

## Scientific Electronic Archives

Issue ID: Sci. Elec. Arch. Vol. 12 (5)

October 2019

DOI: <http://dx.doi.org/10.36560/1252019883>

Article link

<http://www.seasinop.com.br/revista/index.php?journal=SEA&page=article&op=view&path%5B%5D=883&path%5B%5D=pdf>

Included in DOAJ, AGRIS, Latindex, Journal TOCs, CORE, Discoursio Open Science, Science Gate, GFAR, CIARDRING, Academic Journals Database and NTHRYS Technologies, Portal de Periódicos CAPES.



## Sífilis em gestantes no município de Catanduvas-SC

## Syphilis in pregnant women in the municipality of Catanduvas-SC

R. S.Weber<sup>1</sup>, G.C. M. Berber<sup>2</sup>, P.Z.Tomasi<sup>1</sup>, V. Beltrame<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus Joaçaba

<sup>2</sup> Faculdade de Sinos - FASIPE

Author for correspondence: [vilma.beltrame@unoesc.edu.br](mailto:vilma.beltrame@unoesc.edu.br)

**Resumo.** Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, documental, com objetivo de listar as condutas dos profissionais de saúde que fizeram o Pré-natal em gestantes da rede básica do Município de Catanduvas SC, no ano 2016. Foram analisados 97 prontuários. Os resultados nos mostram que a média de idade das gestantes foi de 28 anos, sendo que 47,4% têm idade entre 20 a 29 anos. Observou-se também que 91,8% das gestantes realizaram exames laboratoriais e três testes rápidos para diagnóstico de Sífilis, Hepatites Virais, HIV, sendo um teste em cada trimestre gestacional. O início do pré-natal ocorreu no segundo trimestre em 55,7% das gestantes; 50,5% realizaram, de 1 a 3 consultas de enfermagem e 45,5% realizaram 7 ou mais consultas médicas. Durante o período analisado foram diagnosticadas duas gestantes com Sífilis, 2,1% foram tratadas adequadamente, porém um dos parceiros não aceitou o tratamento. Salienta-se que dados referentes as características das gestantes não tiveram 100% de preenchimento o que nos leva a sugerir que os profissionais envolvidos na assistência ao Pré-Natal recebam capacitação continuada sobre a importância do preenchimento correto do prontuário da gestante, enfatizando que isso é um procedimento legal e que a não realização pode prejudicar a continuidade da assistência e a realização de pesquisas na área.

**Palavras-chave:** Gestantes, Sífilis congênita, Pré-natal.

**Abstract.** This is a retrospective, cross-sectional, documentary study aimed at analyzing the behavior of health professionals who perform prenatal care in pregnant women in the basic network of the Municipality of Catanduvas SC, from January to December 2016. We analyzed 97 medical records. The results show that the average age of pregnant women was 28 years, and 47.4% were aged between 20 and 29 years. The onset of prenatal care occurred in the second trimester in 55.7% of pregnant women; 50.5% performed 1 to 3 nursing consultations and 45.5% performed 7 or more medical visits. It was also observed that 91.8% of the pregnant women performed laboratory tests and three rapid tests for the diagnosis of Syphilis, Viral Hepatitis, and HIV, being a test in each gestational trimester. During the analyzed period two pregnant women with syphilis were diagnose, which gives us a prevalence rate of 2.1%, which were treated properly, but one of the partners did not accept the treatment. It should be pointed out that data referring to the characteristics of the pregnant women did not have a 100% completion which leads us to suggest that the professionals involved in the prenatal care receive continuous education about the importance of correct filling of the pregnant woman's chart, emphasizing that this is a legal procedure and that the non-fulfillment can jeopardize the continuity of the assistance and the carrying out of researches in the area.

**Keywords:** Pregnant women, congenital syphilis, Prenatal care.

### Introdução

Apesar dos avanços científicos, existem Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) incuráveis, no entanto a maioria pode ser tratadas, e outras que se tratadas adequadamente tem cura. As ISTs são problemas de saúde pública comum em todo o mundo, e estão entre as cinco principais causas de procura pelos serviços de saúde, se não

tratada podem provocar sérias complicações, tais como infertilidade, abortamento espontâneo, malformações congênitas e até mesmo a morte. Algumas destas Infecções são de difícil detecção, por não apresentarem sintomas visíveis e, muitas vezes, assintomáticas (SILVA et al, 2016). Entre as ISTs a sífilis continua sendo um problema de saúde

mundial, acometendo um número expressivo de pessoas todos os anos (BENZAKEN et al, 2016).

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, caracterizada por ter um período de latência e um grave acometimento sistêmico evoluindo para complicações graves quando não tratada ou tratada de forma inadequada. Seu agente causador é, o *Treponema pallidum*, tendo como principal via de transmissão o contato sexual, podendo também ser transmitida por uso de agulhas contaminadas via vertical. A transmissão vertical se dá da gestante para o feto durante o período de gestação, pela via transplacentária, durante o nascimento pelo canal de parto ou após o nascimento pelo aleitamento materno (CHUFALO et al, 2006).

Se não tratada a gestante, o seu filho contrairá a doença e além do que pode evoluir para estágios que comprometerão a pele e órgãos internos, como o coração, fígado e sistema nervoso central. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação e em qualquer estágio da doença (SÃO PAULO, 2008; PIREZ et al, 2014).

Diante disto questiona-se quais as condutas dos profissionais de saúde que fazem o Pré-natal em gestantes da rede básica do Município de Catanduvas SC, para o diagnóstico e tratamento de Sífilis.

A relevância do presente estudo se dá, a partir da complexidade da sífilis congênita, e com uma expectativa de que muitas mulheres contrairão a doença durante o período gestacional, ou a mulher com sífilis engravidará e o diagnóstico e tratamento em tempo certo e correto são fundamentais para a evolução e controle da doença. Acredita-se também que o diagnóstico das ações feitas durante o pré-natal em relação ao manejo da gestante com sífilis seja um importante elemento para a avaliação e planejamento deste programa.

A enfermagem tem papel fundamental no controle das ISTs, desenvolvendo atividades de promoção e prevenção, na família ou na comunidade, identificando fatores e situações de risco, promovendo educação em saúde, contribuindo para o diagnóstico precoce do paciente e seus parceiros e, acima de tudo prestando assistência de enfermagem para auxiliar os pacientes a aderirem ao tratamento, pois apesar dos avanços científicos observa-se que cada vez mais essas infecções aumentam de forma desenfreada (REIS et al, 2002).

Neste contexto, o trabalho objetivou listar as condutas dos profissionais de saúde que fazem o Pré-natal em gestantes da rede básica do Município de Catanduvas SC, para o diagnóstico e tratamento de Sífilis no período no ano de 2016.

## Métodos

Trata-se de um estudo retrospectivo, transversal, documental, com prontuários das gestantes atendidas na atenção básica do município de Catanduvas (SC) por meio de coleta de dados nos prontuários para listar as condutas feitas pelos

profissionais de saúde para o diagnóstico e tratamento de Sífilis.

A cidade de Catanduva está localizada no centro-oeste do estado de Santa Catarina (Brasil), com população 10,503 habitantes. Foram incluídos prontuários de gestantes atendidas no ano de 2016. Analisando os números de nascidos vivos de mães residentes no Município de Catanduvas nos anos de 2013, 2014 e 2015, obteve-se uma média de 132 nascidos vivos por ano (SINASC, 2016), sendo assim espera-se que tenha 130 prontuários. Os prontuários encontram-se no formato eletrônico em cada Unidade de Estratégia Saúde da Família. O cálculo do tamanho amostral foi feito considerando a população de 130 prontuários, um erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95% foi necessária uma amostra de 97 prontuários.

Os dados foram coletados, pela pesquisadora, diretamente nos prontuários eletrônicos das gestantes que estão sob a guarda da Unidade de saúde onde foi realizado o Pré-natal, por meio de roteiro para a anotação das variáveis observadas.

As variáveis utilizadas foram selecionadas a partir de estudos que mostraram a importância destas de forma descritiva para a análise do Pré-Natal e da detecção da sífilis em gestantes (DOMINGUES, et al, 2012; CAMPOS et al, 2012; DOMINGUES, 2016): Idade; Cor da pele; Escolaridade; Situação conjugal; situação trabalhista; presença de hipertensão, diabetes, infecção urinária; trimestre gestacional em que iniciou o Pré-natal; número de gestações anteriores; número de consultas de Pré-natal com enfermeiro; número de consultas de Pré-natal com médico; VDRL no pré-natal (época e resultado), Teste rápido para sífilis no pré-natal (época e resultado) tratamento da gestante (medicação); VDRL no parceiro; tratamento do parceiro. Hemograma - (época e resultados); EQU.

Os dados foram organizados em planilhas do Excel, apresentados em tabelas e a análise estatística incluiu uma descrição das variáveis coletadas, com cálculos de proporção para as variáveis categóricas, média e desvio-padrão para as variáveis numéricas.

## Aspectos éticos

Foi solicitado permissão para o manuseio dos prontuários para a Secretaria Municipal de Catanduvas. Esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina sob parecer nº 2.032.554 e CAAE 66358617.2.0000.5367. Os resultados da pesquisa foram disponibilizados para a Secretaria de saúde do município pesquisado, bem como um exemplar do relatório está disponível na biblioteca da Unoesc.

## Resultados e discussão

Um pré-natal de qualidade para a gestante é importante, pois com isso a mesma receberá

cuidados preventivos que contribuirá para uma melhor saúde gestacional (DOMINGUES 2012). Existem programas específicos que vão ajudar essas gestante garantindo preventivamente uma qualidade de vida para ela seu filho (SERRUYA 2004).

Gestação é uma experiência social, individual e única para a mulher em qualquer idade, sendo um momento especial e que provocam inúmeras mudanças, tanto psicológicas, fisiológicas, socioculturais e econômicas. Por isso essa mulher, necessita de cuidados especiais (COSTA et al 2008).

Tabela 1- Caracterização das gestantes quanto a faixa etária, Situação conjugal e cor da pele Catanduvas –SC, 2016.

Fonte: dados da pesquisa

	Nº= 97	%= 100
<b>Faixa Etária</b>		
13 a 19 anos	27	27,8
20 a 29 anos	46	47,4
30 a 39 anos	21	21,6
40 a 43 anos	03	3,2
<b>Situação Conjugal</b>		
Casada	33	34,0
Amasiada	15	15,5
Solteira	08	8,2
Sem informação	41	42,3
<b>Cor da Pele</b>		
Branca	28	28,9
Parda	09	9,3
Amarela	07	7,2
Preta	01	1,0
Sem Informação	52	53,6

Como pode ser observado na tabela 1, 69% das gestantes desse estudo tinham idade considerada ideal para uma gestação, mas 27,8% das gestantes desse estudo eram adolescentes e 3,2%, e com idade considerada de risco para gestação 3,2%. A maior população desse estudo tinha idade adequada para gestação acredita-se que isso se dá a vários fatores, como a mudança dos costumes e a evolução do conhecimento científico, levam cada vez mais tardiamente as mulheres para uma gestação, pois com o período gestacional onde ocorrem profundas alterações fisiológicas que marcam significativamente o corpo da mulher, há também transformações psicológicas, fisiológicas. Pois gestação que ocorre antes dos 15 anos e após os 35 anos podem representar um fator de risco para a mulher e muitas vezes para o bebê (Brasil 2012). Gestantes com mais idade apresentam maior probabilidade de apresentar problemas médicos que podem interferir diretamente no curso normal da gestação (FREITAS et al 2008). A gravidez na adolescência tem sido associada a uma maior frequência de bebês de baixo peso ao nascer, parto prematuro, morte materna e perinatal, pré-eclâmpsia e parto cirúrgico, porém há dúvidas se estas complicações estão associadas a fatores biológicos ou socioeconômicos (MAGALHÃES, 2006).

Nas últimas décadas, a gestação na adolescência já é considerada um desafio para a saúde pública, pois a prevalência e número de ocorrência desse fato tem se tornado cada vez maior ao redor do mundo, sendo reconhecida como

epidemia da maternidade na adolescência desde 1970 (HEILBORN et al 2002).

Em relação a situação conjugal das participantes, constata-se que 34% são casadas, e as solteiras somam 8,2%, porém o dado que chama a atenção se refere ao número de gestantes que não possuem essa informação em seu prontuário, com 42,3%. Sabe-se que a relação entre a gestante e seu parceiro é de suma importância para o planejamento da gestação contribuindo assim para um planejamento familiar. A participação do companheiro, desde o início da gestação, é essencial para dar suporte emocional, psicológico e social para a mulher. A presença do companheiro no processo gravídico influencia positivamente na evolução da gestação, diminuindo, assim, os efeitos desfavoráveis à saúde da criança e da mulher (PARCERO, et al, 2017).

Ainda na tabela 1 observa-se que 28,9 %, (n= 28) das gestantes são brancas, 17,5% (n=17) são pardas, amarelas e pretas e novamente encontramos 53,6% (n=52) dos prontuários sem preenchimento dessa informação. Sabe-se que a definição ou inserção das pessoas em um grupo social não se define exclusivamente por relações de raça ou cor mas, em nosso país, as diferenças étnicas podem ser associadas a desigualdades sociais e com isso influenciando no estilo de vida de grupos e pessoas. A etnia não é por si só fator de risco para a gravidez, entretanto as mulheres pretas e pardas são mais vulneráveis ao óbito materno (TEIXEIRA, et al 2012). As mulheres pretas e pardas amarelas, tem prevalência de terem miomas o que pode influenciar no aumento de abortamento

espontâneo e parto prematuro, dependendo da localização e tamanho desses miomas. Doença falciforme em mulheres negras, tornam a sua gravidez de alto risco, com maiores chances de perdas fetais e complicações na hora do parto, aumentando a mortalidade materna. A hipertensão arterial mais severa também na raça negra contribui para levar a gestante a pré-eclâmpsia, e podendo desenvolver síndrome de help, ataque cardíaco e morte súbita. (PITHAN et al,2014)

Quanto ao não preenchimento das informações referentes ao estado conjugal e cor da pele (LIMA, et al 2014) também constataram em seu estudo que 71% das fichas de gestantes com HIV não continham essas informações e, ressaltam que a compreensão desses dados torna-se de grande relevância, pois a combinação dessas variáveis pode ser indicativa de desigualdade social.

Tabela 2- Caracterização das gestantes quanto a situação trabalhista. Catanduvas- SC, 2016.

Situação Trabalhista	N= 97	% =100
Balconista	07	7,2
Estudante	07	7,2
Auxiliar de produção	05	5,2
Empregada doméstica	05	5,2
Dona de casa	04	4,1
Serviços gerais	04	4,1
Professora	02	2,1
Outras	03	3,0
Sem informação	60	61,9

Fonte: dados da pesquisa

A situação trabalhista das gestantes pode ser vista na tabela 2. Observa-se novamente que a maioria, com 61,9% não possui informação sobre essa variável e das 38,1% que possuem esse dado as profissões mais prevalentes são as de balconista e estudante com 7,2% cada e as de empregada doméstica e auxiliar de produção com 5,2%. Destaca-se novamente que 61,9% dos prontuário estudados não contem informação de qual é a profissão da gestante, informação essa muito importante, pois sabe-se que o trabalho materno fora do lar pode ser um obstáculo. Inúmeras são as situações que contribuirão, para a desistência da amamentação por parte da mãe, indo desde o desconhecimento de armazenamento do leite materno, pratica de ordenha, os benéfico para bebê, ou até mesmo pelo desconhecimento de seus direitos no trabalho quanto a amamentação. A orientação do profissional quanto amamentação depende do tipo de ocupação da mãe, do número de horas no trabalho e das leis trabalhistas. Para que as mães mantenham a lactação após o retorno ao trabalho, os profissionais de saúde necessitam orientar familiares, companheiro, a ajudarem a mãe trabalhadora quanto ao aleitamento. (BRASIL 2014)

Inúmeros motivos têm levado a mulher para o mercado de trabalho, a emancipação feminina é uma das opções, um projeto profissional, desemprego ou perda de trabalho do cônjuge, ou até por elas serem chefes de famílias. (ABRAM, 2006) .

Na tabela 3 observa-se que 68,1% (n=66) das gestantes iniciaram o pré-natal fora do período recomendado pelo Ministério da Saúde ou seja, no 2º e 3º trimestre e no 1º trimestre 32% (n=31). Conforme preconiza o ministério da saúde o pré-natal deve ser iniciado no 1º trimestre e deve ser

regular e completo para que se possa ser feitas todas as avaliações. O PHPN (programa de humanização do pré-natal e nascimento) estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal deverá ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A frequência de visitas no final da gestação tem como objetivo avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclampsia, amniorrexe prematura e óbito fetal (SÃO PAULO, 2010). As consultas periódicas da mulher, no ciclo grávido-puerperal, deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério (SERRUYA 2004).

Quanto ao número de gestação anteriores 58,8% (n=57) das mulheres desse estudo não tiveram gestações anteriormente, entre as que tiveram há uma maior prevalência das que tiveram 2 gestação anterior com 15,4% (n=15). Ressalta-se que 8,3% (n=08) tiveram de 3 e 4 gestações anteriores.

Observa-se também na tabela 3 que 9,3% (n= 09) das gestantes tiveram 1 parto anterior e 15,4% (n=15) tiveram 2 partos anteriores e com 3 ou 4 partos anteriores somente 7,3% (n=07) delas.

Nos últimos anos o percentual de filhos para cada mulher vem diminuindo e, há determinantes que contribuem para que isso aconteça, uma das razões são os cenários sócio econômico e cultural. A mudança nas tecnologias, desenvolvimento social e econômico, o acesso a métodos contraceptivos modernos e eficazes tem contribuído para uma mudança nas estruturas familiares. Assim não há mais famílias numerosas, com média de 6 filhos ou

mais e temos agora as famílias menores com média de 2 filhos. (NADER, 2016; WONG 2016). Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), os programas de planejamento familiar foram

responsáveis pela diminuição de um terço da fecundidade mundial, entre os anos de 1972 e 1994 (BRASIL, 2011).

Tabela 3- Caracterização das gestantes quanto a Início do pré natal, número de gestações anteriores, e número de partos anteriores. Catanduvas- SC, 2016.

VARIÁVEL	n=97	%
<b>Início pré natal</b>		
Primeiro Trimestre	31	32
Segundo Trimestre	54	55,6
Terceiro trimestre	12	12,4
<b>Número gestação anterior</b>		
0	57	58,8
1	9	9,3
2	14	14,4
3	6	6,2
4	2	2,1
Sem informação	9	9,3
<b>Número partos anterior</b>		
0	57	58,8
1	9	9,3
2	15	15,4
3	5	5,2
4	2	2,1
Sem informação	9	9,3

Fonte: dados da pesquisa

Tabela 4- Número total de consultas de pré-natal registrados nos prontuários das gestantes realizadas com enfermeira e, médico. Catanduvas- SC, 2016.

Número de consultas	Consulta médica		Consulta de enfermagem	
	Nº mulheres (prontuários)	%	Nº mulheres (prontuários)	%
1 a 3 consultas	39	40,2	30	30,9
4 a 6 consultas	13	13,4	49	50,5
7 ou mais consultas	44	45,4	17	17,5
Nenhuma consulta	01	1,0	01	1,0

Fonte: dados da pesquisa

O acompanhamento do pré-natal pode ser feito pelo médico e pelo enfermeiro, se for de baixo risco (BRASIL, 2005). As gestantes desse estudos, como pode ser visto na tabela 4, foram atendidas pelos 2 profissionais onde 50,5% (n=49) fizeram 4 a 6 consultas com a enfermeira e 45,4% (n=44) fizeram 7 ou mais consultas com médico. As gestantes apresentaram frequência ao pré-natal acima do mínimo de seis consultas, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Teoricamente, um número maior de consultas pode significar mais oportunidades de receber cuidados preventivos e de promoção de saúde, especialmente em gestações de maior risco, com maior probabilidade de afetar os desfechos perinatais (DOMINGUES 2012a).

O profissional enfermeiro pode acompanhar o pré natal de baixo risco, na rede básica de saúde, de acordo com o ministério da saúde e conforme garantido pela lei do exercício profissional regulamentada pelo decreto número 94.406/87 (BRASIL 2012, P 46 a 48)

São funções do enfermeiro(a):

*Orientar sobre a importância do pré-natal, amamentação e da vacinação, cadastrar a gestante no Sis Pré Natal, fornecer Cartão da Gestante preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta), realizar a consulta de pré-natal de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a), solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal, realizar testes rápidos, prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados). Orientar a vacinação, (contra tétano e hepatite B), atentar para algum sinal de alarme e identificar com de alto risco, e encaminhar para consulta médica. As classificadas como de alto risco agendar a consulta médica apreçar encaminhamento para serviço de referência, realização de exame clínico das mamas e coleta para exame cito patológico do colo do útero.*

*Promover atividades educativas, visando promoção de saúde. Orientação de gestante quanto a importância do comparecimento na consultas. Realizar visitas domiciliares durante o período, gestacional e puerperal, orientando quanto ao aleitamento e planejamento familiar.*

O papel do profissional, Auxiliar/técnico(a) de enfermagem:

*Orientação da gestante sobre importância do pré-natal, da amamentação vacinação, verificar/realizar o cadastramento das gestantes no Sis Pré Natal; Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante, bem como verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante, fornecimento de medicação com receita Aplicação de vacinas antitetânica e contra hepatite B. Se identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar para consulta de enfermagem ou médica. Orientar quanto o dia de consultas. Realização de visitas domiciliares durante a gestação e puerpério, acompanhar aleitamento, orientação sobre o planejamento familiar. Papel do profissional Médico(a): Orientar a gestante da importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação, cadastro da gestante no Sis Pré Natal e fornecer o Cartão*

*da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta), realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do (a)enfermeiro(a), solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário; Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico), orientação quanto a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B); avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme, atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, se necessário, orientação as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade; Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência, realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero; realização de testes rápidos. Desenvolvimento de atividades educativas, orientar a importância de comparecimento nas consultas. Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar bem como aleitamento e orientar sobre o planejamento familiar (Brasil 2012, 46 a 48).*

Tabela 5- Caracterização dos prontuários das gestantes quanto a periodicidade e resultado de VDRL Catanduvas- SC, 2016.

	N Gestantes (prontuário)	%
<b>Período de realização de VDRL</b>		
1º trimestre	05	5,2
1º, 2º e 3º trimestre	25	25,8
2º trimestre	54	55,6
3º trimestre	12	12,4
NA	01	1,0
<b>Resultados</b>		
NA	01	1,0
Negativo	94	96,9
Positivo	02	2,1

Fonte: dados da pesquisa

As informações relacionadas ao exame de VDRL, pode ser vista na (tabela 5), onde observa-se que 25,8% (n=25) fizeram os 3 exames, conforme preconizado, um em cada trimestre gestacional. Observou que 5,2% (n=05) fizeram somente 1 (um) exame no primeiro trimestre. Já gestantes que realizaram segundo e terceiro trimestre foi 55,6% (n=54). E somente no terceiro com 12,4% (n=12). Destes exames realizados 96,9% (n=94) foram negativas e 2,1% (n=02) foram positivas.

O Ministério da Saúde (BRASIL 2012) preconiza que durante a assistência pré-natal toda gestante seja submetida a pelo menos dois exames de VDRL, um na primeira consulta e outro por volta de 28 semana gestacional. Deve-se ainda realizar novo VDRL no momento do parto para garantir ao recém-nascido a possibilidade de tratamento

precoce, caso a gestante não tenha sido tratada ou tenha se re-infectado após o tratamento.

A prevalência de gestantes com VDRL positivas, como já dito, foi de 2,1% (n=02) e tiveram seu diagnóstico através de testes rápido e exames laboratoriais. Uma das gestantes teve seu diagnóstico na 11ª semana e outra na 12ª semana gestacional. As duas gestantes foram diagnosticadas precocemente facilitando a cura da sífilis e com isso o bebe não foi infectado pelo *Treponema*. Os tratamentos foram realizados com Penicilina Benzatina 2.400.000UI, intramuscular, dose única quantidade terapêutica recomendada para a sífilis recente, que é fase primária, secundária e latente que apresenta menos de um ano de evolução (BRASIL 2010; BRASIL 2016).

Em relação ao parceiro das gestantes infectadas foi feito o teste rápido para ambos, dando resultado positivo para os dois, mas somente 1 recebeu o tratamento. O motivo do não tratamento foi a recusa. Apesar da sífilis apresentar recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, seu controle na gestação é um desafio, porque mesmo fazendo-se o diagnóstico precocemente e o tratamento correto a gestante pode ser reinfected, por parceiros sem diagnósticos ou os que não fazem o tratamento (NONATO et al 2015)

Estudos mostram que ainda há dificuldades para a realização do diagnóstico e tratamento das

ISTs, devido à dificuldade de abordagem das doenças em geral e na gestação isso não é diferente. Os parceiros sexuais muitas vezes não são diagnosticados ou tratados e isso se dá pelo fato de que as pessoas sabem que a doença está ali, porém desconhecem os danos que ela pode causar (DAMASCENO et al 2014). No mundo, cerca de 2 milhões de gestantes são infectadas pela sífilis a cada ano e, um dos fatores responsáveis pela elevada incidência da sífilis congênita em todo o mundo é a assistência pré-natal inadequada (NONATO et al 2015)

Tabela 6- Caracterização das gestantes quanto a testes rápidos Sífilis, Catanduvas- SC, 2016

	Nº de mulheres	%
<b>Teste rápidos Sífilis</b>		
1	16	16,5
2	7	7,2
3	72	74,3
4	01	1,0
Sem informação	01	1,0
<b>Resultados</b>		
NA	01	1,0
Negativo	94	96,9
Positivo	02	2,1

Fonte: dados da pesquisa

Com relação aos testes rápidos para detectar sífilis, nas gestantes estudadas, 74,3% (n=72), realizaram três testes rápidos. Seguindo das que realizaram um teste 16,5% (n=16), e que realizaram dois testes rápidos 7,2% (n=7). Sendo que 2,1% (n=2) das gestantes foram positivo como já demonstrado na tabela 6. O teste rápido é uma importante aliado do profissional de saúde por facilitar diagnóstico e melhorar a cobertura de triagem para sífilis, HIV e Hepatites na gravidez permitindo tratamento imediato. (DAMASCENO et al 2014)

Os testes rápidos fornecem resultado em menos de 30 minutos além, de serem eficientes, confiáveis e de sua relação custo-efetividade ser inquestionável, entretanto o ministério da Saúde adverte que esses testes podem ser feitos exclusivamente com testes rápidos validados pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e distribuídos aos Estados pelo Ministério da Saúde (BRASIL 2012).

### Conclusão

Após a análise dos dados conclui-se que:

A faixa etária das gestantes pesquisadas variou de 13 a 43 anos de idade, com maior predominância de cor branca (N=28) 28,9%, e casadas (N=33) 34%.

A assistência do pré natal referente ao número de consultas por gestante e os exames solicitados foi adequada, uma vez que as gestantes realizaram o número de consulta e exames conforme preconiza o ministério da saúde, sendo

que todas as gestantes realizaram exames de Hemograma; Tipagem sanguínea e fator Rh; Glicemia de jejum; exames laboratoriais e Teste rápido para sífilis, anti-HIV, Toxoplasmose IgM e IgG, Sorologia para hepatite B (HbsAg), exame de urina e urocultura e Parasitológico de fezes.

Para detectar VDRL e HIV foram realizadas dois exames laboratoriais, no 1º e 3º trimestre gestacional, e três testes rápidos sendo no 1º, 2º e 3º trimestre gestacional.

A prevalência de gestantes com sífilis foi de 2,1% (n=02) gestantes, que receberam tratamento farmacológico adequado. Seus parceiros também foram testados e o diagnóstico confirmado para ambos, porém somente 1 aceitou o tratamento.

Há falha por parte dos profissionais que acompanham as gestantes com relação ao preenchimento dos prontuários das gestantes e as informações menos preenchidas foram a cor da pele, profissão e escolaridade.

A realização deste trabalho contribuiu para conhecer as condutas dos profissionais na realização do pré-natal, bem como permitiu-nos recomendar que a educação em saúde para esses profissionais seja periódica e constante, objetivando sempre mais a qualidade da assistência para assegurar um pré-natal eficiente e conseqüentemente um parto e puerpério seguros sob o ponto de vista clínico.

### Referências

BENZAKEN, Adele Schwartz; FRANCHINI, Miriam; BAZZO, Maria Luiza; GASPARG, Pâmela Cristina;

Regina Comparini. Manual técnico para o diagnóstico da sífilis 2016. Disponível em [https://www.pncq.org.br/uploads/2016/Qualinews/M anual\\_T%C3%A9cnico\\_para\\_o\\_Diagn%C3%B3stico\\_o\\_da\\_S%C3%ADfilis%20MS.pdf](https://www.pncq.org.br/uploads/2016/Qualinews/M anual_T%C3%A9cnico_para_o_Diagn%C3%B3stico_o_da_S%C3%ADfilis%20MS.pdf) [acesso em 28 set 2017].

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de gestante. Ministério da Saúde: Brasília. 2014. Disponível em <189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderneta\_gestante.pdf>. [Acesso em: 28 set. 2017]

BRASIL.. Ministério da Saúde. Elaine Sanae Sumikawa (Org.). Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil . Brasília: Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 100 p. 2010. (Série TELELAB). Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/pag e/2012/50768/manual\\_sifilis\\_miolo\\_pdf\\_53444.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/pag e/2012/50768/manual_sifilis_miolo_pdf_53444.pdf) . Acesso em: 31 out. 2016.

BRASIL.Governo do Brasil. Planejamento familiar. Brasília 2011 (<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejament o-familiar>)

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2014 out 05] (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: [http://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde;2016 (Protocolo Clínico e Diretrizes) [Acesso em 08 nov.2017]Disponível em: [http://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo \\_clinico\\_diretrizes\\_terapeutica\\_atencao\\_integral\\_pe ssoas\\_infecoes\\_sexualmente\\_transmissiveis.pdf](http://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo _clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pe ssoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada -manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde;2005. Acesso em 28 set.2017] [http://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ma nual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ma nual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)

BRASIL.Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Atenção à Saúde.Departamento de Ação programáticas Estratégicas.Gestação de alto Risco

Manual Técnico[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012(Série A.Normas e Manuais Técnicos, Gestação de alto Risco Manual Técnico) Disponível em:

[http://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_t ecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsm s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_t ecnico_gestacao_alto_risco.pdf)

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo et al . Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro , v. 34, n. 9, p. 397-402. 2012 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi d=S0100-72032012000900002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi d=S0100-72032012000900002&lng=pt&nrm=iso) . acessos em 31 out. 2016.

CHUFALO, José Eduardo; MACIEL, Ana Carolina Guerra; ESPÍNDOLA, Larissa Neto. Sífilis Congênita. Femina, v. 34, n. 10, p.701-710. 2006. Disponível em: [http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina\\_2006-53.pdf](http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina_2006-53.pdf) . Acesso em: 30 out. 2016

COSTA, C.S.C. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. Rev Bras Enferm, Brasília. v.3 n. 61 p.349-53. 2008

DAMASCENO, Alessandra BA et al. Sífilis na gravidez. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. v. 13, n. 3, p.88-94.2014. <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/vie w/12133>

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife , v. 12, n. 3, p. 269-280, 2012 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi d=S1519-38292012000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi d=S1519-38292012000300007&lng=pt&nrm=iso) . acessos em 31 out. 2016.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica . v28 n3 p.425-37. 2012 a

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; LEAL, Maria do Carmo. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 32, n. 6, p.01-12, 2016 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pi d=S0102-311X2016000605002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi d=S0102-311X2016000605002&lng=pt&nrm=iso) .

FREITAS, Giselle Lima de et al. Avaliação do conhecimento de gestantes acerca da amamentação. Revista Mineira de Enfermagem, v. 12, n. 4, p. 461-468, 2008.



- HEILBORN, Maria Luiza et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horizontes antropológicos*, v. 8, n. 17, p. 13-45, 2002.
- LIMA, Diego Jorge Maia, et al. Completude e consistência dos dados de gestantes HIV positivas notificadas. *Rev enferm UERJ*. v 22 n 3. p321-326. 2014
- MAGALHÃES, Maria de Lourdes Caltabiano et al . Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, Rio de Janeiro , v. 28, n. 8, p. 446-452, 2006 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032006000800002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000800002&lng=pt&nrm=iso) . acessos em 14 set. 2017.
- NADER, Maria Beatriz. Mudanças econômicas, mulher e casamento em Vitória. 1970-2000. *Anais do XIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais* p. 1-26, 2016
- NONATO, Solange Maria; MELO, Ana Paula Souto; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. Sífilis na gestação e fatores associados à sífilis congênita em Belo Horizonte-MG, 2010-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*,. [Internet];vol.24 ,n.4, p. 681-694,2015)[Acesso em 28 set. 2017]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400010>.
- PIRES, Ana CÉlia Scari et al. Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade: Revisão de literatura. *UningÁReview*, v. 19, n. 1, p.58-64, 2014. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/review> . Acesso em: 31 out. 2016.
- PITHAN, Circe Ottonelli; SOARES, Elaine Oliveira; URATANI, Fernanda Niederauer. DIRETRIZES PARA ACOLHIMENTO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE DAS MULHERES NEGRAS. 2014. *Saude da Mulher*, Prefeitura Municipal de Porto Alegre Secretaria Municipal de SaUde Cgapses, Cgapses, Porto Alegre, 2014. v 01, n. 1 p 26. Disponível em: [http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/diretriz\\_de\\_acol\\_e\\_assist\\_saude\\_mu\\_negras.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/diretriz_de_acol_e_assist_saude_mu_negras.pdf) . Acesso em: 09 nov. 2017.
- REIS, Renata Karina; GIR, Elucir. Caracterização da produção científica sobre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids publicados em periódicos de enfermagem do Brasil. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 36, n. 4, p. 376-385, 2002 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342002000400012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000400012&lng=pt&nrm=iso) . acesso em 14 set. 2017.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado de saúde SES. Sífilis congênita e sífilis na gestação. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 42, n. 4, p. 768-772, 2008 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000400026&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400026&lng=pt&nrm=iso) . acessos em 31 out. 2016.
- SÃO PAULO . Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.
- SILVA, Isabelle Carvalho da; SOUZA, Miguel Soares de; IZIDORO, Rosana de Fátima; VAZ, Tânia Maria; SILVA, Thiago Fernandes da; XAVIER, Miriam Borges; Doenças sexualmente transmissíveis (DST) UNISEPE, 2016.
- SERRUYA, Suzanne Jacob et al. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública*, v.20, n.5, pp.1281-1289, 2004.
- TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia et al. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*, Recife , v. 12, n. 1, p. 27-35, 2012 . Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292012000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000100003&lng=en&nrm=iso) . access on 14 Sept. 2017.
- WONG, Laura L. Rodríguez. A projeção da fecundidade—um exercício aplicado ao Brasil para o período 1991-2020. *Anais do XII Encontro Nacional de Estudos populacionais*, ABEP: Caxambu, v.1, p. 1-21, 2016.