa-se que houve uma tendência crescente tanto de equipes de Saúde da Família (eSF) como de equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) na região de saúde de São José do Rio Preto de 2007 a 2017. Este estudo contribuiu para identificar uma tendência crescente de sífilis gestacional e congênita além da ampliação da rede de atenção primária à saúde com implantação de novas equipes durante o período estudado. Sendo importante para o monitoramento da situação epidemiológica da sífilis gestacional e congênita nos municípios da região estudada.

Palavras-chave: Sífilis Congênita, Atenção Primária à Saúde, Gravidez, Sífilis, Pré-Natal.

ABSTRACT

Syphilis is a disease caused by the bacterium *Treponema pallidum*. Its treatment is effective, as long as the diagnosis is early and adequate; otherwise, it is a disease that is difficult to control and eradicate. When it affects the pregnant woman, it can have serious consequences for the fetus, such as congenital syphilis. To analyze the temporal distribution of gestational and congenital syphilis and to compare this with the coverage of the primary health care. This is an ecological study with a quantitative approach through the analysis of the database of the Diseases Information and Notification System (SINAN) obtained through the Epidemiological Surveillance Group XXIX (GVE29). The study population covered the gestational and congenital syphilis cases reported by SINAN in the municipalities that are part of the GVE29, from 2007 to June 2017. The estimated population coverage of family health teams (FHT) and Primary Care teams (EAB) were surveyed by the e-Manager Primary Care website. The incidence rates of gestational and congenital syphilis were calculated, Vertical transmission rate. Data were

analyzed using descriptive statistics (calculation of absolute numbers, percentages in addition to calculation of rates) and correlation with the construction of graphs of linear trend, Pearson's coefficient (R^2). The study is in accordance with the ethical precepts of Resolution 466/12 and was approved under protocol 2.556.704 and CAAE: 85159518.0.0000.5489. A total of 1371 cases of gestational syphilis and 639 cases of congenital syphilis were reported from 2007 to 2018 in the administrative region of GVE 29, with the incidence of these diseases, being 67.7 / thousand live births and 36.4 / thousand live births, respectively. It is observed that there was a growing trend both from family Health Teams and from Primary Care teams in the health region of São José do Rio Preto from 2007 to 2017. This study has contributed to identify a growing trend of gestational and congenital syphilis in addition to the broadening of the primary health care network with the development of new teams during the studied period. Therefore, being important for monitoring the epidemiological situation of gestational and congenital syphilis in the municipalities in the studied region.

Key-words: Congenital Syphilis, Primary Health Care, Pregnancy, Syphilis, Prenatal Care.

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença causada pela bactéria *Treponema pallidum*. O seu tratamento é eficaz desde que o diagnóstico seja precoce e adequado, motivo pelo qual se tornou uma doença de difícil controle e erradicação, sendo sua transmissão pelas vias sexual, sanguínea e vertical^{1, 2}. Quando acomete a gestante pode trazer consequências graves para o feto como a sífilis congênita² (SC), sendo que a taxa de transmissão vertical nas gestantes não tratadas nas fases primárias e secundárias é de 70% a 100%⁸.

Para combater a doença, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) recomenda a implantação de ações inter programáticas com o intuito de ampliar a cobertura da testagem em mulheres em idade fértil e gestantes além do tratamento imediato. Além disto, a meta para eliminação da SC, em 2020, consistiu em obter uma incidência de 50 casos por 100 mil nascidos vivos em 80% dos países, ou seja 0,5 caso por mil nascidos vivos^{3, 4}.

O Brasil detém 85% dos casos de SC da América Latina⁴, com uma taxa de incidência de 8,2/1.000 nascidos vivos e uma taxa de detecção de sífilis em gestantes de 20,8/1.000 nascidos vivos, em 2019; muito além da meta estipulada pela OPAS, apesar de ter uma detecção maior. O declínio nas taxas de SC e SG durante o período de 2010 a 2019 não reflete melhoria nas medidas de detecção e controle da doença. Contudo, pode sugerir uma subnotificação destes casos; já que a obtenção destes dados vem do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em que o preenchimento ainda é ineficiente em algumas regiões do país^{2, 4}.

Porém, o aumento da detecção de sífilis gestacional pode estar relacionado à melhoria do acesso ao pré-natal com a realização do teste rápido como diagnóstico e ampliação do tratamento para a gestante e seus parceiros na Atenção Primária à Saúde (APS)². Apesar da ampliação da cobertura das equipes de APS, a presença de casos de SC representa uma fragilidade do pré-natal revelando falhas no acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo analisar a distribuição temporal da sífilis gestacional e congênita e comparar com a cobertura da Atenção Primária à Saúde.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico de abordagem quantitativa por meio da análise do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) obtido por meio do Grupo de Vigilância Epidemiológica XXIX (GVE29), um dos grupos integrantes, em nível regional, da estrutura do Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof Alexandre Vranjac” (CVE/SP) que normatiza o Sistema de Vigilância Epidemiológica no Estado de São Paulo. Abrange 67 municípios pertencentes aos Colegiados de Gestão Regionais de Catanduva, José Bonifácio, Votuporanga e São José do Rio Preto, na qual está sediado.

A população do estudo abrangeu os casos sífilis gestacional e congênita notificados pelo SINAN nos municípios integrantes do GVE29, no período de 2007 a junho de 2017. O número de nascidos vivos utilizado foi de acordo com o Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos (SINASC), disponível no site do Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A cobertura populacional estimada de equipes de saúde da família (eSF) e de equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) foram levantadas pelo site do e-Gestor Atenção Básica (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reHistoricoCoberturaAB.html>), sistema de informação criado pelo Ministério da Saúde para monitorar o acesso aos serviços de APS, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para cálculo das taxas de incidência da sífilis gestacional e congênita foram utilizadas as fórmulas:

$$\frac{\text{número de casos confirmados de Sífilis Gestacional na região do GVE 29 num dado período}}{\text{número de nascidos vivos na região do GVE 29 num dado período}} \times 1000$$

$$\frac{\text{número de casos de Sífilis Congênita confirmados na região do GVE 29 num dado período}}{\text{número de nascidos vivos na região do GVE 29 num dado período}} \times 1000$$

Para a taxa de transmissão vertical no período do estudo foi considerada a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Número de casos confirmados de sífilis congênita na região do GVE 29 num dado período}}{\text{Número de casos confirmados de sífilis gestacional na região do GVE 29 num dado período}} \times 100$$

Para análise da tendência temporal, foram construídos gráficos de tendência com previsão linear da taxa de incidência de sífilis gestacional, congênita e percentual de cobertura de Estratégia Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária à Saúde (APS).

Para a análise dos dados foi empregada a estatística descritiva, com cálculo de números absolutos, percentuais além de cálculo de taxas. Para a análise correlacional foram empregados, nos gráficos de tendência linear, o coeficiente de Pearson (R^2), que pode ser interpretado como correlação fraca situada entre 0 e 0,3, moderada entre 0,3 e 0,8 e forte acima de 0,8.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO) sob o parecer 2.556.704 e CAAE: 85159518.0.0000.5489 (Anexo I) de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

3 RESULTADOS

Foram notificados 1371 casos de sífilis gestacional e 639 casos de sífilis congênita no período de 2007 a 2018 na região administrativa do GVE 29, sendo a incidência destas doenças de 67,7/mil nascidos vivos e 36,4/mil nascidos vivos, respectivamente (Tabela 1). A maior incidência foi no ano de 2017 em ambas as doenças (13,3/mil hab.; 6,3/mil hab., respectivamente).

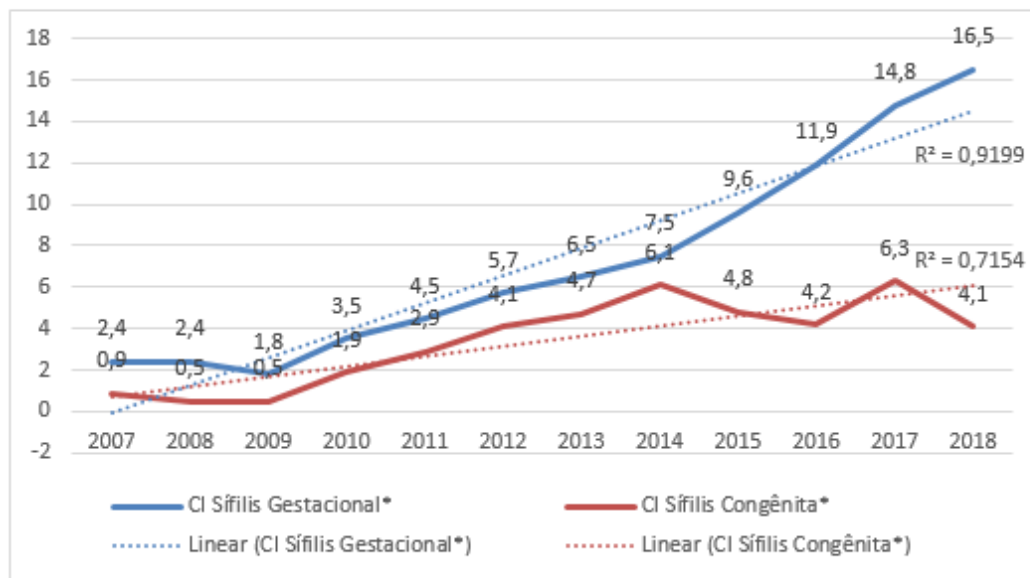
Nota-se na Figura 1 uma tendência crescente da incidência de casos das duas doenças na região.

Tabela 1: Distribuição das taxas de incidência de sífilis gestacional e congênita, taxa de transmissão vertical e coeficiente de letalidade da sífilis congênita nos municípios pertencentes ao GVE 29, 2007-2018.

Ano de notificação	Casos de sífilis gestacional	Casos de Sífilis Congênita	Nascidos Vivos	Taxa de transmissão vertical	Coeficiente de Incidência Sífilis Gestacional*	Coeficiente de Incidência Sífilis Congênita*
2007	33	13	14039	39,4	2,4	0,9
2008	35	7	14430	20,0	2,4	0,5
2009	26	8	14674	30,8	1,8	0,5
2010	50	27	14392	54,0	3,5	1,9
2011	66	43	14823	65,2	4,5	2,9
2012	86	62	15140	72,1	5,7	4,1
2013	98	71	14963	72,4	6,5	4,7
2014	119	96	15849	80,7	7,5	6,1
2015	152	76	15834	50,0	9,6	4,8
2016	178	63	15006	35,4	11,9	4,2
2017	228	98	15452	43,0	14,8	6,3
2018	300	75	18224	25,0	16,5	4,1
TOTAL	1371	639	182826	46,6	7,5	3,5

*por mil/nascidos vivos

Figura 1: Gráfico de tendência com previsão linear dos coeficientes de incidência da sífilis gestacional e congênita e letalidade da sífilis congênita dos municípios pertencentes ao GVE 29, 2007-2018.



Fonte: próprios autores

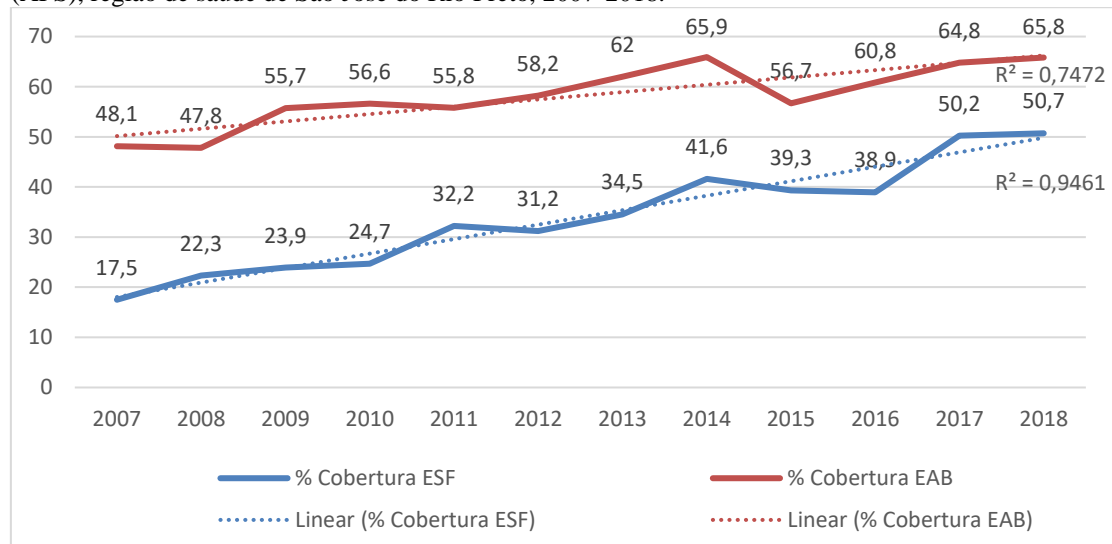
Observa-se que houve uma tendência crescente tanto de equipes de Saúde da Família (eSF) como de equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) na região de saúde de São José do Rio Preto de 2007 a 2018 (Figura 2 e Tabela 2). Nos anos de 2012, 2015

e 2016 houve uma queda da cobertura de eSF, porém, em 2012, houve um aumento do percentual de Atenção Primária à Saúde, mas em 2015 a 2018, este percentual ficou abaixo de 2014 (Tabela 2).

Tabela 2: Cobertura da Atenção Primária à Saúde segundo ano, região de saúde de São José do Rio Preto, 2007-2017.

Ano	N eSF	População	Pop coberta eSF	% Cobertura eSF	Pop coberta por APS	% Cobertura APS
2007	33	652.158	113.850	17,5	313.888	48,1
2008	42	630.633	140.448	22,3	313.881	47,8
2009	47	654.163	156.313	23,9	364.579	55,7
2010	49	662.118	163.308	24,7	374.924	56,6
2011	62	649.787	209.252	32,2	362.307	55,8
2012	61	655.828	204.812	31,2	381.652	58,2
2013	68	661.683	228.502	34,5	410.180	62,0
2014	88	690.701	287.297	41,6	454.928	65,9
2015	84	697.532	273.916	39,3	395.652	56,7
2016	83	704.170	274.325	38,9	428.279	60,8
2017	110	710.663	356.624	50,2	460.755	64,8
2018	112	717.007	363.431	50,7	471.997	65,8

Figura 2: Tendência temporal da cobertura de equipes Saúde da Família (eSF) e Atenção Primária à Saúde (APS), região de saúde de São José do Rio Preto, 2007-2018.



Fonte: próprios autores

4 DISCUSSÃO

Houve um aumento significativo das notificações de sífilis no Brasil nas últimas décadas. O aumento da sífilis congênita de 2010 a 2018 foi de 3,8 vezes mais, ou seja, de 2,4 para 9,0 mil nascidos vivos no país e a taxa de detecção da sífilis gestacional aumentou 6,1%, de 3,5 para 21,4 casos a cada mil nascidos vivos no mesmo período². Este aumento

revela uma fragilidade dos serviços de saúde, principalmente, da atenção primária à saúde na realização do pré-natal e atividades de educação em saúde⁸.

O diagnóstico tardio ou a falta de acesso aos serviços de atenção primária à saúde contribuem para um aumento das complicações causadas pela sífilis no feto, como natimortos, abortos e sífilis congênita⁹. A mudança de critério para a classificação de caso de sífilis também pode ter contribuído para este aumento². O novo critério, pela nota informativa nº2 de 2017, prevê três situações para a sífilis gestacional incluindo casos sintomáticos, assintomáticos e a realização dos testes treponêmicos e não treponêmicos², além da notificação como sífilis em gestante dos casos diagnosticados durante pré-natal, parto e puerpério².

A instituição precoce do tratamento da sífilis gestacional contribui para a redução da transmissão vertical, já que o risco para o feto é quase 100% quando a mãe não é tratada adequadamente^{22, 24}.

O aumento da cobertura de equipes de saúde revela um avanço do SUS e maior disponibilidade de testagem e acompanhamento pré-natal. Porém, a ocorrência de sífilis congênita revela uma fragilidade desta atenção pré-natal, sendo um importante instrumento para monitoramento do acesso aos serviços de atenção primária à saúde^{6, 11}.

O uso do teste rápido para a triagem contribuiu significativamente para o aumento do número de casos de sífilis, principalmente de sífilis em gestante e congênita e para a redução da transmissão vertical⁶. Este estudo mostra que houve uma redução da taxa de transmissão vertical durante os anos, revelando um maior acesso aos testes de diagnóstico e conseqüentemente realização de pré-natal na atenção primária à saúde. A ampliação da cobertura da população pelas equipes de saúde da família também contribui para a redução da incidência de sífilis congênita^{6, 11}. Apesar de revelar um avanço no acesso, o Brasil não atingiu a metade da meta de redução e eliminação da sífilis congênita de <0,5 caso por mil nascidos vivos (PAHO, 2016).

A realização do pré-natal pelas equipes de saúde da família contribui substancialmente para a redução da transmissão vertical. Neste aspecto, a Rede Cegonha preconiza a redução da Sífilis Congênita, com início precoce do pré-natal e com a realização de teste rápido no primeiro e terceiro trimestre gestacional¹¹. Apesar da ampliação da estratégia de saúde da família no país, o acesso integral a estes serviços ainda se mostra como uma fragilidade^{11, 12, 22}. Além do acesso, o sistema de regulação, integração com as redes assistenciais, planejamento e controle social também se mostraram como desafios que precisam avançar para a garantia de um cuidado de

qualidade. Porém, ao comparar a eSF com a Atenção Primária à Saúde (equipes tradicionais de APS) notam-se resultados mais satisfatórios. Isto devido à ampliação da oferta de serviços principalmente em áreas remotas e com dificuldades como rurais e periféricas com redução das disparidades assistências mostrando-se mais equitativo²⁶.

Outro fator importante é que este aumento de casos de sífilis gestacional revela que a prática sexual desprotegida vem aumentando¹¹, sugerindo uma falha das ações de educação em saúde e planejamento familiar¹². O tratamento do parceiro também representa um fator importante para a perpetuação da cadeia de transmissão e desenvolvimento da SC, já que com o aumento das relações desprotegidas, a mãe acaba se reinfectando ou não tratando adequadamente a doença, transmitindo assim para o feto²². No que tange aos aspectos técnico-assistenciais a eSF também possui um melhor desempenho do que a Atenção Primária à Saúde tradicional devido à ação das equipes multidisciplinares, com enfoque familiar, acolhimento, vinculação, humanização e principalmente a orientação comunitária²⁶.

Assegurar um pré-natal de qualidade e garantir o número de consultas e a inclusão do parceiro para o tratamento adequado e diagnóstico precoce de sífilis contribuem para a redução da transmissão da doença¹². A SC é considerada como preditor de qualidade de pré-natal; já que a sua falta é inversamente proporcional às taxas de mortalidade infantil, aborto espontâneo e natimortos. Isto contribui para identificar as condições precárias da assistência à saúde materna e infantil²³.

O desmonte do SUS iniciado em 2017, com alteração do processo de trabalho das equipes, tais como, a redução do número de agentes comunitários de saúde, flexibilização da carga horária dos profissionais e extinção dos núcleos ampliados de apoio à saúde família contribuíram para uma precarização das ações de vigilância em saúde²⁵. Nota-se que a busca ativa de casos tem um papel fundamental para o diagnóstico precoce e seguimento dos casos em tratamento, principalmente, das gestantes faltosas durante o pré-natal. O papel do agente comunitário de saúde é fundamental para a realização desta atividade, já que ele representa o elo entre a comunidade e equipe de saúde, conseguindo identificar mais rapidamente os casos^{22, 26}. A visita domiciliar representa uma ferramenta essencial para o processo de trabalho e desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com foco na família, fato que garante a eSF um olhar mais ampliado do processo saúde doença com enfoque nos determinantes de saúde²⁶.

Apesar das vantagens das eSF serem notadamente superiores às das Atenção Primária à Saúde tradicionais, observa-se neste estudo que a ampliação das eSF não foi o

suficiente para ampliar a cobertura para toda a população. Isto reflete não só nas ações de prevenção e controle da sífilis, mas também no processo de trabalho das equipes que precisam conter os avanços das doenças transmissíveis e atuarem nas doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, o sucateamento das equipes multiprofissionais e a escassez de recursos humanos dificultam ainda mais sua atuação²⁷.

Este estudo encontrou como limitação, o elevado número de dados ignorados ou em branco no banco de dados do SINAN; isto revela uma fragilidade no acompanhamento e no monitoramento dos casos⁸.

5 CONCLUSÃO

Este estudo revela uma tendência crescente de sífilis gestacional e congênita além da ampliação da rede de atenção primária à saúde com implantação de novas equipes durante o período estudado. Apesar da sífilis congênita ter diminuído em todo o mundo entre 2012 e 2016, ainda está longe de alcançar a meta da eliminação global. Este fato remete à certeza de que, não basta ampliar Unidades de Saúde sem que sejam criadas políticas públicas que possam fortalecer o Sistema Único de Saúde, investindo no acesso, na Educação Permanente, na fixação dos RH no serviço, para a criação de vínculo com o usuário, possibilitando assim, melhor organização, planejamento e implantação das ações de prevenção, promoção e controle da sífilis gestacional e congênita.

REFERÊNCIAS

1. Ribeiro, R. S., de Souza Segura, G., Ferreira, A. C. M., dos Santos, N. S. G. M., Santos, M. D. L. S. G., & Vendramini, S. H. F. Epidemiologia da sífilis gestacional e congênita: revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, 2020; 9(4), e178942470-e178942470.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde. 2019.
3. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS ONE*. 2019; 14(2): e0211720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211720> pmid:30811406.
4. Heringer ALS, Kawa H, Fonseca SC, Brignol SMS, Zarpellon LA, Reis AC. Desigualdade na tendência da sífilis congênita no município de Niterói, Brasil 2007 a 2016. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44: e8.
5. Pan American Health Organization. Elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis in the Americas. Update 2016. Washington, D.C.: PAHO; 2017.
6. Figueiredo Daniela Cristina Moreira Marculino de, Figueiredo Alexandre Medeiros de, Souza Tanise Kely Bezerra de, Tavares Graziela, Vianna Rodrigo Pinheiro de Toledo. Relação entre oferta de diagnóstico e tratamento da sífilis na atenção básica sobre a incidência de sífilis gestacional e congênita. *Cad. Saúde Pública [Internet]*. 2020 [cited 2020 Dec 01]; 36 (3): e00074519.
7. Cardoso Ana Rita Paulo, Araújo Maria Alix Leite, Cavalcante Maria do Socorro, Frota Mirna Albuquerque, Melo Simone Paes de. Análise dos casos de sífilis gestacional e congênita nos anos de 2008 a 2010 em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva [Internet]*. 2018 Feb [cited 2020 Dec 01]; 23 (2): 563-574.
8. Conceição Hayla Nunes da, Câmara Joseneide Teixeira, Pereira Beatriz Mourão. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde debate [Internet]*. 2019 Oct [cited 2021 Jan 28]; 43 (123): 1145-1158.
9. Cavalcante Patrícia Alves de Mendonça, Pereira Ruth Bernardes de Lima, Castro José Gerley Diaz. Sífilis gestacional e congênita em Palmas, Tocantins, 2007-2014. *Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]*. 2017 June [cited 2021 Jan 28]; 26 (2): 255-264.
10. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e SRTVN. Nota informativa n.2 SEI/2017. 2017.
11. Nunes Patrícia Silva, Zara Ana Laura de Sene Amâncio, Rocha Déborah Ferreira Noronha de Castro, Marinho Tamiris Augusto, Mandacarú Polyana Maria Pimenta, Turchi Marília Dalva. Sífilis gestacional e congênita e sua relação com a cobertura da

Estratégia Saúde da Família, Goiás, 2007-2014: um estudo ecológico. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 28]; 27 (4): e2018127.

12. Soares Larissa Gramazio, Zarpellon Bruna, Soares Leticia Gramazio, Baratieri Tatiane, Lentsck Maicon Henrique, Mazza Verônica de Azevedo. Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2017 Dec [cited 2021 Jan 28]; 17 (4): 781-789.

13. Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde In: Campos GWS, Minayo, MCS, Akerman M, Drummond JM, Carvalho YM (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro e São Paulo: Fiocruz/Hucitec; 2006.

14. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

15. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

16. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Ver Saúde Pública* 2009; 43 (4): 595-603.

17. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo; Hucitec, 2002:189.

18. Gil CRP. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde pública* 2005; 21 (2): 490-8.

19. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulator care sensitive conditions. *Eus J Publick Health* 2004; 14 (3): 246-51.

20. Macinko J, Guanais FC, de Fátima Marinho de Souza MEvaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002*Journal of Epidemiology & Community Health* 2006;60:13-19.

21. Cecon RF, Borges DO, Paes LG, Klafke JZ, Viegali da saúde da família no brasil: um estudo ecológico *Ciênc Saúde Coletiva* 2013; 18 (5): 1411-6.

22. A Silva, L. R., de Arruda, L. E. S., do Nascimento, J. W., de Arruda Freitas, M. V., dos Santos, I. S. F., de Lima Silva, J. T., & de Oliveira, E. C. A. De mãe para filho (a): os impactos da sífilis gestacional e congênita na saúde pública do Brasil. *Brazilian Journal of Health Review*, 2021;4(1), 330-343.

23. Lobato, P. C. T., Aguiar, F. E. S. S. D., Mata, N. D. S. D., Prudêncio, L. D. S., Nascimento, R. O. D., Braga, K. H. D. M., ... & Menezes, R. A. D. O. Sífilis congênita na Amazônia: desvelando a fragilidade no tratamento. *Rev. enferm. UFPE on line*, 2021; 1-19.

24. Madeira, Domingues R M S; Carmo, Leal M do. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo “Nascer no Brasil”. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr 14]; 32 (6): e00082415. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2016000605002&lng=en. Epub June 01, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>.

25. Medina, Maria G; Giovanella, Lígia; Bousquat, Aylene; Mendonça, Maria H M de; Aquino, Rosana; Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*.36(8), 2020.

26. Arantes, Luciano José; Shimizu, Helena; Eri e Merchán-Hamann, Edgar Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n. 5 [Acessado 15 Abril 2021], pp. 1499-1510. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>.

27. Reis, Gilson Jácome dos et al. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2018, v. 34, n. 9 [Acessado 15 de Abril 2021] e00105517. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00105517>>. Epub 06 Set 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00105517>.