



Universidade de Brasília
Faculdade de Ceilândia
Curso de Graduação em Enfermagem

MARIANA ALVES DE LIMA SANTOS

**DIFICULDADES ENFRENTADAS NA PREVENÇÃO DE SÍFILIS
CONGÊNITA: ESTUDO DO TIPO SÉRIE DE CASOS**

Ceilândia/DF

2016

MARIANA ALVES DE LIMA SANTOS

**DIFICULDADES ENFRENTADAS NA PREVENÇÃO DE SÍFILIS
CONGÊNITA: ESTUDO DO TIPO SÉRIE DE CASOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem 2 da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Ms Juliana M Schardosim

Ceilândia/DF

2016

SANTOS, Mariana Alves de Lima. Dificuldades enfrentadas na prevenção de Sífilis Congênita: estudo do tipo série de casos.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Profª Ms. Juliana Machado Schardosim
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Profª Dra. Alecssandra de Fátima Viduedo
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Profª Dra. Laiane Medeiros Ribeiro
Universidade de Brasília/ Faculdade de Ceilândia

Enf. Neonatologista Kassandra Silva Falcão Costa
Hospital Universitário de Brasília

AGRADECIMENTOS

É difícil agradecer, individualmente, a cada pessoa que de algum modo, fez parte da minha vida e crescimento acadêmico. Assim sendo, agradeço primeiramente a todas essas pessoas que, seja nos momentos serenos ou apreensivos, se fizeram inesquecíveis parceiros e incentivadores.

Agradeço a Deus por me permitir proporcionar reconhecimento a todas essas pessoas que tornaram minha caminhada mais leve e virtuosa, por ter me dado saúde, sabedoria e determinação para a realização deste trabalho, uma família maravilhosa e amigos sinceros. Senhor, obrigada pela força que destina a mim em cada missão.

Agradeço infinitamente aos meus pais, Aldo e Adriana, pelas lutas enfrentadas por mim e meu irmão, por terem sido sempre a base maior de apoio e incentivo aos meus sonhos e objetivos. Espero um dia ser capaz de retribuir por tanto ensinamento e amor dispensados a mim durante toda minha vida.

Agradeço ao meu irmão, Arthur, por, mesmo despretensiosamente, ter me dado força e coragem de uma forma especial, me apoiando em momentos de dificuldade e preocupando-se comigo em todos os percalços que passei durante a graduação.

Aos meus tios, Socorro e Deocleciano, por me acolherem como uma filha e me oferecerem muito além de uma estadia quando precisei, por todo amor, carinho, preocupação e incentivo ao meu crescimento. Serei eternamente grata.

Ao meu namorado e parceiro de vida, Fernando, pelo apoio e motivação desmedidos em tudo que me proponho a fazer, pelo companheirismo, cumplicidade e compreensão em todos os momentos.

À minha professora e orientadora, Juliana, por toda atenção, disponibilidade e paciência em me orientar nessa pesquisa, por compartilhar valiosos conhecimentos e me fazer evoluir infinitamente durante essa parceria.

À banca examinadora, pela disponibilidade em avaliar este estudo.

Aos meus colegas de curso por compartilhar comigo alegrias, angústias, conquistas, conhecimentos e infinitos momentos enriquecedores para toda a vida.

Aos professores que tive durante a graduação, por toda a dedicação que dispensam a nós, alunos, e por se fazerem diariamente incentivadores de pessoas e sonhos.

Às servidoras e pacientes da maternidade do HRC que confiaram em mim e se disponibilizaram a contribuir com a minha pesquisa.

Enfim, a todos os amigos e familiares que acreditaram e colaboraram direta ou indiretamente para que este trabalho acontecesse.

SUMÁRIO

Artigo: Dificuldades enfrentadas na prevenção de sífilis congênita: estudo do tipo série de casos	06
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	24
ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS.....	26
ANEXO 2 – Instruções aos Autores da Revista Cadernos de Saúde Pública	29

Dificuldades enfrentadas na prevenção de sífilis congênita: estudo do tipo série de casos

Faced difficulties in syphilis congenital prevention: study type serie of cases.

Dificultades enfrentadas en la prevención de la sífilis congénita: estudio de tipo serie de casos.

Mariana Alves de Lima Santos¹

Juliana Machado Schardosim²

RESUMO

No Brasil, observa-se crescimento na incidência da sífilis congênita na última década. A taxa de sífilis é considerada um marcador da qualidade da assistência pré-natal em razão da simplicidade diagnóstica e manejo clínico/terapêutico efetivo e de baixo custo. O objetivo do estudo foi identificar os fatores que estão dificultando a prevenção da sífilis congênita durante o acompanhamento pré-natal. O método utilizado foi série de casos. A coleta de dados foi realizada entre junho e dezembro de 2015, sendo incluídos 10 binômios mãe-bebê na amostra estudada. Os dados foram coletados por meio de pesquisa em prontuário e entrevistas com puérperas internadas na Maternidade de um Hospital Público, cujos filhos estavam em tratamento de sífilis congênita. Pesquisou-se a história clínica, dados sócio-demográficos e dados referentes ao comportamento sexual para identificar fatores que dificultam o controle e redução das taxas de sífilis congênita. Concluiu-se que os fatores que dificultaram a prevenção de sífilis congênita, na amostra estudada, foram: a baixa cobertura do pré-natal e baixa qualidade da assistência pré-natal, que acarretam atraso no diagnóstico e tratamento das gestantes; pouca adesão dos parceiros ao tratamento e prática de sexo inseguro, que acarretam na reinfecção da gestante; e ausência de registros sobre os tratamentos nos prontuários e cartões de gestantes, que podem dificultar, retardar ou mesmo levar a um diagnóstico incorreto de sífilis congênita. Salienta-se a importância de registrar toda a conduta nos documentos das gestantes para favorecer a assistência na forma de rede de atenção entre a Unidade Básica de Saúde e o Hospital.

Descritores: Sífilis Congênita; Saúde Pública; Estudos de Casos; Enfermagem.

¹ Acadêmica de Enfermagem na Universidade de Brasília-Faculdade de Ceilândia (UnB-FCE).

² Doutoranda do PPGSC/UnB. Professora Assistente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia (UnB-FCE).

Introdução

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) constituem importante problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima haver cerca de 12 milhões de novos casos de DSTs por ano no mundo inteiro, sendo a sífilis parcela importante destes ⁽¹⁾.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) a cada ano ocorrem cerca de 460 mil casos de sífilis gestacional que resultam em aproximadamente 164 a 344 mil casos de sífilis congênita nos países da América Latina e do Caribe ⁽²⁾. No Brasil, observa-se tendência de crescimento dos casos de sífilis a cada ano, representando um desafio para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) ^(1,3,4). Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) apontam taxa de incidência de 1,7 casos de sífilis congênita para cada 1000 nascidos vivos em 2004 e 4,7 casos para cada 1000 nascidos vivos em 2013, percebe-se então que em 9 anos a incidência de sífilis congênita aumentou 276% ⁽⁴⁾.

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a períodos de agudização e latência. Seu agente etiológico é a bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas *Treponema pallidum* ^(1,3,5). Pode-se classificá-la como adquirida ou congênita, conforme a via de transmissão. A via sexual consiste na principal forma de transmissão, podendo também ser transmitida de forma vertical (transplacentária), da mãe para o filho, por via indireta (objetos contaminados) ou por contato sanguíneo direto. A inoculação bacteriana pode ocorrer através da mucosa íntegra ou de pele com solução de continuidade ^(1,6).

A sífilis é um agravo de notificação compulsória considerada como um marcador de qualidade da assistência materno-fetal em razão da efetiva redução do risco de transmissão vertical, relativa simplicidade diagnóstica e fácil manejo clínico/terapêutico. A infecção fetal depende do estágio da doença em que a gestante se encontra, sendo a probabilidade de contaminação fetal inversamente proporcional ao tempo de infecção materna ⁽⁷⁻⁸⁾.

O rastreamento de sífilis em gestantes, recomendado atualmente pelo Programa Rede Cegonha do Ministério da Saúde, segue normatização da Portaria MS nº3242 de 30 de dezembro de 2011. Preconiza-se a realização do exame VDRL no início do pré-natal e próximo à 30ª semana gestacional, garantindo desta forma que a gestante complete o tratamento cerca de 30 dias antes do parto. Na ocasião da internação para

atendimento ao parto deve ser novamente coletado exame VDRL para que casos não detectados e não tratados adequadamente no pré-natal sejam identificados, possibilitando o tratamento precoce dos bebês ^(7,9).

A Portaria MS nº 77 de 12 de janeiro de 2012 dispõe sobre a realização de testes rápidos para detecção de HIV e sífilis na atenção básica, no âmbito da atenção pré-natal, para gestantes e seus parceiros. Devendo o teste rápido de sífilis ser realizado nas Unidades Básicas de Saúde por profissionais capacitados para a execução, leitura, interpretação dos resultados, aconselhamento dos pacientes e emissão de laudo ⁽¹⁰⁾. Na vigência de teste rápido reagente a gestante e seu(s) parceiro(s) deverão coletar amostra de sangue para investigação laboratorial quantitativa (VDRL quantitativo), conforme Portaria MS nº 3242/2011, e iniciar tratamento antes mesmo do resultado do exame quantitativo ⁽⁹⁾.

A sífilis congênita é considerada um agravo evitável e passível de eliminação, pois o tratamento adequado das gestantes possui eficácia próxima a 100% para prevenção da transmissão vertical ⁽¹¹⁾. A eliminação da sífilis congênita é uma prioridade para a OMS, OPAS e Ministério da Saúde do Brasil e está contemplada em documentos oficiais que tratam de Políticas e Programas de Saúde desses órgãos. A meta de eliminação da sífilis congênita nas Américas consiste na ocorrência de menos de 0,5 caso para cada 1000 nascidos vivos ^(2,9,12).

O tratamento recomendado pelo Ministério da Saúde é a penicilina benzatina, que consiste em medicação de baixo custo, fácil acesso e eficácia comprovada. Os esquemas de dosagens variam conforme a fase da doença. Gestantes com história comprovada de alergia à penicilina, na impossibilidade de dessensibilização, deverão ser tratadas com estearato de eritromicina. Entretanto, o tratamento será considerado inadequado para fins de prevenção da transmissão vertical de sífilis, sendo obrigatória a investigação e tratamento da criança, logo após seu nascimento ⁽⁷⁾.

Considera-se inadequado o tratamento da sífilis materna quando é utilizado qualquer medicamento que não seja a penicilina, tratamento incompleto, finalização do tratamento nos 30 dias anteriores ao parto, inalteração dos títulos de VDRL, após tratamento adequado, e/ou parceiro não tratado ou tratado inadequadamente ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

A detecção e tratamento da sífilis na gestação são importantes devido a possíveis desfechos desfavoráveis ao conceito, destaca-se o aborto espontâneo, a morte perinatal, a prematuridade e a hidrópia fetal. Ao nascimento os recém-nascidos podem apresentar a síndrome clínica da sífilis congênita caracterizada por baixo peso, hepatomegalia com

ou sem esplenomegalia, lesões cutâneas como pênfigo palmo-plantar e condiloma plano, periostite, osteíte ou osteocondrite com alterações características em estudo radiológico. Além de pseudoparalisia de membros, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, rinite serosanguinolenta, icterícia e meningite ^(5,7,8).

As alterações laboratoriais mais frequentes nos neonatos acometidos pela sífilis congênita são anemia, trombocitopenia, leucocitose e/ou leucopenia. Salienta-se que 50% das crianças infectadas podem ser assintomáticas ao nascimento, apresentando apenas a sorologia positiva, e que a síndrome clínica da sífilis congênita pode manifestar-se até o segundo ano de vida da criança ^(5,7,8).

Devido às alterações em múltiplos órgãos e sistemas, os recém-nascidos (RNs) infectados são submetidos a exames, procedimentos e tratamento invasivos e dolorosos, gerando situações de estresse tanto para o bebê quanto para a mãe que presencia toda a propedêutica. Além disso, a internação hospitalar ao nascimento torna-se prolongada o que causa a separação do binômio, mãe e bebê, do convívio familiar. A internação prolongada ainda expõe o bebê a patógenos nosocomiais, agregando risco de desenvolver outras complicações ⁽¹⁵⁾.

O aumento expressivo da incidência de sífilis congênita na última década no Brasil, apesar dos esforços governamentais, foi o fator que motivou o desenvolvimento do estudo. O objetivo da pesquisa foi identificar os fatores que estão interferindo na prevenção da sífilis congênita, uma vez que a incidência da doença está em ascensão e possui história clínica conhecida, diagnóstico e tratamento disponíveis.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo série de casos, que tem por finalidade explorar e descrever características da saúde humana. Consiste no estudo de uma sequência de no mínimo 10 casos levando em consideração sua exposição a uma determinada condição ou patologia em comum e o seu desfecho ⁽¹⁴⁾.

A coleta de dados ocorreu entre junho e dezembro de 2015. A seleção da amostra foi realizada a partir da consulta aos registros de resultados dos exames de VDRL das puérperas, realizado no Centro Obstétrico, na ocasião da internação para assistência ao trabalho de parto. A amostra final totalizou 10 binômios mãe-bebê.

Os dados foram obtidos por meio de consulta aos prontuários eletrônicos e entrevistas com puérperas internadas na Maternidade de um Hospital Regional

vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Buscou-se, nos prontuários eletrônicos, os resultados de exames, tratamentos realizados e evoluções médicas e de enfermagem para explorar as características clínicas de cada binômio mãe-bebê incluído na amostra do estudo.

As entrevistas foram norteadas por um instrumento de coleta de dados, semiestruturado, com perguntas abertas, elaborado pelas pesquisadoras. Buscou-se dados sóciodemográficos, histórico obstétrico, história clínica da sífilis (diagnóstico, tratamento na gestação, tratamento do parceiro, complicações associadas), conhecimento das mulheres sobre a doença (transmissão e tratamento, consequências, fonte), hábitos de vida (uso de drogas e comportamento sexual) e seguimento do RN.

Foram incluídas na pesquisa puérperas de qualquer idade cujos recém-nascidos estavam internados para tratamento de sífilis congênita; que realizaram pelo menos uma consulta de pré-natal e obtiveram o diagnóstico de sífilis em algum momento da gestação. Excluiu-se da pesquisa binômios cujos recém-nascidos eram pré-termo e mulheres que receberam diagnóstico de sífilis no momento do parto, evitando assim que a temporalidade entre o diagnóstico e o nascimento do bebê influenciasse na não efetividade do tratamento.

Devido à natureza descritiva dos estudos de série de casos a análise dos dados buscou elementos, nas informações obtidas, para descrever aspectos clínicos dos binômios incluídos na amostra do estudo, bem como para a identificação de fatores que possam ter interferido na prevenção da transmissão vertical de sífilis.

O convite para participar do estudo ocorreu na beira do leito e o aceite das puérperas se deu mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou Termo de Assentimento, conforme a idade. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde sob CAAE nº43754615.2.0000.5553. Os pressupostos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram respeitados, deste modo optou-se pelo uso de nomes de flores como pseudônimos da amostra estudada, evitando que as puérperas fossem identificadas ⁽¹⁷⁾.

Resultados

Após a análise dos dados obtidos pôde se elaborar o perfil da amostra estudada e descrever aspectos relacionados ao diagnóstico, tratamento e fatores que possivelmente dificultaram a prevenção da sífilis congênita.

As 10 puérperas incluídas no estudo possuíam idades entre 18 e 43 anos, com média de 27,5 anos. Quanto à escolaridade, metade da amostra possuía ensino fundamental ou menos anos de estudo. Quanto ao estado civil oito puérperas informaram residir com o parceiro, uma era casada e uma solteira. A maioria da amostra declarou se Do Lar, apenas uma exercia atividade remunerada (TABELA 1).

Tabela 1- Distribuição das gestantes segundo variáveis sociodemográficas e obstétricas. Ceilândia/DF, 2015.

Variáveis	n
Faixa etária	
< 20	1
20-35	8
> 35	1
Escolaridade	
Ensino Fundamental	5
Ensino Médio	4
Ensino Superior	1
Ocupação	
Do lar	9
Atividade remunerada	1
Estado civil	
Casada	1
Solteira	1
Reside com parceiro	8
Número de gestações	
1	0
2 ou mais	10
Número de consultas de pré-natal	
1 - 5	5
6 ou mais	5
Nº de semanas no parto	
37 – 40	8
41 ou mais	2
Tipo de parto	
Vaginal	10
Cesárea	0

Os dados obstétricos pesquisados apontaram que todas as participantes eram multíparas e realizaram pré-natal, porém apenas cinco possuíam número de consultas suficientes para se definir pré-natal completo (mais que 6 consultas). Uma havia comparecido apenas à primeira consulta. Quanto à via de parto, todas as participantes foram submetidas ao parto vaginal. A média de idade gestacional no momento do parto foi de 39 semanas (TABELA 1).

Quanto aos exames para diagnóstico de sífilis no pré-natal, observou-se que foi realizado o teste rápido de sífilis em todas as pacientes na abertura ou na primeira consulta de pré-natal.

Dentre as 10 participantes da pesquisa, oito realizaram tratamento completo, seis com penicilina benzatina intramuscular em seis doses e duas, que referiram já ter apresentado reações alérgicas à penicilina, com eritromicina na dosagem de 500mg de oito em oito horas por 15 dias. Destaca-se, então, que duas mulheres da amostra não passaram por tratamento durante a gestação atual.

Uma das puérperas relatou já ter sífilis detectada e tratada em gestação anterior, escolhendo não tratar na gestação atual, apesar de apresentar resultado de VDRL de 1:32. A mesma justificou ter recusado o tratamento porque, em sua gestação anterior, na qual ela e parceiro receberam as seis doses de penicilina, sua filha necessitou de tratamento. Na gestação atual ela entendeu que, de qualquer forma, seu segundo filho precisaria também receber tratamento ao nascer. No entanto a puérpera aceitou ser tratada após o parto.

Uma das puérperas, alérgica a penicilina, refere não ter tido condição financeira para comprar a eritromicina assim que foi prescrita, essa dificuldade gerou um início e término tardio do tratamento, que foi finalizado dois dias antes do nascimento do RN. Duas puérperas referiram descoberta tardia da gestação, comprometendo também a efetividade do tratamento, bem como realização de consultas e exames para acompanhamento. As demais relatam tê-lo concluído antes dos últimos 30 dias que antecederam o parto, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Apenas seis parceiros aderiram ao tratamento durante o pré-natal, porém, dois destes não o completaram. Um deles sob a justificativa de não querer tomar injeções, pois estava se sentindo bem, sem sintomas aparentes. O outro recebeu as duas primeiras doses em um centro de saúde, porém, ele e a parceira se mudaram para outro endereço,

e ao serem atendidos em outra unidade, não buscaram finalizar o tratamento dele. Quatro não realizaram tratamento algum.

Considerando os aspectos que definem o tratamento adequado, pode se dizer que a amostra estudada incluiu apenas quatro mães nessa classificação. Duas puérperas não foram tratadas com penicilina e as demais foram consideradas com tratamento inadequado porque não obtiveram adesão dos parceiros ou apresentaram tratamento incompleto por parte dos parceiros, sendo esse o principal fator associado ao tratamento inadequado na amostra estudada.

É importante ressaltar que as informações acerca do tratamento dos pais foram retiradas apenas dos relatos verbais das pacientes, uma vez que não foram encontrados registros em cartão da gestante nem em prontuário eletrônico. Salienta-se que para os profissionais da atenção terciária, ou atenção hospitalar, é complicado definir se houve ou não tratamento efetivo sem registros dos profissionais da atenção básica. A conduta a ser seguida com os RNs fica comprometida, sendo muitas vezes realizados procedimentos e tratamento desnecessariamente o que implica em situações de dor e estresse para o bebê e família, além de custos para o SUS.

A tabela a seguir apresenta os resultados de VDRL quantitativo da amostra estudada. As amostras de sangue foram colhidas na internação para assistência ao trabalho de parto. Nas mães por meio de punção periférica e no RN por meio da coleta de sangue de cordão umbilical no momento do nascimento (TABELA 2).

Tabela 2- Resultados de VDRL quantitativos pareados de mães e seus respectivos recém-nascidos. Ceilândia/DF, 2015.

	VDRL da Mãe	VDRL do Recém-nascido
Flor-de-lis	1:2	1:2
Amarílis	1:32	1:4
Begônia	1:4	1:2
Bromélia	1:32	1:8
Anis	1:64	1:32
Azaléa	1:32	1:16
Gardênia	1:4	1:2
Tulipa	1:16	1:8
Camélia	1:1	1:1
Lírio	1:4	1:1

Os títulos de VDRL são considerados baixos quando inferiores ou iguais a 1:4⁽¹⁸⁾. Pode-se observar então que a maioria das puérperas possuía titulação considerada alta. Entre os RNs, apenas cinco apresentaram títulos acima de 1:4.

Um aspecto a ser avaliado na propedêutica do RN é a titulação de VDRL do neonato em comparação com a da mãe. Quando apresenta-se superior à da mãe preconiza-se que seja realizada uma rotina de exames para investigação de possíveis comprometimentos de órgãos alvo ⁽¹³⁾.

A partir dos prontuários dos outros RNs, foi possível identificar que quatro passaram por exame complementar de VDRL de líquido e radiografia de ossos longos. Dois RNs foram submetidos apenas à radiografia de ossos longos e um apenas ao VDRL de líquido. Dentre todos esses exames, nenhum VDRL de líquido apresentou alterações, enquanto as radiografias não possuíam registro de seus resultados no sistema eletrônico. Três bebês não passaram por nenhum exame complementar.

O RN de Anis necessitou de internação em Unidade de Internação Intensiva Neonatal (UTIN), apresentando sofrimento respiratório no Alojamento Conjunto, poucas horas após o nascimento. Salienta-se que este foi o RN com maior titulação de VDRL da amostra estudada. Anis passou por tratamento com eritromicina, medicamento considerado inadequado para a prevenção de transmissão vertical ⁽⁷⁾.

Além dos dados objetivos já apresentados, as entrevistas buscaram identificar fatores que dificultaram a prevenção da sífilis congênita elucidando também questões relacionadas ao conhecimento das puérperas sobre a sífilis, seu comportamento sexual, planejamento familiar, enfrentamento do casal frente ao diagnóstico, dentre outros aspectos.

Quanto ao conhecimento das puérperas, seis informaram não saber nada sobre a doença. A outra parte da amostra relatou saber apenas que se tratava de doença sexualmente transmissível. Todas obtiveram informações sobre possíveis complicações para o RN, associadas à sífilis, nos centros de saúde em que realizaram ou iniciaram pré-natal. Apenas uma puérpera relatou ter buscado outras fontes de informação, como a internet, para obtenção de mais conhecimento após o diagnóstico.

No que diz respeito ao comportamento sexual dessas mulheres, uma referiu múltiplos parceiros, a mesma apresentava-se em situação de rua e declarou-se usuária de drogas ilícitas (crack). Apenas três relataram fazer uso de preservativo, porém duas delas passaram a utilizar recentemente, após o aconselhamento feito pelo profissional da Unidade Básica de Saúde, no momento do diagnóstico de sífilis. Nenhuma puérpera com parceiro fixo relatou ter ou já ter tido relações extraconjugais, porém duas relataram ter conhecimento de relações extraconjugais por parte do parceiro.

Todas as entrevistadas relataram sensação de tristeza e preocupação com o filho ao receber o diagnóstico de sífilis. Muitas referiram sentirem-se sujas e envergonhadas por saber que se tratava de uma doença sexualmente transmissível.

Ao conversarem sobre o assunto com o parceiro, três relataram ter sentido medo e em situação desconfortável, duas relataram terem sido acusadas de relações extraconjugais e duas sentiram desconfiança dos parceiros. Três relataram não ter tido problemas para falar sobre o assunto.

Quanto ao sentimento em relação ao tratamento dos filhos, muitas sensibilizaram-se com a quantidade de procedimentos invasivos realizados e, principalmente, com a perda do cabelo do bebê, uma vez que a região cefálica em muitos casos é o local de escolha para punções endovenosas, sendo necessário realizar tricotomia do local ⁽¹⁵⁾. A maioria deixou claro o desejo de estar em casa, evidenciando o desconforto na internação prolongada, assim como na separação da família no período de hospitalização.

Discussão

Estudo recente aponta que a prevalência de sífilis é maior entre mulheres negras e pardas com menor escolaridade, sem acompanhamento pré-natal ou com acompanhamento realizado em serviços públicos de saúde. O estudo destaca ainda que a cobertura de assistência pré-natal brasileira por regiões variou de 97,5 a 99,5%, porém a cobertura de realização de sorologia para sífilis foi menor ⁽⁵⁾.

Estudos apontam que a qualidade do pré-natal é um fator chave no controle da doença ⁽¹⁹⁻²¹⁾. O acompanhamento pré-natal inadequado é mais frequente entre mulheres jovens, multíparas, com menor grau de escolaridade, sem trabalho remunerado e atendidas em serviços públicos de saúde, dentre outros fatores ⁽²¹⁾.

Entre os agravantes que indicam que a qualidade da assistência pré-natal foi baixa estão o início tardio do pré-natal, ocasionando número inadequado de consultas, a falta de orientações relevantes sobre o uso do preservativo, a falha no tratamento da gestante e, principalmente do parceiro, e o abandono do acompanhamento, muito frequente na amostra, caracterizando descontinuidade no cuidado e fazendo muitas vezes com que a gestante tenha se submetido somente a uma ou a nenhuma sorologia durante toda a gravidez, contrariando o preconizado ^(19,22).

Diante dos dados encontrados na literatura percebe-se que a amostra deste estudo possui um perfil em que a alta prevalência de sífilis é comum. Destaca-se ainda que o acesso ao pré-natal isoladamente não representa efetividade no controle da doença, uma vez que, a cobertura pré-natal no Brasil é alta. A amostra estudada, no entanto, possui baixa cobertura pré-natal. Cabe ressaltar que inicialmente o pré-natal completo era um dos critérios de inclusão do estudo, porém na coleta de dados percebeu-se que as puérperas com diagnóstico de sífilis, internadas no Hospital pesquisado, possuíam baixa cobertura pré-natal. Deste modo considerou-se este como um fator limitante do estudo.

A partir da baixa cobertura pré-natal é possível ampliar a análise para a situação social da amostra estudada, pois muitas vezes questões como início tardio do pré-natal ou mesmo o não seguimento do pré-natal podem estar associados à falta de conhecimento sobre a importância das consultas e exames previstos. A falta de conhecimento por sua vez pode estar relacionada à menor escolaridade. Percebe-se que dentre as puérperas incluídas metade da amostra possuía ensino fundamental ou menos anos de estudo.

Destaca-se, neste contexto, a importância da atuação das equipes de Estratégia de Saúde da Família, eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde que atua ativamente no pré-natal, tendo papel importante na captação precoce e cuidado integral à gestante e à dupla mãe-bebê e na inserção do pai (ou companheiro) e da família nessa atenção ⁽²²⁾.

O diagnóstico da sífilis pode ser realizado por testes treponêmicos ou não treponêmicos. O teste amplamente difundido e disponível pelo SUS é o VDRL quantitativo, preconizado para ser realizado como rotina no primeiro trimestre ou primeira consulta do pré-natal, e no último trimestre de gestação ⁽²²⁾. Esse teste quantifica a virulência da doença, permitindo estimar o estágio da infecção, porém só se torna positivo cerca de cinco a seis semanas após a exposição ao vírus, tempo este chamado de janela imunológica. Por este motivo frequentemente encontram-se casos de VDRL negativo na fase inicial da doença, dificultando detecção e tratamento na gestação ⁽⁶⁾.

Os Testes Rápidos (TR), também disponíveis pelo SUS, são imunoenaios simples que podem ser realizados em até 30 minutos ⁽²²⁾. Dessa forma, facilitam o acesso precoce ao diagnóstico favorecendo início de tratamento imediato às doenças que ele se destina a identificar. Os TR de Sífilis, bem como os de HIV, têm sua realização em Unidades Básicas de Saúde definida pela Portaria MS nº 77 de 12 de janeiro de 2012. É preconizado que o TR de sífilis seja realizado por gestantes no início

do pré-natal, idealmente antes do 4º mês de gestação, e também no momento da admissão para o parto para identificar e conduzir casos de janela imunológica. Também é oferecido e preconizado o teste para seus parceiros ⁽¹⁰⁾.

Apesar de 10 binômios mãe-bebê não constituírem uma amostra representativa da população foi possível observar durante a coleta de dados a importância do rastreamento na admissão hospitalar para assistência ao parto. Foram encontrados casos de gestantes com diagnóstico no momento do parto, estas não constituíram a amostra do estudo devido aos critérios de inclusão e exclusão. O teste rápido no momento do parto oportuniza que a família (mãe, pai e RN) seja tratada.

Com a realização correta do tratamento, o exame VDRL deve apresentar um decaimento de 4 vezes do título inicial, (de 1:64 para 1:16, por exemplo), mantendo-se estável ou decrescente quando inferior ou igual a 1:4. Sua tendência é negatizar após 6-12 meses de tratamento. Assim sendo, o indivíduo tratado ainda poderá apresentar titulações baixas no VDRL por longo período de tempo ou até por toda a vida, apresentando o que se denomina memória ou cicatriz sorológica da sífilis ⁽⁷⁾. Em casos de pacientes já tratadas anteriormente, como ocorrido com uma paciente da amostra, a elevação de títulos do VDRL em quatro ou mais vezes em relação ao último exame realizado justifica um novo tratamento ⁽²²⁾.

O tratamento dos parceiros é importante para evitar a reinfecção durante a gestação, além de uma oportunidade de tratamento e prevenção de novos casos de infecções sexualmente transmissíveis na população geral. Sua negligência constitui uma séria dificuldade para se atingir as metas de controle da doença ⁽⁵⁾.

Estudos revelam que a transmissão não sexual da sífilis é excepcional e o risco de contaminação por relação desprotegida com pessoa com sífilis em seus estágios iniciais gira em torno de 60% ^(6,23). Visto que entre as 10 puérperas avaliadas na amostra, apenas um casal possuía o hábito de usar preservativo, e outros dois casais passaram a utilizá-lo após a descoberta da doença, o não tratamento dos parceiros em conjunto com o não uso do preservativo referido tornam-se fortes facilitadores da reinfecção, impedindo a quebra da cadeia de transmissão da doença e favorecendo aumento do número de casos de transmissão vertical.

Outro fator a ser discutido nesse estudo é a qualidade dos registros em prontuários e cartões de gestante. Observou-se que o tratamento realizado durante a gestação não estava registrado, o que obriga, não só a pesquisadora, mas também profissionais que assistem essas pacientes a confiar apenas em seus relatos verbais ou

ainda ocasiona a realização de exames diagnósticos sem necessidade, ou mesmo um novo tratamento. Essa falta de registro adequado das informações constitui-se uma importante barreira para o correto planejamento e organização dos serviços de saúde, bem como para a destinação de recursos financeiros governamentais ⁽²⁰⁾.

A Sociedade Brasileira de Pediatria considera sífilis congênita provável quando o RN, independente do aparecimento de sintomas ou sorologia positiva, é filho de mulher com sorologia positiva para sífilis e: tratamento não realizado na gestação; tratamento incompleto com penicilina na gestação; tratamento nos 30 dias que antecederam o parto; tratamento com outras drogas que não a penicilina; tratamento da mãe adequado, porém do parceiro inadequado ou incompleto; tratamento adequado mas sem controle sorológico que comprove a redução nas titulações de VDRL ⁽²⁴⁾.

A conduta com o recém-nascido deve sempre considerar se sua mãe recebeu ou não tratamento adequado. A propedêutica completa inclui VDRL sérico, hemograma, coleta de líquido (bioquímica/citologia, VDRL) e radiografia de ossos longos.

Na amostra estudada, o VDRL de líquido e o estudo radiográfico dos ossos longos foram os exames mais solicitados, no entanto, quanto às radiografias, não foram localizados registros de seus resultados em prontuários, impossibilitando constatar alterações pelo sistema eletrônico. O hemograma, apesar da facilidade de acesso e execução, foi o exame menos solicitado.

Apesar de 4 mães da amostra terem sido consideradas adequadamente tratadas, seus RNs também passaram por tratamento por apresentarem sorologia positiva em VDRL. Entretanto, quando o tratamento materno é adequado e o RN assintomático, com sorologia negativa, igual ou inferior à da mãe não é necessário tratar ao nascimento, podendo seguir acompanhamento ambulatorial, ou, na impossibilidade desse acompanhamento, receber o tratamento penicilina benzatina na dose única de 50.000 unidades/kg por via intramuscular ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Em recém-nascidos com VDRL positivo sem acometimento neurológico, utiliza-se penicilina cristalina por via endovenosa por 10 dias, na dose de 50.000 unidades/kg/dose, a cada 12 horas na primeira semana de vida e a cada 8 horas após a primeira semana ou com penicilina procaína 50.000 unidade/kg/dose a cada 24 horas, por via intramuscular por 10 dias ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Diante dos aspectos discutidos observa-se que o diagnóstico de sífilis congênita envolve muitos fatores, o que pode confundir os Serviços de Saúde. Além de exames a serem realizados os profissionais dependem de registros de informações do tratamento

realizado no pré-natal o que pode ser uma dificuldade conforme evidenciada na amostra estudada.

A carência de informações pode acarretar alto custo extra de exames e tratamentos para o Estado, concomitante à taxa de permanência hospitalar prolongada, assim como ao aumento da morbimortalidade neonatal e demais consequências deletérias para o binômio que podem ser facilmente reduzidas e até eliminadas quando realizadas ações de prevenção adequadas ^(15,25).

Outro aspecto importante a ser discutido é a questão de gênero e sua interferência na problemática da sífilis congênita, que apareceu em diferentes aspectos deste estudo. Muitas mulheres não permitiram a abordagem do parceiro, concordando em participar do estudo se a entrevista fosse realizada apenas com elas. Ficou claro o medo que grande parte da amostra sentiu ao contar o diagnóstico de sífilis para o parceiro, sendo que algumas ainda foram acusadas de infidelidade pelo parceiro.

Na contaminação por DSTs, percebe-se que, muitas vezes, um dos membros do casal tende a associar a contaminação a relações extraconjugais do parceiro ou parceira, desconsiderando outras possibilidades, como o período de latência da doença e outras possíveis formas de infecção ⁽²⁶⁾. A desigualdade entre os sexos tem produzido historicamente uma submissão e inferiorização da mulher em relação ao homem. Aliada à função atribuída à mulher de cuidado com a saúde, a reprodução e a prevenção, essas desigualdades, além de tornarem as mulheres mais vulneráveis, impacta fortemente no comportamento masculino de culpabilização da mulher ⁽²⁷⁾.

Com a visão de passividade e dependência feminina, evidencia-se que as mulheres têm menor liberdade em sua vida sexual e, conseqüentemente, menos poder de decisão acerca do sexo protegido. Constata-se que a decisão do uso do preservativo é atribuída quase sempre ao homem, causando, culturalmente, estranhamento e desconfiança quando a mulher assume essa função ou busca negociar o uso ⁽²⁸⁾. O enfrentamento do casal frente ao diagnóstico de DST também é influenciado por esses elementos socioculturais. A descoberta de sífilis pela gestante no pré-natal acarreta uma responsabilização em contar ao parceiro para que ambos se tratem e o tratamento seja efetivo. No caso da sífilis, nem sempre o parceiro apresentará sintomas, podendo culpabilizar ainda mais a mulher e acusá-la de infidelidade. O homem pode permanecer insensível ou reagir com rispidez ao problema, acreditando não precisar de tratamento e tendendo a apontar a mulher como única responsável pela doença ⁽²⁹⁾.

Diante da possibilidade dessa reação masculina somada à autorresponsabilização da mulher, muitas optam por omitir esse diagnóstico, ou impedir que esse assunto seja discutido abertamente entre o casal ou outras pessoas, mesmo que essas venham a promover conhecimento e facilitar a resolução do problema, como fazem os profissionais da saúde. Dessa forma, nota-se que as questões de gênero, representadas pela submissão feminina no relacionamento sexual, constituem entraves ainda maiores do que a própria falta de informação, uma vez que englobam elementos culturais fortemente enraizados na sociedade. Neste sentido, é necessária a elaboração de estratégias para promover a consciência masculina sobre a responsabilidade do casal, e não só da mulher, a respeito da saúde sexual de ambos.

Considerações Finais

Após o desenvolvimento do estudo foi possível constatar que o controle da sífilis é difícil, porém não impossível. Os fatores que dificultam a prevenção de sífilis congênita, identificados na amostra estudada, foram: a baixa cobertura do pré-natal e baixa qualidade da assistência pré-natal, que acarretam atraso no diagnóstico e tratamento das gestantes; pouca adesão dos parceiros ao tratamento e prática de sexo inseguro, que acarretam a reinfecção da gestante; e ausência de registros nos prontuários e cartões de gestantes, que podem dificultar, retardar ou mesmo levar a um diagnóstico incorreto de sífilis congênita.

As Políticas Públicas de Saúde são claras e bem delineadas para elucidar as condutas dos profissionais de saúde na assistência às famílias acometidas pela sífilis. Percebeu-se que a assistência neonatal foi adequada no que tange o diagnóstico e tratamento, porém a assistência pré-natal e da Estratégia de Saúde da Família ficou aquém do necessário para impactar na prevenção de sífilis congênita.

Ressalta-se ainda que os fatores relacionados à falta de registros oneram as finanças públicas na medida em que exames podem ser solicitados desnecessariamente, assim como tratamento pode ser indicado devido a não comprovação de tratamento anterior, por exemplo. Os profissionais de saúde ao realizarem o registro correto e completo das condutas realizadas contribuem para a efetividade das verbas de saúde dispensadas pelo Governo Federal.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados no sentido de atingir os parceiros das gestantes acometidas por sífilis, pois entende-se que o tratamento do parceiro é

fundamental e possui menor adesão em comparação às gestantes. A abordagem de parceiros foi uma limitação que modificou o projeto inicial deste estudo, não sendo possível compreender o pensamento masculino sobre as questões relacionadas à sífilis.

Referências

1. Pires ACS, Oliveira DD, Rocha GMNM, Santos A. Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade – revisão de literatura. *Rev Uningá*. 2014;19(1):58-64.
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Estratégia e Plano de Ação para Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e da Sífilis Congênita (resolução CD50/15). 50º Conselho Diretor, 62ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1 de outubro de 2010; Washington (DC) EUA. Washington (DC): OPAS, 2010.
3. Jung DL, Becker D, Renner JDP. Efeito prozona no diagnóstico de sífilis pelo método VDRL: experiência de um serviço de referência no sul do Brasil. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2014;4(1):2-6.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Sífilis. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2015. 30p.
5. Domingues RMSM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB, Leal, MC. Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: estudo nascer no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):766-74.
6. Zugaib M. Zugaib Obstetrícia. 2 ed. Barueri: Manole, 2012. 1322p.
7. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. 318p.
8. Souza CNP, Monteiro VF, Araújo AR, Ramos EMLS. Regressão Logística Aplicada aos Casos de Sífilis Congênita no Estado do Pará. *Rev da Estatística UFOP*. 2014;3(3):714-8.
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.242 de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2011.

10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 77 de 12 de janeiro de 2012: dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parceiras sexuais. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2012.
11. Muricy CL. Evolução dos casos de Sífilis Congênita notificados no Distrito Federal em 2010 [dissertação]. Brasília: Faculdade de Medicina - Universidade de Brasília; 2014.
12. Organização Mundial de Saúde (OMS). Eliminação mundial da sífilis congênita: fundamento lógico e estratégia para ação. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2008.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita – Manual de Bolso. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2006. 72p.
14. Guinsburg R, Santos AMN. Critérios Diagnósticos e Tratamento da Sífilis Congênita. Documento Científico, Departamento de Neonatologia – Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo; 2010.
15. Víctor JF, Barroso LMM, Teixeira APV, Aires AS, Araujo IM. Sífilis congênita: conhecimento de puérperas e sentimentos em relação ao tratamento dos seus filhos. Rev Eletr Enf. 2010;12(1):113-9.
16. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. 596p.
17. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
18. Campos JEB, Passos FDL, Lemos EA, Ferreira AW, Sá CMA, Silva LGP, Asensi MD. Significado laboratorial dos baixos títulos de VDRL para o diagnóstico da sífilis em gestantes, à luz das provas treponêmicas. DST J Bras Doencas Sex Transm. 2008;20(1):12-7.
19. Domingues RMS, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal, MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública. 2013;47(1):147-57.
20. Medeiros Jr A, Lima ASD, Silva AMDF, Lima MEM, Lopes LFL. Qualidade do pré-natal em relação às sorologias sífilis, HIV e hepatite B em gestantes de unidade de saúde em Natal/RN. Rev Eletr Extensão & Sociedade. 2014;5(2):10-21.

21. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, Leal MC. Adequação da assistência pré-natal segundo características maternas. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(3):140-7.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 32 – Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2013. 319p.
23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015. 107p.
24. Schmeing LMB. Sífilis e pré-natal na rede pública de saúde e na área indígena de Amambai/MS: conhecimento e prática de profissionais [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2012.
25. Damasceno ABA, Monteiro DLM, Rodrigues LB, Barmpas DBS, Cerqueira LRP, Trajano AJB. Sífilis na gravidez. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rev HUPE*. 2014;13(3):88-94.
26. Souza ATS, Pinheiro DM, Costa GR, Araujo TME, Rocha SS. As influências socioculturais sobre as doenças sexualmente transmissíveis: análise reflexiva. *Rev Interd*. 2015;8(1):240-6.
27. Silva CM, Vargens OMC. A percepção das mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(2):401-6.
28. Sampaio J, Santos RC, Callou JLL, Souza BBC. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semiárido nordestino. *Saúde Soc*. 2011;20(1):171-181.
29. Sousa LB, Barroso MGT. DST no âmbito da relação estável: análise cultural com base na perspectiva da mulher. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009;13(1):123-130.

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

1. Dados de Identificação:

1.1 Iniciais do nome: _____ 1.2 Idade: _____ anos

2. Histórico Obstétrico:

2.1 Paridade G _____ P _____ C _____ A _____ 2.2 IG no parto _____ + _____ dias

2.3 Outras morbidades, além da sífilis, na gestação atual? () Sim () Não

Qual(is)? _____

3. Escolaridade:

- 3.1. () Analfabeto
- 3.2. () Ensino fundamental completo
- 3.3. () Ensino médio completo
- 3.4. () Ensino superior completo
- 3.5. () Outro. Especificar _____

4. Estado civil:

- 4.1. () Solteira
- 4.2. () Casada
- 4.3. () Separada/divorciada
- 4.4. () Viúva
- 4.5. () Reside com Companheiro
- 4.6. () Outro. Especificar _____

5. Exerce trabalho remunerado atualmente?

- 5.1. () sim, exercendo atividade
Qual? _____
- 5.2. () sim, mas afastado
Quanto tempo? _____
- 5.3. () não, desempregado
- 5.4. () não, dona de casa
- 5.5. () não, estudante
- 5.6. () não, outro

6. Aspectos relacionado ao pré-natal:

6.1 Onde realizou o pré-natal? () Centro de Saúde () Consultório particular

6.2 Quantas consultas realizou? _____

6.3 Realizou exames? 1º trimestre () Sim () Não

2º trimestre () Sim () Não

3º trimestre () Sim () Não

6.4 Realizou teste rápido para HIV e Sífilis? () Sim () Não

Se sim, quando? Qual foi o resultado? _____

6.5 Recebeu orientações acerca disso? () Sim () Não

Se sim, quais? _____

6.6 Realizou coleta de VDRL	() 1º trimestre	Resultado _____
	() 2º trimestre	Resultado _____
	() 3º trimestre	Resultado _____

6.7 Realizou o tratamento para sífilis durante a gestação? () Sim () Não

Se sim, qual medicamento? _____

Quantas doses? _____

6.8 O parceiro realizou o tratamento para sífilis? () Sim () Não

Se sim, qual medicamento? _____

Quantas doses _____

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1 – O que você sabe sobre a sífilis? E sobre a sífilis congênita? Qual a fonte?

2 – Possui parceiro sexual fixo? Como é a relação com o parceiro(a)? Moram juntos? Possuem mais filhos? Quanto tempo de relacionamento?

3 – A gestação foi planejada?

4 – Como é a vida sexual do casal? Costumam fazer uso do preservativo?

5 – Mantém ou já manteve relações extraconjugais? Com ou sem uso de preservativo?

6 – Você é alcoolista? Tabagista? Faz uso de alguma outra droga?

7 – Em que momento descobriu que estava com sífilis? Como se sentiu?

8 – O que lhe foi informado sobre a doença após o diagnóstico?

9 – Qual tratamento foi prescrito? Você realizou o tratamento completo? Se não, por quê? Se sim, foi feito reteste para confirmar sua efetividade? Quanto tempo antes do parto foi feita a última aplicação de penicilina?

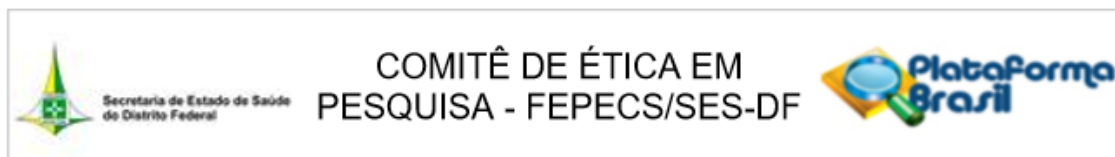
10 – Informaram que o(a) parceiro(a) precisaria se tratar também?

11 – Conversou com o(a) parceiro(a) sobre isso? Se não, por quê? Se sim, como ele(a) reagiu? Aderiu ao tratamento? Foi feito um reteste?

12 – Foi informado(a) sobre os riscos para o bebê caso não fizessem o tratamento?

13 – O bebê passou por algum tratamento? Qual?

ANEXO 1 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SÍFILIS CONGÊNITA NO DISTRITO FEDERAL: UMA SÉRIE DE CASOS

Pesquisador: Sra Juliana Machado Schardosim

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 43754615.2.0000.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / FEPECS/ SES/ DF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.037.216

Data da Relatoria: 13/04/2015

Apresentação do Projeto:

Estatísticas oficiais brasileiras do Sistema de Informação de Agravos de Notificação apontam um crescimento no número de casos notificados ano a ano. Na primeira década dos anos 2000, ou seja, de 2001 a 2010 observou-se aumento de 3949 casos para 6917 casos. Dados do estudo Nascer no Brasil, um estudo de base populacional hospitalar, apontam prevalência de sífilis na amostra estudada de 1,02%. A comparação da prevalência de sífilis com dados sócio-demográficos revelou maior prevalência entre mulheres negras e pardas com menor escolaridade, sem acompanhamento pré-natal ou com acompanhamento pré-natal realizado em serviços públicos de saúde. Observou-se ainda que a cobertura de assistência pré-natal brasileira por regiões variou de 97,5 a 99,5%, porém a cobertura de realização de sorologia para sífilis foi menor. O resultado de uma sorologia de sífilis durante o pré-natal variou de 74,5 a 94,9% da amostra e resultado de duas sorologias variou de 24,2% na região norte até 56,7% na região sul (DOMINGUES; SZWARCOWALD; JUNIOR et al, 2014).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Investigar os fatores que estão impedindo a prevenção da sífilis congênita durante o acompanhamento pré-natal.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

Objetivos Específicos

- Descrever as possíveis falhas ocorridas no rastreamento da sífilis na gestação que culminaram na sífilis congênita;
- Descrever as possíveis falhas ocorridas no tratamento da sífilis na gestação que culminaram na sífilis congênita;
- Descrever o conhecimento dos pais do bebê em tratamento de sífilis sobre a doença e suas consequências para si e para a criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os objetivos do estudo estão claramente definidos. Os sujeitos foram adequadamente identificados. A beneficência para os usuários está clara. Os possíveis benefícios apresentam-se com maior magnitude em relação aos riscos aos sujeitos da pesquisa. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um estudo de série de casos, onde serão incluídos pacientes com diagnóstico confirmado da doença e o passado de cada componente é investigado para descortinar situações, fatores e exposição a agentes que possam estar relacionados com o aparecimento da doença estudada (PEREIRA, 2003).

Para desenvolvimento do estudo serão recrutados 30 casais, pais de recém-nascidos em tratamento de sífilis congênita no Hospital Regional de Ceilândia. Serão critérios de inclusão: diagnóstico de sífilis materna na gestação e idade igual ou superior a 18 anos ou autorização de um responsável legal para participação no estudo. Serão excluídos do estudo casais cujas mulheres não tenham realizado acompanhamento pré-natal e pais de recém-nascidos pré-termo devido a possibilidade da temporalidade entre o diagnóstico e nascimento do bebê não ter sido suficiente para efetividade do tratamento. A coleta de dados será realizada pela própria pesquisadora, norteadora por um instrumento de coleta de dados com perguntas abertas e fechadas para busca de fatores que respondam aos objetivos e questão norteadora dos pesquisadores (APÊNDICE A). Pretende-se investigar a história do casal desde o diagnóstico de sífilis até o nascimento do bebê por meio de entrevista semiestruturada em local reservado para preservar a privacidade dos sujeitos de pesquisa. Salienta-se que devido ao teor das perguntas sobre o comportamento sexual as entrevistas serão realizadas individualmente.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 1.037.216

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Fazem parte do projeto de pesquisa: folha de rosto devidamente preenchida, termo de concordância do diretor do HRC, Curriculum vitae do pesquisador responsável e demais pesquisadores, planilha de orçamento, referências bibliográficas, cronograma e TCLE.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto supracitado atende os requisitos mínimos da resolução CNS 466/12.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicita-se apresentar relatórios parciais e relatório final de acordo com o desenvolvimento da pesquisa.

BRASILIA, 27 de Abril de 2015

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

ANEXO 2 - Instruções aos Autores da Revista Cadernos de Saúde Pública



INSTRUÇÕES PARA AUTORES



Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. ([leia mais](#))

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 - **Artigo:** resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na [epidemiologia](#) e artigo utilizando [metodologia qualitativa](#);

1.2 - **Revisão:** Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. ([leia mais](#));

1.3 - **Ensaio:** texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.4 - **Comunicação Breve:** relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.5 - **Debate:** análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.6 - **Seção temática:** seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.7 - **Perspectivas:** análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.8 - **Questões Metodológicas:** artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - **Resenhas:** resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 - **Cartas:** crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3- As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- [Australian New Zealand Clinical Trials Registry \(ANZCTR\)](http://www.anzctr.org.au/)
- [ClinicalTrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov/)
- [International Standard Randomised Controlled Trial Number \(ISRCTN\)](http://www.isrctn.com/)
- [Netherlands Trial Register \(NTR\)](http://www.trialregister.nl/)
- [UMIN Clinical Trials Registry \(UMIN-CTR\)](http://www.umin.ac.jp/ctr/)
- [WHO International Clinical Trials Registry Platform \(ICTRP\)](http://www.who.int/clinical-trials-registry-platform/)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do [ICMJE](#), que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos [\(Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos\)](#).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na [Declaração de Helsinki](#) (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema [SAGAS](#). Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde [BVS](#).

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 - *Agradecimentos.* Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas.* As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.