



MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA - NESC
LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO TECNOLÓGICA - LAIS
PROJETO SÍFILIS NÃO

PROJETO SÍFILIS NÃO: *construindo caminhos*

**REDE DE ATENÇÃO À SÍFILIS
NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS
(RELATÓRIO PRELIMINAR)**

FEVEREIRO, 2019
NATAL/RN

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS PELA ORGANIZAÇÃO DO RELATÓRIO

Angelo Giuseppe Roncalli
Kenio Costa de Lima
Mônica Bay
Tatyana Souza Rosendo

COLABORADORES

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Adele Schwartz Benzaken
Adriano Santiago Dias dos Santos
Esdras Daniel dos Santos Pereira
Ivo Brito
Juliana Uesono
Lutigardes Bastos Santana
Nádia Maria da Silva Machado
Sara Alves Neves
Thereza Cristina de Souza Mareco

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN

André Luis Bonifácio de Carvalho - UFPB
Ângelo Guisepe Roncalli da Costa
Oliveira
Carlos Alberto Pereira de Oliveira
Celeste Maria Rocha Melo
Cipriano Maia Vasconcelos
Elizabeth Cristina Fagundes de Souza
Ewerton William Gomes Brito
Ion Garcia Mascarenhas de Andrade
João Henrique Vieira da Silva Neto
Kenio Costa Lima
Lavínia Üchôa Azevedo de Araújo
Lílian Carla Muneiro
Márcia Cavalcante Vinhas Lucas
Maurício da Silva Oliveira Júnior
Miranice Nunes dos Santos Crives
Mônica Baumgart Bay
Philippi Sedir Grilo de Moraes
Richardson Augusto Rosendo da Silva
Rodrigo Dantas da Silva
Tatyana Maria Silva de Souza Rosendo
Thaís Santos Lima
Túlio de Paiva Marques Carvalho

BOLSISTAS

Ana Karla Bezerra Lopes
Giuliano Silva Pessoa
Marquiony Marques dos Santos
Tainara Lorena dos Santos Ferreira

COORDENADORES DO PROJETO

Ricardo Alexandro de Medeiros Valentim
Coordenador Geral – Laboratório de Inovação Tecnológica
em Saúde (LAIS)

Karilany Dantas Coutinho - LAIS

Maria Carmem Freire Diógenes Rego -
SEDIS

Marise Reis de Freitas
Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - NESC

Gerson Fernando Mendes Pereira
Ministério da Saúde – MS

APOIADORES DO PROJETO

Adriana Fagundes Duarte Rodrigues da Costa
Adriana Paula da Silva
Aldelice Gomes Ferreira
Americo Yuiti Mori
Ana Cristina Braga Chaves
Angela Cavalcanti Marcondes
Angela Parrela Guimarães
Brena Gabriella Tostes de Cerqueira
Carla de Almeida Vieira Azenha
Carla Zilio
Caroline Schweitzer de Oliveira
Cassia Valeria Carneiro
Chyrlly Elidiane de Moura
Cintia Michele Gondim de Brito
Danielli Botarelli Fragoso
Debora Cristina de Lima Carlet
Decio de Castro Alves
Erica Ribeiro de Lima Silva
Gabriela Fonte Pessanha
Gabrielle Almeida Rodrigues
Gilmar Correia Dias
Glaydes Maria dos Reis Alves
Idaclece Rodrigues de Matos
Isabelle Mendes de Oliveira
Jose Carlos Veloso Pereira da Silva
Jose Maria Ximenes Guimaraes
Karinna Alves Amorim de Sousa

Leila Maria Ribeiro
Liliana Pereira Coelho
Louanne Aires Pereira
Luciane de Fátima Fernandes de Carvalho
Luis Saulo Sousa Santos
Magda Ferreira Queiroga
Marco Aurélio de Oliveira Goes
Maria Angelica Duarte Silva
Maria de Fatima Brito De Rezende
Maria Lia Silva Zerbini
Marileide Florêncio Martins
Marislan Deusdedith Neves
Michelle Ribeiro de Sequeira
Michelly Luana da Silva
Miriam Estela de Souza Freire
Neide Gravato da Silva
Neyla Campos Almeida Cordeiro de Menezes
Paula Guidone Pereira Sobreira
Rita Ana da Silva Lima
Rozangela Locateli Armini
Sandro Rogério Mendes da Silva
Sofia Campos dos Santos
Solange Setta Machado
Tais Rangel Cruz Andrade
Vania Priamo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percentual de unidades de saúde que realizam o teste rápido para sífilis nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Figura 2 - Percentual de unidades de saúde que realizam o direto para sífilis nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Figura 3 - Percentual de unidades de saúde que realizam coleta para os testes não treponêmicos laboratoriais nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Figura 4 - Percentual de unidades de saúde que realizam coleta para os testes treponêmicos laboratoriais nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Figura 5 - Percentual de unidades de saúde que realizam exames de líquido nos estados, regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Figura 6 - Percentual de unidades de saúde que realizam testagem de sífilis no 1º trimestre da gestação nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Figura 7 - Taxa de detecção de sífilis em gestantes por 1.000 nascidos vivos, entre 2007 e 2016, de acordo com os municípios participantes do projeto

Figura 8 - Percentual de unidades de saúde que realizam testagem de sífilis no momento do parto nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Figura 9 - Percentual de unidades de saúde que realizam o tratamento de sífilis nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Figura 10 - Percentual de unidades de saúde que realizam a administração de penicilina nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Figura 11 - Percentual de unidades de saúde que realizam encerramentos dos casos de sífilis nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DE SÍFILIS E ANÁLISE DO LÍQUOR	8
Realização de Teste Rápido para sífilis	8
Realização de exame direto para sífilis	9
Realização de coleta para testes não treponêmicos laboratoriais	10
Realização de coleta para testes treponêmicos laboratoriais	11
Existência de fluxo para realizar exames de líquido	12
DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS EM GESTANTES	13
Realização de testagem de sífilis no 1º trimestre da gestação	14
Realização de testagem de sífilis no 3º trimestre da gestação	15
Realização de testagem de sífilis no momento do parto	16
TRATAMENTO DA SÍFILIS	17
Realiza tratamento dos casos de sífilis	18
Realiza administração de penicilina na unidade	19
ENCERRAMENTO DOS CASOS DE SÍFILIS	20
Realiza o encerramento dos casos de sífilis	20
REFERÊNCIAS	22

Apresentação

Em 1995, o Brasil, juntamente com outros seis países da América Latina e do Caribe, assumiu o compromisso para a elaboração do Plano de Ação visando à eliminação da sífilis congênita nas Américas até o ano 2000. A meta definida foi de um coeficiente de incidência de até 0,5 caso de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, com o tratamento de 95% das gestantes com sífilis e redução do coeficiente de prevalência da infecção em gestantes para menos de 0,1% (OPAS, 2012).

Entretanto, mesmo após esse período, o compromisso de eliminação da sífilis congênita ainda não foi atingido. No Brasil, em 2016, a sífilis adquirida apresentou uma taxa de detecção de 42,5 casos por 100 mil habitantes; a sífilis em gestantes, uma taxa de 12,4 casos por mil nascidos vivos; e a sífilis congênita em menores de um ano de idade apresentou uma taxa de incidência de 6,8 casos por mil nascidos vivos.

Desse modo, para que se reverta o cenário atual da sífilis no Brasil, é importante o desenho de estratégias que vão além da descentralização organizacional do sistema e que incorporem investimentos em saúde ancorados na equidade regional, a fim de superar as dificuldades do financiamento da saúde no cenário atual.

Em janeiro de 2017, foi aprovada, por meio da Lei Orçamentária Anual (LOA) nº 13.414 (Publicada no DOU de 11.1.2017), a incorporação do montante de duzentos milhões de reais para utilização pelo Ministério da Saúde em ações de resposta rápida à sífilis, sendo R\$ 150 milhões para despesas de custeio e R\$ 50 milhões para despesas de capital. O projeto intitulado *Integração inteligente aplicada ao fortalecimento da resposta rápida à Sífilis nas Redes de Atenção*, agora conhecido como “Projeto Sífilis Não”, tem, portanto, como objetivo principal reduzir a sífilis adquirida e em gestantes e eliminar a sífilis congênita no Brasil.

Entre as estratégias desse projeto está a atividade de apoio institucional, realizada nos municípios prioritários (100 ao todo, dos quais 72 fazem parte das ações iniciais do processo de apoio). São 50 profissionais, com larga experiência no campo das ações voltadas para as IST e na vigilância em saúde, que estão atuando nesses 72 municípios no sentido de estabelecer o elo entre o Ministério da Saúde e a gestão local, com o intuito de dinamizar as ações de enfrentamento à sífilis.

As atividades realizadas pelos apoiadores no território são registradas em uma plataforma e se dividem nos eixos de: (a) educação e comunicação, (b) gestão e governança, (c) rede de atenção à saúde e (d) vigilância em saúde. Essas atividades registradas são regularmente analisadas pela equipe de pesquisa do projeto no sentido de compor um quadro da situação de enfrentamento da sífilis nos municípios prioritários que estão sob atividade de apoio.

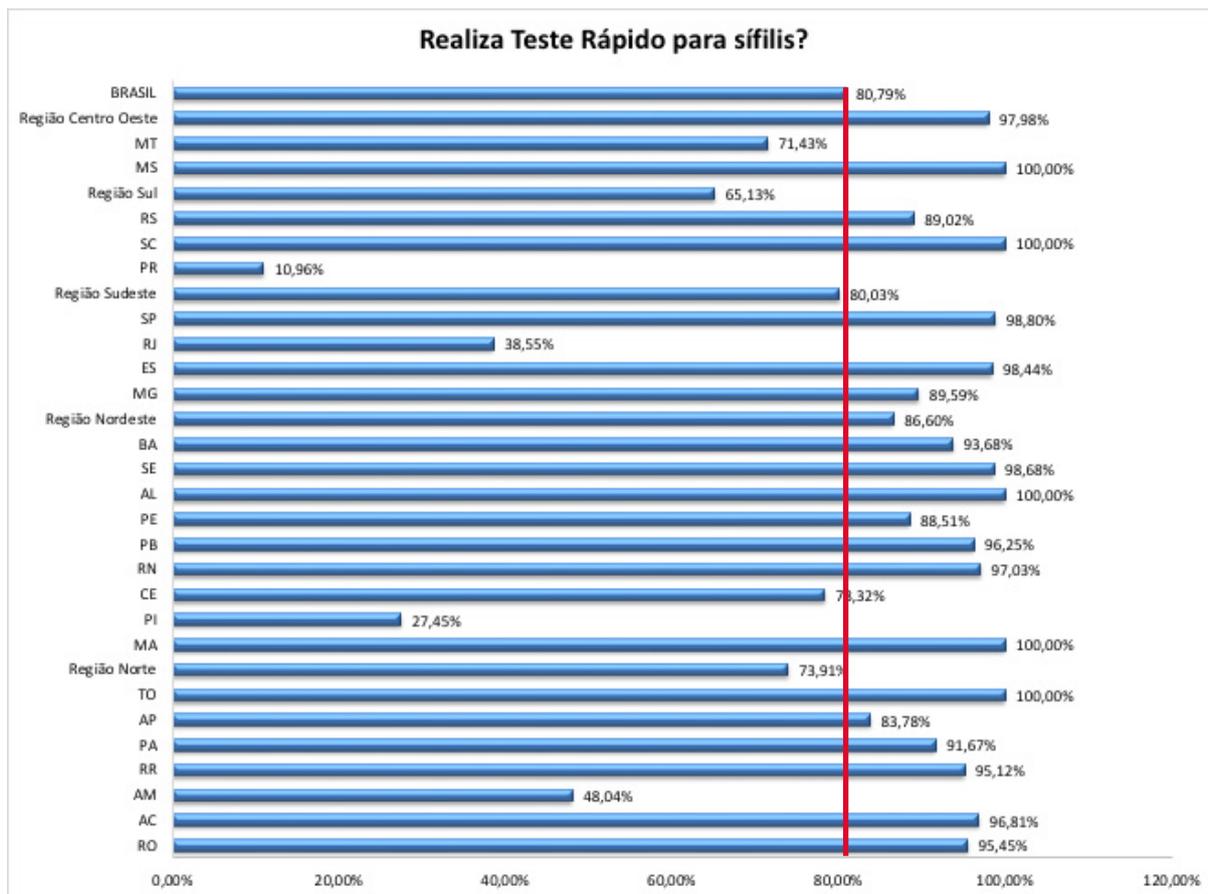
Uma das primeiras atividades dos apoiadores consistiu em um diagnóstico da rede de serviços com relação às estratégias de testagem, diagnóstico e tratamento da sífilis. Os apoiadores obtiveram dados de grande parte dos estabelecimentos de saúde dos municípios, totalizando mais de 4 mil estabelecimentos. Essas informações foram, então, tabuladas em um banco de dados e foram realizadas diversas análises, agregando os resultados por estado e por região. O presente relatório traz os principais resultados desse estudo, o qual representa uma primeira aproximação sobre o modo como está organizada a rede de serviços para o enfrentamento da sífilis nos 72 municípios que foram incluídos na primeira fase do “Projeto Sífilis Não”.

Diagnóstico laboratorial de sífilis e análise do líquido

O diagnóstico da sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, testes laboratoriais e histórico de exposições ao *Treponema pallidum*. Apenas o conjunto dessas informações permite o diagnóstico correto e, conseqüentemente, o tratamento adequado da sífilis. Nas fases sintomáticas, é possível a realização de exames diretos, enquanto os testes imunológicos podem ser utilizados tanto na fase sintomática quanto na fase de latência, sendo por esse motivo os mais recomendados. Para o diagnóstico da sífilis, devem ser realizados um teste treponêmico e um teste não treponêmico. Conforme orientações do Ministério da Saúde e considerando a sensibilidade dos fluxos diagnósticos, recomenda-se, sempre que possível, iniciar a investigação por um teste treponêmico, preferencialmente o teste rápido.

Realização de Teste Rápido para sífilis

Do total de serviços de saúde analisados, 80,8% realizam teste rápido para sífilis. Destacam-se os estados do Tocantins, Maranhão, Alagoas, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul com 100% dos estabelecimentos de saúde realizando teste rápido. Já os estados do Amazonas, Rio de Janeiro, Piauí e Paraná apresentam cobertura insuficiente, com menos de 50% dos serviços realizando teste rápido. Os serviços de Atenção Básica são os que mais realizam o teste rápido em todas as regiões. Não foram obtidas informações sobre o estado de Goiás e o Distrito Federal.



*Os estados de Goiás e o Distrito Federal não possuem dados para essa informação.

Figura 1 - Percentual de unidades de saúde que realizam o teste rápido para sífilis nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Fonte: Autoria própria.

Realização de exame direto para sífilis

Apenas 270 serviços realizam o exame direto para sífilis no país. O Mato Grosso do Sul e o Ceará são os estados com maior número de estabelecimentos de saúde realizando exame direto para sífilis, com 92 e 80 estabelecimentos, respectivamente, porém o padrão esperado foi atingido apenas nos estados de Mato Grosso do Sul e Alagoas, com mais de 80% dos estabelecimentos realizando exame direto. Preocupa o fato de diversos estados não possuírem nenhum estabelecimento de saúde que realize exame direto, dentre os avaliados. Na região norte, os estados do Acre, Amazonas, Pará, Amapá e Tocantins não possuem um único estabelecimento que realize o exame direto para sífilis entre os avaliados, na região nordeste, Maranhão, Paraíba, Sergipe e Bahia também não tem cobertura para exame direto, na região sudeste, Espírito Santo e na região sul, Santa Catarina também não possuem estabelecimentos que realizam exame direto dentre os que foram avaliados.



*Os estados de Goiás e o Distrito Federal não possuem dados para essa informação.

Figura 2 - Percentual de unidades de saúde que realizam o exame direto para sífilis nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Fonte: Autoria própria.

Realização de coleta para testes não treponêmicos laboratoriais

No que se refere à coleta de testes não treponêmicos, 69,9% dos estabelecimentos de saúde do Brasil avaliados realizam esse procedimento, estando dentro de um padrão considerado aceitável. Apenas a região Norte apresenta resultados insuficientes, com menos de 50% dos estabelecimentos de saúde avaliados realizando essa coleta. A melhor cobertura é encontrada na região sudeste, com 88% dos estabelecimentos avaliados realizando coleta de testes não treponêmicos. Os estados com menor número de serviços realizando coleta de testes não treponêmicos são Rio Grande do Norte, Amapá e Rio Grande do Sul, todos com menos de 50% dos estabelecimentos avaliados. Em todas as regiões os serviços de Atenção Básica são os que menos realizam essa coleta, porém o Sudeste e o Centro-Oeste apresentaram padrão aceitável mesmo nesses serviços, com mais de 50% dos estabelecimentos de Atenção Básica realizando a coleta para testes não treponêmicos.



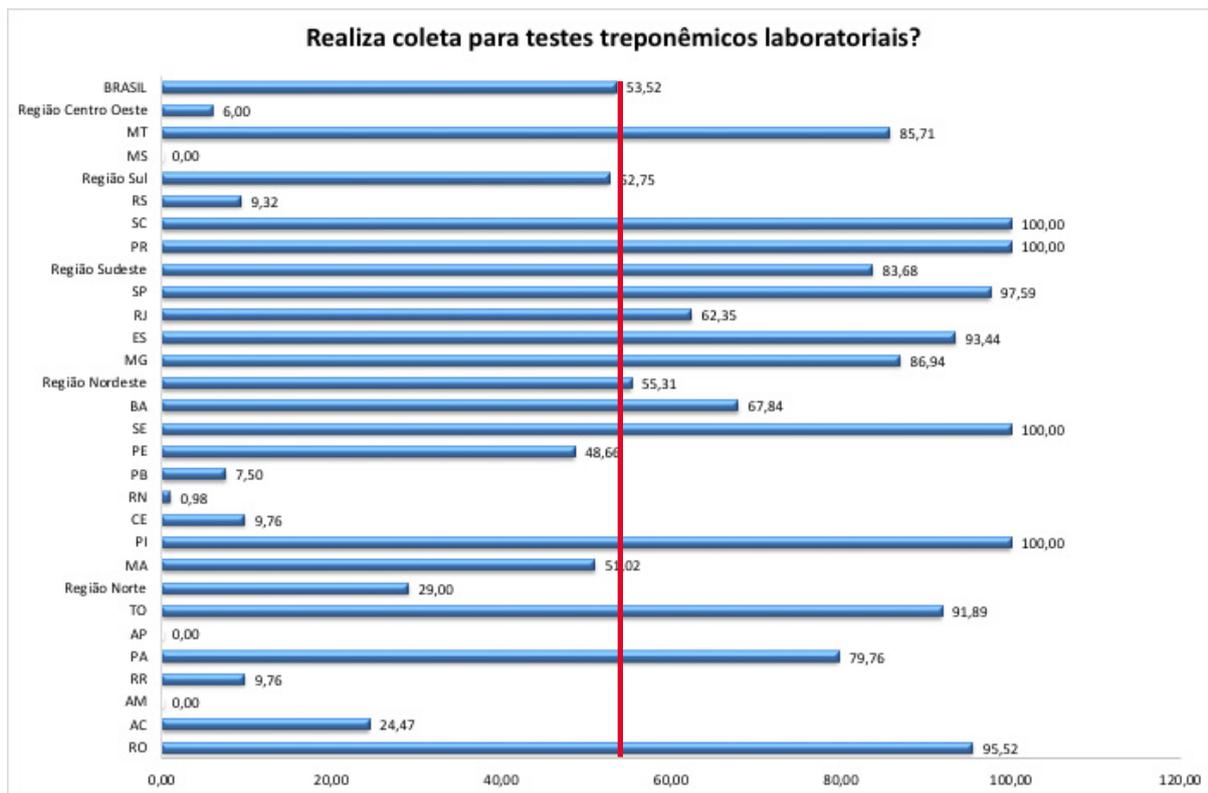
*Os estados de Goiás e o Distrito Federal não possuem dados para essa informação.

Figura 3 - Percentual de unidades de saúde que realizam coleta para os testes não treponêmicos laboratoriais nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Fonte: Autoria própria.

Realização de coleta para testes treponêmicos laboratoriais

No que se refere à coleta de testes treponêmicos, 53,5% dos estabelecimentos de saúde do Brasil avaliados realizam esse procedimento. Apenas a região Norte apresenta resultados insuficientes, com menos de 50% dos estabelecimentos de saúde avaliados realizando essa coleta. A melhor cobertura é encontrada na região Sudeste, com 83,7% dos estabelecimentos avaliados realizando coleta de testes treponêmicos. Amazonas, Amapá, Alagoas e Mato Grosso do Sul não possuem nenhum estabelecimento de saúde que realize essa coleta entre os avaliados. Já Piauí, Sergipe, Paraná e Santa Catarina realizam coleta de teste treponêmico em 100% dos estabelecimentos de saúde avaliados.



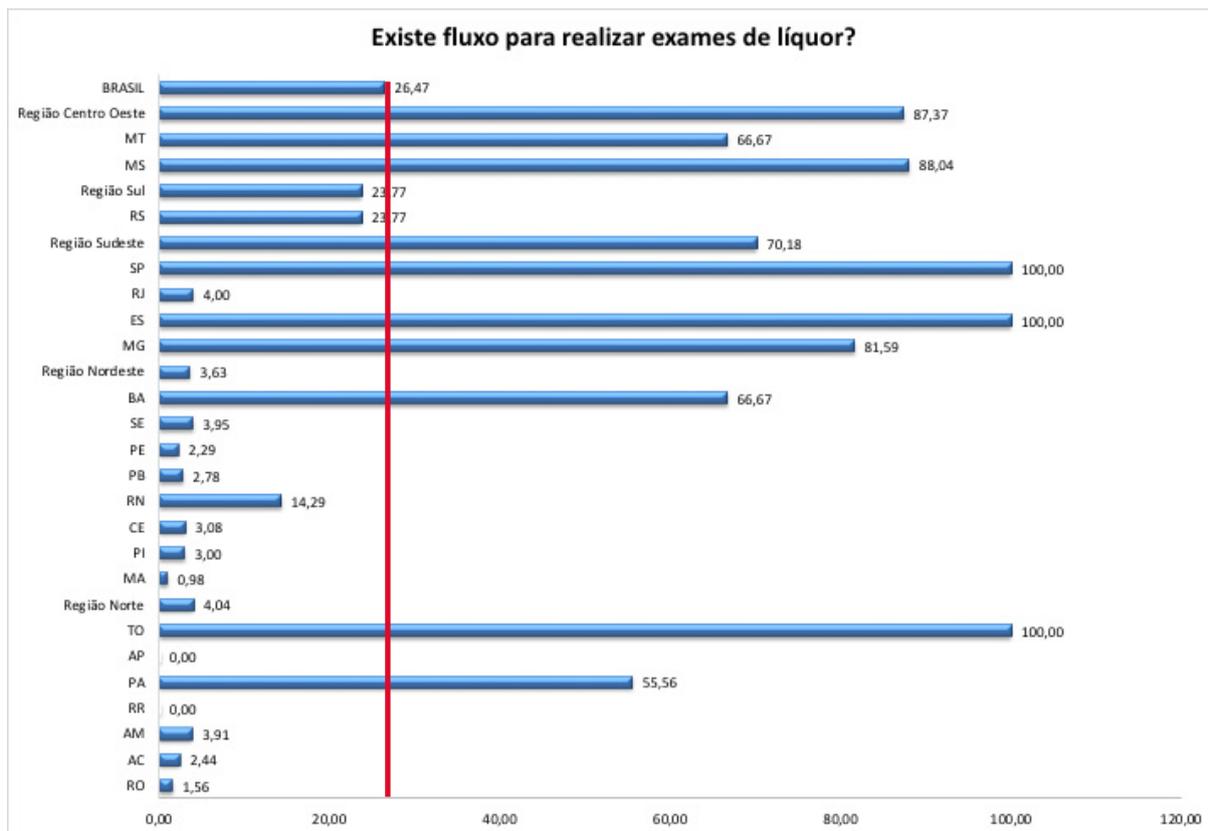
*Os estados de Goiás, Alagoas e o Distrito Federal não possuem dados para essa informação.

Figura 4 - Percentual de unidades de saúde que realizam coleta para os testes treponêmicos laboratoriais nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Fonte: Autoria própria.

Existência de fluxo para realizar exames de líquido

Apenas a região Centro-Oeste atingiu o padrão esperado no quesito existência de fluxo para exames de líquido, com 87,4% dos estabelecimentos de saúde avaliados relatando a existência desse fluxo. Mesmo assim, nessa região apenas os estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul foram avaliados, tendo o estado do Mato Grosso do Sul 88% dos estabelecimentos com fluxo e o Mato Grosso 66,7%. Os estados com maior percentual de estabelecimentos com existência de fluxo para exames de líquido dentro do esperado foram São Paulo, Espírito Santo e Tocantins, todos com 100%, seguidos de Mato Grosso do Sul (88%) e Minas Gerais com 81,6%. Na região Sudeste, o padrão foi considerado aceitável, devido aos resultados apresentados pelo estado do Rio de Janeiro, onde apenas 4% dos estabelecimentos avaliados possuem fluxo para realização de exame de líquido em casos de sífilis. Todas as demais regiões apresentaram menos de 50% das unidades com fluxo para realização de exames de líquido.



*Os estados de Goiás, Alagoas, Paraná, Santa Catarina e o Distrito Federal não possuem dados para essa informação.

Figura 5 - Percentual de unidades de saúde que realizam exames de líquido nos estados, regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Fonte: Autoria própria.

Diagnóstico de sífilis em gestantes

A sífilis congênita e a sífilis em gestantes vêm aumentando sobremaneira na população brasileira e mundial. No Brasil, desde 1986 que a sífilis congênita é de notificação compulsória, o que tem nos revelado uma tendência crescente nos casos notificados (BRASIL, 2018), muito embora ainda sejam marcantes os casos de subnotificação e sub-registro. No entanto, a sífilis em gestantes só passou a ser de notificação compulsória quase 20 anos depois, mais especificamente no ano de 2005. Do mesmo modo, o número de casos também apresenta uma tendência crescente (BRASIL, 2018), revelando uma preocupação também crescente no que diz respeito à transmissão vertical dessa doença. Evidencia-se, todavia, uma subnotificação e um sub-registro da sífilis em gestantes, revelado claramente pela dissonância no registro do binômio mãe-filho de casos da doença.

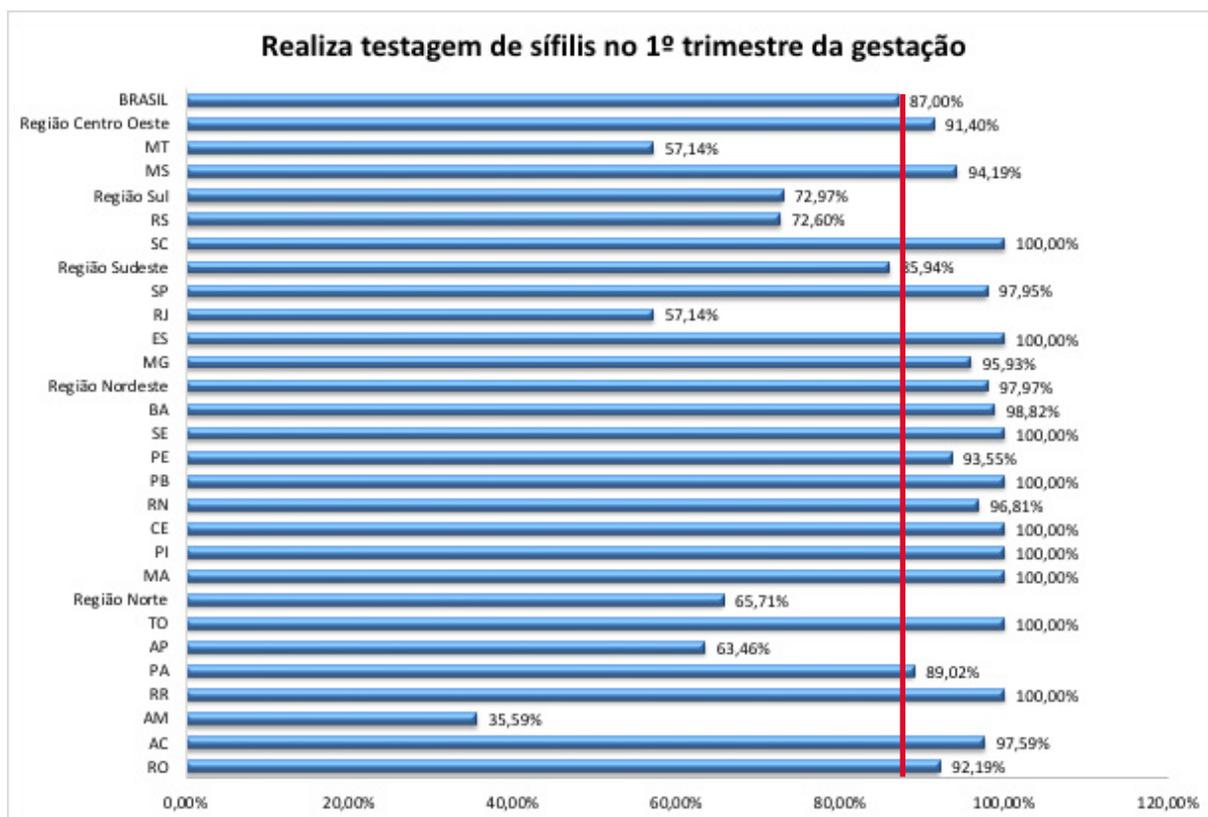
De acordo com o mais recente boletim epidemiológico (BRASIL, 2018), os casos de sífilis em gestantes são mais diagnosticados nos segundo e terceiro trimestres gestacionais, em grávidas de 20 a 29 anos (mais de 50%), de baixa escolaridade (1/3 possui ensino fundamental incompleto ou menos), pardas (quase metade dos diagnósticos) e tratadas com penicilina (aproximadamente 90%). O diagnóstico preferencialmente tem sido de sífilis primária (1/3), muito embora, nos últimos anos (2013 em diante), mais de 20% tenham sido diagnosticados como sífilis latente, sendo o tipo ignorado o de segundo maior percentual.

Para a sífilis congênita, o boletim mais atual (BRASIL, 2018) informa que as crianças são diagnosticadas com menos de 7 dias de vida (mais de 95%), classificadas como sífilis congênita recente, cujas mães têm idade entre 20 e 29 anos, são pardas, de baixa escolaridade, mais de $\frac{3}{4}$ realizaram pré-natal e cujo diagnóstico da mãe foi preferencialmente durante o pré-natal, seguido pelo momento do parto/curetagem. Mais de 50% das mães tiveram tratamento considerado inadequado à sífilis e seus parceiros não foram tratados. Desde 2012, o coeficiente bruto de mortalidade por sífilis congênita tem oscilado entre 5 e 8 por 100.000 nascidos vivos.

Diante desses dados, percebe-se que o quadro da sífilis em gestante e congênita não é nada animador. Na ausência de tratamento, a transmissão vertical da sífilis é elevada, podendo alcançar valores próximos a 100% nas formas recentes da doença (DOMINGUES; LEAL, 2016). Triagem universal durante a gravidez e tratamento adequado para mães e seus filhos são as estratégias mais efetivas para prevenção da transmissão vertical (ZHANG *et al.*, 2018). Ademais, uma maior capacidade diagnóstica, maior notificação, resistência dos profissionais da Atenção Básica à aplicação da penicilina e desabastecimento mundial desta têm sido consideradas, em conjunto, justificativas frequentes desse quadro epidêmico em nível global.

Realização de testagem de sífilis no 1º trimestre da gestação

O indicador correspondente à testagem de sífilis no primeiro trimestre revela que 87% dos estabelecimentos investigados nos municípios integrantes da primeira fase de resposta rápida à sífilis o fazem, sendo este considerado como esperado. Quando se analisa por regiões administrativas, o Norte com 65,7% e o Sul com 73% são considerados como aceitáveis. Cabe ressaltar que os estados de Alagoas, Paraná, Goiás e o Distrito Federal não apresentaram dados relativos a essa variável.



*Os estados de Goiás, Alagoas, Paraná e o Distrito Federal não possuem dados para essa informação.

Figura 6 - Percentual de unidades de saúde que realizam testagem de sífilis no 1º trimestre da gestação nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Fonte: Autoria própria.

Realização de testagem de sífilis no 3º trimestre da gestação

O indicador correspondente à testagem de sífilis no terceiro trimestre revela que os mesmos 87% dos estabelecimentos investigados nos municípios integrantes da primeira fase de resposta rápida à sífilis o fazem, sendo este considerado como esperado. Quando se analisa por regiões administrativas, o Norte com 66,2% e o Sul com 72,8% são considerados como aceitáveis. Cabe ressaltar que os estados de Alagoas, Paraná, Goiás e o Distrito Federal não apresentaram dados relativos a essa variável.



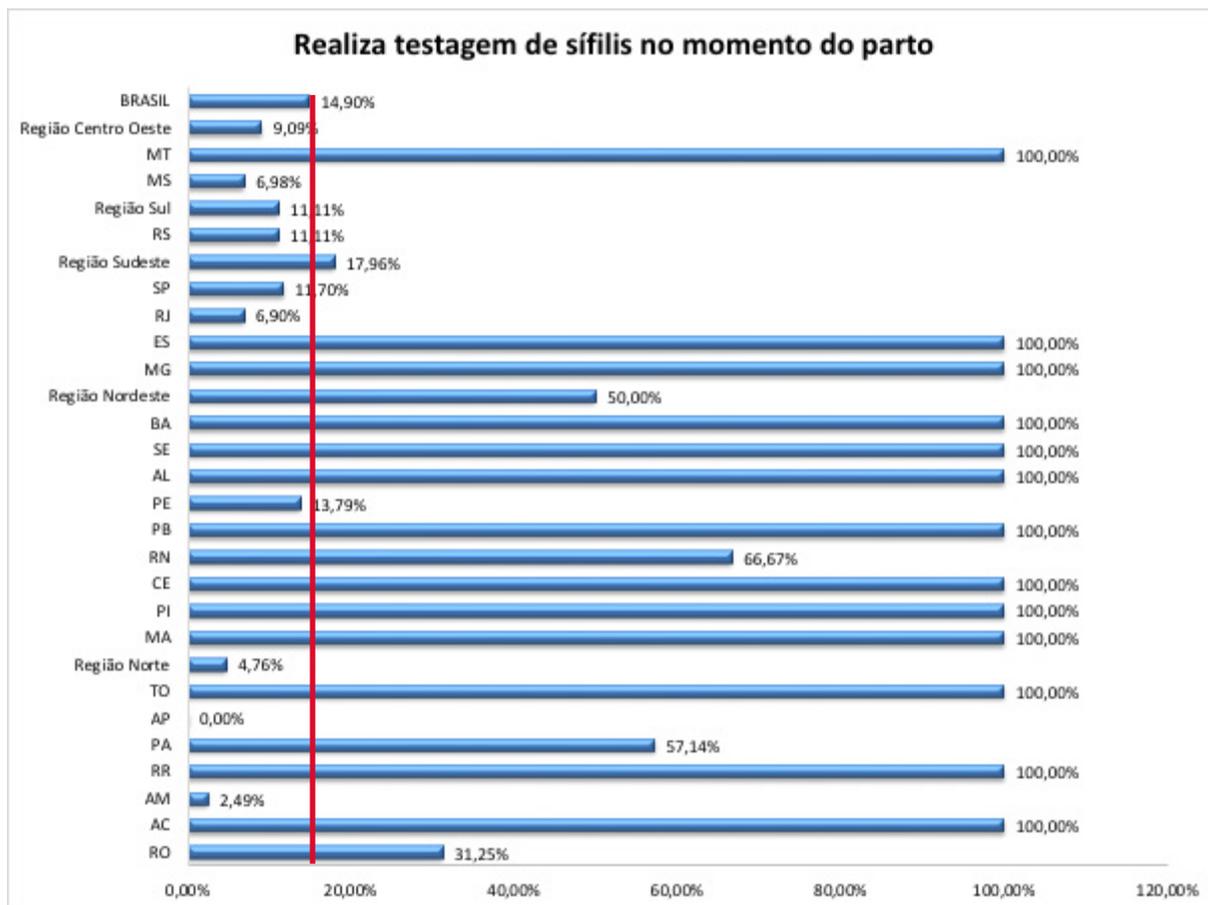
*Os estados de Goiás, Alagoas, Paraná e o Distrito Federal não possuem dados para essa informação.

Figura 7 - Percentual de unidades de saúde que realizam testagem de sífilis no 3º trimestre da gestação nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Fonte: Autoria própria.

Realização de testagem de sífilis no momento do parto

Dos 745 estabelecimentos de saúde aptos a realizarem testagem para sífilis no momento do parto nos municípios investigados, somente 14,89% (111) o fazem, revelando um indicador insuficiente para esse quesito. A região Norte do país não atinge nem 5% e o Nordeste atinge 50% dos estabelecimentos aptos a realizarem a testagem durante o parto e o fazem. Cabe ressaltar que os estados de Santa Catarina, Paraná, Goiás e o Distrito Federal não apresentaram dados relativos a essa variável.



*Os estados de Goiás, Paraná, Santa Catarina e o Distrito Federal não possuem dados para essa informação.

Figura 8 - Percentual de unidades de saúde que realizam testagem de sífilis no momento do parto nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Fonte: Autoria própria.

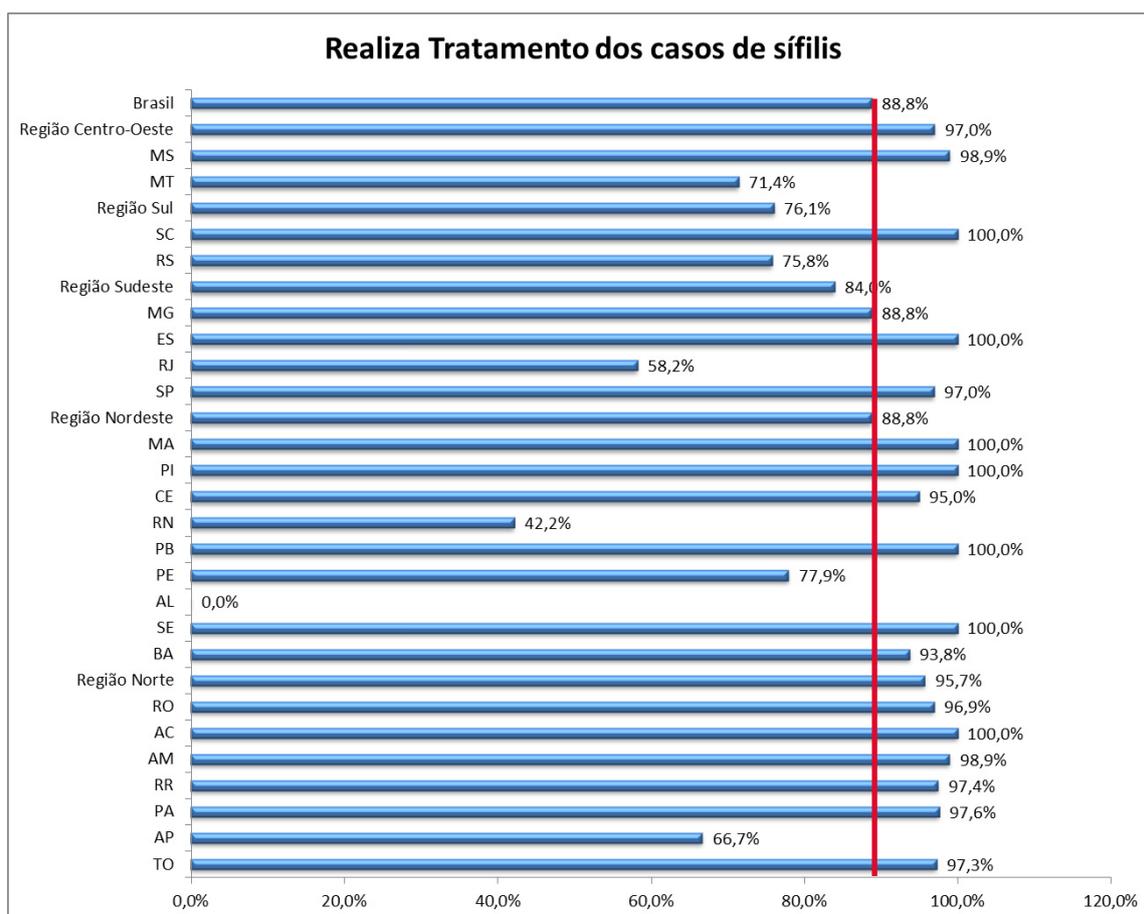
Tratamento da sífilis

A penicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação. O número de doses a serem administradas depende do estágio da infecção, não havendo até a presente data evidência de resistência de *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo. A administração de penicilina benzatina pode ser feita com segurança na Atenção Básica, tanto para a pessoa com sífilis quanto para sua parceria sexual. Infelizmente, o receio de reações adversas à penicilina por profissionais de saúde, em especial a reação anafilática, tem contribuído para a perda do momento oportuno de tratamento de pessoas infectadas por sífilis, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença no Brasil (BRASIL, 2018).

Quanto ao tratamento dos casos de sífilis na rede de atenção, foram analisados dois aspectos: sua realização e a administração de penicilina.

Realização do tratamento dos casos de sífilis

Observou-se que do total de serviços de saúde analisados 88,80% deles realiza o tratamento dos casos de sífilis. Na análise por região, observa-se a maior cobertura de tratamento na região Centro-Oeste (97,00%) e a pior cobertura na região Sul (76,07%). Entre os estados, Alagoas apresenta a pior situação, onde nenhuma unidade realiza o tratamento, seguido do Rio Grande do Norte, com apenas 42,2% de unidades realizando o tratamento. Chama a atenção o fato de que nos estados de Goiás, Paraná e no Distrito Federal não há dados para essa informação (Figura 9).



*Os estados de Goiás, Paraná e o Distrito Federal não possuem dados para essa informação.

Figura 9 - Percentual de unidades de saúde que realizam o tratamento de sífilis nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Fonte: Autoria própria.

Realização da administração de penicilina na unidade

A administração de penicilina, considerando o total de serviços analisados, apresentou percentual de 79,34%. Apenas as regiões Norte e Centro-Oeste apresentam percentual de unidades que realizam administração de penicilina acima da média nacional. Alagoas (0%), Rio Grande do Norte (11%), Piauí (25%) e Rio de Janeiro (37%) apresentaram os percentuais mais baixos de administração de penicilina nas suas unidades de saúde. Nos estados de Goiás, Paraná e no Distrito Federal não há dados para essa informação (Figura 10).



*Os estados de Goiás, Paraná e o Distrito Federal não possuem dados para essa informação.

Figura 10 - Percentual de unidades de saúde que realizam a administração de penicilina nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

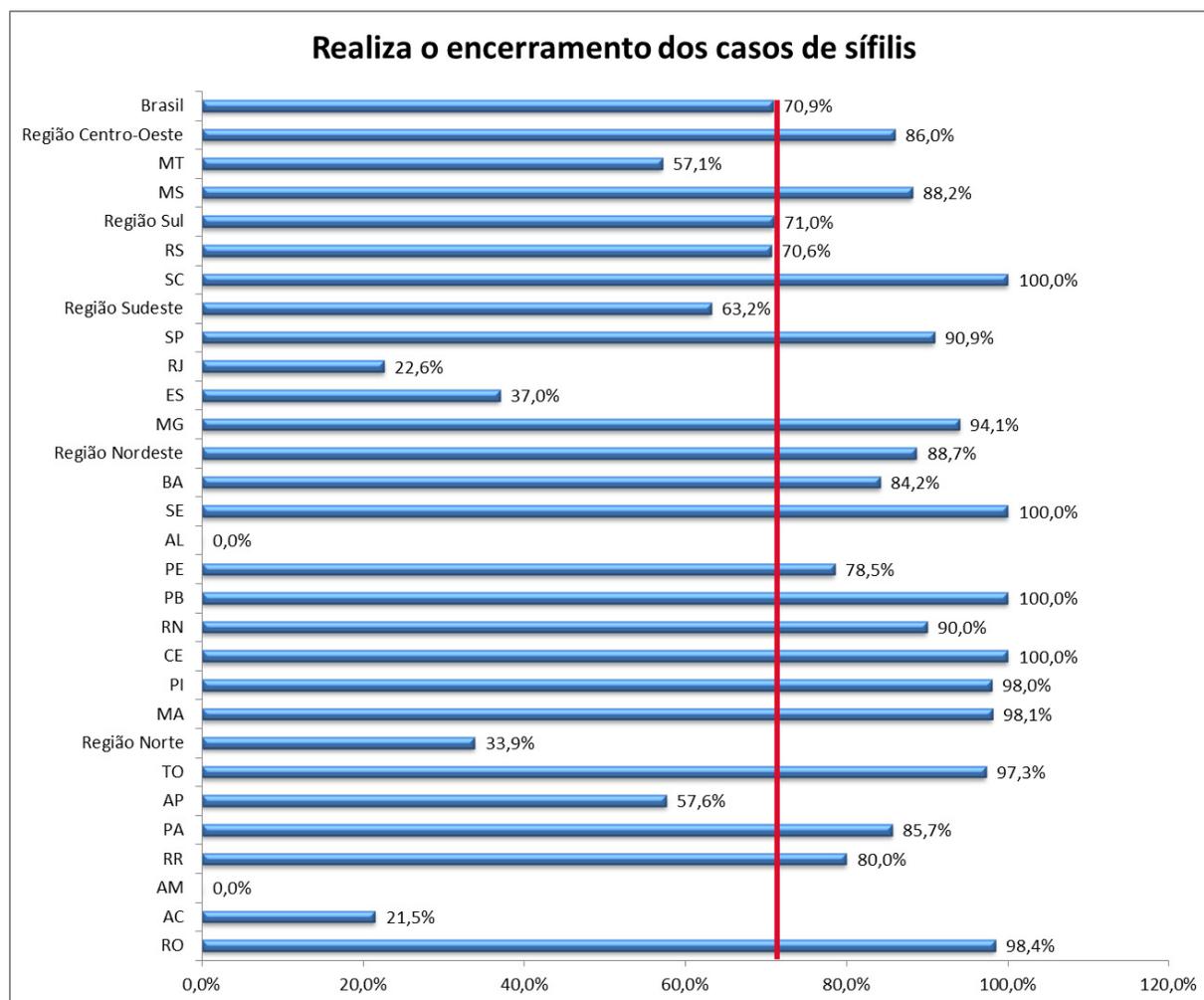
Fonte: Autoria própria.

Encerramento dos casos de sífilis

Conforme o manual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), os serviços têm 60 dias após a data de notificação para o encerramento dos casos de sífilis congênita, em gestantes e adquirida. O encerramento adequado dos casos é importante para que as informações sobre a sífilis possam ser apresentadas de maneira completa no boletim epidemiológico e os estados e municípios tenham subsídio para o planejamento de medidas de controle da infecção.

Realização do encerramento dos casos de sífilis

O encerramento dos casos de sífilis, considerando o total de serviços investigados foi de 70,9%. A análise por região permite observar que a pior situação se encontra na região Norte, onde apenas um terço (33,9%) dos seus serviços realiza o encerramento dos casos. A região Sudeste apresenta percentual abaixo da média nacional e nos estados do Rio de Janeiro e Espírito Santo menos da metade de suas unidades realiza encerramento dos casos. Nos estados de Alagoas e Amazonas nenhuma unidade realiza o encerramento. Nos estados de Goiás, Paraná e no Distrito Federal não há dados para essa informação (Figura 11).



* Os estados de Goiás, Paraná e o Distrito Federal não possuem dados para essa informação.

Figura 11 - Percentual de unidades de saúde que realizam encerramentos dos casos de sífilis nos estados, nas regiões e no Brasil. Brasil, 2018.

Fonte: Autoria própria.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância. Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Economia. Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. **Lei nº 13.414, de 10 de janeiro de 2017**. Estima a receita e fixa a despesa da União para o exercício financeiro de 2017. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/orcamento-1/orcamentos-anuais/2017/loa/lei-13414/view>. Acesso em: 7 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

DOMINGUES, R. M. S. M.; LEAL, M. C. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p.: e00082415, jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Análisis de la situación al año 2010: eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en la Región de las Américas**. Washington: OPAS, 2012.

ZHANG, X. *et al.* Surveillance of Maternal Syphilis in China: Pregnancy Outcomes and Determinants of Congenital Syphilis. **Med. Sci. Monit.**, v. 24, p. 7727–7735, 2018.