

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM

GABRIEL SOUZA LORENZONI

GISELI CELESTINO NUNES

**CARACTERÍSTICAS ASSISTENCIAIS E EPIDEMIOLÓGICAS DA SÍFILIS
CONGÊNITA E SÍFILIS NA GESTAÇÃO EM MATERNIDADE DO ESPÍRITO
SANTO - BRASIL**

VITÓRIA

2019

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM

GABRIEL SOUZA LORENZONI

GISELI CELESTINO NUNES

**CARACTERÍSTICAS ASSISTENCIAIS E EPIDEMIOLÓGICAS DA SÍFILIS
CONGÊNITA E SÍFILIS NA GESTAÇÃO EM MATERNIDADE DO ESPÍRITO
SANTO - BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Escola Superior de Ciências
da Santa Casa de Misericórdia de Vitória –
EMESCAM, como requisito parcial para
obtenção do grau de médico.

Orientador: Dr. Gustavo Pinasco

VITÓRIA

2019

GABRIEL SOUZA LORENZONI

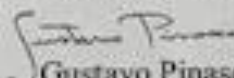
GISELI CELESTINO NUNES

**CARACTERÍSTICAS ASSISTENCIAIS E EPIDEMIOLÓGICAS DA SÍFILIS
CONGÊNITA E SÍFILIS NA GESTAÇÃO EM MATERNIDADE DO ESPÍRITO
SANTO – BRASIL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Medicina da Escola Superior
de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito
parcial para obtenção do grau de médico.

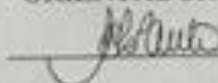
Aprovado em 30 de 09 de 20 19

COMISSÃO EXAMINADORA


Gustavo Pinasco

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

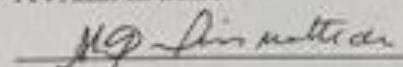
ORIENTADOR



Marcela Souza Lima Paulo

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

AVALIADORA


Maria das Graças Silva Mattede

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória – EMESCAM

AVALIADORA

À minha família, minha base, que tornou tudo isso possível. Ao meu noivo que sempre acreditou em mim e me apoiou em todas as dificuldades.

Giseli Celestino Nunes

Aos meus pais e à minha amada irmã, que mesmo longes, nunca saíram do meu lado. Tudo é por vocês.

Gabriel Souza Lorenzoni

Nossos agradecimentos transbordam a elaboração deste trabalho. O carinho, a atenção e os ensinamentos dos nossos mestres foram essenciais para nossa formação e refletiram na escolha de banca examinadora.

À Marcela, obrigado por todas as oportunidades. Foi você quem nos abriu a primeira porta do mundo acadêmico e com muita cumplicidade nos auxiliou em cada obstáculo. Aprendemos do seu lado não somente o rigor científico, mas a ética e o profissionalismo de quem coloca amor em sua profissão.

À professora Graça, obrigado por toda a dedicação e empenho conosco. Seu altruísmo, sempre aberta a toda e qualquer dúvida, foi-nos apoio em muitas tempestades. A excelência e o brilho do seu caráter sempre serão um exemplo a nos inspirar.

Ao nosso querido orientador Gustavo, obrigado por todos os ensinamentos e paciência conosco. A produção deste estudo foi cansativa e extenuante, mas a sua disponibilidade em nos auxiliar foi essencial para a sua elaboração. Encontramos em seus conselhos os melhores caminhos a seguir.

”Quando somos generosos acolhendo, enriquecemos. Essa é a verdadeira riqueza. Não se cansem de trabalhar por um mundo mais justo e solidário. Ninguém pode permanecer insensível às desigualdades que ainda existem no mundo. Não deixemos entrar no nosso coração a cultura do descartável, porque nós somos irmãos.”

Papa Francisco

“He who knows syphilis, knows medicine”

Sir William Osler

RESUMO

Objetivo: Descrever as características sociodemográficas e assistenciais à sífilis na gestação e à sífilis congênita em maternidade filantrópica de baixo risco no ES **Método:** Estudo o longitudinal e retrospectivo com consulta de prontuário de 233 gestantes notificadas para sífilis e admitidas para a realização do parto na maternidade estudada, entre agosto de 2016 a dezembro de 2017. Foram excluídos os prontuários de gestantes com teste rápido positivo que não apresentaram VDRL reagente durante a última gestação.. **Resultado:** Entre as gestantes com VDRL positivo durante a última gestação, 29,9% não fizeram qualquer tratamento para sífilis. A comprovação do tratamento do parceiro foi apresentada em apenas 26,35% das gestantes. 80,8% das gestantes foram inadequadamente tratadas durante a gestação. **Conclusão:** A alta prevalência da doença somada ao aumento da morbidade neonatal e riscos de sequelas graves ao RN reforçam a necessidade de melhorias no manejo dessa doença.

Palavras Chave: Sífilis Congênita, Sífilis, Cuidado Pré-Natal

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Variáveis maternas de gestantes notificadas com sífilis na gestação -----16

Tabela 2: Variáveis dos recém-nascidos filhos de gestantes notificadas com sífilis na gestação---19

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Adequação do tratamento de sífilis na gestação..... 17

Gráfico 2: Adequação do tratamento de sífilis em gestantes em 2017.....22

LISTA DE SIGLAS

AIG - Adequado para Idade Gestacional

EMESCAM - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Vitória

ES - Espírito Santo

GIG - Grande para idade gestacional

NV - Nascidos Vivos

OMS - Organização mundial Saúde

OPAS - Organização panamericana da Saúde

PIG - Pequeno para idade gestacional

RN - Recém nascido

TR - Teste Rápido trponêmico imunocromatográfico

VDRL - *Venereal Disease Research Laboratory*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 MÉTODO	14
3 RESULTADO	16
4 DISCUSSÃO	22
5 CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXO A	30
ANEXO B	34
ANEXO C	35
ANEXO D	36
ANEXO E	37

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção bacteriana de caráter sistêmico, curável e exclusiva do ser humano. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas. Possui alta infectividade por transmissão sexual, com sintomatologia muitas vezes escassa ou ausente. A sífilis é uma doença prevenível, tratável e não erradicada, que quando acomete gestantes ganha particular gravidade.^{1,2}

A infecção congênita tem sido diagnosticada em apenas 1% a 2% das mulheres tratadas adequadamente durante a gestação, em comparação com 70% a 100% das mulheres não tratadas.³ A sífilis durante a gestação pode acometer o feto em qualquer período com consequências severas, como abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do RN.^{1,3} A transmissão vertical ocorre principalmente *in utero*, mas a infecção também pode ocorrer durante o trabalho de parto, se houver lesão genital ativa.¹ A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal, o que reforça a necessidade do diagnóstico e tratamento precoce.⁴

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estima que na América Latina e Caribe, 330.000 gestantes soropositivas para sífilis não recebam o tratamento para a doença durante as consultas de pré-natal a cada ano, e que dois terços dos casos de sífilis em gestantes resultem em sífilis congênita.⁵ A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a eliminação da sífilis congênita como prioritária e adotou como meta a redução da incidência da doença a 0,5 ou menos casos por 1000 nascidos vivos até o ano de 2015.^{5,6} Nas Américas 20 países atingiram essa meta, o Brasil, entretanto, não é um deles.^{7,8}

Nos Estados Unidos da América (EUA), a incidência de sífilis congênita caiu de 107/100.000 nascidos vivos (NV) em 1991 para 13,4/100.000.⁹ Na Inglaterra, a cada ano, apenas dois recém nascidos nascem com sífilis congênita.¹⁰ Essas pequenas frequências nos países desenvolvidos demonstram o impacto do diagnóstico precoce através do rastreamento universal de todas as gestantes para as infecções sexualmente transmissíveis.

As taxas de prevalência de sífilis no Brasil, por sua vez, ainda estão aumentando. Em 2016 houve notificação de 38.154 gestantes com sífilis dentro do território nacional, sendo declarada como um grave problema de saúde pública no país.¹¹ Em 2017, aumentou para 49.028 casos, atingindo a taxa de detecção de 17,2 casos de sífilis em gestante a cada 1.000 nascidos vivos (NV). A sífilis congênita também acompanhou esse aumento, de 5,5 em 2014 para 8,4 a cada 1.000 NV em 2017.¹²

O aumento da prevalência nacional de gestantes com sífilis pode estar associado à melhoria do diagnóstico e da notificação da doença. No entanto, o caráter exponencial desse crescimento, para alguns infectologistas, é reflexo do aumento da prática de sexo desprotegido, o que multiplica os casos de infecções sexualmente transmissíveis na população adulta e também durante a gravidez.^{13, 14, 15}

Em 2017 o estado do Espírito Santo (ES) foi o 3º estado com maior taxa de detecção de sífilis em gestantes (28,1/1.000 NV) e o 4º maior de sífilis congênita (12,0/1.000 NV) no país, superando as taxas nacionais de ambos os agravos.¹² Carecem, contudo, dados assistenciais e epidemiológicos locais da população exposta a este agravo. A melhor descrição de elementos da epidemia de sífilis que o estado enfrenta é indispensável à construção de políticas de saúde pública mais eficazes.

O presente estudo, portanto, teve como objetivo descrever fatores relacionados à qualidade do pré natal e características sociodemográficas da sífilis na gestação em pacientes atendidas em maternidade universitária de baixo e médio risco do Espírito Santo

(ES); Descrever características neonatais e assistenciais dos recém nascidos expostos à sífilis na mesma maternidade, além de relacionar a conduta clínica às normas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

2 MÉTODO

Estudo observacional quantitativo, longitudinal e retrospectivo. A população foi constituída de **233** gestantes, que foram notificadas para sífilis, admitidas para a realização do parto na maternidade do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES, unidade Pró-Matre, entre agosto de 2016 a dezembro de 2017. Foram excluídos os prontuários com dados insuficientes.

As notificações das pacientes foram realizadas pelo serviço a partir da suspeita de sífilis na gestação, quando o teste rápido (TR) imucromatocráfico apresentava resultado positivo. O TR é um exame indireto treponêmico que pode permanecer positivo mesmo após o tratamento e cura da paciente. Dessa forma, com apenas o TR não há como diferenciar a sífilis curada de uma infecção ativa no momento da gestação. A combinação de um teste treponêmico e não treponêmico (como VDRL) é indicada pelo Ministério de Saúde para o diagnóstico de sífilis.¹³ Assim, também foram excluídas as pacientes com TR positivo que não apresentaram VDRL reagente durante a última gestação, com amostra total perfazendo de **167** gestantes.

A coleta de dados das parturientes e de seus respectivos recém nascidos foi realizada a partir da consulta a prontuários eletrônicos por pessoas capacitadas e treinadas para o presente estudo.

As variáveis quantitativas foram idade da gestante; número de gestações, partos e abortos prévios; idade gestacional; trimestre de início do pré-natal; número de consultas do pré-

natal, título do VDRL no primeiro, segundo e terceiro trimestre da gestação e na admissão à maternidade; número de doses da droga utilizada para o tratamento de sífilis; tempo de intervalo entre as doses e número de ciclos de tratamento; queda ou aumento da titulação de VDRL em 3 e 6 meses após o tratamento; data de início do último tratamento; período de internação da gestante e do RN; escore de APGAR no primeiro e no quinto minuto; título de VDRL do RN no líquido e no sangue.

Uso de drogas ilícitas e nome da droga; tabagismo e alcoolismo; droga utilizada no tratamento recém nascido e da gestante durante a gestação e puerpério; resultado das sorologias do pré-natal e dos testes rápidos na admissão à maternidade; tratamento do parceiro; desfecho da gestação (nascido termo, pré-termo, aborto ou natimorto); sinais e sintomas do RN; resultados dos exames do RN: radiografia de ossos longos, hemograma, punção lombar e enzimas hepáticas; classificação de peso/idade gestacional (AIG, FIG, GIG).

Os dados coletados foram armazenados em tabelas e em seguida analisados.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM (Nº do parecer: 2.618.470).

3 RESULTADO

Os 167 casos de gestantes forneceram os resultados de acordo com a **Tabela 1**.

Tabela 1: Variáveis maternas de gestantes notificadas com sífilis na gestação.

Características Maternas	n	%	Características Maternas	n	%
Adequados			Diagnóstico de Sífilis		
Sim	167	88,36%	1° T	73	43,71%
Não	19	11,64%	2° T	39	23,35%
Idade			3° T	16	9,58%
0 - 9	0	0%	No parto	38	22,75%
10 - 14	1	0,60%	Sem registro	1	0,60%
15 - 19	53	31,74%	Vícios		
20 - 29	98	58,68%	Negam	113	67,66%
30 - 39	14	8,38%	Álcool	15	8,98%
40 - +	0	0,00%	Tabagismo	25	14,97%
Sem registro	1	0,60%	Drogas ilícitas	21	12,57%
N° de Gestações			- Cannabis	15	8,98%
Primigesta	70	41,92%	- Cocaina	1	0,60%
Secundigesta	47	28,14%	- Crack	5	2,99%
Multigestas	50	29,94%	Sem registro	14	8,38%
Sem registro	0	0,00%	Dias internados		
N° Aborto			2 dias	56	33,53%
0	145	86,83%	3 dias	53	31,74%
1	19	11,38%	4 - 9 dias	45	26,95%
2	3	1,80%	≥ 10 dias	12	7,19%
Pré Natal			Tratamento de Parceiro		
Não fizeram	14	8,38%	Não	31	18,56%
Relizou mas sem registro do início	36	21,56%	Sim	44	26,35%
Início no 1° trimestre	73	43,71%	Tratamento incompleto	3	1,80%
Início no 2° Trimestre	32	19,16%	Sem registro	89	53,29%
Início no 3° Trimestre	6	3,59%	Desfecho da Gestação		
Sem registro	6	3,59%	Pré-Termo	5	2,99%
N° de Consultas no Pré Natal			A termo	160	95,81%
Não fizeram	6	3,59%	Aborto	1	0,60%
< 6 consultas	33	19,76%	Desconhecido	1	0,60%
≥ 6 consultas	90	53,89%	Tratamento na Gestação		
Sem registro	38	22,75%	Adequado	32	19,16%
			Não adequado	85	50,90%
			Não realizado	40	23,95%
			Ignorado	10	5,99%

Fonte: Autoria própria.

No presente estudo, 34 gestantes tiveram teste rápido imunocromatográfico para sífilis não reagente, mesmo com VDRL positivo em alguma fase da última gestação.

Foi observado que 58,68% das gestantes tinham entre 20-29 anos, 31,74% tinham entre 15-19 anos, enquanto apenas 9% foram submetidas ao parto acima da terceira década de vida. 8,98% das pacientes do estudo ingeriram bebidas alcoólicas durante a gestação, 12,57% utilizaram drogas ilícitas (8,98% maconha, 2,99% crack e 0,6% cocaína). O tabagismo foi o vício mais prevalente, presente em 14,97% das pacientes.

Acerca do pré natal, 43,71% foram registradas com início no primeiro trimestre e 8,38% por sua vez não realizaram. 19,76% das gestantes não compareceram a no mínimo 6 consultas pré natal, ou seja, não foram acompanhadas de forma ideal, segundo o Ministério da Saúde.

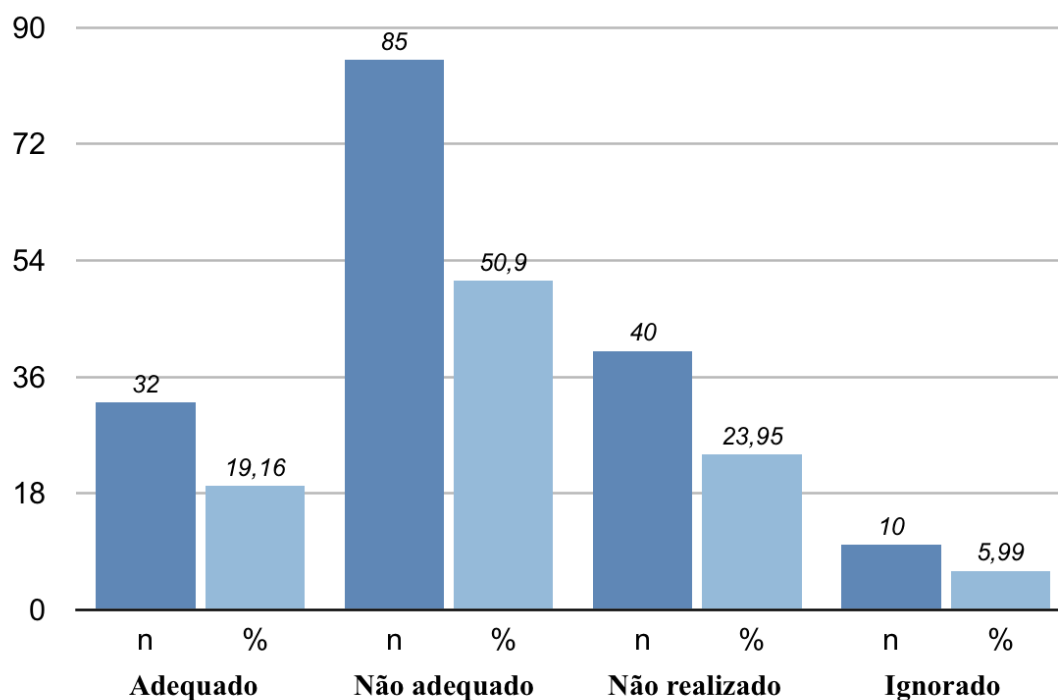


Gráfico 1: Adequação do tratamento de sífilis na gestação em maternidade universitária.

Fonte: Autoria própria

Entre as gestantes com VDRL positivo durante a última gestação, 29,9% não fizeram qualquer tratamento para sífilis. No momento do parto, 81 gestantes confirmaram que realizaram tratamento com penicilina G benzatina por 3 semanas; 15 fizeram ciclos incompletos; 20 necessitaram de retratamento e concluíram os ciclos com número de doses adequado. A comprovação do tratamento do parceiro foi apresentada em apenas 26,35% das gestantes. Dessa forma, foi possível observar que 80,8% das gestantes foram inadequadamente tratadas durante a gestação (**Gráfico 1**). Das 95 gestantes que realizaram tratamento e foram consideradas inadequadamente tratadas, o motivo que mais se destacou foi a queda insatisfatória da titulação do VDRL após o tratamento (49 casos). Nos casos em que a gestante necessitou ser submetida mais de 3 doses de tratamento, 88% dos parceiros não foram tratados.

Ao relacionar a ocorrência de sífilis congênita com a fase da gestação em que a sífilis foi adquirida pela gestante, foi possível constatar que das 54 mulheres com o primeiro VDRL positivo no terceiro trimestre, 70,3% tiveram os filhos infectados pelo treponema.

Como listado na **Tabela 2**, a maior parte dos RNs (70,12%) ficou internada por mais de 10 dias. A ocorrência do agravo estudado em RNs foi responsável pelo aumento da permanência hospitalar em 5 vezes, quando comparado com o tempo mínimo de internação de 48h em RNs saudáveis

Tabela 2: Variáveis dos recém nascidos filhos de de gestantes notificadas com sífilis na gestação.

Variáveis do RN	n	%	Variáveis do RN	n	%
Antropometria			VDRL no líquido		
< 1,5 kg	0	0,00%	Não reagente	146	89,02%
1,5 - 2,5 kg	8	4,88%	1/2	1	0,61%
2,5 - 4 kg	146	89,02%	1/4	1	0,61%
> 4 kg	9	5,49%	Não coletado	16	9,76%
Sem registro	1	0,61%	Alterações líquóricas		
Via de parto			Normal	126	76,83%
Vaginal	84	51,22%	Alterado	22	13,41%
Cesárea	80	48,78%	<i>Alterado com VDRL no líquido negativo</i>	16	9,76%
Sofrimento Fetal			Não coletado	16	9,76%
Não	134	81,71%	Radiografia		
Sim	16	9,76%	Normal	67	40,85%
Sem registro	14	8,54%	Alterada	0	0,00%
Relação Peso/IG			Sem laudo	75	45,73%
PIG	8	4,88%	Não realizada	22	13,41%
AIG	146	89,02%	Hemograma		
GIG	9	5,49%	Normal	140	85,37%
Sem Registro	3	1,83%	Alterada	13	7,93%
APGAR no 1º min.			Não realizada	11	6,71%
8 - 10	141	85,98%	Enzimas Hepáticas		
< 7	20	12,20%	Normal	21	12,80%
Sem registro	1	0,61%	Alterada	2	1,22%
APGAR no 5º min.			Não realizada	141	85,98%
8 - 10	160	97,56%	Tratamento		
< 7	3	1,83%	Não recebeu	2	1,22%
Sem registro	1	0,61%	Ceftriaxone	7	4,27%
Sintomático			Penicilina G Cristalina	132	80,49%
Não	139	84,76%	Penicilina G Benzatina	18	10,98%
Sim	4	2,44%	Mudança de esquema	4	2,44%
Sem registro	21	12,80%	-Benzatina → Cristalina	2	1,22%
Dias internados			- Cristalina → Benzatina	2	1,22%
< 8 dias	27	16,46%	Dias de Tratamento com Cristalina		
8 - 10 dias	14	8,54%	< 10 dias	5	3,79%
> 10 dias	115	70,12%	10 dias	123	93,18%
VDRL sérico			> 10 dias	6	4,55%
Não reagente	33	20,12%	Sem registro	2	1,52%
1/2	60	36,59%			
1/4	29	17,68%			
1/8	16	9,76%			
1/16	8	4,88%			
1/32	3	1,83%			
1/64	7	4,27%			
1/128	1	0,61%			
Sem registro	8	4,88%			

Fonte: Autoria própria.

Nas características de assistência ao parto 12,20% tiveram APGAR menor que 7 no primeiro minuto, número que decai para 1,83% no quinto minuto. Nasceram com baixo peso (< 2,5kg) 4,88% dos RN, não houve registro de RN com extremo baixo peso. A maioria dos RN expostos a sífilis não tinham sinais ou sintomas de sífilis congênita ao exame físico (84,76%); Os casos sintomáticos se caracterizaram por hepatomegalia (2 casos) e secreção ocular (1 caso).

Quanto aos exames laboratoriais do RN, o VDRL no sangue foi reagente 75% dos casos, e no líquido, em 1,22%. Dos 55 pacientes em que o VDRL do líquido e do sangue não foi reagente, 7 apresentaram alguma alteração no líquido, seja de leucócitos (≥ 25 céls/mm), seja de proteínas (≥ 150 mg/dL) e foram tratados como neurosífilis por esse motivo. Foi realizado tratamento para sífilis congênita em 98,78% dos RN da amostra. Destes, 10,98% com penicilina G benzatina, enquanto 80,49% foi com penicilina cristalina. Em 2 casos o tratamento foi iniciado com penicilina benzatina e após interpretação dos resultados laboratoriais houve troca do esquema para penicilina cristalina. Em somente 2 casos o tratamento com penicilina cristalina foi suspenso, e em seguida realizada uma dose de penicilina benzatina.

4 DISCUSSÃO

Nos últimos 5 anos, evidenciou-se um aumento significativo nas taxas de notificação de sífilis em gestantes e sífilis congênita em todos os estados brasileiros. Dentre eles, o Espírito Santo se destaca como um dos estados com as maiores taxas do país. Em 2017, o estado apresentou taxa de notificação de sífilis congênita (12 casos/1.000 nascidos vivos) superior à taxa nacional de 8,6/1.000. Com relação à sífilis na gestação, foi observado o mesmo padrão, em que taxa de notificação estadual (28,1/1.000) supera a nacional (17,2/1.000).¹²

O presente estudo reuniu informações epidemiológicas e assistenciais de **167** casos de sífilis em gestantes no intervalo de 18 meses. Estudo semelhante, realizado em hospital universitário do Rio de Janeiro, analisou o número de notificações de gestantes com sífilis em intervalo de 3 anos (2012, 2013 e 2014) com total de 23 casos de sífilis.¹⁴ A maior quantidade de casos em menor período de tempo destaca a importância da atuação da maternidade estudada dentro do contexto municipal e estadual de saúde.

Houve, desde 2014, um aumento substancial e progressivo dos casos reportados de sífilis congênita e sífilis em gestantes em de todos os estados brasileiros. A taxa de notificação em 2017 (58,1) ultrapassou o dobro da registrada em 2014 (24,9), destacando a necessidade da melhor abordagem do agravo no país.¹² Um dos fatores importantes para o enfrentamento da transmissão vertical de sífilis é a adequabilidade do tratamento na gestação.

Segundo protocolo do Ministério da Saúde de 2015, o tratamento é considerado adequado se for iniciado antes de 30 dias do parto, se for realizado com penicilina G benzatina, 3.200.000 UI, por 3 semanas, com intervalo de uma semana em cada dose. É necessário ainda a queda de 2 diluições em 3 meses ou de 3 diluições em 6 meses, além da ausência de aumento do título em duas diluições no acompanhamento da gestante.¹⁶ Foi retirado dos critérios a necessidade de tratamento do parceiro.

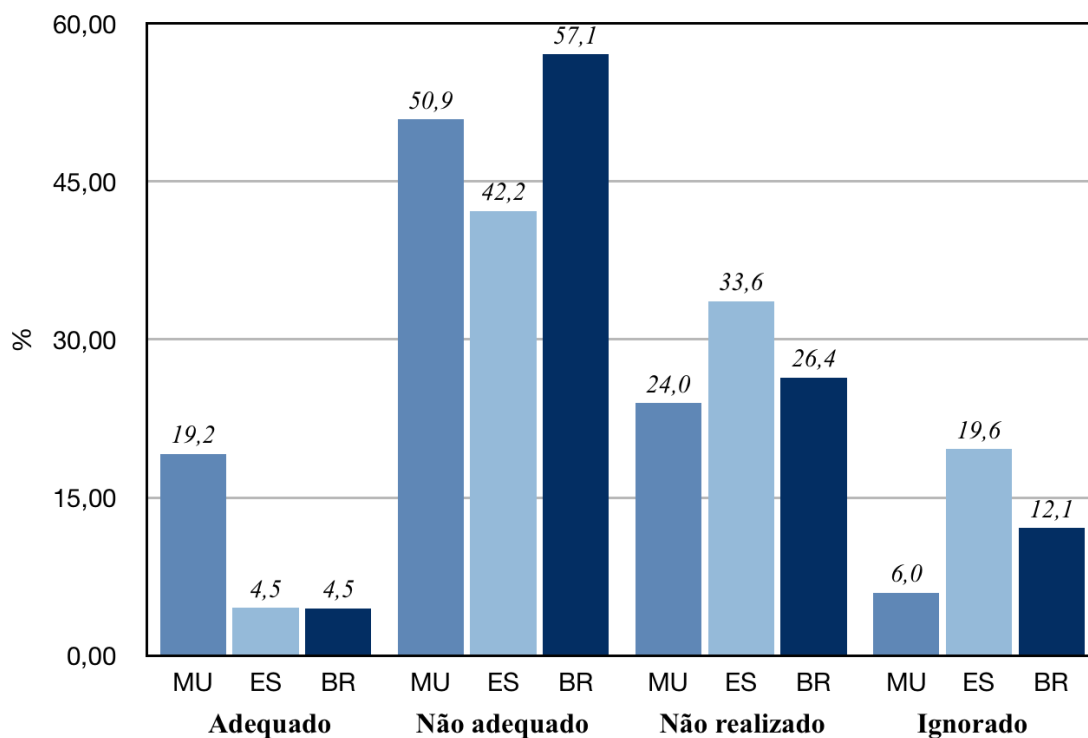


Gráfico 2: Adequação do tratamento de sífilis em gestantes em 2017. **MU:** Maternidade Universitária; **ES:** Espírito Santo; **BR:** Brasil.

Fonte: (MU) Autoria própria, dados referentes ao período do estudo de agosto de 2016 a dezembro de 2017. (ES) Os dados estaduais são produção do MS/SVS/DCCI (Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis) referentes ao ano epidemiológico de 2017. (BR) Os dados nacionais foram obtidos em MS/SVS/Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) referentes ao ano epidemiológico de 2017.

Seguindo os critérios de adequabilidade de 2015, houve na maternidade universitária estudada registro de 19,2% de tratamento adequado, em contraste a 4,5% em dados estaduais e nacionais (**Gráfico 2**).^{12,17} A quantidade de gestantes que não realizaram tratamento é semelhante entre a maternidade universitária (24,0%) e a porcentagem nacional (26,4%), apesar de contrastar com o valor superior estadual de 33,6%. É destacado, também, a diferença entre os dados autorais, estaduais e nacionais quanto ao desconhecimento ou não preenchimento acerca do tratamento de sífilis na gestante. Enquanto o estado do Espírito Santo registra 19,6% de gestantes com tratamento ignorado, na maternidade universitária estudada apenas 6,0% das gestantes tiveram esse dado ignorado em seus prontuários. O percentual encontrado também é abaixo do nível nacional de 12,1%. Essa diferença pode ressaltar a maior qualidade dos prontuários em hospitais universitários, além da necessidade do correto preenchimento das fichas de notificação de sífilis realizadas pelos serviços de saúde.

Destaca-se, todavia, que houve recente atualização dos critérios de adequabilidade do tratamento da gestante. No Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de 2017, a gestante seria considerada como adequadamente tratada se os títulos de VDRL apresentassem queda de 2 titulações em 3 meses ou de 4 diluições em 6 meses. Com a atualização do protocolo em 2019, passou a ser necessário o registro de queda de apenas 2 títulos em 6 meses.¹³ Essa mudança não foi incluída nos métodos deste trabalho, uma vez que a conduta realizada pelos profissionais assistentes das parturientes e dos recém-natos seguiam o protocolo vigente na época. Ademais, ressalta-se que tratamentos de gestantes considerados inadequados pelo protocolo anterior, podem apresentar critérios de adequabilidade após as mudanças do novo protocolo, o que possivelmente diminuirá à quantidade de diagnósticos e conseqüentemente de tratamento para sífilis congênita nos RNs.

Outro fator de importância da doença durante a gestação é a realização e a qualidade do acompanhamento pré-natal. O estudo nacional de base hospitalar *Nascer* identificou que mulheres que apresentaram desfecho de sífilis congênita realizaram início mais tardio da assistência, com menor adequação do número de consultas (considerando seis consultas como ideal).¹⁸ Na maternidade estudada, 43,71% das gestantes iniciaram o pré-natal no 1º trimestre e 53,89% havia realizado seis consultas ou mais. Os dados do pré natal deste estudo assemelham-se aos resultados encontrados no Distrito Federal, com 55,7% das gestantes iniciando no 1º trimestre e 49,3% realizando o número de consultas ideal.¹⁹

Das características sociodemográficas das gestantes assistidas na maternidade, destacam-se a distribuição dos vícios durante a gestação. A frequência baixa de consumo de álcool (8,98%) contrasta com o relato de tabagismo (14,97%) e de drogas ilícitas (12,57%). A menor prevalência de alcoolismo nas gestantes pode ser reflexo da disseminação do conhecimento dos malefícios do álcool ao conceito, em detrimento das menores informações quanto aos riscos de uso de drogas ilícitas, como *cannabis*. É necessário ressaltar, ainda, o risco de subregistro acerca do consumo de substâncias, uma vez que este é um tópico sensível, comumente não abordado, ou pela gestante omitido, durante as consultas médicas. A prevalência de tabagismo em gestantes com sífilis na maternidade estudada (14,97%) é superior aos dados nacionais de gestantes, com ou sem sífilis, de 9,6%.¹⁸ Quando comparadas apenas a secção de gestantes com sífilis, a prevalência de

tabagismo na maternidade universitária é inferior aos 24,7% encontrados no estudo nacional.¹⁸

Acerca da assistência ao recém-nascido exposto a sífilis, destaca-se a alta frequência de algum tipo de tratamento. Apenas dois recém nascidos (1,22%) não receberam nenhum tratamento, enquanto 10,98% receberam uma dose de penicilina G benzatina. Isso reflete a impossibilidade de acompanhamento do recém-nato exposto a sífilis, o qual, se assintomático, filho de mãe adequadamente tratada e sem alterações laboratoriais, não precisaria receber tratamento. Mais de 80% dos recém-nascidos receberam esquema de 10 dias de tratamento com penicilina cristalina.

Realizou-se punção lombar em mais de 90% das crianças expostas. Ressalta-se a indispensabilidade do procedimento apenas para crianças sintomáticas, com VDRL sérico reagente maior que o da mãe ou se filho de mãe com tratamento inadequado ou não realizado. Outros dados nacionais, como os do Distrito Federal, que possuem taxa semelhante de tratamentos adequados, realizou punção lombar em apenas 42% dos recém-nascidos. Comparando as prevalências de tratamento adequado com a realização de punção lombar, infere-se que o procedimento é realizado de maneira demasiada na maternidade estudada.

O estudo teve como limitação a ausência de grupo controle, de binômios mãe/recém-nascidos sem sífilis, para realização de análises estatísticas. A coleta de dados mediante exploração individuada do prontuário dificultou a inclusão de mais participantes no estudo para a elaboração do grupo controle.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo revela que o Espírito Santo enfrenta um real problema de saúde pública na abordagem da sífilis congênita e na gestação. A alta prevalência da doença somada ao aumento da morbidade neonatal e riscos de sequelas graves ao RN reforçam a necessidade de melhorias no manejo dessa doença.

É de grande importância a capacitação dos profissionais atuantes nas áreas, com atualizações constantes quanto às melhores práticas de abordagem divulgadas em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde. Além disso, é fundamental garantir a facilidade do acesso da gestante a um pré natal de qualidade iniciado no primeiro trimestre da gestação, associado ao diagnóstico e tratamento precoces da infecção. Ressalta-se ainda a necessidade de melhores condutas em relação às parcerias sexuais, uma vez que o adequado tratamento desses é capaz de quebrar o ciclo de transmissão da sífilis.

REFERÊNCIAS

1. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. *Clin Microbiol Rev.* 1999;12(2):187–209.
2. Guinsburg R, Miyashiro A. Critérios Diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita. *Documento Científico – Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria.* São Paulo, 20 de dezembro de 2010. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/tratamento_sifilis.pdf] Acesso em 19 set. de 2019
3. Stoltey JE, Cohen SE. Syphilis transmission: a review of the current evidence. *Sex Health.* 2015 Apr;12(2):103-9. doi: 10.1071/SH14174. PMID: 25702043; PMCID: PMC5973824.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.* Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 1. ed.
5. Pan American Health Organization. *Plan of action for the elimination of congenital syphilis.* Washington, DC: Pan American Health Organization; 1995 (PAHO/WHO/Ce116/14).
6. WHO (World Health Organization). *Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: Promoting better maternal and child health and stronger health systems.* Geneva: WHO, 2012.
7. Pan American Health Organization. Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis in the Americas: 2015 Update. 2016; Disponível em: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/18372/9789275118702_eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y]. Acesso em 19 set. de 2019
8. Pan American Health Organization. Strategy and Plan of Action for the Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Congenital Syphilis in the Americas. *50th Directing Council, 62nd Session of the Regional Committee, Resolution CD50.R12.* 2010 Disponível em http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33961/CD50-FR-e .pdf?sequence=1]. Acesso em 19 set. de 2019
9. Centers for Disease Control and Prevention. Congenital syphilis: United States, 2000. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2001; 50: 573–77.

10. Hurtig A-K, Nicoll A, Carne C, et al. Syphilis in pregnant women and their children in the United Kingdom: results from national clinician reporting surveys 1994-7. *BMJ* 1998; 317: 1617-19.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico – Sífilis*, Ano V. 48 (36), 2017; Disponível em: [<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>]. Acesso em 19 set. 2019.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). *Boletim Epidemiológico Sífilis 2018*. Vol. 49, Out. 2018. Disponível em: [<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2018>]. Acesso em: 18 set. 2019.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 1. ed.
14. Cerqueira Luciane Rodrigues Pedreira de, Monteiro Denise L. M., Taquette Stella R., Rodrigues Nádia C. P., Trajano Alexandre J. B., Souza Flavio Monteiro de et al . The magnitude of syphilis: from prevalence to vertical transmission. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652017005000246&lng=en.] Acesso em 19 set. de 2019 . <http://dx.doi.org/10.1590/s1678-9946201759078>.
15. Szwarcwald CL, Barbosa Junior A, Miranda AE, Paz LC. Resultados do estudo sentinela parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2007;19:128-33.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 1. ed.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Indicadores e Dados Básicos da Sífilis nos Municípios Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [<http://indicadoressifilis.aids.gov.br>]. Acesso em: 18 de set. 2019
18. 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*. 2016; 32(6): e00082415. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000605002&lng=pt. Epub 01-Jun-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00082415>.
19. Magalhães Daniela Mendes dos Santos, Kawaguchi Inês Aparecida Laudares, Dias Adriano, Calderon Iracema de Mattos Paranhos. Sífilis materna e congênita: ainda um

desafio. Cad. Saúde Pública. 2013 June; 29(6): 1109-1120. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600008&lng=en. Acesso em 19 set. de 2019;
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600008>.

ANEXO A

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM SÍFILIS EM MATERNIDADE DO ESPÍRITO SANTO - BRASIL

Pesquisador: Gustavo Carreiro Pinasco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 86381818.9.0000.5065

Instituição Proponente: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE VITORIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.618.470

Apresentação do Projeto:

O projeto, do qual participam professores e estudantes da EMESCAM, propõe estudar o perfil epidemiológico relacionado a sífilis na gestação em maternidades do Espírito Santo. Tal estudo se justifica diante da alta prevalência de sífilis em gestantes, com consequente aumento da incidência de sífilis congênita, pois serão produzidas informações que podem contribuir para um melhor direcionamento de intervenções terapêuticas e alocação de recursos. Segundo o projeto, o estudo será feito por meio de consulta a prontuários eletrônicos de 1000 gestantes com sífilis atendidas nos últimos 3 anos no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória e na Maternidade Pro Matre. Serão estudados também relatórios do serviço de neonatologia e relatórios da vigilância epidemiológica dos serviços onde a pesquisa será realizada.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

Objetivo Primário: Avaliar perfil epidemiológico relacionado a sífilis na gestação em maternidades do Espírito Santo.

Objetivo Secundário:

- Identificar a prevalência de gestantes com sífilis nos serviços estudados;

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.618.470

- Identificar fatores de risco para sífilis na gestação;
- Identificar fatores de proteção para sífilis na gestação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos: Não haverá riscos de exposição de dados dos pacientes cujos prontuários foram analisados.

Benefícios: Não haverá benefício direto para o participante desse estudo. A produção científica, por sua vez, beneficiará o entendimento da doença objeto e de seus determinantes sociais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, com boa relação risco-benefício.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto com proponente Irmandade da Santa Casa, assinada pelo diretor clínico do Hospital da Santa Casa.

Cartas de anuência do Hospital da Santa Casa e da Pro Matre (ambas assinadas pelo coordenador do Centro de Pesquisa Clínica do Hospital da Santa Casa, do qual a Pro Matre é uma unidade).

TCLE: Os pesquisadores pedem dispensa, justificando tratar-se de estudo retrospectivo.

Cronograma: Coleta de dados prevista para 01/06/2018 a 31/07/2018, divulgação e publicação de resultados para 03/09/2018 a 30/11/2018.

Orçamento: R\$ 200,00, para material gráfico e de escritório, a cargo dos pesquisadores (financiamento próprio).

Em relação à justificativa para dispensa de TCLE, não foi adequadamente apresentada, porque o simples fato de se tratar de estudo retrospectivo não impede a obtenção de TCLE, documento que formaliza a garantia da autonomia do participante de pesquisa e que se impõe diante do estudo de prontuários que lhe pertence. No entanto, é cabível diante da dificuldade de contato com um grande número de participantes que não mais se encontram sob assistência das instituições que

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.618.470

serão campo da pesquisa, especialmente com aquelas gestantes que foram assistidas no início do período de estudo (últimos 3 anos). Cabe registrar que os pesquisadores se comprometem com a garantia da privacidade (ver campo "Riscos").

Recomendações:

Como dispõe a Resolução 466/2012, toda pesquisa condiciona risco. O estudo de prontuários condiciona riscos de quebra de privacidade e violação da autonomia. Corrigir no projeto de pesquisa. Corrigir a justificativa para dispensa de TCLE (à consideração do colegiado).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ver recomendações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto pendente por decisão do CEP.

Adequar segundo as "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Atualizar cronograma conforme calendário de reuniões do CEP.

Caso o projeto seja postado corretamente até o dia 10/05, ele será reavaliado na reunião do dia 29/05.

O prazo máximo para apresentação das adequações em projetos com pendências é de 30 dias a contar da data de emissão do presente parecer, após o que o projeto será "retirado", de acordo com a Norma Operacional CONEP/MS 001/2013.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1046678.pdf	20/03/2018 13:05:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Plataforma_Brasil_Sifilis.docx	09/03/2018 22:54:25	GABRIEL SOUZA LORENZONI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	09/03/2018 22:53:26	GABRIEL SOUZA LORENZONI	Aceito
Declaração de Instituição e	anuencia_pm_sifilis_autorizada.pdf	12/01/2018 10:09:28	GABRIEL SOUZA LORENZONI	Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -



Continuação do Parecer: 2.618.470

Infraestrutura	anuencia_pm_sifilis_autorizada.pdf	12/01/2018 10:09:28	GABRIEL SOUZA LORENZONI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia_hscm_autorizada.pdf	23/12/2017 23:19:33	GABRIEL SOUZA LORENZONI	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 24 de Abril de 2018

Assinado por:
PATRICIA DE OLIVEIRA FRANCA
(Coordenador)

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ANEXO B

PEDIDO DE ISENÇÃO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM

Solicitamos ao Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, a isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deste projeto encaminhado para vossa apreciação.

O projeto intitulado PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES COM SÍFILIS EM MATERNIDADE DO ESPIRITO SANTO - BRASIL é um estudo observacional longitudinal retrospectivo de caráter analítico e, portanto, não intervencionista. O projeto dispensa a coleta de informação direta com o sujeito de pesquisa.

As razões para solicitação da isenção do TCLE são enumeradas abaixo:

1. Pesquisa retrospectiva de dados em prontuários, o que não interfere no cuidado recebido pelo paciente;
2. Não há riscos físicos e/ou biológicos para o paciente uma vez que o estudo é meramente observacional;
3. População de estudo eventualmente sem seguimento na instituição no presente (pacientes de outras localidades e/ou falecidos);
4. Grande número previsto de participantes na amostra;
5. A confidencialidade da identificação pessoal dos pacientes é garantida pelo pesquisador principal e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados: os pacientes serão identificados apenas através de iniciais e números de registro que servem apenas para validar a individualidade da informação. Dessa maneira, ameniza-se o risco de quebra de privacidade do paciente.

Por esses motivos, solicitamos a dispensa do referido documento.

Atenciosamente,

Pesquisador Responsável **Gustavo Carreiro Pinasco** e Equipe

ANEXO C

Este estudo gerou duas produções científicas em formato de posters com publicação nos anais do congresso do **20º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica**, promovido pela **Sociedade Brasileira de Pediatria**, realizado em Salvador-BA, nos dias 14 a 17 de novembro de 2018.

Título: Sífilis congênita: características da assistência perinatal em uma maternidade do Espírito Santo



20º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
**Infectologia
Pediátrica**



Certificado

Certificamos que o trabalho
Sífilis congênita: características da assistência perinatal em uma maternidade do Espírito Santo
dos autores

Gabriel Souza Lorenzoni, Giseli Celestino Nunes, Sabrina Santos Ribeiro, Larissa Moulin de Almeida, Carla Venância Aguiar Santos, Brunna Rozino Bassini Chamun, Francisco Pedroni Moreira, Mateus Daroz Gonçalves, Danielli Maia Fiorot, Monise Casagrande Aragao, Fabiano Novaes Barcellos Filho, Andrea Lube Antunes de S. Thiago Pereira, Barbara Bufon Lube, Consuelo Maria Caiafa Freire Junqueira, Jovanna Couto Caser Anechini, Gustavo Carreiro Pinasco

foi apresentado no 20º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica, realizado no período de 14 a 17 de novembro de 2018, no Bahia Othon Palace Hotel, como Pôster Eletrônico.

Salvador, 17 de novembro de 2018.

Luciana Rodrigues Silva

Dra. Luciana Rodrigues Silva
Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria

Dra. Dolores Fernandez Fernandez

Dra. Dolores Fernandez Fernandez
Presidente da SOBAPE

Leda Lucia Moaes Ferreira

Dra. Leda Lucia Moaes Ferreira
Presidente do Congresso

ANEXO D

Este estudo gerou duas produções científicas em formato de posters com publicação nos anais do congresso do **20º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica**, promovido pela **Sociedade Brasileira de Pediatria**, realizado em Salvador-BA, nos dias 14 a 17 de novembro de 2018.

Título: Características sociodemográficas e assistência à sífilis na gestação em uma maternidade do Espírito Santo



20º CONGRESSO
BRASILEIRO DE
**Infectologia
Pediátrica**



Certificado

Certificamos que o trabalho
Características sociodemográficas e assistência a sífilis na gestação em uma maternidade do Espírito Santo
dos autores

Gabriel Souza Lorenzoni, Giseli Celestino Nunes, Barbara Bufon Lube, Sabrina Santos Ribeiro, Larissa Moulin de Almeida, Carla Venância Aguilar Santos, Brunna Rozino Bassini Chamun, Francisco Pedroni Moreira, Mateus Daroz Gonçalves, Danielli Maia Fiorot, Monise Casagrande Aragao, Fabiano Novaes Barcellos Filho, Andrea Lube Antunes de S. Thiago Pereira, Consuelo Maria Caiafa Freire Junqueira, Jovanna Couto Caser Anechini, Gustavo Carreiro Pinasco

foi apresentado no 20º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica, realizado no período de 14 a 17 de novembro de 2018, no Bahia Othon Palace Hotel, como Pôster Eletrônico.

Salvador, 17 de novembro de 2018.

Dra. Luciana Rodrigues Silva
Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria

Dra. Dolores Fernandez Fernandez
Presidente da SOBAPE

Dra. Leda Lucia Moaes Ferreira
Presidente do Congresso

ANEXO E

ESTRUTURAÇÃO DO MANUSCRITO

Este Trabalho de Conclusão de Curso segue as instruções de formatação para o envio de manuscritos do periódico *Epidemiologia e Serviços de Saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil (RESS)*. A RESS é um periódico científico com periodicidade trimestral e de acesso livre, nos formatos eletrônico e impresso, editado pela Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços, do Departamento de Gestão da Vigilância em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (CGDEP/DGVES/SVS/MS). O Núcleo Editorial da revista acolhe manuscritos na modalidade artigo original com as seguintes orientações:

a) **Artigo original** – produto inédito de pesquisa inserido em uma ou mais das diversas áreas temáticas da vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos de interesse da saúde pública, como doenças transmissíveis, agravos e doenças crônicas não transmissíveis, análise de situação de saúde, promoção da saúde, vigilância em saúde do trabalhador, vigilância em saúde ambiental, respostas às emergências em saúde pública, políticas e gestão em vigilância em saúde e desenvolvimento da epidemiologia nos serviços de saúde (limite: 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências; até cinco tabelas e/ou figuras).

Lista de itens de verificação prévia à submissão

1. Formatação: fonte Times New Roman 12, tamanho de folha A4, margens de 3cm, espaço duplo, páginas com numeração.
2. Folha de rosto:

- a) Modalidade do manuscrito;
- b) Título do manuscrito, em português, inglês e espanhol;
- c) Título resumido, em português;
- d) Nome, instituição de afiliação, unidade ou departamento (somente uma instituição de afiliação por autor), cidade, estado, país, ORCID iD e e-mail de cada um dos autores;
- e) Nome do autor correspondente, endereço completo, *e-mail* e telefone;
- f) Paginação e número máximo de palavras nos resumos e no texto;
- g) Nomes das agências financiadoras e números dos processos, quando pertinente;
e
- h) No caso de manuscrito redigido com base em monografia, dissertação ou tese acadêmica, indicação do autor e título do trabalho, nome da instituição de ensino e ano de defesa.

3. Resumo e palavras-chave: em português, inglês e espanhol, para artigos originais, de revisão e notas de pesquisa, em formato estruturado: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão. Palavras-chave/*Keywords*/Palabras clave, selecionadas entre os Descritores em Ciências da Saúde (disponível em: <http://decs.bvs.br/>).

4. Corpo do manuscrito: artigos originais, de revisão e notas de pesquisa devem conter as seguintes seções: **Introdução**, **Métodos**, **Resultados** e **Discussão**. Observar o limite de palavras de cada modalidade.

5. Informação sobre o número e a data de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa; número de registro do ensaio clínico ou da revisão sistemática; e outras considerações éticas, no último parágrafo da seção de Métodos.
6. Parágrafo contendo a contribuição dos autores.
7. Agradecimentos somente com anuência das pessoas nomeadas.
8. Referências normalizadas segundo o padrão ICMJE (Normas de Vancouver), ordenadas e numeradas na sequência em que aparecem no texto; convém verificar se todas estão citadas no texto e se sua ordem-número de citação corresponde à ordem-número em que aparecem na lista das Referências, ao final do manuscrito.
9. Tabelas e figuras – para artigos originais e de revisão, somadas, não devem exceder o número de cinco; para notas de pesquisa, não devem exceder o total de três; e para relatos de experiência, não devem exceder o total de quatro.
10. Declaração de Responsabilidade, assinada por todos os autores.

As instruções aos autores estão disponíveis na íntegra no endereço eletrônico:
[<http://ress.iec.gov.br/ress/home/carregarPagina?p=instrucoesAutores&lang=pt#>].

Acesso em 3 set. 2019