

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

CATHERINE GIANORDOLI CONTARDO
ESTER BRAZOLINO VALENTIM
SILMARA BRUNA ZAMBON ALBERT

**SÍFILIS RETAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇA
DE CROHN: RELATO DE CASO**

VITÓRIA
2024

CATHERINE GIANORDOLI CONTARDO
ESTER BRAZOLINO VALENTIM
SILMARA BRUNA ZAMBON ALBERT

**SÍFILIS RETAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇA
DE CROHN: RELATO DE CASO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mariana Poltronieri Pacheco.

VITÓRIA
2024

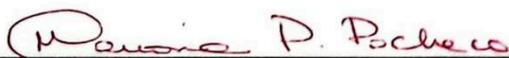
CATHERINE GIANORDOLI CONTARDO
ESTER BRAZOLINO VALENTIM
SILMARA BRUNA ZAMBON ALBERT

SÍFILIS RETAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇA DE CROHN:
RELATO DE CASO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de graduação em Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Medicina.

Aprovada em 29 de outubro de 2024

BANCA EXAMINADORA



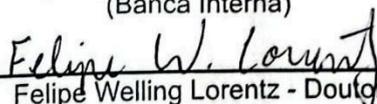
Mariana Poltronieri Pacheco - Doutora
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientador(a)



Carolina Rocio Oliveira Santos - Doutora
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Banca Interna)



Felipe Bertollo Ferreira - Mestre
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Banca Interna)



Felipe Welling Lorentz - Doutor
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Banca Interna)

A Deus! Que minhas atitudes sejam o reflexo desse sentimento de gratidão.

Aos nossos pais, que sempre nos apoiaram em nossa caminhada e estiveram conosco nos momentos de adversidade, amamos vocês.

Aos nossos familiares,
Pelo carinho e incentivo.

Aos nossos amigos,
Que nos agradeceram com momentos de
felicidade e com a companhia nos
momentos de dificuldade.

Aos professores,
Que sempre nos incentivaram a evoluir
como seres humanos e na busca pelo
conhecimento, em especial à professora
Dra. Mariana Poltronieri Pacheco

Ao Hospital Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, por fornecer os recursos
necessários para um estudo que nos
trouxe uma experiência extremamente
importante para nossa formação.

RESUMO

Introdução: A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica crônica, causada pelo *Treponema pallidum* e de alta prevalência. O acometimento gástrico é incomum, apresenta sintomas e achados endoscópicos inespecíficos, tornando o diagnóstico desafiador. As úlceras retais são uma apresentação rara da infecção por sífilis, tornando seu diagnóstico desafiador. **Objetivo:** Analisar e relatar um caso de acometimento retal pela sífilis, utilizando dados clínicos e revisão bibliográfica, a fim de enriquecer a compreensão clínica desta manifestação rara da doença. **Método:** Trata-se de um estudo de natureza descritiva, longitudinal e observacional, tipo relato de caso, com análise detalhada e retrospectiva do caso de um paciente atendido no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória com dados obtidos em prontuário médico. **Relato do caso:** Homem, 48 anos, com quadro clínico sugestivo de Doença de Crohn, inicialmente realizou tratamento padrão com corticoide, no entanto, não apresentou melhora do quadro, sendo internado para investigação. Em seguimento foram realizados exames de imagem e solicitação de sorologias para pesquisa de doenças infecciosas. A colonoscopia evidenciou um acometimento inflamatório difuso da mucosa com úlceras profundas cobertas por fibrina, revelando um espessamento da parede intestinal com o aspecto chamado de “pedras em calçamento” sugestivo de Doença de Crohn. Além disso, o resultado das sorologias revelou um VDRL reagente em altos títulos. Dessa forma, foi confirmado o diagnóstico de retite sífilítica e realizado o tratamento com melhora significativa dos sintomas e do aspecto da colonoscopia. **Considerações finais:** O estudo reafirma a importância de uma pesquisa eficiente para diagnóstico preciso de sífilis retal e que evite o viés com os demais diagnósticos diferenciais do trato gastrointestinal, principalmente a Doença de Crohn.

Palavras-chave: 1. Sífilis. 2. Proctite. 3. Doença Inflamatória Intestinal.

ABSTRACT

Introduction: Syphilis is a chronic systemic infectious disease caused by *Treponema pallidum* and has a high prevalence. Gastric involvement is uncommon, with nonspecific symptoms and endoscopic findings, making diagnosis challenging. Rectal ulcers are an unusual presentation of primary syphilis infection, difficult to diagnose due to its often asymptomatic or atypical clinical presentation. **Objective:** To analyze and report a case of rectal involvement by syphilis using clinical data and a literature review to enrich clinical understanding of this rare manifestation of the disease. **Method:** This is a descriptive, longitudinal, and observational study, in the form of a case report, with detailed and retrospective analysis of the case of a patient treated at the Santa Casa de Misericórdia Hospital in Vitória, using data obtained from medical records. **Case report:** A 48-year-old man, with a clinical condition suggestive of Crohn's disease, initially underwent standard treatment with corticosteroids, however, his condition did not improve and he was hospitalized for investigation. Subsequently, imaging exams were performed and serology was requested to investigate infectious diseases. Colonoscopy showed continuous diffuse inflammatory involvement of the mucosa with deep ulcers covered by fibrin, revealing a thickening of the intestinal wall with the appearance called "cobblestones" suggestive of Crohn's disease. Furthermore, the serology results revealed a reactive VDRL in high titers. In this way, the diagnosis of syphilitic retitis was confirmed and treatment was carried out with significant improvement in symptoms and colonoscopy appearance. **Final considerations:** The study reaffirms the importance of efficient investigation for the accurate diagnosis of rectal syphilis and highlights the need to avoid bias with other differential diagnoses of the gastrointestinal tract, especially Crohn's Disease.

Keywords: 1. Syphilis. 2. Proctitis; Inflammatory Bowel Disease.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Colonoscopia realizada em 04 julho de 2023	20
Figura 2 – Colonoscopia realizada em 26 julho de 2023	22
Figura 3 – Imunohistoquímica do reto	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Resultado de exames de imagem prévios	18
Tabela 2 – Resultados de exames da internação	19
Tabela 3 – Diagnósticos diferenciais para úlcera retal	26

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

DII	Doença Inflamatória Intestinal
DC	Doença de Crohn
RCU	Retocolite ulcerativa
VHS	Velocidade de Hemossedimentação
PCR	Proteína C reativa
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
HSCMV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
TCLE	Termo de consentimento Livre e Esclarecido
Hb	Hemoglobina
Ht	Hematócrito
VCM	Volume Corpuscular Médio
HCM	Hemoglobina Corpuscular Média
CHCM	Concentração de Hemoglobina Corpuscular Média
RDW	Amplitude de distribuição dos Glóbulos Vermelhos
K	Potássio
Na	Sódio
Mg	Magnésio
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
VDRL	Veneral disease Research Laboratory
NR	Não Reagente
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
FTA-ABS	Teste de anticorpos Treponêmicos Fluorescentes com Absorção
IgG	Imunoglobulina G
IgM	Imunoglobulina M
Ki-67	Antígeno de Proliferação Celular
CD20	Antígeno de Linfócito B
CD3	Receptor de Linfócitos T Cadeia Epsilon
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
TPHA	Teste de Hemaglutinação de <i>Treponema pallidum</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 Objetivo geral	13
1.2.2 Objetivos específicos	13
1.3 JUSTIFICATIVA	13
2 METODOLOGIA	15
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	15
2.2 LOCAL DO ESTUDO	15
2.3 ASPECTOS ÉTICOS	15
3 RELATO DO CASO	17
4 DISCUSSÃO	24
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30
Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP	32

1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença sistêmica sexualmente transmissível, crônica, curável e causada pelo *Treponema pallidum*, sendo conhecida por suas diversas formas de apresentação, devido à capacidade de afetar uma ampla variedade de órgãos e manifestar uma vasta gama de sintomas (SHINN, 2019). Embora seja uma doença antiga com diagnóstico e tratamento simples e eficazes disponíveis há mais de meio século, a sífilis continua sendo um problema de saúde pública em quase todo o mundo (PASSOS, 2021). Quando não tratada, pode evoluir para estágios de gravidade variada.

Em relação aos aspectos epidemiológicos, houve aumento nas taxas de detecção de sífilis adquirida até 2018, estabilizando em 2019, com 78 casos por 100.000 habitantes. Em 2020, devido ao início da pandemia de Covid-19, houve um declínio de 24% na taxa de detecção, em comparação com 2019. Contudo, em 2021, a taxa retornou aos níveis elevados anteriores à pandemia, com quase 81 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2023). Em 2022, o Brasil notificou 213.129 casos de sífilis adquirida, o que corresponde a uma taxa de detecção de 102 casos por 100 mil habitantes, com um aumento, em 2023, para 113. (BRASIL, 2024).

A sífilis no trato gastrointestinal pode causar hepatite, gastrite, colite, proctite e gastroparesia (NOTO, 2008), sendo observada em 1% dos casos e geralmente se desenvolve durante a fase secundária da doença (ATTEN, 1994). Úlceras retais são uma apresentação incomum de infecção primária por sífilis. O diagnóstico de sífilis com acometimento retal baseia-se na correlação entre dados clínicos, testes sorológicos, achados endoscópicos e biópsias (STRUYVE; MEERSSEMAN; VAN MOERKERCKE, 2018), sendo essencial para reduzir o risco de transmissão e prevenir complicações associadas (GONÇALVES; COELHO; MACEDO, 2023).

Quando se trata de retite sífilítica, os sintomas podem se assemelhar aos da Doença Inflamatória Intestinal (DII), como perda ponderal, fezes com sangue e diarreia, tornando-a um diagnóstico diferencial importante (NADAL; MANZIONE, 2012), visto que as DII evoluem com quadro de inflamação crônica do trato gastrointestinal, sendo classificadas em dois tipos: Doença de Crohn (DC) e Retocolite Ulcerativa (RCU) (GAJENDRAN *et al.*, 2018). O quadro clínico inclui diarreia crônica

inflamatória, dor abdominal e perda ponderal, com alterações laboratoriais como aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C reativa (PCR), leucocitose e anemia microcítica, além de hipoalbuminemia (RUSSELL; COHEN; SANDS, 2017).

A principal diferença entre DC e RCU se baseia principalmente no local de acometimento de cada uma. A Retocolite Ulcerativa é descrita por inflamação difusa que acomete de forma contínua a mucosa do cólon, estendendo-se a partir do reto (VENITO; SANTOS; FERRAZ, 2022). A DC caracteriza-se por uma inflamação transmural do trato gastrointestinal, podendo acometer da boca ao ânus de forma não contínua, e evoluir com complicações como fístulas, fibrose, estenoses e acometimento perianal, além de provocar a formação de úlceras superficiais da mucosa (GAJENDRAN *et al.*, 2018). Já a sífilis pode causar lesões e inflamação na mucosa retal, desencadeando sintomas como diarreia, sangramento retal, úlceras e dor abdominal (CDC, 2023). A semelhança histopatológica existente entre ambas as patologias muitas vezes atrasa o tratamento e pode levar a complicações (NADAL; MANZIONE, 2012).

Portanto, é essencial incluir a sífilis como um diagnóstico diferencial em pacientes que apresentam sintomas gastrointestinais, principalmente se tiverem fatores de risco relevantes, como histórico de doenças sexualmente transmissíveis (CDC, 2023). Além disso, por ser uma doença reemergente, é de extrema importância reconhecer os sinais e sintomas raros desta patologia, visto que é uma condição comum e, caso não tratada corretamente, pode evoluir para estágios de gravidade variada, podendo causar complicações graves e até mesmo o óbito.

Este estudo relata um caso de sífilis retal inicialmente diagnosticado como DII, contribuindo para a compreensão das manifestações clínicas semelhantes e para um possível diagnóstico diferencial raro desta patologia com acometimento retal. Além disso, visa fornecer informações médicas e conhecimento científico fundamentado na medicina baseada em evidências, com potencial impacto positivo na prática clínica e na sociedade.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Analisar e relatar um caso de acometimento retal pela sífilis, utilizando dados clínicos e revisão bibliográfica, a fim de enriquecer a compreensão clínica desta manifestação rara da doença.

1.2.2 Objetivos específicos

- Descrever os aspectos clínicos, sintomas e evolução do caso de acometimento retal pela sífilis.
- Expor os métodos de diagnóstico utilizados, destacando exames laboratoriais e de imagem relevantes para confirmar o diagnóstico.
- Apresentar os principais diagnósticos diferenciais de úlceras retais;
- Integrar os dados clínicos do caso com as evidências científicas obtidas na revisão bibliográfica, contribuindo para a expansão do conhecimento científico sobre o acometimento retal pela sífilis.

1.3 JUSTIFICATIVA

O relato de caso proposto visa enriquecer a literatura médica ao apresentar um caso de sífilis retal diagnosticado e tratado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (ES), confirmado por critérios clínicos, laboratoriais e epidemiológicos. Este caso contribui para ampliar o conhecimento sobre manifestações clínicas raras da sífilis, fornecendo informações relevantes para a prática clínica. Ao descrever o seguimento clínico do paciente, desde a conduta inicial até o desfecho, este relato facilita a compreensão das manifestações clínicas, dos métodos diagnósticos e do

tratamento, auxiliando a comunidade médica na tomada de decisões diante de casos similares. Além disso, estimula a pesquisa e o diagnóstico precoce de manifestações raras de doenças prevalentes, fortalecendo a medicina baseada em evidências e promovendo discussões sobre abordagens terapêuticas.

2 METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, longitudinal e observacional, tipo relato de caso, com análise detalhada e retrospectiva do caso de um paciente atendido no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES. O estudo foi realizado através da coleta de dados do prontuário do paciente em questão, após aprovação pelo Comitê de ética em pesquisa (CEP), fundamentado na revisão bibliográfica de artigos relacionados ao acometimento retal pela sífilis.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi o prontuário eletrônico do paciente, obtido do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Este documento inclui dados clínicos, exames laboratoriais e de imagem, bem como informações sobre o diagnóstico e tratamento do paciente em questão. A coleta de dados foi realizada de forma retrospectiva para garantir uma análise abrangente do caso de acometimento retal pela sífilis.

2.2 LOCAL DO ESTUDO

As informações foram coletadas no sistema informatizado do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES (HSCMV).

Os documentos foram acessados somente após aprovação do projeto pelo CEP.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS

Nos procedimentos empregados foram asseguradas a confidencialidade e a privacidade, garantindo que as informações não serão utilizadas em prejuízo das

pessoas e da comunidade, inclusive em termos de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiro.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer consubstanciado nº 6.855.250 (ANEXO A).

Durante a coleta de dados, os pesquisadores não tiveram contato com o paciente, restringindo a busca de dados relativos a variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais. O presente estudo não interferiu no cuidado e acompanhamento do paciente atendido no HSCMV.

Foi analisado o prontuário do paciente que está sendo acompanhado no serviço, sendo aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinado pelo participante e pelo pesquisador.

A carta de anuência necessária foi assinada pelo diretor da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - ES. As cartas de anuência obedecem às exigências do Conselho Nacional da Saúde, Resolução no 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos.

3 RELATO DO CASO

Paciente, 48 anos, sexo masculino, previamente hígido, sem comorbidades ou uso de medicações, com história progressiva de etilismo excessivo durante os finais de semana, mas interrompeu o uso há 2 anos da admissão hospitalar. Compareceu ao ambulatório de gastroenterologia do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória no dia 04 de julho de 2023 com relato que há 3 meses iniciou quadro de perda de peso importante (15kg em 3 meses), vômitos recorrentes, episódios diarreicos, Bristol 7, com presença de muco e sangue, inapetência, fadiga e tremores. Fez uso de prednisolona 40mg uma vez ao dia durante 15 dias, além de meclizina 25mg e mesacol 500mg de 12/12 horas.

Ao exame físico, apresentava peso atual de 69kg, regular estado geral, emagrecido, lúcido e orientado em tempo e espaço, mucosas hipocoradas (+/4+), desidratado (+/4+), anictérico, acianótico, ausência de linfonodomegalias, presença de lesão hiperemiada e descamativa em palma de mão direita. Sistemas cardiovascular e respiratório sem alterações. Abdome atípico, presença de ruídos hidroaéreos em todos os quadrantes, timpânico à percussão, dor à palpação profunda e superficial em região epigástrica, ausência de massas ou visceromegalias e sem sinais de irritação peritoneal. Ausência de edemas em membros inferiores. Não foi descrito exame de inspeção anal ou toque retal no prontuário do paciente.

Trouxe exames de imagem externos (Tabela 01).

Tabela 1 – resultado de exames de imagem prévios

Colonoscopia (12/05/23)	Ulcerações e erosão elevada no reto.
Histopatológico	Mucosa retal exibindo ulceração extensa, tecido de granulação e presença de células atípicas de permeio.
Imunohistoquímico	Citoceratina pan positivo em células epiteliais, CD3 positivo em linfócitos T, CD20 positivo em linfócitos B, oncoproteína BCL2 positivo em linfócitos T, mucosa retal ulcerada com moderado infiltrado inflamatório crônico rico em neutrófilos, presença de criptite, vilosidade/cripta preservada, ausência de granulomas e microrganismos, ausência de sinais de malignidade.
Tomografia de abdome total (26/05/23)	Espessamento do reto distal e médio não se podendo afastar a possibilidade de processo neoplásico primário.
Endoscopia digestiva alta (09/06/23)	Erosões planas moderadas de antro e corpo, realizado histopatológico com ulceração de mucosa gástrica, reação inflamatória aguda e crônica e depósito de material fibrino-leucocitário, presença de atipias em epitélio foveolar de provável natureza reativa. Pesquisa de H.Pylori positiva. Mucosa esofágica com acantose glicogênica.
Retossigmoidoscopia (16/06/23)	Colite crônica em atividade intensa

Fonte: elaborada pelo autor (2024).

Diante do quadro, foi encaminhado para internação no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória em 04/07/2023 para investigação de Doença de Crohn não respondedora a corticóide. Durante a internação foram realizados novos exames (tabela 02 e figura 01).

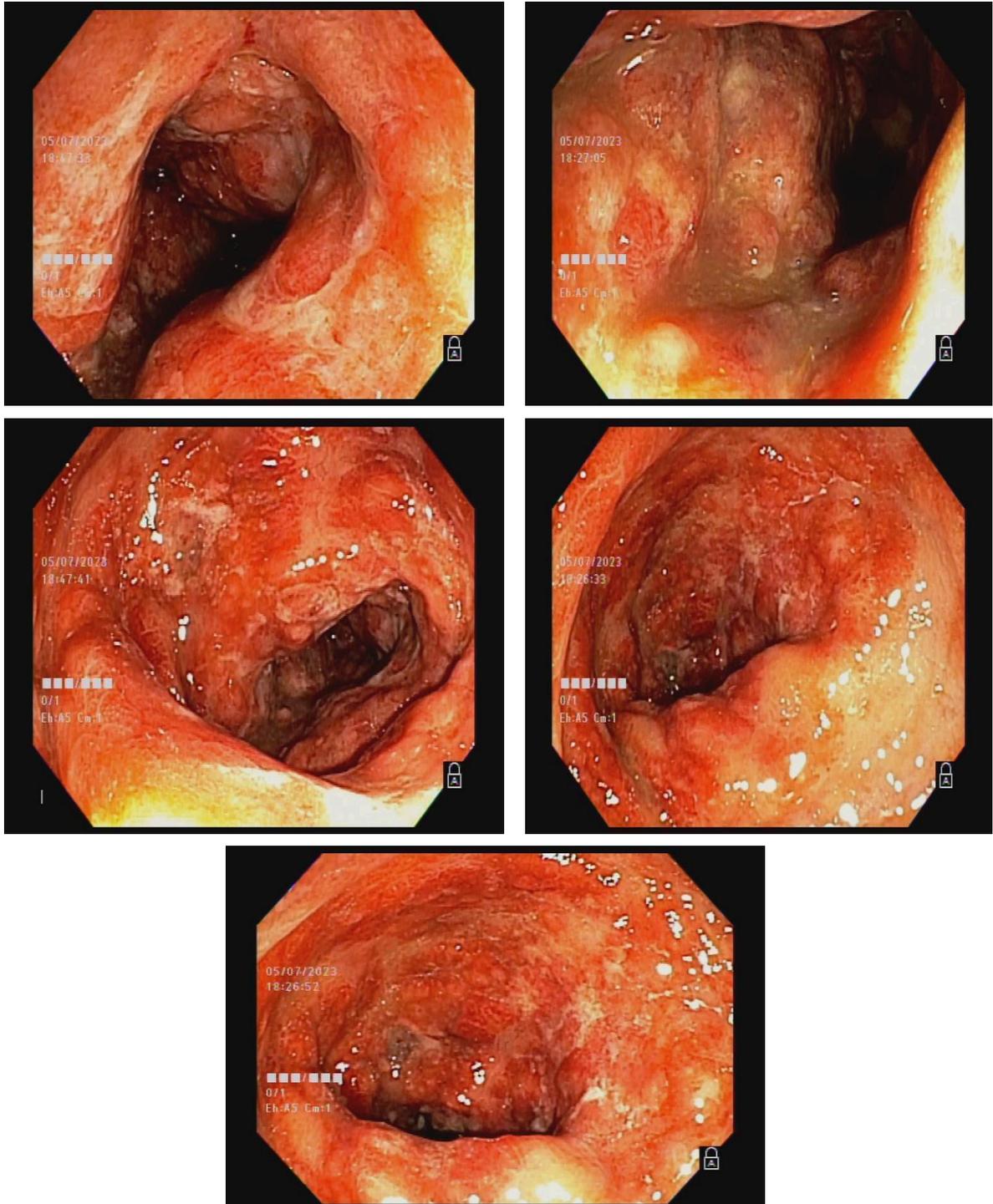
Tabela 2 – Resultados de exames da internação

Hemograma, leucograma e plaquetograma	Hb 13 g/dL (VR 13,5 a 16,5 g/dL), Ht 40% (VR 40 a 50%), VCM 84 fl (VR 80 e 100 fl), HCM 27,2 pg (VR 27 a 32 pg), CHCM 32 g/dL (VR 31 a 36 g/dL), RDW 14% (VR 10-14%) Leucócitos totais 13.160 (VR 4.000 a 10.000) bastões 2%, segmentados 73% Plaquetas: 300.000 (VR 150.000 a 450.000/ mm ³)
PCR	38 mg/L (VR < 1 mg/L)
VHS	22 mm/h (VR < 15 mm/h)
Creatinina	0,7 mg/dL (VR 0,70 a 1,3 mg/dL)
Ureia	29,9 mg/dL (VR 20 a 50 mg/dL)
Eletrólitos	K 4,3 mEq/L (VR 3,5 a 5,5 mEq/L) Na 143 mEq/L (VR 135 a 145 mEq/L) Mg 1,9 mEq/L (VR 1,6 a 2,6 mg/dL)
Sorologias	HbsAg NR, anti-Hbs < 3, HIV NR, VDRL reagente 1/512
EDA	Lesões eritematosas em alvo de corpo gástrico e lesão úlcera-infiltrativa de antro gástrico, feito biópsia
Colonoscopia	Ulcerações confluentes em reto de aspecto neoplásico, feito biópsia (conforme demonstrado nas figura 1)

*Hb: hemoglobina; Ht: hematócrito; VCM: volume corpuscular médio; HCM: hemoglobina corpuscular média; CHCM: concentração de hemoglobina corpuscular média; RDW: amplitude de distribuição dos glóbulos vermelhos; PCR: proteína c reativa; VHS: velocidade de hemossedimentação; K: potássio; Na: sódio; Mg: magnésio; HIV: vírus da imunodeficiência humana; VDRL: Venereal Disease Research Laboratory; NR: não reagente; EDA: endoscopia digestiva alta; VR: valor de referência.

Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

Figura 1 – Colonoscopia realizada em 04 julho de 2023



Fonte: Prontuário do paciente Sistema MV Santa Casa de Misericórdia de Saúde de Vitória (acesso em 20 ago. 2024).

A colonoscopia foi realizada até o cólon sigmóide, pelo ruim preparo do cólon, com prejuízo para avaliação adequada da mucosa e continuação do exame. Foi visualizado acometimento inflamatório difuso da mucosa, com ulcerações profundas e confluentes em reto, de aspecto infiltrativo.

Além disso, também foi realizada uma endoscopia digestiva alta, que revelou lesões eritematosas em alvo de corpo gástrico e uma lesão úlcero-infiltrativa no antro gástrico.

Após o resultado dos exames laboratoriais, com VDRL reagente em altos títulos, ausência de resposta do paciente ao corticóide, tratamento padrão para Doença de Crohn, associado à presença de lesões gástricas na endoscopia digestiva alta e úlceras profundas e confluentes em reto na colonoscopia, foi levantada a hipótese de Sífilis no trato gastrointestinal como diagnóstico diferencial de DC, com seguimento da investigação nesse sentido.

Nessa situação foi solicitado Teste de anticorpos treponêmicos fluorescentes com absorção (FTA-ABS) com imunoglobulina G (IgG) e imunoglobulina M (IgM) reagentes. Iniciou-se o tratamento empírico com três doses de penicilina benzatina, devido ao acometimento gástrico e retal, com 2,4 milhões de unidades por semana, totalizando 7,2 milhões de unidades. Além disso, foi programada a realização de novos exames de imagem em 21 dias para avaliar a progressão do caso e investigação de sífilis terciária com exame de fundoscopia.

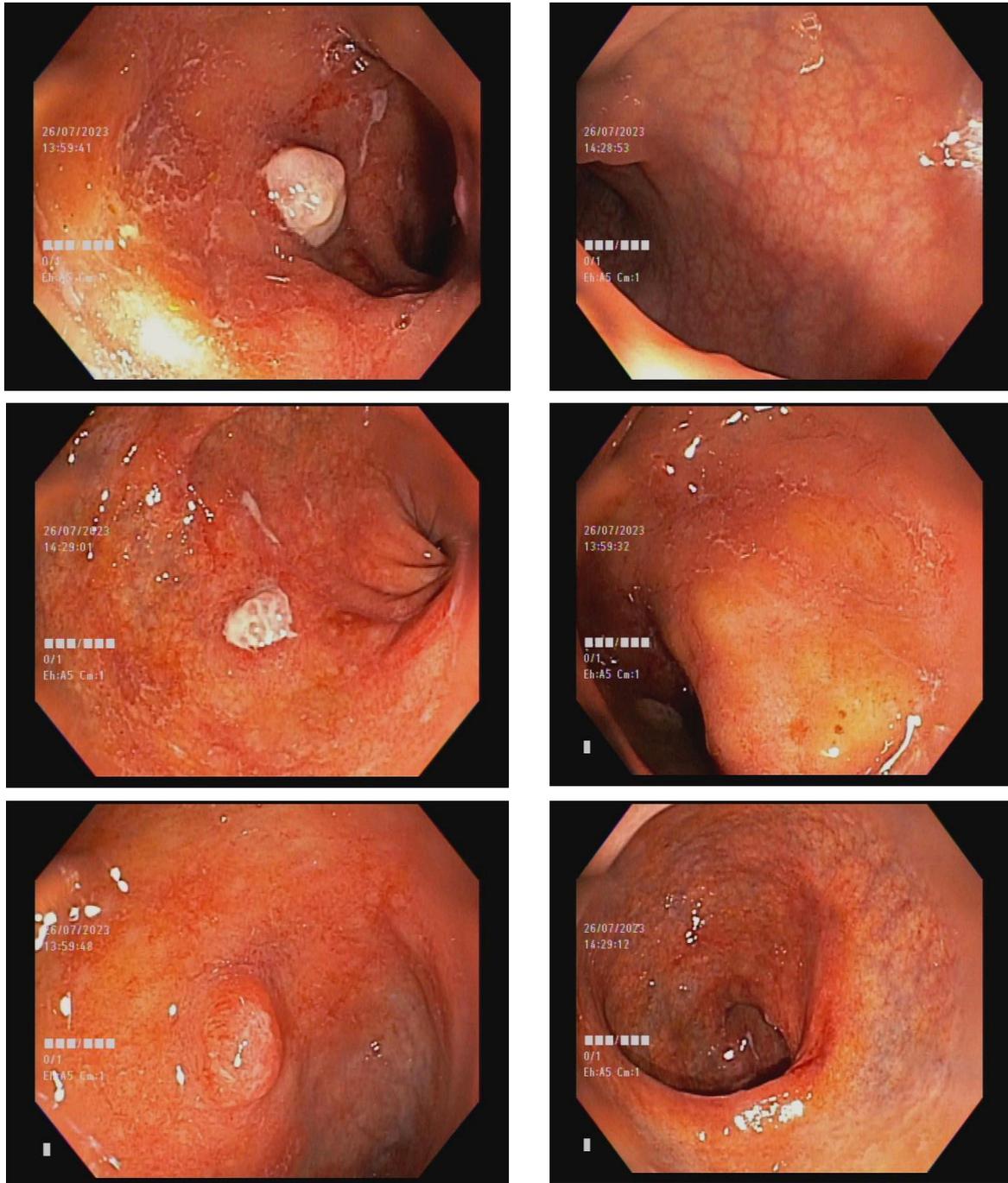
Após sete dias de internação, com melhora do quadro, o paciente recebeu alta e foi encaminhado para continuar acompanhamento ambulatorial.

Paciente teve perda de seguimento e somente retornou para consulta ambulatorial em 30 de janeiro de 2024, assintomático e referindo melhora do quadro no geral, com fezes sem muco ou sangue. Ao exame físico, o paciente recuperou o peso anterior ao quadro, pesando 87 kg, sem demais alterações no exame físico.

Paciente trouxe EDA realizada em 26 de julho de 2023, evidenciando em antro, mucosa edemaciada e enantematosa, com algumas ulcerações com fibrina, algumas confluentes, com significativa melhora em relação ao exame anterior. Bulbo duodenal com mucosa normal. Laudo histopatológico da EDA com úlcera gástrica benigna em atividade, com hiperplasia foveolar regenerativa.

Também trouxe colonoscopia, realizada em 26 de julho de 2023 (Figura 02).

Figura 2 – Colonoscopia realizada em 26 julho de 2023



Fonte: Prontuário do paciente Sistema MV Santa Casa de Misericórdia de Saúde de Vitória (acesso em 20 ago. 2024).

Exame realizado até o ceco, evidenciando reto com boa distensibilidade e mucosa enantematosa, com pequenas erosões raras recobertas por fibrina e duas áreas edemaciadas com fibrina, além da visualização de pseudopólipos inflamatórios, com significativa melhora em relação à colonoscopia anterior.

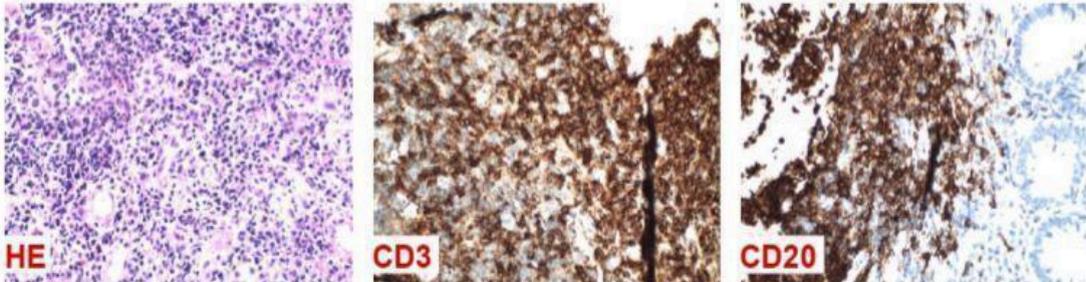
Na análise imunohistoquímica da biópsia do reto (figura 03), revelou população linfóide mista T e B de distribuição habitual, atipias epiteliais de padrão reativo. Descreveu-se presença de retite ulcerativa, hiperplasia linfóide folicular reacional e alterações epiteliais reativas, expressando marcadores positivos, para os anticorpos Ki-67 (antígeno de proliferação celular), CD20 (antígeno de linfócitos B) e CD3 (receptor de linfócitos T cadeia epsilon), evidenciando achados inflamatórios inespecíficos. Este exame foi essencial para a exclusão de causas neoplásicas, como, por exemplo, o linfoma.

Figura 3 – Imunohistoquímica do reto

Anticorpos	Clone	Resultado	Observação
• Ki-67 - Antígeno de proliferação celular	MIB1	Positivo	células reativas e centros germinativos
• CD20 - antígeno de linfócitos B	L26	Positivo	
• CD3 - receptor de linfócitos T (cadeia epsilon)	RBT-CD3	Positivo	
• Produto do gene supressor tumoral TP53	DO-7	Padrão selvagem	

Bibliografia:

Odze RD, Goldblum JR (Eds.): Surgical Pathology of the GI Tract, Liver, Biliary Tract, and Pancreas. 4th Ed. Saunders Elsevier: Philadelphia, 2023.



Fonte: Prontuário do paciente Sistema MV Santa Casa de Misericórdia de Saúde de Vitória (acesso em 20 ago. 2024).

4 DISCUSSÃO

O *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis, pode acometer diversos órgãos e sistemas do corpo, incluindo pele, mucosas, órgãos genitais, retina e sistema nervoso central, e ocasionalmente apresenta manifestações incomuns envolvendo o reto, estômago e fígado. Este trabalho discute a proctite sífilítica, uma condição anorretal raramente abordada nas pesquisas. Trata-se de uma doença de difícil diagnóstico, muitas vezes negligenciada devido à ausência de lesões anais na maioria dos casos, com manifestações clínicas que podem mimetizar a DC e outras patologias que cursam com úlceras retais, como a amebíase, o linfoma e o carcinoma anorretal, destacando a importância do diagnóstico diferencial (ADACHI *et al.*, 2011).

Diante disso, a discussão deste caso irá focar nos fatores que implicam o diagnóstico diferencial entre sífilis anorretal e DC, utilizando a história clínica, exame físico e resultados de exames endoscópicos, sorológicos e microbiológicos. Diferenciar entre DC e proctite infecciosa é um dos cenários mais desafiadores. No entanto, um diagnóstico rápido e preciso é essencial para garantir o manejo adequado e os melhores resultados clínicos.

Considerando que ambas as condições podem coexistir e visando reduzir os casos de proctite infecciosa erroneamente diagnosticados como DC, todos os pacientes com DII no trato colorretal, especialmente aqueles que não respondem à terapia padrão, devem ser testados para infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) utilizando métodos moleculares e sorológicos (COELHO, 2023). Os agentes etiológicos mais comuns da proctite infecciosa são *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, e Herpes simples (NADAL; MANZIONE, 2012). Vale ressaltar que, pacientes diagnosticados erroneamente como DII e tratados com corticosteroides, podem vir a piorar o quadro de proctite infecciosa, devido aos efeitos imunossupressores do corticoide levando a diminuição da defesa contra infecções.

Para o diagnóstico diferencial, é essencial uma anamnese detalhada que aborda antecedentes pessoais e familiares de doenças colorretais, comportamentos sexuais de risco, histórico de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), traumas sexuais

ou uso de drogas. Além disso, deve-se buscar sinais proctológicos e sistêmicos que possam indicar proctite infecciosa, incluindo uma anoscopia a fim de identificar lesões como fissuras ou condilomas (GONÇALVES; COELHO; MACEDO, 2023). A realização de colonoscopia também é fundamental, pois permite a visualização da mucosa intestinal e do padrão de acometimento, além da identificação de possíveis lesões, como úlceras, possibilitando também a realização de biópsia, o que auxilia na elucidação diagnóstica.

Exames laboratoriais são igualmente valiosos, pois na Doença Inflamatória Intestinal (DII) frequentemente se observam anemia no hemograma e elevação de biomarcadores inflamatórios, como calprotectina e lactoferrina nas fezes, e proteína C-reativa (PCR) e velocidade de hemossedimentação (VHS) no sangue (ABCD, 2009), não evidentes na proctite infecciosa.

Na proctite sífilítica, os sinais e sintomas mais comuns incluem hematoquezia, tenesmo, secreção mucóide e alterações no hábito intestinal. A aparência endoscópica pode variar desde edema difuso, eritema e friabilidade até erosões múltiplas e ulcerações (SONG *et al.*, 2005), o que também pode ocorrer na Doença de Crohn, e geralmente não é encontrado na RCU. Essas manifestações ocorrem devido a uma inflamação do reto e é uma causa frequente de busca por cuidados de saúde na especialidade de gastroenterologia (GONÇALVES; COELHO; MACEDO, 2023).

Na DC, os achados da colonoscopia incluem úlceras, que variam de características conforme a gravidade do quadro, sendo aftosas em doença leve e profundas e transmuraais em doença moderada a grave, envolvendo toda a parede do cólon. Descreve-se também a aparência de pedra em calçamento/paralelepípedo, com úlceras lineares profundas intercaladas com áreas de tecido inflamado ou normal. Além disso, o padrão inflamatório é tipicamente descontínuo, com inflamação intestinal espacialmente intermitente. Na endoscopia digestiva alta, podem ser visualizadas nodularidade e friabilidade da mucosa, além de úlceras estreladas, lineares, serpiginosas ou aftosas (ROY, 2024).

Na retocolite ulcerativa, podem ser observadas na colonoscopia eritema, friabilidade, ulcerações e granularidade de mucosa, com acometimento contínuo e circunferencial da mucosa retal, se estendendo proximalmente, com gradual

transição para mucosa normal, sendo mais comum o acometimento do cólon esquerdo. (ROY,2024) Este padrão não foi observado na colonoscopia do paciente, por isso o diagnóstico de RCU foi descartado.

Considerando que várias doenças infecciosas, inflamatórias e neoplásicas podem se manifestar com úlcera retal, é essencial definir quais exames são mais específicos para cada diagnóstico. A Tabela 03 apresenta os principais diagnósticos diferenciais e os exames recomendados para orientar o diagnóstico e excluir outras patologias.

Tabela 3 – Diagnósticos diferenciais para úlcera retal

DOENÇAS	EXAMES DIAGNÓSTICOS
Doença de Crohn	Colonoscopia, biópsia retal
Linfoma	Imunohistoquímica
Amebíase	Colonoscopia, Exame de fezes
Retocolite ulcerativa	Colonoscopia, biópsia retal
Proctite sífilítica	Colonoscopia, VDRL

Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

Os achados histológicos característicos de proctite sífilítica incluem um infiltrado linfo-histiocitário intenso com células plasmáticas proeminentes submucosas, inflamação endotelial, presença de células plasmáticas perivasculares, agregados linfóides e danos crônicos mínimos na cripta. Tais características diferem dos achados típicos de DII, auxiliando na distinção entre os dois e garantindo o manejo adequado e resultados clínicos positivos (ARNOLD *et al.*, 2015).

Na DC, o acometimento tende a ocorrer em padrão descontínuo, semelhante ao padrão de inflamação da mucosa visualizado pela endoscopia, além da presença de granulomas não caseosos à biópsia. Enquanto na RCU, é mais comum a presença de abscessos de criptas, embora não seja um achado específico. (ROY,2024). Dessa forma, as biópsias retais se mostram especialmente úteis para diferenciação de DII e colite infecciosa.

Na proctite causada por *Treponema pallidum*, a correlação clínica e bacteriológica é baixa, tornando o diagnóstico microbiológico essencial. Lesões primárias e secundárias da sífilis apresentam treponemas, que podem ser identificados por microscopia de campo escuro (NADAL; MANZIONE, 2012) para treponemas ou por testes de amplificação de ácido nucleico para DNA de *Treponema pallidum* a partir de exsudato de lesão ulcerada. Testes sorológicos específicos, como imunoenensaio enzimático de anticorpos antitreponêmicos de IgG, confirmados por outros testes específicos de anticorpos treponêmicos, também são importantes para o diagnóstico de proctite sífilítica (McMILLAN; VAN VOORST VADER; DE VRIES, 2007).

O tratamento de primeira linha para proctite infecciosa causada por *Treponema pallidum* é baseado na administração intramuscular de penicilina G benzatina, com acompanhamento sorológico por 18 meses para garantir a cura da doença (NADAL; MANZIONE, 2012).

O paciente do caso apresentou sinais e sintomas característicos tanto de proctite infecciosa quanto de Doença Inflamatória Intestinal, como hematoquezia, secreção mucóide, alterações no hábito intestinal e perda de peso, sendo inicialmente diagnosticado como DC devido, principalmente, à presença de úlceras retais e ao aspecto inflamatório da mucosa. Após tratamento sem resposta com corticoide, investigou-se a possibilidade de proctite infecciosa, e os achados endoscópicos, associados a um VDRL de 1/512, confirmaram o quadro de proctite sífilítica. Com isso, iniciou-se o tratamento com 3 doses de penicilina G benzatina (7,2 milhões de unidades, intramuscular), devido ao acometimento gastrointestinal intenso, com envolvimento de estômago e reto.

Outros relatos de proctite sífilítica já foram descritos anteriormente, como por exemplo uma pesquisa realizada no Hospital Universitário Gasthuisberg, Leuven, Bélgica na qual descreve um relato de caso de proctite sífilítica que inicialmente foi diagnosticado com DII, levando em consideração seu histórico familiar e sintomas. Porém, no exame proctológico foram visualizadas lesões atípicas que, associadas ao comportamento sexual do paciente, foi plausível seguir com novas investigações para uma elucidação diagnóstica. Foram realizados os testes para IST's - teste de hemaglutinação de *Treponema pallidum* (TPHA) positivo e um VDRL positivo (STRUYVE; MEERSSEMAN; VAN MOERKERCKE, 2018).

Retomando o relato, podemos observar que o quadro clínico do paciente apresentou sintomas inespecíficos como vômitos recorrentes, inapetência, fadiga e tremores que não corroboram para um diagnóstico claro. Outros sintomas relatados, como diarreia com presença de muco e sangue e perda de peso acentuada, apoiaram o raciocínio de uma possível doença inflamatória intestinal, além da colonoscopia realizada que apresentou imagens inespecíficas não conclusivas para DC e a presença de lesões eritematosas inespecíficas em estômago, somado à ausência de resposta ao tratamento com corticoide. Todos esses achados levaram à busca de diagnósticos diferenciais. Sendo assim, a solicitação de exames sorológicos para IST's foi essencial para elucidação do caso, visto a presença de VDRL positivo em altos títulos (teste não treponêmico) e FTA-Abs IgG e IgM reagentes (teste treponêmico).

Em conclusão, após análise do caso do paciente em questão, juntamente com uma pesquisa bibliográfica sobre o assunto, é possível destacar a importância de uma avaliação minuciosa em pacientes com doença inflamatória intestinal de acometimento colorretal, principalmente na presença de fatores de risco para ISTs ou na ausência de resposta ao tratamento padrão, para descartar os diagnósticos diferenciais de proctite de etiologia infecciosa. Esse acometimento é menos frequente, porém tem grande impacto na qualidade de vida do paciente, especialmente a longo prazo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso relatado e as referências utilizadas trazem à luz a discussão sobre os meios para o diagnóstico da sífilis retal, suas manifestações, o tratamento e o seguimento. O estudo reafirma a importância de uma pesquisa eficiente para um diagnóstico preciso de sífilis retal, evitando viés com os demais diagnósticos diferenciais de acometimento do trato gastrointestinal, principalmente a DC. O relato de caso contribui para ampliar o conhecimento da comunidade médica no manejo dos pacientes, desde a investigação até a melhor conduta. Além disso, colabora com informações científicas sobre a doença, fortalecendo as evidências. Assim, espera-se ampliar o interesse na análise mais aprofundada das manifestações extra cutâneas e raras da sífilis por parte dos profissionais médicos, com o intuito de evitar atrasos no diagnóstico e contribuir para um melhor manejo da doença.

REFERÊNCIAS

ABCD – Associação Brasileira de Colite Ulcerativa e Doença de Crohn. Diagnosticando e monitorando a DII. São Paulo: Crohn's & Colitis Foundation, 2009. Disponível em: https://abcd.org.br/wp-content/uploads/2019/07/ABCD_cartilha_diagnosticando.pdf. Acesso em: 17 abr. 2024

ADACHI, E. *et al.* Caso de sífilis secundária apresentando complicações incomuns: proctite sífilítica, gastrite e hepatite. **Journal of Clinical Microbiology**, v. 49, n. 12, p. 4394-4396, dec. 2011..

ARNOLD, C. A. *et al.* Sexually transmitted infectious colitis vs inflammatory bowel disease: distinguishing features from a case-controlled study. **American Journal of Clinical Pathology**, v. 144, n. 5, p. 771-781, nov. 2015.

ATTEN, M. J., *et al.* Gastric syphilis: a disease with multiple manifestations. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 12, n. 89, p.22-27, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim epidemiológico**, Brasília, n. especial, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2023/view>. Acesso em: 18 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim epidemiológico**, Brasília, n. especial, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2024/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out.2024/view>. Acesso em: 30 out. 2024.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. **Syphilis treatment guidelines**. Atlanta: CDC, 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/syphilis.htm>. Acesso em: 24 abr. 2024.

COELHO, R. *et al.* Infectious proctitis: what every gastroenterologist needs to know. **Annals of Gastroenterology**, v. 36, n. 3, p. 275-286, may/jun. 2023.

GAJENDRAN, M. *et al.* Uma revisão e atualização abrangentes sobre a doença de Crohn. **Disease-a-Month**, v. 64, n. 2, p. 20-57, 2018.

GONÇALVES, R.; COELHO, R.; MACEDO, G. Proctites infecciosas: abordagem diagnóstica e terapêutica. **Sociedade Portuguesa de Coloproctologia**, jul. 2023.

Disponível em:

<https://www.spcoloprocto.org/uploads/07-2023-proctitesinfeciosasrecomendac-o-es.pdf>. Acesso em: 15 out. 2024.ç

McMILLAN, A.; VAN VOORST VADER, P. C.; DE VRIES, H. J.; International Union against Sexually Transmitted Infections/World Health Organization. The 2007 European Guideline (International Union against Sexually Transmitted Infections/World Health Organization) on the management of proctitis, proctocolitis and enteritis caused by sexually transmissible pathogens. **International Journal of STD & AIDS**, v. 18, n. 8, p. 514-520, aug. 2007.

NADAL, S. R.; MANZIONE, C. R. Sexually transmitted proctitis. **Jornal of coloproctology**, Rio de janeiro, v.32 , n.1, p. 94-96, out. 2012.

NOTO, P. *et al.* Hepatite sífilítica precoce em paciente imunocompetente: realmente tão incomum?. **International Journal of STD & AIDS**, v. 19,n 1, p. 65-66, jan. 2008.

PASSOS, M. R. L. *et al.* Sífilis, história, ciência e artes: calendário da história da sífilis. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 33, p. 1-20, dez. 2021.

ROY, M. A. Endoscopic diagnosis of inflammatory bowel disease in adults.

UpToDate, mar. 2024. Disponível em:

https://www.uptodate.com/contents/endoscopic-diagnosis-of-inflammatory-bowel-disease-in-adults?search=achados%20histol%C3%B3gicos%20de%20doen%C3%A7a%20inflam%C3%B3ria%20intestinal&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em: 15 out. 2024.

RUSSELL, D.; COHEN, B. E.; SANDS, O. **Inflammatory Bowel Disease: Diagnosis and Therapeutics**. 2. ed. New Jersey: Humana Press, 2017.

SHINN, B. *et al.* The Great Mimicker, Presents As a Rare Case of Concurrent Hepatitis and Gastroparesis. **ACG Case Reports Journal**, v. 6, *n.p.*, 2019.

SONG, S. H. *et al.* A case of primary syphilis in the rectum. **Journal of Korean Medical Science**, v. 20, n. 5, p. 886-887, oct. 2005.

STRUYVE, M.; MEERSSEMAN, W.; VAN MOERKERCKE, W. Primary syphilitic proctitis: case report and literature review. **Acta Gastro-Enterologica Belgica**, v. 81, p. 430-432, jul./set. 2018.

VENITO, L. S.; SANTOS, M. S. B.; FERRAZ, A. R. Doença de Crohn e retocolite ulcerativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 7, p. e10667, jul. 2022.

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SIFILIS RETAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOENÇA DE CROHN: RELATO DE CASO

Pesquisador: MARIANA POLTRONIERI PACHECO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79636524.3.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.855.250

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um relato de caso de paciente acompanhado no ambulatório de Gastroenterologia da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Vitória, fundamentado em uma revisão bibliográfica a respeito do tema. O presente estudo se propõe a contribuir na compreensão de manifestações clínicas raras e no potencial impacto positivo na prática clínica. Além disso, trará benefícios para a sociedade, com fornecimento de informações médicas e conhecimento científico fundamentadas na medicina baseada em evidências.

A coleta e análise dos dados serão iniciados somente após a emissão do parecer de aprovação pelo CEP, considerando todos os critérios da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que aborda as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres

humanos. A aplicação dos instrumentos ocorrerá por meio da revisão detalhada do prontuário do paciente, obtido do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Este processo envolverá a análise cuidadosa de informações

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar e relatar um caso de acometimento anorretal pela sífilis, utilizando dados clínicos e revisão bibliográfica, a fim de enriquecer a compreensão clínica desta manifestação rara da doença.

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
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 -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 6.855.250

Objetivo Secundário:

Descrever minuciosamente os aspectos clínicos, sintomas e evolução do caso de acometimento anorretal pela sífilis. Analisar os métodos de diagnóstico utilizados, destacando exames laboratoriais e de imagem relevantes para confirmar o diagnóstico.

Relacionar o caso ao ambiente hospitalar, destacando a abordagem clínica e terapêutica adotada no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Integrar os dados clínicos do caso com as evidências científicas obtidas na revisão bibliográfica, contribuindo para a expansão do conhecimento científico sobre o acometimento anorretal pela sífilis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores Riscos:

Considerando tratar-se de um estudo com análise detalhada e retrospectiva do caso de um paciente atendido no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, onde as informações que serão utilizadas constam no sistema informatizado do hospital, os riscos de quebra de sigilo tornam-se eventuais. Para preservar a confidencialidade, todas as informações identificáveis do paciente serão sigilosas e anonimizadas no processo de redação do relato de caso.

Benefícios:

O relato de caso visa enriquecer a literatura médica na amplitude do conhecimento científico, fornecendo informações sobre o acometimento anorretal pela sífilis, contribuindo nos avanços na compreensão de manifestações clínicas raras e no potencial impacto positivo na prática clínica. Além disso, benefícios para a sociedade, com fornecimento de informações médicas e conhecimento científico fundamentadas na medicina baseada em evidências

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante do ponto de vista clínico e acadêmico, tratando-se de uma situação pouco usual, sendo relevante a sua documentação para o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados:

Carta de anuência

Folha de rosto

TCLE

Os pesquisadores apresentaram cronograma e orçamento

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
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 -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.855.250

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2285551.pdf	08/05/2024 17:29:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	08/05/2024 17:25:33	Silmara Bruna Zambon Albert	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_EXECUCAO.pdf	08/05/2024 17:25:22	Silmara Bruna Zambon Albert	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	08/05/2024 17:24:07	Silmara Bruna Zambon Albert	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2285551.pdf	10/04/2024 16:40:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/04/2024 16:39:56	Silmara Bruna Zambon Albert	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/04/2024 16:39:56	Silmara Bruna Zambon Albert	Postado
Orçamento	Orcamento.docx	10/04/2024 16:25:21	Silmara Bruna Zambon Albert	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	10/04/2024 16:25:21	Silmara Bruna Zambon Albert	Postado

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
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 -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 6.855.250

Cronograma	CRONOGRAMA_DE_EXECUCAO.pdf	10/04/2024 16:09:48	Silmara Bruna Zambon Albert	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_EXECUCAO.pdf	10/04/2024 16:09:48	Silmara Bruna Zambon Albert	Postado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	10/04/2024 16:09:37	Silmara Bruna Zambon Albert	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	10/04/2024 16:09:37	Silmara Bruna Zambon Albert	Postado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_de_anuencia.pdf	10/04/2024 16:09:25	Silmara Bruna Zambon Albert	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_de_anuencia.pdf	10/04/2024 16:09:25	Silmara Bruna Zambon Albert	Postado
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2285551.pdf	08/04/2024 20:29:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/04/2024 20:26:31	Silmara Bruna Zambon Albert	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/04/2024 20:26:31	Silmara Bruna Zambon Albert	Postado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	08/04/2024 20:16:55	Silmara Bruna Zambon Albert	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	08/04/2024 20:16:55	Silmara Bruna Zambon Albert	Postado
Cronograma	Cronograma_de_execucao.docx	08/04/2024 20:16:03	Silmara Bruna Zambon Albert	Aceito
Cronograma	Cronograma_de_execucao.docx	08/04/2024 20:16:03	Silmara Bruna Zambon Albert	Postado
Outros	Carta_de_anuencia.pdf	08/04/2024 20:15:54	Silmara Bruna Zambon Albert	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia.pdf	08/04/2024 20:15:54	Silmara Bruna Zambon Albert	Postado
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/04/2024 20:10:00	Silmara Bruna Zambon Albert	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	08/04/2024 20:10:00	Silmara Bruna Zambon Albert	Postado

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
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 -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 6.855.250

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 28 de Maio de 2024

Assinado por:
rubens José loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha, nº 2190, prédio Central, térreo, próxima à sala dos professores e módulos de
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

