



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEPSUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**AÇÕES REALIZADAS NA UBS ENFERMEIRO RUINALDO NASCIMENTO:
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA CIDADE LARANJAL DO JARI -
AMAPÁ.**

NATALIA PAULA FERREIRA

NATAL/RN
2020

AÇÕES REALIZADAS NA UBS ENFERMEIRO RUINALDO NASCIMENTO:
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO NA CIDADE LARANJAL DO JARI - AMAPÁ.

NATALIA PAULA FERREIRA

Trabalho de Conclusão apresentado ao Programa de Educação Permanente em Saúde da Família, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: DHYANINE MORAIS DE LIMA

NATAL/RN
2020

Agradeço aos usuários do território, a equipe de saúde, e a comunidade em geral.

Dedico o projeto de intervenção a equipe de saúde e usuários do território.

SUMÁRIO

| | |
|------------------------------------|----|
| 1. Introdução..... | 06 |
| 2. Relato de Microintervenção..... | 09 |
| 3. Considerações Finais..... | 13 |
| Referências..... | 14 |

1. INTRODUÇÃO

Laranjal do Jari é um Município do Estado do Amapá com cerca de 50.410 pessoas (População estimada (2019), de modo que a população no último censo (2010) foi de 39.942 pessoas, apresentando um crescimento bastante significativo. O município apresenta segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística uma densidade demográfica (2010) de 1,29 hab/km² (IBGE, 2020).

O PIB per capita em 2017 foi de R\$17.885,40, e o índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 foi de 0,665, e o total de receitas realizadas (2017) foi de 68.126,86 R\$ (×1000), e o total de despesas empenhadas (2017) foi de 70.160,52 R\$ (×1000) (IBGE, 2020).

Dados relacionados a Educação do município apontam que 97,6% da população em idade escolar frequentam a escola. O IDEB – Anos iniciais do ensino fundamental (Rede pública) em 2017 foi de 4,3, e o IDEB dos anos finais do ensino fundamental na Rede pública em 2017 foi de 3,3. Houveram em 2018 8.006 matrículas no Ensino Fundamental, e 2.218 matrículas no ensino médio. Há no mesmo ano 471 docentes do Ensino Fundamental, e 126 docentes do Ensino Médio. Quanto ao número de estabelecimentos de ensino fundamental em 2018 era de 63 escolas, 4 escolas do ensino médio (IBGE, 2020).

Aspectos relacionados ao Território e Ambiente apontam que a área da unidade territorial em 2019 era de 30.782,998 km², e o percentual de casas ou ambientes urbanos com esgotamento sanitário adequado (2010) era de 10,6%, além de 77,8% das vias públicas com arborização. Quanto a urbanização de vias públicas, em 2010 representava 4,4 % (IBGE, 2020).

Dados relacionados ao sistema de saúde local apresenta-se dados que o IBGE tem apresentado sobre a Mortalidade Infantil em (2017) com 9,84 óbitos por mil nascidos vivos, as internações por diarreia (2016) foram 1,7 internações por mil habitantes, e os Estabelecimentos de Saúde SUS (2009) contabilizaram 7 estabelecimentos (IBGE, 2020).

Dentre as principais patologias atendidas no território destaque para Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Doenças do Aparelho Respiratório, Parasitoses, Verminoses, Doenças Dermatológicas, entre outros.

O Município de Laranjal do Jari (AP) historicamente surgiu do Complexo Industrial Jari Celulose. Tratava-se de plantações de madeira de reflorestamento, iniciado a partir dos anos 1970. Atualmente a área ocupada pela cidade de Laranjal do Jari está a margem esquerda do Rio Jari, localizado ao sul do estado do Amapá.

Trata-se de uma região povoada por uma intensa corrente migratória (de pessoas advindas de todos os locais do país), com forte influencia de nordestinos, sulistas, paulistas e capixabas, que ali se alojaram de forma desordenada na procura de melhores condições de vida. trata-se de uma cidade que surgiu de forma espontânea, sem planejamento.

O Estado do Amapá é relativamente novo, e o município de Laranjal do Jari é o terceiro mais populoso do Estado. É conhecida popularmente como “Princesa do Rio Jari”, em virtude de ser a maior cidade do Rio Jari e por Beiradão, por ser construída na beira do mesmo rio.

A UBS onde são exercidas as atividades é denominada UBS Enfermeiro Ruinaldo Nascimento, localizada no bairro castanheira, e atende a uma demanda de 2.432 usuários. A Unidade foi reinaugurada em 03 de agosto de 2019 e é composta por duas Equipes de Saúde da Família.

Estas equipes são formadas pelos seguintes profissionais: dois médicos, duas enfermeiras, quatro agentes comunitários de saúde, dois odontólogos, dois auxiliares em enfermagem, dois auxiliares de dentista, quatro técnicos em enfermagem, um psicólogo, uma nutricionista, uma educadora física e um fisioterapeuta.

A justificativa da intervenção se deu face a fragilidade e a deficiência existente no que diz respeito ao Planejamento Reprodutivo, Pré- Natal e Puerpério, principalmente no contexto das Infecções Sexualmente Transmissíveis e Sífilis Gestacional. Trata-se de um grande problema, e que apresenta grande incidência no município.

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são consideradas um problema de saúde pública São agravos de alta taxa de transmissão, principalmente pelos hábitos sexuais da população não estarem voltados a prevenção. Quando instalada a sífilis impacta significativamente a saúde e a vida do usuário. Existem dados da Organização Mundial da Saúde que apontam que entre 2009 a 2016 houveram entre 5,5 e 7,1 milhões de casos de sífilis no mundo(WHO, 2016).

A Organização Mundial da Saúde ao analisar o Brasil afirmou que no Brasil existe um comportamento distinto visto que o número de detecções vem crescendo significativamente. Acredita-se que tal tendência esteja intimamente ligado ao maior contágio e descuido da população, ou a subnotificação, que agora está sendo melhor executada, de modo que antes poderia até haver a detecção, mas os casos não eram notificados, e agora, o número de casos representa a realidade da Sífilis em nosso país (WHO, 2016).

Conceitualmente a Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível, causado pelo treponema pallidum. Quando na gestação pode trazer consequências terríveis, tanto para a mãe como para o bebê/feto. As principais são cegueira, más formações, entre outros (BRASIL, 2018).

Em nosso país a população mais afetada pela sífilis são as mulheres, principalmente negras e jovens, entre 20 a 29 anos, representando 14,4% de todos os casos de sífilis adquirida e em gestantes notificados. Dados do Ministério da Saúde de 2016 apontam que houve um aumento de 28,5% na taxa de detecção em gestantes, 16,4% na incidência de sífilis congênita e 31,8% na incidência de sífilis adquirida (BRASIL, 2017).

O diagnóstico da sífilis é através do VDRL, e é obrigatório entre os exames solicitados

na primeira consulta pré-natal. Após diagnóstico deve-se iniciar o tratamento. O tratamento é feito com penicilina em mais de 80% dos casos (BRASIL, 2019).

O aumento verificado nos casos de Sífilis se deve principalmente as relações sexuais sem proteção, reflexo da falta de informação da população em relação às medidas de prevenção, transmissão e tratamento adequado.

A realidade da Unidade de Saúde onde desenvolve-se as ações quanto ao seguimento do tratamento para sífilis no Pré-natal e seguimento pós-parto das mulheres que foram diagnosticadas com Sífilis Gestacional apresenta problemas. Além deste problema há também a correta atenção à saúde da criança, tanto no crescimento como no desenvolvimento visto que muitas mulheres não se fazem presentes em todas as fases do tratamento, abandonando o tratamento da sífilis, quando não, apresentam-se em PN tardio, o que complica ainda mais a situação, com grande possibilidade do bebê/feto apresentar complicações.

Dessa forma o objetivo da Microintervenção sobre o Planejamento Reprodutivo, ações desenvolvidas no contexto da saúde da mulher pré-natal e puerpério, estão ligadas tanto ao planejamento reprodutivo como no seguimento pré-natal e pós-parto.

Principalmente em usuárias que apresentaram diagnóstico de Sífilis Gestacional e posterior seguimento das crianças de mães diagnosticadas com Sífilis. Haverá ainda uma planilha/controlar pela toda equipe da saúde, apresentando justificativa caso não se realize o seguimento de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, com busca ativa.

Deste modo oferecer um cuidado de saúde adequado as usuárias do território é uma obrigação, com ações de planejamento reprodutivo, pré-natal, puerpério, rastreamento de CA de útero, mama, coibir a violência contra a mulher, programas de prevenção métodos contraceptivos, são ações ligadas a intervenção de Planejamento reprodutivo pré natal e puerpério

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

As infecções sexualmente transmissíveis (IST) são consideradas agravos bastante frequentes nas populações adultas. São reflexo principalmente do sexo com múltiplos parceiros e sem proteção. Apresentam múltiplas etiologias e apresentações clínicas, trazendo grandes impactos na qualidade de vida das pessoas, interferindo também nas relações pessoais, familiares e sociais (BRASIL, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde cerca de um milhão de pessoas são infectadas por ISTs no mundo. Como exemplo: a sífilis, que quando na gestação provoca risco de sífilis congênita, baixo peso ao nascer e morte prematura. São registrados cerca de 215.000 recém-nascidos, e 300.000 mortes fetais e neonatais por ano em virtude da IST (WHO, 2013).

Ainda a Organização Mundial da Saúde (2018) apontou que exista cerca de um milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por dia em todo Globo. Em um ano cerca de 357 milhões de novas infecções, dentre elas destaque para o HPV, clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. Acredita-se que o principal fator para o aumento das ISTs está o sexo sem proteção e relações multiparceiros (FEBRASGO, 2018).

O Diagnóstico das ISTs em sua grande maioria são pela clínica e de forma Laboratorial. No caso da Sífilis com o VDRL. Já o tratamento das pessoas com ISTs traz inúmeros benefícios, como melhora na qualidade de vida, e interrupção da cadeia de transmissão de tais infecções (BRASIL, 2015).

O atendimento e o tratamento são gratuitos nos serviços de saúde do SUS, e são iniciados os atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde. A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) é relativamente nova e passou a ser adotada substituindo à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), pois o termo anterior destacava a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas (BRASIL, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2019) o diagnóstico e tratamento dos indivíduos com ISTs e seus parceiros sexuais interrompe a cadeia de transmissão, prevenindo outras infecções e possíveis complicações. Assim, Infecções Sexualmente Transmissíveis são conceituadas como agravos causados por vírus, bactérias ou outros microrganismos. No que diz respeito à forma de transmissão mais comum está o contato sexual (oral, vaginal, anal) sem preservativos com um indivíduo contaminado. Outra forma comum é a transmissão mãe filho, durante a gestação, o parto ou a amamentação.

A sífilis segundo o Boletim Epidemiológico de Sífilis (2018) é uma Infecção Sexualmente Transmissível milenar e persistente. E ainda a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a sífilis atinge mais de 12 milhões de pessoas em todo o mundo e sua eliminação continua a desafiar globalmente os sistemas de saúde. Em 2016 o Ministério da Saúde declarou como um grave problema de saúde pública no Brasil.

Em verdade a partir da contaminação com o *Treponema Pallidum* o indivíduo pode

sofrer consequências terríveis, principalmente na gestação. A experiência clínica na Unidade de Saúde demonstra que a Sífilis em gestantes está em primeiro lugar, seguida das vaginoses. Deste modo percebe-se que uma das formas mais comuns de detecção da sífilis, é durante o pré-natal.

De acordo com Santos (2017) as infecções sexualmente transmissíveis em gestantes podem causar inúmeras complicações, tanto para a mãe, quanto para o concepto. Nesse sentido a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento em momento hábil são de fundamental importância para que tais problemas sejam evitados.

Em verdade o Brasil vive uma epidemia de Sífilis. A infecção por Sífilis pode colocar em risco não apenas a saúde do adulto, como também pode ser transmitida para o feto durante a gestação, desse modo o acompanhamento das gestantes e parcerias sexuais durante o Pré-Natal é fundamental, pois previne a Sífilis Congênita.

A partir destes conceitos acima mencionados apresenta-se ações desenvolvidas na Equipe 012 da UBS Enfermeiro Ruinaldo Nascimento, integrante do projeto de microintervenção proposta pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Uma das constatações durante o trabalho da equipe na Microintervenção foi a constatação da não existência de controle com as usuárias que foram diagnosticadas com sífilis durante o Pré-Natal, o que ensejou um controle em um livro específico e planilha no excel na Unidade de Saúde.

Quanto ao seguimento adequado dessas pacientes até o momento do parto e pós parto de acordo com o protocolo proposto pelo Ministério da Saúde estamos levando rigorosamente, e respeitando as drogas, e a frequência.

Segundo o que preconiza o Ministério da Saúde gestantes e parcerias sexuais durante o pré-natal são obrigatórias ao teste rápido (TR) de sífilis, preferencialmente nos primeiros três meses de gestação.

Na possibilidade do positivo, o tratamento deve ser realizado segundo a condição que a usuária se apresente no contexto clínico e fase da doença e, posterior a isso, monitorar mensalmente o tratamento da sífilis na gestante até o parto e pós parto trimestralmente (3,6,9,12) até completar um ano, ambos realizados com Teste não Treponêmicos (VDRL).

Nesse sentido verificou-se a necessidade de realização de uma capacitação da equipe quanto ao protocolo de gestantes com sífilis, com preenchimento de fichas, de notificação, e ficha de segmento de tratamento.

A equipe percebeu que havia o problema relacionado ao processo de trabalho no pré-natal da UBS, uma vez que as pacientes não estavam sendo acompanhadas de forma adequada, mesmo quando diagnosticadas e tratadas corretamente não havia um controle rígido de quantas, tratadas adequadamente ou não, abandono de tratamento, entre outros parâmetros.

Face a esta situação-problema, foi realizada uma reunião entre os integrantes da equipe

012 (enfermeira, médica, duas técnicas de enfermagem, três agentes comunitários de saúde, nutricionista, odontologista e administradora) onde definiu-se uma planilha com intuito de registrar de forma organizada e esquematizada o tratamento e acompanhamento de todas as pacientes gestantes e parcerias sexuais com diagnóstico de sífilis durante o pré-natal.

Idealizou-se a planilha com base no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas proposto pelo Ministério da Saúde e deverá ser preenchida pelo médico e enfermeira responsável da ESF em todo o atendimento e visitas domiciliares, durante o pré-natal, puerpério e pós parto.

Apresenta como título “Sífilis na gestação: Relatório de tratamento/acompanhamento” e é composto pelo número do SINAN, informações gerais da paciente (nome, endereço e telefone), informações específicas da gestante (diagnóstico, semana gestacional, medicamento usado, dose utilizada e tempo de tratamento), e das parcerias sexuais (método diagnóstico, medicamento e dose utilizados).

O seguimento foi realizado com a realização de Teste Não Treponêmico (VDRL) para o controle no pré-natal, tanto para a gestante quanto para as parcerias sexuais. Sendo, mensalmente para gestantes com diagnósticos de sífilis até o parto e trimestral no pós parto até completar 1 ano. Conforme planilha anexada ao final deste documento.

Todos os integrantes da equipe receberam orientações de como preencher essas informações e de como atuar na intervenção de acordo com a sua área de trabalho.

À médica e a enfermeira responsável da ESF, cabem garantir as consultas periódicas do pré-natal, tratamento adequado e acompanhamento dos Testes Não Treponêmicos (VDRL) que serão solicitados nos acompanhamentos para verificação até de falsos positivos.

As técnicas em enfermagem são responsáveis pelo agendamento programado das consultas e, em caso do não comparecimento, deverão comunicar os agentes comunitários de saúde para busca ativa.

Os agentes comunitários de saúde, durante a visita domiciliar, possuem como função verificar na planilha se as pacientes estão cumprindo com as consultas agendadas e os exames solicitados nas datas previstas. E em caso do não comparecimento a uma consulta na UBS, deverão realizar busca ativa dessas pacientes em seus domicílios.

Além disso a equipe do NASF foi orientada quanto às suas responsabilidades ao realizar a verificação da planilha, identificando falhas no tratamento e acompanhamento das pacientes e as direcionar a consultar com a enfermeira ou médica.

No decorrer de dois meses utilizando a planilha de acompanhamento, algumas melhorias foram observadas, principalmente quanto ao seguimento contínuo e monitorizado.

Além disso, as pacientes se sentiram mais acolhidas e bem atendidas pela equipe de saúde. Foram orientadas sobre a importância do acompanhamento da Sífilis na Gestação e dos riscos que a mesma apresenta quando não tratada ou tratada inadequadamente, frente à transmissão para a criança durante a gestação e também através do parto.

Puderam compreender que se receber o tratamento adequado e de forma precoce o risco de desfecho desfavorável à criança é mínimo.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As impressões gerais sobre a intervenção foram de que a população do território receberam as informações necessárias sobre o planejamento reprodutiva, pré-natal, puerpério e prevenção da sífilis e tratamento. Além disso a equipe de saúde também foi impactada, de forma significativa podendo ser considerada um elemento transformador do território nesse sentido.

No que diz respeito a realização da intervenção percebeu-se uma melhor significativa no controle da Sífilis entre os usuários do território no contexto do processo de trabalho da equipe após o desenvolvimento das ações.

Há uma maior interação entre enfermagem e ACS, promovendo visitas caso haja falta da paciente para novas avaliações, entre outras ações. Há um controle com nome telefone, se o tratamento está sendo de forma adequada ou já foi finalizado, havendo sim um controle efetivo da doença.

A comunidade tem sido muito bem atendida, e os parceiros também tem contribuído no tratamento, promovendo o segmento, sendo acolhido pela equipe de saúde que demonstra preocupação com a Sífilis, As gestantes também são muito bem informadas e alertadas sobre o perigo do não tratamento ou tratamento inadequado.

Os desafios estão na continuidade da proposta, e também na superação do mal no território. É preciso que a população conscientize-se sobre o autocuidado. As potencialidades pode-se apresentar a interação da equipe, e o auxílio e apoio da comunidade.

Pode-se concluir que as ações de planejamento reprodutivo voltadas a Sífilis na Gestaçao na Unidade de Saúde foram consideradas um sucesso, e merecem continuação, buscando efetivamente erradicar o problema no território.

4. REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico - Aids e IST.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico: 2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico: 2019.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-sifilis-2019>>
Acesso em: 22 jun. 2020.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico:Sífilis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico:Sífilis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. **Boletim Epidemiológico:Sífilis.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. **Cuidado Integral à pessoa com Sífilis: História natural da doença, prevenção, diagnóstico e tratamento.** 2018. Disponível em:< http://www.aids.gov.br/sites/default/files/noticia/2018/65438/apresentacao_sifilis_dra_adele_ca>
Acesso em 22 jun. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco /** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- 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 /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. O que são IST. 2019. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>> Acesso em 22 jun. 2020.
- BRASIL. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. **O que são IST.** 2019. Disponível em:< <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-ist>> Acesso em 22 jun. 2020.
- FEBRASGO. Número de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) aumenta. 2018. Disponível em:< <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/565-numero-de-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-ist-aumenta>> Acesso em 22 jun. 2020.
- FEBRASGO. **Sífilis.** 2018. Disponível em:< <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/188-sifilis>> Acesso em 05 de Maio de 2020.
- FEBRASGO. **Número de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) aumenta. 2018.** Disponível em:< <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/565-numero-de-infeccoes-sexualmente-transmissiveis-ist-aumenta>> Acesso em 05 de Maio de 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Laranjal do Jari: panorama**. 2020. Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ap/laranjal-do-jari/panorama>> Acesso em 22 de junho de 2020.

MEZZACAPPA, Maria Aparecida S. **Manual Neonatologia CAISM**. Capítulo de Sífilis, 2016.

SANTOS, Daniela da Silva. Contribuições para diminuir a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis em gestantes inscritas na Unidade Básica de Saúde Dr. Aurélio Caciquinho na Estratégia Saúde da Família São Francisco em Januária - Minas Gerais. Monografia de Conclusão de Pós Graduação. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS). Montes Claros: Minas Gerais, 2017.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. Centro de referência e Treinamento DST/AIDS. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestante e sífilis congênita**. São Paulo: Secretaria do Estado de Saúde. 2016.

SARACENI, Valéria et al. Vigilância epidemiológica da transmissão vertical da sífilis: dados de seis unidades federativas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 41, n. 08, Jun, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Critérios diagnósticos e tratamento da sífilis congênita**. 2015. Disponível em:< http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf> Acesso em 22 jun. 2020.

WHO. World Health Organization. **Global health sector strategy on sexually transmitted infections, 2016-2021: Towards ending STIs. Report No.: WHO/RHR/16.09**. Geneva: WHO; jun. 2016. Disponível em: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>. Acesso em: 22 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexually Transmitted Infections (STIs): The importance of a renewed commitment to STI prevention and control in achieving global sexual and reproductive health**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/rhr13_02/en/index.html. Acesso em 22 jun. 2020.

5. APÊNDICE

Tabela 01. Ficha de tratamento e acompanhamento

SINAN N°

SÍFILIS NA GESTANTE: RELATÓRIO DE TRATAMENTO/ ACOMPANHAMENTO

NOME DA GESTANTE:

ENDERECO:

TELEFONE

A gestante apresentou:

Teste rápido (TR) reagente com _____ semanas da gestação.

A titulação do 1º VDRL foi 1:___ Data: / /

Prescrito Penicilina Benzatina? () Não () Sim. Esquema 2.400.000 UI/ dose.

Obs.: Para gestantes sem comprovação de tratamento prévio e assintomática, deve ser tra 7.200.000 UI, divididas em 3 doses, com intervalo de 7 dias entre doses (Sífilis tardia).

| | | | | Assinatura |
|---|--------------------------|--------------------------------|--------------------|-----------------------------------|
| DOSE DA | | | | |
| P. | DATA | Assinatura | PARCEIRO | |
| BENZATINA | | | | |
| 1 ^a | / / | | | |
| 2 ^a | / / | | | |
| 3 ^a | / / | | | |
| Nota: So deixar em branco se o parceiro nao realizar tratamento. | | | | |
| Parceiro: | | Fez sorologia? () Sim () Não | | |
| Teste Rápido | () Reagente | () Não Reagente | () Não Realizado | |
| (TR) | () Reagente | () Não Reagente | () Não Realizado | |
| VDRL | () Reagente | () Não Reagente | () Não Realizado | |
| FTA -abs | () Reagente | () Não Reagente | () Não Realizado | |
| VDRL PARA O CONTROLE DE CURA DURANTE O PRÉ-NATAL (SEGUIMENTO | | | | |
| SEGUIMENTO | | RETRATAMENTO | | |
| VDRL | IG/ Titulação | Gestante | Assinatura: | Parceiro Assinatura |
| | VDRL | | | |
| / | | 1 ^a dose 2.4 | | 1 ^a dose |
| | M/ UI | | | 2.4 M/ UI |

| | | |
|-----|----------------------------------|----------------------------------|
| / | / / | / |
| / / | 2 ^a dose 2.4 M/ UI | 2 ^a dose 2.4 M/ UI |
| / / | / / | / / |
| / / | 3 ^a dose 2.4 M/ UI | 3 ^a dose 2.4 M/ UI |
| / / | / / | / / |
| / / | | |
| / / | | |
| / / | | |
| / / | | |
| / / | | |
| / / | | |
| / / | | |
| / / | | |
| / / | | |

Tabela 02. Ficha de Acompanhamento Pós Parto

VDRL **Titulação** Assinatura:
VDRL

3^o
MES

/ /
6^o

MES

/ /

9°

MES

/ /

12°

MES

/ /

Autoria: Brasil, 2015.