

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL A GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS**  
**PRENATAL ASSISTANCE TO PREGNANT WOMEN DIAGNOSED WITH**  
**SYPHILIS**

**ASISTENCIA PRENATAL PARA LAS MUJERES EMBARAZADAS CON**  
**DIAGNÓSTICO DE LA SÍFILIS**

Cleuma Sueli Santos Suto<sup>1</sup>, Débora Lima da Silva<sup>2</sup>, Eliana do Sacramento de Almeida<sup>3</sup>, Laura Emmanuela Lima Costa<sup>4</sup>, Taiana Jambeiro Evangelista<sup>5</sup>

**RESUMO**

**Objetivo:** caracterizar a assistência prestada a gestante com diagnóstico de sífilis durante o pré-natal em unidades de saúde da família. **Métodos:** estudo transversal, por meio da análise de relatórios de sistemas de informação e questionário estruturado sobre exposição à sífilis durante a gestação, aplicados a gestantes/puérperas e enfermeiras. **Resultados:** identificação de seis casos de sífilis em gestante, com subnotificação importante em sistemas de informação, detecção de gestantes inadequadamente tratadas devido às dificuldades apresentados pelos profissionais no manejo clínico das sífilis no curso da gestação e, percentuais de consultas pré-natais com realização de exames básicos e teste para sífilis abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde. **Conclusões:** é notória a necessidade de capacitação/sensibilização dos profissionais, ampliação da oferta de consultas, exames e notificação da sífilis na assistência ao pré-natal.

**Descritores:** Sífilis; Cuidado pré-natal; Sífilis congênita.

**ABSTRACT**

**Objective:** to characterize the care provided to pregnant women diagnosed with syphilis during prenatal care in Family Health Units. **Methods:** cross-sectional study, using analysis reports of information systems and structured questionnaire on exposure to syphilis during pregnancy, applied pregnant women/mothers and nurses. **Results:** identification of six cases of syphilis in pregnant women, with significant underreporting in the information system, detection of inadequately treated pregnant women because of the difficulties presented by professionals in the clinical management of syphilis in the course of gestation and percentage of prenatal consultations with realization of basic examinations and test for syphilis below the recommended by the Ministry of Health. **Conclusion:** it is evident the need for training/sensitization of the professionals and amplification of consultation offers, examinations and syphilis notification in the prenatal care.

**Keywords:** Syphilis; Prenatal care; Syphilis congenital.

**RESUMEN**

<sup>1</sup> Enfermeira, graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB)/Campus VII, Senhor do Bonfim-BA, e-mail: deboralisi.18@hotmail.com.

<sup>2</sup> Enfermeira, graduada em Enfermagem pela UNEB/Campus VII, Senhor do Bonfim-BA, e-mail: taianjambeiroevangelista@gmail.com.

<sup>3</sup> Enfermeira, Mestranda em Educação e Diversidade pela Universidade de Estado da Bahia, Campus IV-Jacobina. Professora Auxiliar do Colegiado de Enfermagem da UNEB/Campus VII, Senhor do Bonfim-BA, e-mail: elianadosacramento@hotmail.com.

<sup>4</sup> Enfermeira, Mestra, Professora Assistente do Colegiado de Educação Física UNEB/Campus IV, Jacobina-BA, e-mail: manuela.jacobina@gmail.com.

<sup>5</sup> Enfermeira, Mestra, Professora Auxiliar do Colegiado de Enfermagem da UNEB/Campus VII, Senhor do Bonfim-BA, e-mail: cleuma.suto@yahoo.com.br. Feira de Santana-BA.

**Objetivo:** caracterizar la asistencia dada a las embarazadas diagnosticadas con sífilis durante el prenatal en Unidades de Salud de la Familia. **Métodos:** estudio transversal, mediante los informes de análisis de sistemas de información e un cuestionario estructurado sobre la exposición a la sífilis durante el embarazo, aplicado a las mujeres embarazadas/madres y enfermeras. **Resultados:** identificación de seis casos de sífilis en mujeres embarazadas, con un subregistro importante en el sistema de información, la detección de embarazadas con tratamiento inadecuado debido a las dificultades presentadas por los profesionales en el trato clínico de la sífilis durante el embarazo y el porcentaje de consultas prenatales con realización de análisis básicas y teste para sífilis por bajo de lo preconizado por el Ministerio de la Salud. **Conclusión:** és evidente la necesidad de capacitación/sensibilización de los profesionales, amplitud de consultas, análisis y notificación de la sífilis en la asistencia al prenatal. **Palabras clave:** Sífilis; Atención prenatal; Sífilis congénita.

## INTRODUÇÃO

A Sífilis é uma doença infectocontagiosa sistêmica, causada pela bactéria *Treponema pallidum* e ocorre principalmente por transmissão sexual e por outros contatos íntimos. A maior frequência se dá em mulheres de idade fértil, podendo durante a gravidez ocorrer à transmissão vertical, resultando em sífilis congênita e seus agravos aos neonatos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde<sup>1</sup>, a estimativa é que no Brasil ocorram mais de 900 mil casos de sífilis anualmente. Sendo a prevalência de sífilis em gestante de 2,6%, o que corresponde a quase 50 mil gestantes e 12 mil casos de sífilis congênita por ano. A Bahia acumulou no período de janeiro de 2000 a setembro de 2012, 3.227 casos de sífilis em gestantes e 1.851 casos de sífilis congênita<sup>2</sup>. A manifestação deste agravo, em números como os apresentados no país

e no estado da Bahia, revela falhas na assistência pré-natal.

Visando garantir a melhoria do acesso e a qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto e puerpério as gestantes e ao recém-nascido, foi instituído em 2000, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), na perspectiva de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal registradas no país<sup>3</sup>. Nesse sentido, o acompanhamento pré-natal de qualidade se configura como uma ferramenta na prevenção, detecção precoce, tratamento e diminuição de morbidades, tornando possível a redução da prevalência de sífilis.

Aliado ao PHPN, foi desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) o software denominado SisPreNatal que permite o cadastramento das gestantes

inseridas no PHPN e acompanhamento do ciclo gravídico puerperal através do elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada<sup>3</sup>. Diante da magnitude do problema da sífilis em gestante, este agravo passou a ser de notificação compulsória em julho de 2005 através da portaria MS/ SUS nº33<sup>4</sup>.

Na estrutura atual do modelo de atenção vigente, a atenção primária é responsável pelo diagnóstico, notificação e investigação dos casos de sífilis. Assim, o pré-natal constitui-se enquanto espaço de cuidado favorável à prevenção da sífilis congênita. De modo que este trabalho poderá contribuir para o processo de formação profissional, no que diz respeito à assistência integral a gestante, com diagnóstico de sífilis ou não. Podendo contribuir também como fonte de informação, sensibilização, reflexão e intervenção para mudança das atuais práticas de manejo da sífilis em gestante na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

No entanto, percebe-se que os reais números dos novos casos de sífilis em gestantes estão subestimados, pois a falta de notificação e o sub-registro é uma realidade no país<sup>5</sup>. Portanto, essas falhas no serviço de saúde, estão entre os fatores de risco que favorecem a constante

prevalência da sífilis em gestante e sífilis congênita no país.

Apesar dos inúmeros estudos isolados realizados sobre a assistência pré-natal e ainda sobre sífilis, percebe-se a carência de estudos que abordem a assistência pré-natal às pacientes com diagnóstico de sífilis, portanto, buscamos conhecer a assistência prestada pela atenção básica a estas mulheres, refletindo acerca das deficiências na qualidade dos serviços de assistência no período pré-natal e no parto, que contribuem para as elevadas incidências de sífilis e sífilis congênita, tendo em vistas a proposição de ações a serem desenvolvidas para superá-las, reduzindo, deste modo, os impactos negativos dos indicadores de saúde, dos custos com tratamentos e hospitalizações e, melhoria na qualidade de vida destas gestantes e de seus neonatos.

Sendo alta a vulnerabilidade das gestantes à sífilis e diante do cenário apresentado no Brasil e mais especificamente na Bahia, justifica-se o estudo e questiona-se, qual tem sido a assistência prestada às mesmas com diagnóstico de sífilis na atenção básica. Nessa perspectiva, a presente investigação teve por objetivo caracterizar a assistência prestada a gestante com

diagnóstico de sífilis durante o pré-natal em unidades de saúde da família.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, que se propõem a fornecer informações sobre a distribuição da sífilis entre gestantes no município investigado, com abordagem quantitativa. Enquanto estudo exploratório, também tem a finalidade de desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com o fenômeno e subsidiar a realização de uma pesquisa futura mais precisa<sup>6</sup>.

A coleta de dados primários foi realizada no município de Jacobina, Bahia, Brasil, em nove unidades de saúde da família, nos meses de maio a julho do ano de 2013. Utilizou-se como ferramenta questionários para gestantes/puérperas e enfermeiras (os), contendo informações pertinentes à caracterização sócio-demográficos-profissional e questões específicas a cada grupo de participantes, a exemplo de: número de gestações, diagnóstico e tratamento da sífilis, realização da notificação, capacitações, convocação de parceiros. A população foi definida por critério geográfico e temporal, com amostragem aleatória simples.

Como critérios de inclusão para a participação das gestantes/puérperas estipulou-se ser maior de 18 anos, positivas para sífilis no pré-natal realizado na atenção básica. Para as enfermeiras os critérios estabelecidos foram: realizar a assistência pré-natal nas unidades básicas com casos de sífilis em gestante, mesmo sendo casos não notificados.

Desta busca, quatro enfermeiras informaram terem assistido gestantes com diagnósticos de sífilis no período estipulado, entretanto, uma recusou participar como informante na pesquisa, aplicando-se questionário a três enfermeiras.

Em seguida realizou-se visita domiciliar as gestantes, previamente contactada pela enfermeira da unidade e que consentiram participar da pesquisa. Procedendo-se a aplicação do questionário a estas após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os registros de dados secundários, encontrados nos sistemas de informação de agravos (SINAN) e SisPreNatal foram processados separadamente na primeira fase do estudo. De modo que, no SINAN, entre 2011-2013, haviam apenas dois casos notificados de sífilis em gestante no município de Jacobina-Bahia.

Acreditando na existência de subnotificação, resolveu-se, depois de acatada como verdadeira a suposição de subnotificação pela vigilância epidemiológica do município, percorrer todas as unidades da sede do município, abordando a(o)s enfermeira(o)s responsável pela assistência pré-natal, dentro do período especificado entre 2011-2013, na busca de caso existentes porém não notificados no sistema de informação. Assim, detectaram-se seis casos de sífilis em gestante no período selecionado dos três anos.

Os achados foram classificados em duas categorias: os primários oriundos da pesquisa de campo, com a aplicação de questionário à gestantes/puérperas e enfermeiras e, a categoria dos dados provenientes dos sistemas de informação fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Jacobina. Posteriormente, todos os dados foram digitados e calculados no Microsoft Excel 2010, o que possibilitou a elaboração de tabelas e análise pela distribuição das frequências relativas.

**Tabela 1.** Variáveis sociodemográficas das gestantes com VDRL reagente, Jacobina-Ba, 2014.

Variáveis	G1	G2	G3
Faixa etária <sup>(anos)</sup>	20	22	19
Nº de consultas pré-natal	6	6	1

Para assegurar os aspectos éticos, em conformidade com a resolução 466/2012, este estudo foi submetido ao comitê de ética e pesquisa da Universidade do Estado da Bahia (UNEB) e aprovado pelo parecer 491.421, sendo a data da relatoria 12/12/2013.

## RESULTADOS

No desenvolvimento do presente estudo, dentre as nove equipes de saúde visitadas, foram abordadas três puérperas e três enfermeiras que, de acordo com o método estabelecido encontravam-se aptas a participar do momento da aplicação do questionário.

Neste estudo, as gestantes/puérperas serão identificadas pela letra “G” seguida dos números ordinais 1, 2 e 3, segundo a ordem de abordagem na coleta. As enfermeiras serão identificadas pela letra “E”, e manteremos a ordem numérica idêntica à das gestantes. A tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas das gestantes participantes do estudo:

Diagnóstico de VDRL reagente	1º trimestre	3º trimestre	2º trimestre
Realização do tratamento	Sim	Sim	Sim
Prescrição do medicamento	Enfermeiro	Enfermeiro	Médico
Companheiro tratado	Sim	Não	Não
Após tratamento realizou VDRL	Sim	Não	Sim
Novo resultado VDRL	Reagente	-	Não sabe

**Fonte:** Dados coletados pelos autores.

Dentre as gestantes participantes da pesquisa, salienta-se que são mulheres jovens e com baixa escolaridade, características essas que podem interferir diretamente na assistência pré-natal. Em relação ao período do diagnóstico positivo da sífilis, através do exame de VDRL

reagente, aconteceu em momentos distintos variando entre 1º- 3º trimestre. Outro dado relevante foi que apenas G1 informou a realização do tratamento pelo parceiro.

A tabela 2 apresenta as variáveis coletadas através do instrumento aplicado às enfermeiras.

**Tabela 2.** Variáveis relativas às atividades profissionais das enfermeiras participantes da pesquisa, Jacobina-Ba, 2014.

Variáveis	E.1	E.2	E.3
Tempo de formação <sup>(anos)</sup>	3	2	>1
Capacitação pré-natal	Sim	Não	Não
Conhece a FIN-sífilis em gestante e congênita	Sim	Não	Sim
Capacitação em manejo clínico das DST's	Sim	Sim	Sim
Atividade educativa sobre sífilis na UBS	Sim	Sim	Sim

**Fonte:** Dados coletados pelos autores.

No que diz respeito ao perfil das enfermeiras que realizam o pré-natal verifica-se participantes jovens, com tempo de formação que varia de 1 a 3 anos e

apenas uma informou ter realizado capacitação voltada para a atenção pré-natal.

**Tabela 3.** Indicadores do processo da atenção pré-natal, SisPreNatal Jacobina-BA, período de 01/07/2011 - 31/07/2013.

Unidade Básica de Saúde	Total de gestantes inscritas no programa que realizaram a 1ª consulta	% de gestantes que realizaram 06 consultas	% de gestantes que realizaram 06 consultas e todos os exames básicos
UNI 1	50	14,29%	2,04%
UNI 2	208	0,48%	0,00%

UNI 3	44	23,26%	11,63%
UNI 4	49	28,57%	12,50%
UNI 5	69	20,90%	4,48%
UNI 6	78	14,10%	5,13%
UNI 7	57	16,36%	16,36%
UNI 8	70	8,57%	4,29%
UNI 9	42	19,05%	19,05%

**Fonte:** SisPreNatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento,

De acordo com os dados obtidos através do SisPreNatal, entre 1º de julho de 2011 a 31 de julho de 2013, o município registrou 2.832 nascidos vivos. No mesmo período foram inscritas no programa e realizaram a 1ª consulta o total de 1.098 gestantes. O que revela uma proporção bem inferior entre o número de nascidos vivos e o número de gestantes inscritas, ou seja, menos de 50%, conforme demonstra a tabela 3.

Os percentuais encontrados no SisPreNatal apresentam variações significativas, entre as nove unidades estudadas e, com percentuais abaixo dos preconizados pelo Ministério da Saúde. Outros dados importantes e coletados também no SisPreNatal, com relação ao processo de atenção a gestante pode ser visto na tabela 4.

**Tabela 4.** Indicador do processo de atenção pré-natal, SisPreNatal segundo o percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL, Jacobina - BA de 01/07/2011 - 31/07/2013.

Unidade Básica de Saúde	% de gestantes que realizaram os dois exames VDRL	Proporção de gestantes selecionadas no período
UNI 1	25,00%	1 de um total de 4 gestantes
UNI 2	25,00%	1 de um total de 4 gestantes
UNI 3	80,00%	8 de um total de 10 gestantes
UNI 4	30,00%	3 de um total de 10 gestantes
UNI 5	35,00%	7 de um total de 20 gestantes
UNI 6	37,50%	6 de um total de 16 gestantes
UNI 7	88,46%	23 de um total de 26 gestantes
UNI 8	76,92%	20 de um total de 26 gestantes
UNI 9	94,74%	18 de um total de 19 gestantes

**Fonte:** SisPreNatal - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, 2014.

De acordo com a tabela 4, observa-se que o percentual mais significativo foi encontrado na UNI 9 (94,74%), no entanto, se considerarmos que a referida unidade teve 42 gestantes inscritas no período, o dado perde a significância. O menor percentual encontrado foi de 25% nas unidades UNI 1 e UNI 2, este indicador é

bastante desanimador uma vez que estas unidades tinham inscritas, no período estudado, 50 e 208 gestantes respectivamente, então o cálculo real, segundo os relatórios do SisPreNatal nas UNI 1 e UNI 2 foi de menos de 1% de realização dos dois exames VDRL.

**Tabela 5.** Casos de sífilis em gestante e congênita em 2012 e estimativa de casos ao ano Jacobina - Bahia.

Município de Residência	Ano: 2012		Estimativa gestante com sífilis*	Estimativa Sífilis Congênita*
	SG (SINAN)	SC (SINAN)		
Jacobina	2	1	11	3

\*Cálculo das Estimativas: 1)  $((N^{\circ} \text{ de nascidos vivos no ano Y} \times 10\%) + N^{\circ} \text{ de nascidos vivos no ano Y}) \times 0,8\%$  = n° de gestantes estimadas com sífilis no ano Y 2)  $N^{\circ} \text{ estimado de gestantes com sífilis no ano Y} \times 25\%$  = n° estimado de sífilis congênita ano Y

Para o cálculo das estimativas, utilizou-se o número de nascidos vivos em 2012, do SINASC período de busca: 2011-2012

Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) /Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Bahia – DIVEP-BA

A tabela 5 apresenta os resultados da busca de dados realizado no SINAN em relação aos casos de sífilis em gestante (SG) e sífilis congênita (SC) no município de Jacobina - BA referente ao ano de 2012. Esta ainda apresenta as estimativas para a ocorrência, a do referido agravo para o próximo período.

## DISCUSSÃO

Os dados obtidos na caracterização sociodemográfica, tabela 1, revelaram participantes na condição de gestante/puérpera com baixa escolaridade. Pesquisa realizada em Caxias do Sul<sup>7</sup>

apontou que quanto mais elevado o grau de instrução da gestante, mais precocemente se dava a busca pelo acompanhamento pré-natal e conseqüentemente, maior seria o número de consultas realizadas.

Segundo o Boletim Epidemiológico da Sífilis<sup>8</sup> divulgado em 2012, as maiores proporções de gestantes com sífilis encontram-se na faixa etária entre 20 e 29 anos (52,4%), em dois níveis de escolaridade distintos – da 5ª à 8ª série incompleta (22,1%) e da 1ª a 4ª série incompleta (10,8%), corroborando assim, com os achados neste estudo.

Com referência ao número de consultas pré-natal realizada G3 informou

ter realizado apenas uma, sendo que esta ocorreu no terceiro trimestre da gestação. De acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde se faz necessário um mínimo de seis consultas<sup>1,3</sup>. Chama-nos atenção em relação a G2, que embora tenha realizado seis consultas a doença só fora diagnosticada no terceiro trimestre, fato este que pode ocorrer em virtude da contaminação ter acontecido durante a gestação, o que provavelmente explicaria o diagnóstico positivo para sífilis.

Em relação ao tratamento da sífilis, como apresentado na tabela 1, todas as gestantes afirmaram que realizaram o tratamento, e para duas gestantes a prescrição da medicação foi realizada pela(o) enfermeira(o). Para o tratamento da sífilis a penicilina G benzatina é droga de escolha, que além de ser um medicamento de baixo custo, fácil acesso e ótima eficácia sua aplicação é realizada em unidades básicas de saúde e pode ser prescrita pela(o) enfermeira(o) conforme a lei do exercício profissional de enfermagem – Lei n.º 7.498/86 e o Ministério da Saúde<sup>9</sup>.

As enfermeiras (os), ao serem questionadas (os) sobre a ficha de notificação e investigação da sífilis em gestante e da sífilis congênita (tabela 2),

informaram conhecer as fichas, porém, E2 alegou desconhecer o instrumento. Com relação ao último caso de sífilis em gestante e sífilis congênita notificado, E2 informou nunca ter notificado. No entanto, todas afirmaram ser a enfermeira (o) responsável pela investigação dos casos de sífilis notificados na unidade.

Ao ocorrer à positividade para sífilis na gestação, a enfermeira deve realizar a notificação, investigação e tão logo o tratamento com a prescrição e administração da penicilina<sup>7,9</sup>, assim como o acompanhamento sorológico, prestando então, uma assistência qualificada no pré-natal e que possibilita a prevenção da transmissão vertical.

Neste estudo, a falta de capacitação das enfermeiras para atenção pré-natal é preocupante, pois pode interferir diretamente na qualidade da assistência prestada a gestante com diagnóstico de sífilis. A participante E3 disse sentir dificuldade no manejo do tratamento da sífilis, principalmente no que diz respeito à posologia da penicilina.

Nesse sentido, estudo realizado no Rio de Janeiro<sup>10</sup> evidenciou, entre os enfermeiros pré-natalistas do Sistema Único de Saúde (SUS), diversas barreiras relacionadas ao conhecimento e à

familiaridade com os protocolos assistenciais, dificuldades na abordagem das doenças sexualmente transmissíveis (DST); constatou-se também que profissionais com mais acesso a treinamentos e manuais técnicos apresentaram melhor desempenho.

É evidente que no Brasil, o principal entrave para o controle da sífilis congênita é o não tratamento ou tratamento inadequado dos parceiros sexuais das gestantes. O boletim da sífilis no ano de 2012 apontou que dentre os casos notificados de sífilis congênita no período, constava apenas a informação que 11,5% de parceiros haviam sido tratados<sup>11</sup>, cenário esse que se repete em Salvador<sup>12</sup>, onde 96,2% das gestantes com sífilis receberam tratamento inadequado, no Distrito Federal<sup>13</sup> a proporção de ausência ou inadequação no tratamento do parceiro foi de (83,6%) e (88,1%) respectivamente.

Outra questão apresentada às enfermeiras, conforme tabela 2, foi sobre a convocação dos parceiros até a unidade básica de saúde para realização do tratamento. As respostas obtidas foram bem distintas entre si, desde a convocação realizada através de um convite do profissional para o companheiro comparecer a próxima consulta do pré-

natal com a gestante ou um agendamento de consulta do parceiro através de busca ativa, ou acionando o agente comunitário de saúde (ACS), até a realização de visita domiciliar. Percebe-se que não há uma norma específica no que diz respeito à abordagem e aconselhamento do parceiro.

Estudo realizado no Ceará apontou dificuldade dos serviços de saúde no que se refere à captação dos parceiros, revelando que 75% dos parceiros foram comunicados do diagnóstico, a comunicação foi feita pela própria mulher em 78,6% dos casos e ficaram sabendo do resultado do exame de VDRL antes ou durante o pré-natal 59,5%; entretanto, 25,0% das gestantes não revelaram o diagnóstico aos parceiros alegando: desconhecer a importância do tratamento do parceiro (50,0%), não ter estado com este após o diagnóstico (42,9%) e estar brigada (7,1%). Relataram ter sofrido algum tipo de violência após a revelação do diagnóstico 4,7%. E que somente 42,8% dos parceiros foram adequadamente tratados<sup>14</sup>.

Para realização do tratamento adequado da gestante bem como diminuir a taxa de transmissão vertical da sífilis, é de suma importância compreender porque há pouca adesão dos parceiros ao tratamento, uma vez que fica evidente que este é um

dos principais empecilhos para o tratamento das gestantes<sup>13-14</sup>. No entanto, a maior parte dos estudos relacionados à sífilis na gestação analisa variáveis das gestantes<sup>7,10</sup>, e as informações que se referem aos parceiros restringem-se a realização ou do tratamento ou se este foi adequadamente tratado<sup>10,13</sup>.

É imprescindível que os serviços de saúde obtenham uma postura que favoreça o acolhimento e identificação conjunta com a paciente de estratégias de negociação com o parceiro, uma vez que a reinfecção pode perpetuar a sífilis. O aconselhamento e tratamento, quando bem executado, é um instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das DST, pois proporciona à pessoa avaliação das condições de risco<sup>10</sup>. De modo que, em uma única consulta, o profissional de saúde, deve prover diagnóstico, tratamento e aconselhamento, além do acesso aos insumos de prevenção, quando necessários<sup>15</sup>.

Neste estudo quando se questionou as gestantes se elas haviam realizado novamente o exame VDRL, apesar de G1 e G3 afirmar que sim, apenas G1 sabia o resultado do exame de controle. A conduta preconizada para o tratamento da sífilis na gestação é que depois de realizado o

tratamento a gestante repita o exame mensalmente para controle da cura<sup>9-10</sup>.

A respeito da periodicidade da realização do exame VDRL após o tratamento apenas E3 agiu em conformidade com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. A conduta adotada pelas enfermeiras, frente ao acompanhamento do tratamento da sífilis, nos leva a refletir que a assistência prestada está ocorrendo em desacordo com o preconizado, configurando, assim, um fator de risco para o aparecimento da sífilis congênita no recém-nascido.

Os percentuais encontrados no SisPreNatal apontam que, de modo geral, as gestantes inscritas que realizaram as seis consultas pré-natal, foi baixo, sendo que o maior índice foi de 28% na UNI 4 e a UNI 2 com 0,48%, sendo que no período houve 208 gestantes cadastradas neste estabelecimento, ou seja, a UNI2 atende quatro vezes mais gestantes em relação as outras UBS, o que poderia confirmar uma superconcentração da demanda.

Ainda quanto às mulheres que realizaram seis consultas e todos os exames básicos os resultados foram desanimadores, sendo que na UNI 2 nenhuma gestante foi contemplada e a UNI 9 que chegou ao máximo de 19,05%.

Estudo realizado na capital baiana evidenciou que o acesso ao serviço pré-natal na atenção básica é deficitário, devido à baixa cobertura de consultas<sup>5</sup>.

Os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde é garantir à realização das seis consultas mínimas atreladas a realização de exames laboratoriais, obrigatórios realizados na primeira consultam e no terceiro trimestre de gestação, como: hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, coombs indireto (se for Rh negativo), glicemia em jejum, teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR, teste rápido diagnóstico anti-HIV, anti-HIV, toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para hepatite B (HbsAg), exame de urina e urocultura<sup>8,16</sup>.

Em pesquisa, que se deteve a analisar os indicadores do PHPN no Ceará no período de 2001-2006, apontou que o indicador, consulta de puerpério, exames laboratoriais, vacina antitetânica e teste anti-HIV obtiveram os menores percentuais (15,67%) em todos os anos, os autores ainda consideraram inaceitável que o pré-natal ainda padeça de garantias tão básicas como exames laboratoriais mínimos e vacinação antitetânica, por exemplo<sup>17</sup>.

Portanto, podemos perceber através dos indicadores aqui apresentados que a cobertura do número de consultas bem como a realização dos exames básicos se encontra muito abaixo do esperado do que é preconizado pelo PHPN, o que nos remete a pensar que a assistência prestada as gestantes do município está sendo incipiente, pois nem ao menos os exames básicos muitos que são de baixo custo e fácil acesso, as gestantes não estão realizando.

Os baixos percentuais detectados através da análise dos relatórios do SisPreNatal também causa preocupação do ponto de vista financeiro uma vez que estes servirão de dados para repasses de incentivos financeiros do Ministério da Saúde ao município<sup>18</sup>.

Para diagnóstico da sífilis na gestação e prevenção do aparecimento da sífilis congênita é necessário realizar dois exames VDRL no acompanhamento pré-natal sendo um impreterivelmente no primeiro trimestre e o segundo próximo a 30<sup>a</sup> semana e que este seja realizado também no momento da internação hospitalar, seja para parto ou curetagem uterina pós-abortamento<sup>1,5,7,15</sup>.

Com relação à tabela 4, outros estudos que também se propuseram a

avaliar os indicadores da assistência pré-natal evidenciaram o baixo percentual na realização dos dois exames VDRL<sup>17-19</sup>. Pesquisa realizada no Acre<sup>17</sup> apontou que dentre as gestantes cadastradas do SisPreNatal apenas 17% realizaram os dois exames VDRL. Em comparação entre os estados brasileiros, evidenciou o percentual de 12% na realização dos dois exames VDRL, sendo que a região Sul e Sudeste obtiveram os melhores indicadores, à medida que na região Norte e Nordeste obtiveram baixos percentuais, evidenciando a necessidade de reavaliação da qualidade desta atenção.

Estudos internacionais de meta-análises sobre políticas de rastreamento da sífilis em diferentes países, incluindo países em desenvolvimento, a exemplo da África Sub-Saariana demonstraram que 60% das mulheres grávidas não recebem triagem adequada, ou recebem-na demasiado tarde para que o tratamento seja eficaz, corroborando com os achados deste estudo<sup>20</sup>.

Conforme os dados apresentados no ano no ano de 2012 no município ocorreram dois casos de sífilis em gestante e um de sífilis congênita foi notificado, número muito inferior à estimativa da secretaria de saúde do estado. Acreditamos

que os casos de sífilis em gestante estejam subnotificados, pois no decorrer deste trabalho, detectamos seis gestantes, com VDRL reagente, atendidas em unidade básica de saúde.

Ainda que a sífilis congênita e a sífilis em gestante tenham sido classificados como agravos de notificação compulsória, desde 1986 e 2005, respectivamente, somente 32% dos casos de sífilis na gestação e 7,4% congênita são notificados. Essa subnotificação aliada à baixa qualidade dos registros de casos notificados dificulta a elaboração de estratégias de controle desta doença, na medida em que se desconhece a real magnitude deste agravo<sup>5, 16-18</sup>.

A notificação compulsória de um agravo tem como finalidade acumular dados suficientes para permitir uma análise que leve a intervenções para sua redução e/ou de suas consequências. No caso da notificação e investigação da sífilis em gestantes, a intenção é clara em reduzir a sua incidência até conseguir a eliminação da sífilis congênita.

O manual de atenção pré-natal<sup>8</sup> estabelece que, para evitar a evolução da doença, nas linhas que tratam do manejo sífilis na gestação tanto mulher quanto seus parceiros têm direito a fazer o

acompanhamento de cura e orientação sobre os cuidados preventivos para sífilis congênita<sup>1,8</sup>. Neste estudo, o protocolo não foi cumprido.

## CONCLUSÃO

As gestantes/puérperas participantes do estudo realizaram o pré-natal na atenção básica, sendo que o diagnóstico da sífilis ocorreu entre 1º-3º trimestre apesar de realizarem o tratamento em 2/3 destas o tratamento foi considerado inadequado segundo os parâmetros do Ministério da Saúde vez que, os parceiros não foram tratados simultaneamente.

O estudo revelou a falta de capacitação das enfermeiras para a assistência pré-natal, ao afirmarem sentir dificuldades no manejo clínico da sífilis, além de desconhecerem alguns documentos necessários para a notificação do agravo.

Foi possível evidenciar, a partir dos dados coletados nas unidades básicas, que no período estudado ocorreram seis casos de sífilis em gestante, sendo que apenas dois haviam sido registrados. Fato que demonstra uma desconexão entre as ESF e os sistemas de informação, corroborando com a literatura vigente que afirma haver

subnotificação da sífilis na gestação. Além disso, o percentual de gestantes que foram inscritas no programa e realizaram os dois exames VDRL está abaixo do recomendado pelo PHPN, o que contribui diretamente no baixo diagnóstico de sífilis neste município.

Quanto aos dados do SisPreNatal, percebeu-se uma falha importante na assistência, vez que a quantidade mínima de consultas e exames básicos não foram atendidos em nenhuma das nove unidades pesquisadas, chegando ao máximo onde, uma das unidade, apresentou este indicador zerado.

Diante desse quadro, percebeu-se a necessidade de políticas públicas que promovam a sensibilização e capacitação da equipe de saúde voltada para assistência pré-natal, visando capacita-los quanto à notificação e manejo clínico da sífilis no curso da gestação. Em relação à captação dos parceiros para o tratamento, verificou-se a necessidade de promover estratégias mais eficazes para o tratamento, como por exemplo, sensibilização, aconselhamento e preparação da enfermeira para atender às vulnerabilidades deste grupo.

Acreditamos que um recorte maior no período estudado pudesse evidenciar outros elementos para análise e robustecer

o estudo. O fato de optarmos por unidades localizadas na zona urbana e periurbana também pode ter sido um limitador do estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo: prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
2. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Diretoria de Informação em Saúde, 2012.
3. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento (BR). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Lista Nacional de Agravos de Notificação Compulsória. Brasília. Diário Oficial União 2005; 26 jan; Seção 1:37-38.
5. Campos ALA, Araújo, MAL, Melo SP, Andrade RFV, Gonçalves MLC. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2012; 34(9), 397-402.
6. Lakatos EM; Marconi MA. Fundamentos de Metodologia Científica. São Paulo: Atlas, 2001. 321p.
7. Trevisan MR, Lorenzi, DRS, Araujo, NM, Esber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002; 24 (5), 293-9.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso (BR). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
9. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BR). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Domingues RMSM, Lauria LM, Saraceni V, Leal, MC. Manejo da sífilis na gestação: conhecimentos, práticas e atitudes dos profissionais pré-natalistas da rede SUS do município do Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva, 2013; 18(5), 1341-51.
11. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (BR). Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
12. Almeida MFG, Pereira SM. Caracterização epidemiológica da sífilis

- congenita no município de Salvador, Bahia. DST – J bras Doenças Sex Transm. 2007; 19 (3/4), 144-56.
13. Magalhaes DMS, Kawaguchi IAL, Dias A, Calderon IMP. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cad. Saúde Pública, 2013; 29(6), 1109-20.
14. Conselho Federal de Enfermagem. Lei 7.498. Regulamentação do Exercício da Enfermagem. Brasília (BR): Conselho Federal de Enfermagem, 1986.
15. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet., 2004; 26(7):517-25.
16. Nascimento ER, Paiva MS, Rodrigues QP. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador. Bahia, Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., 2007;7(2): 191-7.
17. Becker MEL. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal na atenção primária no município de Rio Branco, Acre. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2012. 94p.
18. Araújo MAL, Silva DMAD, Silva RMD, Gonçalves MLC. Análise da qualidade dos registros nos prontuários de gestantes com exame de VDRL reagente. Ver. APS [internet]. 2008;11(1): 4-9.
19. Saraceni V, Miranda, AE. Relação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. Cad. Saúde Pública, 2012; 28(3):490-6.
20. Kahn JG, Jiwani A, Gomez GB, Hawkes SJ, Chesson HW, Broutet N, Kamb ML, et al. The Cost and Cost-Effectiveness of Scaling up Screening and Treatment of Syphilis in Pregnancy: A Model. PLoS ONE [internet]. 2014 [citado em 05 fev 2015];9(1). Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0087510>.

Recebido em 12/02/2016  
Aprovado em 29/08/2016  
Publicado em 29/12/2016