



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE IMPERATRIZ
CURSO DE MEDICINA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA REGIÃO DE SAÚDE DE
IMPERATRIZ – MARANHÃO NO PERÍODO DE 2010 A 2019**

Lucas Teixeira Campelo

LUCAS TEIXEIRA CAMPELO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA REGIÃO DE
SAÚDE DE IMPERATRIZ – MARANHÃO NO PERÍODO DE 2010 A
2019**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Campus Imperatriz, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof Mestra Antonia Iracilda e Silva Viana

Co-orientador: Prof Fabrícia Silvana Sarmiento dos Santos

IMPERATRIZ-MA

2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

trixeira campelo, lucas.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA REGIÃO DE
SAÚDE DE IMPERATRIZ MARANHÃO NO PERÍODO DE 2010 A 2019 /
lucas trixeira campelo. - 2021.

21 p.

Coorientador(a): Fabícia Silvana Sarmiento dos Santos.

Orientador(a): Antonia Iracilda e Silva Viana.

Monografia (Graduação) - Curso de Medicina,
Universidade Federal do Maranhão, Imperatriz, 2021.

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Perfil Epidemiológico. 3.
Sífilis Congênita. I. Iracilda e Silva Viana, Antonia.
II. Silvana Sarmiento dos Santos, Fabícia. III. Título.

LUCAS TEIXEIRA CAMPELO

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA REGIÃO DE SAÚDE DE
IMPERATRIZ – MARANHÃO NO PERÍODO DE 2010 A 2019

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em
sessão
pública realizada a/...../....., considerou

Aprovado ()

Reprovado ()

Mariana Rocha Queiroga, 26.10.2022

Karine Vieira Sampeio, 26.10.2022

Mestra Antonia Iracilda e Silva Viana, 26.10.2022

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Jeová pela oportunidade de estar consciente, aos meus pais por todo o ensinamento e apoio que me deram, a minha parceira de vida por me apoiar em todos os dias nublados e meus professores, orientadora e coorientadora por sempre serem exemplos de competência e profissionalismo.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	5
RESUMO	7
ABSTRACT	7
INTRODUÇÃO	8
METODOLOGIA	11
RESULTADOS	13
DISCUSSÃO	17
CONCLUSÃO	22
REFERÊNCIAS	23
ANEXO 1	25
COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO	25
RECORTE DA REVISTA E NORMAS DE SUBMISSÃO	26
QUALIS DA REVISTA	37
PARECER DE APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	38

Título: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA REGIÃO DE SAÚDE DE IMPERATRIZ – MARANHÃO NO PERÍODO DE 2010 A 2019.

Autores: Lucas Teixeira Campelo, Antonia Iracilda e Silva Viana, Fabrícia Silvano Sarmeno dos Santos.

Status: Submetido

Revista: Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

ISSN: 2238-3360

Fator de impacto: QUALIS B2

Artigo Apresentado na sua versão final e completa

RESUMO

Antecedentes e Objetivos: A sífilis congênita é um grave problema de saúde pública que persiste na atenção primária, assim a caracterização do perfil epidemiológico permite melhor direcionamento de ações que visem fortalecer o pré-natal, contribuindo para redução do número de casos. O objetivo principal foi caracterizar o perfil epidemiológico da sífilis congênita na Região de Saúde de Imperatriz – MA no período de 2010 a 2019. **Métodos:** Trata-se de um estudo sobre o perfil epidemiológico da sífilis congênita na região de saúde de Imperatriz – MA, realizado com dados secundários do Sistema Nacional de Agravos e Notificações (SINAN). Os dados foram tabulados em Microsoft® Office Excel e processados no SPSS 20, sendo descritos em suas frequências relativas e absolutas. A proporção foi calculada nos dados sociodemográficos do RN. **Resultados:** Foram notificados no período de estudo, 778 casos de sífilis congênita distribuídos pelos 16 municípios que compõe a região. A incidência apresentou tendência ascendente, alcançando pico de 15,5 casos/1.000 nascidos vivos. O perfil prevalente foi: mãe parda, com baixa escolaridade, idade entre 20 a 25 anos e dona de casa. O pré-natal foi realizado na maior parte das gestantes (89,7%), mas não significou garantia de diagnóstico e tratamento adequado. Entre os recém-nascidos a maior parte teve desfecho vivo. **Conclusão:** A sífilis congênita é um problema que persiste na região de saúde de Imperatriz – MA. Assim é necessário aprimorar o atendimento à gestante no pré-natal, atentando para o diagnóstico, tratamento precoce da sífilis, além de melhorar o acesso às informações e métodos práticos de proteção à população mais acometida.

Palavras chave: Perfil Epidemiológico. Sífilis Congênita. Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

Justification and Aims: Congenital syphilis is a serious public health problem that persists in primary care, therefore, the characterization of the epidemiological profile allows better targeting of actions aimed at strengthening prenatal care, contributing to reducing the number of cases. The main aim was to characterize the epidemiological profile of congenital syphilis in the Health Region of Imperatriz - MA in the period from 2010 to 2019. **Methods:** This is a study on the epidemiological profile of congenital syphilis in the health region of Imperatriz -

MA, conducted with secondary data from the National System of Aggravations and Notifications (SINAN). The data was tabulated on Microsoft® Office Excel and processed on SPSS 20, being described in their relative and absolute frequencies. The proportion was calculated in the sociodemographic date of the RN. **Results:** During the study period, 778 cases of congenital syphilis were reported, distributed among the 16 municipalities that make up the region. The incidence showed an upward trend, peaking at 15.5 cases/1,000 live births. The prevalent profile was a brownish mother, with low education, aged between 20 and 25 years, and housewife. Most pregnant women (89.7%) had prenatal care, but this did not guarantee adequate diagnosis and treatment. Among newborns, most had a live outcome. **Conclusion:** Congenital syphilis is a persistent problem in the health region of Imperatriz - MA. Therefore, it is necessary to improve care for pregnant women in prenatal care, focusing on diagnosis and early treatment of syphilis, in addition to improving access to information and practical methods of protection for the most affected population.

Keywords: Epidemiological Profile. Congenital syphilis. Prenatal Care.

INTRODUÇÃO

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) de caráter infectocontagiosa exclusivamente do ser humano, provocada pelo *Treponema pallidum*, bactéria espiroqueta contraída, através da atividade sexual desprotegida com pessoa contaminada ou transmitida para criança durante a gestação ou no momento do parto.¹

Clinicamente, na gestante, manifesta-se sob a forma de sífilis primária, secundária, latente e terciária, tendo as duas primeiras maior poder contaminante do feto, chegando a uma transmissão de 70 a 100%, ocorrendo a qualquer momento da gestação, especialmente a partir da nona semana^{1,2}. A infecção também pode ocorrer na passagem pelo canal de parto ou na amamentação desde que essas regiões do corpo materno possuam lesões sífilíticas.³

As manifestações clínicas no recém-nascido (RN), nem sempre serão perceptíveis, já que a maior parte são assintomáticos. Quando presente, a clínica dependerá do estágio da doença. Se precoce, há o acometimento sobretudo de pele e mucosa, apresentando-se como placas, condilomas planos além de

fissuras perianais. Outros achados mais graves são a hepatomegalia, lesões ósseas, acometimento do sistema nervoso e do aparelho respiratório. A forma tardia, apresenta sinais clássicos, como tibia em sabre e a tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson, acometimento no nervo vestibulococlear e ceratite intersticial).³

O rastreio da sífilis congênita (SC) é realizado apenas no pré-natal e no momento do parto, confirmando a importância das sete consultas realizadas no período, e tem como pilar a realização de testes não treponêmicos, sobretudo o *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL). O teste é feito no primeiro trimestre e na 28ª semana, mas também repetido no momento do parto, tanto na mãe quanto no recém-nascidos (RN), sobretudo quando há forte indicação epidemiológica da contaminação. No entanto, esse manejo ainda é uma realidade distante no Brasil, já que, embora o primeiro VDRL seja realizado em 66 a 95% das gestantes, desse grupo, apenas 0,2 a 20,7% fazem a segunda testagem no terceiro trimestre.^{1,2}

Além do VDRL, outros testes complementares guiam o manejo do RN, entre eles, o raio x de ossos longos, exame fundamental na detecção da doença em assintomáticos, uma vez que as alterações ósseas serão as únicas presentes em 4 a 20% desse grupo. O exame do líquido também somará ao diagnóstico, contudo em apenas 15% dos RN acometidos, haverá alteração neurológica, não sendo indicado, portanto, em casos assintomáticos, ou em RN com resultados do VDRL não sugestivo. Todavia em caso de suspeita clínica/epidemiológica, e na disponibilidade do exame, este deve ser feito, sendo definidor de conduta.¹

Para tratar a SC, as drogas com maior efetividade são as penicilinas naturais.⁴ Estas devem constar no tratamento preventivo, realizado na mãe, sob a forma de penicilina G benzantina, tal como no parceiro, já que este é uma das principais formas de reinfecção da gestante. No RN sintomático e com evidência de acometimento do sistema nervoso, mesmo sem o resultado do líquido, é preconizado, por dez dias, aplicações de penicilina G cristalina, que possui boa penetração nesse tecido. Para aqueles assintomáticos, mas com epidemiologia altamente suspeita para infecção, há benefício com dose única de penicilina G benzantina, com ou sem comprovação por VDRL da patologia.^{1,4}

A SC pode ser prevenida, diagnosticada, tratada e curada facilmente e a baixo custo pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com práticas assistenciais

rotineiras da atenção básica, sendo, portanto, um indicador de qualidade e por isso, um evento sentinela. Assim, aumentos ou reduções no número de casos da doença, permitem analisar a eficiência do serviço ofertado, dimensionando quais as fragilidades sociais e/ou assistenciais envolvidas.^{3,5}

Em 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) aprovaram a Estratégia e Plano de Ação para Eliminar a Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, objetivando reduzir a incidência de sífilis congênita para menos de 0,5 casos para cada mil nascidos vivos em 2015, além de fornecer diagnóstico precoce e tratamento adequado.⁶

De acordo com o Boletim Epidemiológico de Sífilis (2017)⁷, a elevação da taxa de incidência de sífilis congênita e as taxas de detecção de sífilis em gestante por mil nascidos vivos aumentaram cerca de três vezes nos últimos cinco anos no Brasil, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. Em resposta a esse contexto, em 2016, foi implementada a Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis Congênita no Brasil, como resultado de um trabalho coletivo entre as áreas do Ministério da Saúde e parceiros externos, com prazo de execução de 15 de outubro de 2016 a 21 de outubro de 2017.⁸

Segundo o boletim especial de 2020⁹, o número de casos notificados de sífilis congênita no Brasil apresentou progressivo aumento, com pico no ano de 2018 (9,0 casos/ 1.000 nascidos vivos). Assim, em 2019, registrou-se 24.130 casos da doença, com incidência de 8,2 casos/ 1.000 nascidos vivos. O Nordeste foi a segunda região com maior número de casos notificados, 6.344 casos, em 2019, incidência de 7,6 casos/ 1.000 nascidos vivos, demonstrando que a sífilis congênita persiste como grave problema de saúde pública.

Dentre os estados da região Nordeste, o Maranhão ocupa a quarta posição no número de casos da doença, com 606 casos notificados e oito óbitos em 2019, incidência de 5,2 casos/ 1.000 nascidos vivos. Considerando o impacto da SC na saúde da gestante e do RN, torna-se vital o seu enfrentamento, através do conhecimento da população mais acometida, para posterior direcionamento de ações que objetivem a redução efetiva do número de casos, como aumento da testagem e tratamento precoce durante o pré-natal.^{5,9}

O perfil de risco é definido como a parcela da população mais vulnerável à patologia, ou seja, aqueles que possuem maior dificuldade de acesso a

informações e meios de prevenção e tratamento. Dessa forma, estudos epidemiológicos apontam que as parcelas populacionais com menor acesso à assistência são aquelas de baixa renda, com menos escolaridade e filhas de mãe parda ou negra, comprovando a desigualdade no oferecimento de um pré-natal de qualidade.^{5,10}

Segundo Reis⁵, há desigualdade no acesso ao pré-natal qualificado, o que reforça a importância de conhecer essa população para adotar medidas que auxiliem em estratégias de prevenção, como por exemplo, identificar qual o público alvo das campanhas de orientação e contribuir para condutas mais direcionadas, que efetivamente resultem na redução do número de casos. Além disso, conhecer o grupo de risco, reforça a suspeita diagnóstica, já que, mais de 50% dos RN são assintomáticos e apenas manifestam as sequelas após os três meses de idade.^{1,3}

O presente estudo pretende preencher uma lacuna do conhecimento científico em virtude de não ter sido encontrado na literatura pesquisada publicações sobre essa temática na região de saúde de Imperatriz e que os resultados poderão contribuir para a formulação de políticas voltadas para a saúde da mulher gestante e RN no intuito de prevenir a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis, como a sífilis, e posterior contaminação do feto. O objetivo principal consistiu em caracterizar o perfil epidemiológico da sífilis congênita na Região de Saúde de Imperatriz – MA, descrevendo os aspectos sociodemográficos relacionados aos casos e identificar o grupo de risco.

METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada na Região de Saúde de Imperatriz - MA, localizada na Macrorregião Sul do Estado, conforme Resolução número 44/2011, sendo composta por 16 municípios: Amarante do Maranhão, Buritirana, Campestre do Maranhão, Carolina, Davinópolis, Estreito, Governador Edison Lobão, Imperatriz, João Lisboa, Lajeado Novo, Montes Altos, Porto Franco, Ribamar Fiquene, São João do Paraíso, Senador La Rocque e Sítio Novo. O município de Imperatriz é a sede da região de saúde e referência para procedimentos de média e alta complexidade para os outros municípios da região.¹¹

O estudo é de natureza descritiva, quantitativa, com delineamento transversal, realizado com dados secundários, armazenados no Sistema de

Agravos e Notificação (SINAN), dos casos de sífilis congênita notificados durante o período de 2010 a 2019 na região de saúde de Imperatriz - MA.

A população incluída no estudo foi composta por todos os casos de sífilis congênita, independente da evolução clínica do recém-nascido, registrados na Região de Saúde de Imperatriz - MA, no período de 2010 a 2019, totalizando 778 notificações, sendo excluído casos em que a mãe não possui residência nos municípios integrantes e casos de não comprovação de sorologia positiva para sífilis congênita no RN.

As variáveis incluídas no estudo foram organizadas em maternas, que incluem; dados sociodemográficos (faixa etária, raça/cor, escolaridade, ocupação, zona e município de residência) e clínicos (pré-natal, diagnóstico, esquema de tratamento, tratamento do parceiro e município de notificação). Do recém-nascido foram incluídos dados sociodemográficos (sexo e raça/cor) e clínicos (tipo de tratamento, diagnóstico radiológico e evolução do caso). Os dados foram tabulados na planilha eletrônica Microsoft® Office Excel versão 2103 e posteriormente analisados no software Statistical Package for the Social Sciences – SPSS 20, sendo descritos pelas frequências relativas (%) e absolutas (n), e expostos na forma de gráfico e tabelas.

O cálculo da proporção foi feito nas variáveis sociodemográficas do RN, dividindo o número de casos de SC em cada subcategoria das variáveis (cor/sexo) disponíveis no SINAN, pelo número total de nascidos vivos notificados nas mesmas subcategorias no ano de 2019, disponível no TabNet Win 32 3.0. A proporção dos dados ignorados quanto a cor, não foi possível ser feito, devido à grande desproporção entre os dados banalizados no SINAN e do SINASC.

A incidência foi calculada dividindo o número de casos de sífilis congênita pelo número de nascidos vivos obtido pelo sistema TabNet Win 32 3.0, disponível no endereço <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvbr.def>. Posteriormente o resultado foi multiplicado por mil, objetivando maior facilidade de interpretação e relevância dos resultados.

A pesquisa não recebeu qualquer auxílio financeiro de instituições públicas ou privadas, sendo seus gastos eventuais pagos com recurso dos próprios pesquisadores.

O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética e Pesquisa da Plataforma Brasil, CAAE nº 21627919.0.0000.5087.

RESULTADOS

Foram estudados 778 casos confirmados de SC no período de 2010 a 2019. No Gráfico 1, se observa a incidência dos casos distribuída por ano. Dessa forma, o intervalo em estudo é caracterizado por oscilações, com menor incidência no ano de 2013 (1,2/1.000 nascidos vivos) e maior incidência em 2019, (7,1/ 1.000 nascidos vivos), com tendência de subida nos três últimos anos.

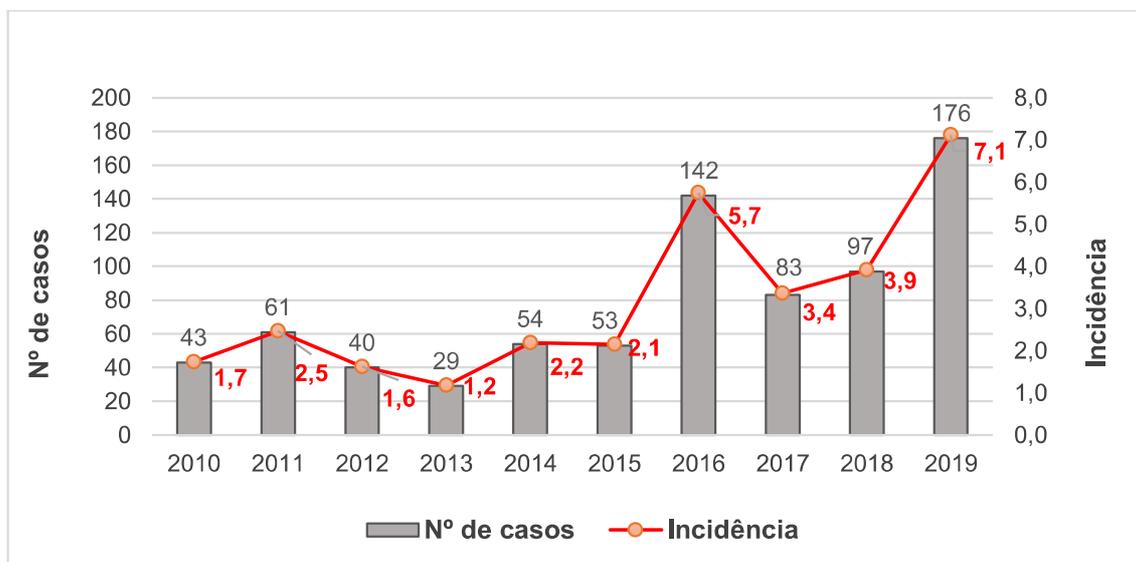


Gráfico 1. Números de casos notificados e incidência da sífilis congênita.

Com relação à mãe, a faixa etária com maior predomínio está entre os 20 e 25 anos (35,2%). A maioria é parda (86,8%), seguida da cor branca (8,1%), tendo em grande parte ocupação de dona de casa (49,3%). Quando se analisa a escolaridade, 42% das gestantes possuem ensino fundamental incompleto e apenas 0,8% possuem ensino superior. A maior parte das gestantes mora em zona urbana (91,9%), destas 61,7% residem em Imperatriz (Tabela 1).

Analisando a assistência ao pré-natal, este foi realizado em 89,7% dos casos, com taxa de omissão de 3,2% desse dado. Quanto ao momento do diagnóstico, 45,5% foram realizados durante o pré-natal, 28% no parto/curetagem e 20,2% após o parto. A notificação foi realizada, quase totalmente em Imperatriz, 97,6% (Tabela 2).

O Ministério da Saúde (MS) considera falha terapêutica, toda gestante não tratada com penicilina ou tratada com esquema incorreto/incompleto ou ainda quando o parceiro é tratado incorretamente¹. Dessa forma o estudo

revelou que 67,9% das gestantes foram incorretamente tratadas, sendo corretamente tratadas em apenas 2,7% dos casos. Avaliando o tratamento concomitante do parceiro, em 45,9% dos casos ele não foi realizado, e em 32,1% dos casos a informação foi omitida (Tabela 2).

Em relação ao RN, houve proximidade nas frequências relativas entre os sexos femininos e masculino, 49,9% e 47,8% respectivamente, havendo maior proporção de crianças pardas, 85,3%, seguida da cor branca, 7,3% (Tabela 3).

Ainda sobre o RN, levando em conta os métodos diagnósticos, a análise do líquido não foi realizada em 69,5% dos casos e em 29,1% houve banalização desse dado. Em relação ao raio x de ossos longos, exame que detecta uma das principais sequelas da doença no RN (tíbia em sabre), este não foi realizado em 51,2% dos casos, com omissão de informação em 47,7%. Quanto ao tratamento, em 56,9% dos registros a medicação de escolha foi a penicilina G cristalina, tendo sido a informação ignorada em 18,4% dos casos. Levando em conta a clínica e o desfecho, a maior parte nasceu assintomático, 55,1%, e teve-se como principal evolução, RN vivo, 89,6%, sendo registrados 27 óbitos (Tabela 4).¹

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas maternas dos casos notificados de sífilis congênita.

	N	%
Faixa etária		
13 a 19	220	28,3
20 a 25	274	35,2
26 a 30	137	17,6
Mais de 30	125	16,1
Ignorado	22	2,8
Raça/cor		
Branco	63	8,1
Preto	24	3,1
Amarelo	1	0,1
Pardo	675	86,8
Indígena	10	1,3
Ignorado	5	0,6
Escolaridade		
Analfabeto	15	1,9
Fundamental incompleto	327	42,0

Fundamental completo	115	14,8
Médio incompleto	108	13,9
Médio completo	159	20,4
Superior incompleto	8	1,0
Superior completo	6	0,8
Ignorado	40	5,1
Ocupação		
Cabeleireiro	3	0,4
Costureira	3	0,4
Dona de casa	384	49,3
Empregada doméstica	4	0,5
Estudante	49	6,3
Garçonete	2	0,3
Manicure	7	0,9
Médica Veterinária	1	0,1
Nutricionista	1	0,1
Outros	15	2,0
Professora	9	1,2
Secretária	5	0,6
Técnico em enfermagem	4	0,5
Trabalhador rural	72	9,3
Vendedora	11	1,4
Zelador	4	0,5
Ignorado	204	26,2
Zona		
Urbana	715	91,9
Rural	43	5,5
Periurbana	2	0,3
Ignorado	18	2,3
Município onde reside		
Amarante do MA	14	1,8
Buritirana	24	3,1
Campestre do MA	10	1,3
Carolina	2	0,3
Davinópolis	31	4,0
Estreito	23	3,0
Governador Edison Lobão	46	5,9
Imperatriz	480	61,7
João Lisboa	55	7,1
Montes Altos	14	1,8
Porto Franco	13	1,7
Ribamar Fiquene	15	1,9
São João do Paraíso	8	1,0
Senador La Rocque	35	4,5
Sítio Novo	8	1,0

Tabela 2. Distribuição das características da assistência clínica materna no pré-natal dos casos de sífilis congênita.

	N	%
Realizou o pré-natal		
Sim	698	89,7
Não	55	7,1
Ignorado	25	3,2

Diagnóstico de Sífilis materna		
Durante o pré-natal	354	45,5
No momento do parto/curetagem	218	28,0
Após o parto	157	20,2
Não realizado	11	1,4
Ignorado	38	4,9
Esquema tratamento		
Adequado	21	2,7
Inadequado	528	67,9
Não realizado	150	19,3
Ignorado	79	10,2
Parceiro tratado concomitantemente a gestante		
Sim	171	22,0
Não	357	45,9
Ignorado	250	32,1
Municípios de notificação	N	%
Araguaína	1	0,1
Carolina	1	0,1
Imperatriz	759	97,6
Porto Franco	16	2,1
São João do Paraíso	1	0,1

Tabela 3. Distribuição das características sociodemográficas do recém-nascido dos casos notificados de sífilis congênita.

	N	%	P(%)
Sexo da criança			
Feminino	388	49,9	7,7
Masculino	372	47,8	7,3
Ignorado	18	2,3	-
Raça/cor da criança			
Branco	57	7,3	5,4
Preto	11	1,4	6,3
Amarelo	3	0,4	21
Pardo	664	85,3	7,8
Indígena	11	1,4	3,6
Ignorado	32	4,1	34

Tabela 4. Distribuição das características da assistência clínica do recém-nascidos no pré-natal dos casos de sífilis congênita.

	N	%
Tipo de tratamento – Esquema		
Penicilina G cristalina	443	56,9
Penicilina G procaína	94	12,1
Penicilina G benzatina	36	4,6
Outro esquema	49	6,3
Não realizado	13	1,7
Ignorado	143	18,4
Evolução do caso		
Vivo	697	89,6
Óbito por sífilis congênita	8	1,0
Óbito por outras causas	9	1,2
Aborto	2	0,3
Natimorto	8	1,0
Ignorado	54	6,9
Diagnóstico clínico da criança		
Assintomático	429	55,1
Sintomático	12	1,5
Não se aplica	68	8,7
Ignorado	281	36
Teste do liquor		
Alterado	5	0,64
Sem alteração	5	0,64
Não realizado	541	69,5
Ignorado	227	29,1
Diagnóstico radiológico		
Sim	2	0,3
Não	7	0,9
Não realizado	398	51,2
Ignorado	371	47,7

DISCUSSÃO

A incidência da sífilis congênita observada no estudo revelou tendência de aumento no período em análise, com pico no ano de 2016 e 2019, que pode estar relacionado a melhorias na vigilância pela troca da gestão de saúde. Em comparação com a meta de menos de 0,5 casos/1.000 nascidos vivos, estabelecida pela OMS e OPAS, registrou-se que durante todo o período a incidência ficou muito acima do esperado, demonstrando a gravidade da doença na região e a necessidade de melhorias na prestação do serviço à saúde da gestante.^{4,6}

Considerando as características maternas, o perfil encontrado no estudo foi caracterizado por gestantes com idade entre 20 a 25 anos, seguida da faixa de 13 aos 19 anos, indicando uma preponderância de adolescentes e adultas jovens. Resultado similar foi encontrado em estudo realizado na Região

Metropolitana de Recife¹², onde foram analisados 57 casos notificados da doença, indicando preponderância de mães com idade entre 20 a 30 anos. Esse resultado pode ser explicado levando em conta o ciclo reprodutivo, já que essa população é a mais sexualmente ativa, que combinada a falta de educação preventiva na atenção básica agudiza o problema.¹⁰

Levando em conta a raça/cor da gestante, houve maior proporção de gestantes pardas seguidas de brancas. Resultados próximos, foram alcançados por estudo realizado em Rondonópolis (MT)¹³ que analisou 153 casos notificados de SC, descrevendo maioria parda (67,97%) seguida de brancas (24,84%). Esse resultado, entre outros motivos, pode estar relacionado a maior proporção de pessoas autodeclaradas pardas e brancas que correspondem respectivamente a 46,8% e 42,7% da população brasileira.¹⁴

Analisando o nível de escolaridade, comprovou-se que a maior parte das gestantes possuía o ensino fundamental incompleto, o que ganha amplitude, quando se considera que o nível de escolaridade está diretamente relacionado ao acesso e compreensão das informações além de determinante na obtenção de meios de prevenção, sendo assim um importante agravante no combate à SC.¹⁰

A principal ocupação registrada foi dona de casa, essa variável possuiu alta porcentagem de informações ignoradas, o que pode levar a uma interpretação equivocada do perfil. Sobre a zona de moradia, destaca-se a urbana, o que pode estar relacionado a urbanização da doença e desassistência da população rural. Resultados aproximados foram alcançados em estudo descritivo realizado em Caxias (MA)¹⁵, onde a principal ocupação foi dona de casa (42,9%) sendo que a omissão dessa informação foi registrada em 28,8% dos casos, além disso, a zona urbana foi descrita em 77,2% das notificações.

A cidade com maior número de residências foi Imperatriz, local também de maior número de notificações da SC, ressaltando sua relevância dentro da Região de Saúde como referência na prestação de serviços básicos, de média e alta complexidade

Dois fatores determinam o potencial de contaminação do RN pelo treponema; a fase da doença na mãe e o tempo de exposição do feto. Dessa forma, é durante o pré-natal que se pode agir precocemente, sendo

recomendada a realização da triagem com testes não treponêmicos (VDRL) na gestante durante o primeiro trimestre, 28ª semana e no momento do parto.¹⁻³

O presente estudo caracterizou um avanço nesse sentido, com uma taxa de adesão ao pré-natal de 89,7%, correspondendo quase a totalidade dos casos, todavia, isso não impediu que o feto fosse acometido pela patologia. Esse fato se explica, em parte, pelo diagnóstico tardio da doença, já que, em menos da metade dos casos, este foi obtido durante o pré-natal. Esse cenário está em consonância com um estudo nacional¹⁰, que apontou boa cobertura no acompanhamento da gestante, de 94,5%, mas quanto ao momento do diagnóstico, menos da metade foi feito durante o pré-natal (46,10%). Os dados expõem uma fragilidade quanto a triagem da gestante além de falhas no manejo clínico e consequente acometimento do concepto.

Sobre o tratamento, a maior parte das gestantes foi tratada de forma incorreta (67,9%) ou não foi tratada (19,3%). Estudo realizado em Macaé (RJ)¹⁶, que analisou 102 casos de SC, demonstrou resultado semelhante, em que, 51,96% das gestantes não foram corretamente tratadas e 10,79% não receberam tratamento. Em paralelo ao boletim epidemiológico de 2020 do Ministério da Saúde, observa-se que o problema é generalizado em todo país, onde, em 2019, 49% das gestantes foram incorretamente tratadas e 31,5% não receberam tratamento. Vários motivos podem explicar esse resultado, entre os principais cita-se, o diagnóstico tardio ou não realizados, uso de outros medicamentos que não a penicilina G benzatina ou má adesão, visto que, entre outros motivos, a administração da medicação é injetável e a dor se torna um fator de resistência.^{1,17}

Quanto ao tratamento do parceiro, foi verificado um grande número de não tratados, além de alta taxa de omissão dessa informação, cenário que também corrobora com estudo realizado em Caxias, no qual em 59,1% dos casos, o parceiro não foi tratado, entretanto, obteve-se menor taxa de omissão da informação, 16,1%. Entre as explicações está a ausência ou inadequada conduta do profissional de saúde frente ao acompanhamento integral de cada paciente, além de fatores sociais que limitam o acesso a informações básicas, como escolaridade e renda. Soma-se a isso, a cultura de que a gestação é responsabilidade da mulher, além do “fator dor”, implicado no tratamento com

penicilina. Esse cenário, expõe uma debilidade no atendimento primário, além de ser umas das principais formas de reinfecção da gestante.^{12,15}

Considerando os dados do recém-nascidos, quanto a raça e o sexo, encontrou -se que, a maior proporção foi de pardos, seguida de brancos, com discreto predomínio do sexo feminino em relação ao masculino. Comparado ao estudo realizado em Cascavel (PR)¹⁸, foram obtidos resultados opostos, sendo o sexo masculino mais acometido (59,18%) e havendo preponderância da cor branca (71,4%). Todavia, tomando a proporção dos casos em relação a população de cada grupo de raça/cor, 21% dos RN registrados como amarelos nasceram com sífilis congênita, o que pode se relacionar o reduzido numero de amarelos nascidos no período do estudo (14). Já a cor preta, apresenta a terceira maior proporção, 6,3%, confirmando a estimativa de maior acometimento de RN pretos filho de mãe parda.⁵

acometimento do sistema nervoso é uma das mais graves manifestações da doença no RN, preconiza-se a análise do líquido sempre que houver forte suspeita clínica e epidemiológica de neurosífilis.¹ Dessa forma, foi descrito nos resultados, que na maior parte das notificações o exame não foi realizado ou seu registro foi ignorado nas notificações. Estudo realizado em Santos¹⁹, revelou resultados semelhantes, indicando que 27,59% dos casos o exame não foi realizado e em 70,69% a informação foi ignorada. Entre as razões que podem justificar essa deficiência na aplicação do exame, está a maior proporção de crianças assintomáticas, com reduzida suspeita de acometimento de SNC, disponibilidade do exame no local do nascimento e insegurança do profissional em realizar o exame.¹⁹

Sobre o raio x, o presente estudo apontou, que em 51,2% dos RN o exame não foi realizado, e em 47,7% houve omissão dessa informação. Esse cenário contrasta com os resultados do estudo em Cascavel, que também considerou a realização do raio x um importante marcador diagnóstico, apontando que em 32,65% dos casos, o exame não foi realizado e em apenas 4,8% houve omissão dessa informação.¹⁸ Esse resultado vem confirmar a estatística de que 30% dos profissionais de saúde desconhecem a importância do manejo correto da patologia, que entre outros aspectos contempla a busca ativa do diagnóstico e notificação.³

Sobre o tratamento do concepto, no caso de líquido positivo ou na ausência desse exame, este é feito com penicilina G cristalina para cobrir neurosífilis.¹ Dessa forma, foi o medicamento de escolha em 56,9% dos casos, com segunda opção sendo penicilina G procaína. Resultados próximos, foram encontrados no estudo feito em Maringá (PR)²⁰, onde 18,45% dos RN foram tratados com penicilina G cristalina e 8,74% com a procaína, todavia nesse mesmo estudo, 45,63% dos recém-nascidos não realizaram tratamento algum, o que, em contradição, difere dos resultados encontrados na atual pesquisa que foi apenas 1,7% de não tratados, acarretando melhorias sobre o desfecho dos casos. Entre os motivos que se relacionam ao uso preferencial da penicilina G cristalina, cita-se a indisponibilidade de análise do líquido e a incerteza do profissional quanto ao acometimento do sistema nervoso, optando pelo tratamento para evitar sequelas mais graves.

Quanto à evolução clínica, a pesquisa apontou para um bom manejo do RN em relação ao diagnóstico e tratamento, com desfecho de RN vivo na maior parte dos casos, sendo que desfechos que culminaram com o óbito somaram 3,5%. Esse resultado se insere na tendência nacional divulgada no último boletim epidemiológico, que registrou RN vivo em 88,8% dos casos e desfecho desfavorável em apenas 8,1%.⁹ Dentre os motivos que podem incidir sobre a redução do número de óbitos, podem ser citados programas governamentais que atuam precocemente sobre a detecção e tratamento da doença e que são preconizados na Rede Cegonha, uma estratégia e ferramenta importante do SUS, com foco na redução da mortalidade materno-infantil.³

Quanto ao não preenchimento da ficha de notificação, a pesquisa revelou que a omissão variou de um dado para outro, chamando atenção para o despreparo do setor de vigilância. Dessa forma, analisando a informação referente ao momento do diagnóstico da doença na gestante, obteve-se porcentagem de dados ignorados de 4,9%, número que se aproximou dos resultados encontrados em estudo realizado a nível nacional¹⁰, que demonstrou banalização da mesma variável na ordem de 4,8%. Todavia, outras variáveis apresentaram frequências relativas elevadas quanto a omissão, como o tratamento do parceiro, onde a quantidade de dados omissos chegou a 32,1%, abrindo espaço para indicação de melhorias na qualidade e não seletividade durante a notificação.

CONCLUSÃO

A SC persiste como um grave problema de saúde pública na região de saúde de Imperatriz, onde a incidência apresentou tendência de aumento no período de 2010 a 2019. Essa realidade gera preocupação, uma vez que, esta doença pode ser prevenida, diagnosticada e tratada com facilidade e baixo custo, sendo, portanto, um parâmetro importante para avaliação da qualidade do serviço prestado à gestante durante o pré-natal.

Dessa forma, são fundamentais, ações de saúde que objetivem a redução dos casos, sendo o perfil epidemiológico vital para a melhor compreensão da relação entre doença e população. O Sistema de Agravos e Notificações (SINAN), é a principal ferramenta de armazenamento de dados, que podem ser processados e analisados, gerando informações úteis para gestores e profissionais da saúde. Todavia, ressalta-se que este estudo encontrou muitos dados ignorados, o que impede uma compreensão mais fiel do perfil, sendo necessária a melhor capacitação do profissional sobre a importância de contribuir com o setor de vigilância.

Constituiu-se como grupo de risco, o perfil foi formado por mães jovens, donas de casa, pardas e ensino fundamental incompleto. A maior parte realizou o pré-natal, mas não foram manejadas de forma correta, assim como o parceiro, não evitando, portanto, a contaminação do RN. Sobre o RN, a maior parte são pardos, de sexo feminino, com rastreio da doença incompleto, mas a maioria foi tratada de forma eficaz, a maioria assintomático, com desfecho vivo na maior parte dos casos. Assim, o estudo encontrou correspondência na literatura acerca das características que estão relacionadas a incidência elevada de SC, como baixo nível educacional, trabalho pouco remunerado e filhos de mãe parda.

Os resultados dessa pesquisa reforçam a necessidade de haver enfrentamento dessa realidade, através do fortalecimento da Atenção Primária especialmente durante o pré-natal com qualificação e capacitação dos profissionais para a prevenção, com ações de educação em saúde, orientadas para o diagnóstico precoce e tratamento efetivo, contribuindo assim, para redução efetiva dos casos de SC na região de saúde de Imperatriz.

REFERÊNCIAS

1. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. [cited 2021 Apr 13]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>
2. Boschetti G, Krümel C, Pimentel Hernandez C. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. 2013 [cited 2021 Apr 13]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/291392911>
3. Oliveira EM de, Peres ML do AHS, Ferreira WF da S. SÍFILIS CONGÊNITA: UMA PROBLEMÁTICA EM SAÚDE PÚBLICA. Rev DA Univ Val DO RIO VERDE [Internet]. 2019 Apr 2 [cited 2021 Apr 13];17(1):1. Available from: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/4636>
4. Cooper JM, Michelow IC, Wozniak PS, Sánchez PJ. In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil – More progress needed! Rev Paul Pediatr (English Ed [Internet]. 2016 Sep [cited 2021 Apr 13];34(3):251–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.06.004>
5. Reis GJ dos, Barcellos C, Pedroso M de M, Xavier DR. Diferenciais intraurbanos da sífilis congênita: análise preditiva por bairros do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2018 Sep 6 [cited 2021 Apr 13];34(9):e00105517. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000905010&lng=pt&tlng=pt
6. Enhanced Reader [Internet]. [cited 2021 Apr 13]. Available from: <moz-extension://8d9d4191-a6b6-48ca-b52e-c693367f6fa9/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Firis.paho.org%2Fbitstream%2Fhandle%2F10665.2%2F34233%2FCSP28-INF-3-D-s.pdf%3Fsequence%3D18>
7. Boletim Epidemiológico de Sífilis - 2017 | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. [cited 2021 Apr 13]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>
8. Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. [cited 2021 Apr 13]. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/agenda-de-acoes-estrategicas-para-reducao-da-sifilis-no-brasil>
9. Boletim Sífilis 2020 especial.indd | Enhanced Reader [Internet]. [cited 2021 Apr 13]. Available from: <moz-extension://8d9d4191-a6b6-48ca-b52e-c693367f6fa9/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.gov.br%2Fsaude%2Fpt-br%2Fmedia%2Fpdf%2F2020%2Foutubro%2F29%2FBoletimSifilis2020especial.pdf>
10. Bottura BR, Matuda L, Rodrigues PSS, Amaral CMCA do, Barbosa LG. Perfil epidemiológico da sífilis gestacional e congênita no Brasil – período de 2007 a 2016 / Epidemiological profile of gestational and congenital

- syphilis in Brazil – from 2007 to 2016. *Arq Médicos dos Hosp e da Fac Ciências Médicas da St Casa São Paulo* [Internet]. 2019 Jun 17 [cited 2021 Apr 13];64(2):69. Available from: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2019.64.2.069>
11. Enhanced Reader [Internet]. [cited 2021 Apr 13]. Available from: moz-extension://8d9d4191-a6b6-48ca-b52e-c693367f6fa9/enhanced-reader.html?openApp&pdf=https%3A%2F%2Fwww.mpma.mp.br%2Fquivos%2FCOCOM%2Farquivos%2FRESOLUCAO_CIBMA_44_2011.pdf
 12. Perfil epidemiológico da sífilis congênita | *Rev. enferm. UFPE on line*;13(3): 604-613, mar. 2019. | BDEFN [Internet]. [cited 2021 Apr 13]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1015510>
 13. Perfil dos casos de sífilis congênita em um município do sul de Mato Grosso / Profile of the cases of syphilis in a municipality the south of Mato Grosso / Perfil de los casos de sífilis en un municipio del sur de Mato Grosso | Vieira Gimenes Silva | *JOURNAL HEALTH NPEPS* [Internet]. [cited 2021 Apr 13]. Available from: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/2656>
 14. Cor ou raça | *Educa | Jovens - IBGE* [Internet]. [cited 2021 Apr 19]. Available from: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18319-cor-ou-raca.html#:~:text=De acordo com dados da,1%25 como amarelos ou indígenas.>
 15. Conceição HN da, Câmara JT, Pereira BM. Análise epidemiológica e espacial dos casos de sífilis gestacional e congênita. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019 Oct 9 [cited 2021 Apr 13];43(123):1145–58. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000401145&tlng=pt
 16. Análise epidemiológica de casos notificados de sífilis | *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica* [Internet]. [cited 2021 Apr 13]. Available from: <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/339>
 17. Osawa Vasconcelos MI, Carneiro de Oliveira KM, Rodrigues Magalhães AH, Guimarães RX, Carneiro Linhares M do S, de Oliveira Queiroz MV, et al. Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. *Rev Bras em promoção da Saúde* [Internet]. 2016 Dec 30 [cited 2021 Apr 13];29(sup):85–92. Available from: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6409>
 18. Cardoso A, Griep, Rubens. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE CASCAVEL/PR NO ANO DE 2015 [Internet]. Vol. 7, *Revista Thêma et Scientia*. 2017 [cited 2021 Apr 13]. Available from: <http://www.themaetscientia.fag.edu.br/index.php/RTES/article/view/501>
 19. Tonolli D, Tonolli DM, Jacobsen P de C, Trida TL, Lopes VJK, Sargaço VM, et al. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA CIDADE DE SANTOS. *UNILUS Ensino e Pesqui* [Internet]. 2018 May 31 [cited 2021 Apr 25];15(38):124–41. Available from: <http://revista.unilus.edu.br/index.php/ruep/article/view/964>
 20. Dalla Costa Favero ML, Ribas KAW, Dalla Costa MC, Bonafe SM. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. *Arq Ciências da Saúde* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2021 Apr 13];26(1):2. Available from: <https://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/1137>

ANEXO 1**COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DO COLEGIADO****MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO****DESPACHO Nº 692 / 2021 - CCMi (24.12)****Nº do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO****São Luís-MA, 09 de Março de 2021**

O referido projeto foi aprovado em reunião do colegiado que aconteceu em Março de 2021.

Atenciosamente.

(Assinado digitalmente em 09/03/2021 15:33)

ANTONIO COSTA MENDES

ASSISTENTE EM ADMINISTRAÇÃO

Matricula: 3026303

Para verificar a autenticidade deste documento entre em <https://sipac.ufma.br/documentos/> informando seu número, ano, tipo, data de emissão e o código de verificação: **b44dd6cdb2**

RECORTE DA REVISTA E NORMAS DE SUBMISSÃO

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção

Santa Cruz Hospital Epidemiology Center and graduate program in Health Promotion Journal – Universidade de Santa Cruz do Sul. Journal of Epidemiology and Infection Control is classified as B2 Qualis CAPES.



Diretrizes do autor

A submissão de artigos poderá ser em **português, inglês ou espanhol** e poderá ser aceita a critério do Conselho Editorial. Os textos devem ser originais e não podem ter submissão simultânea a outras revistas. Os autores têm a responsabilidade de declarar conflitos de interesses financeiros e outros, bem como de agradecer a todo apoio financeiro para o estudo. Os manuscritos redigidos em português ou espanhol devem ser traduzidos para o inglês em sua versão **final**. As taxas de tradução são de responsabilidade dos autores, de acordo com o termo de compromisso de tradução. Os artigos publicados serão de responsabilidade exclusiva dos autores. A Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção não cobra taxas durante o processo de submissão ou publicação, sendo um veículo científico que apóia totalmente a política de Acesso Aberto.

Os manuscritos recebidos pelo RECI são submetidos à ferramenta de comparação de texto Similarity Check, da iThenticate. A revista condena práticas antiéticas e parte da premissa de que os autores garantem a originalidade do documento e quando utilizam informações de outros autores de que sejam citadas e referenciadas corretamente. Portanto, é possível que os autores recebam dúvidas durante o processo de avaliação do trabalho submetido, referentes às possíveis não conformidades indicadas pela ferramenta utilizada. Se as más práticas forem confirmadas, o (s) autor (es) envolvido (s) receberão o aviso de rejeição e arquivamento da obra.

Devido à importância da identificação precisa dos autores, o Journal of Epidemiology and Infection Control solicita que os autores do RECI incluam o **ORCID** em seus metadados no momento da submissão do manuscrito. Esse identificador individualiza o pesquisador, distinguindo um do outro e ao

mesmo tempo evitando problemas com ambigüidades nas entradas e grafias do mesmo nome. Outra característica importante é que é irrestrito e permite a troca de metadados. Usando um ID ORCID, os pesquisadores são conectados com suas atividades, resultados de pesquisa, publicações e afiliações.

O registro do ORCID pode ser obtido gratuitamente no site <http://orcid.org>.

Sugerimos que o (s) autor (es) revisem a lista de verificação abaixo antes de enviar seu artigo:

- [Lista de verificação CONSORT](#) e fluxograma para artigos controlados e randomizados.
- [Lista de verificação STARD](#) e fluxograma para estudos de precisão diagnóstica.
- [Lista de verificação MOOSE](#) e fluxograma para meta-análise.
- [Lista de verificação e fluxograma PRISMA](#) para revisões sistemáticas.
- [Lista de verificação STROBE](#) para estudos observacionais em epidemiologia.
- [Lista de verificação RATS](#) para estudos qualitativos.

Política de registro de revisões sistemáticas e testes clínicos

O Journal of Epidemiology and Infection Control apóia as políticas de registro de estudos clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) e reconhece a importância de tais iniciativas para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos randomizados com acesso. Assim, desde 2011, os manuscritos de ensaios clínicos só são aceitos para publicação se tiverem recebido um número de identificação de um dos registros de ensaios clínicos (as opções estão em <http://www.icmje.org>) O número de identificação deve ser informado ao final do resumo. Artigos que descrevem revisões sistemáticas devem fornecer o número de registro do protocolo no banco de dados PROSPERO. Os autores de ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas devem, portanto, registrar seus estudos antes de enviá-los para publicação no

formato e preparação do manuscrito

do Journal of Epidemiology and Infection Control **1. Folha de rosto (envie na seção de arquivos suplementares)**

[Clique aqui para fazer o download: Folha de rosto exemplo](#)
[Clique aqui para fazer o download: Nomeação de Avaliadores Ad Hoc](#)

Título: O título do artigo deve ser curto, claro e conciso para facilitar sua classificação. Deve ser redigido em português, inglês e espanhol.

Autor (es): Nome (s) completo (s) do (s) autor (es), afiliação, currículos no sistema

Lattes e ORCID de cada autor. O autor para correspondência deve informar endereço, telefone e e-mail.
Ex: Joana da Silva¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, RS, Brasil

* Devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

* A revista é baseada nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve ser baseado em uma contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e desenho 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. Seja responsável por todos os aspectos do trabalho para garantir a precisão e integridade de qualquer parte do trabalho. Essas quatro condições devem ser totalmente atendidas.

Filiação: Endereço postal completo (logradouro, cidade, CEP) da instituição que cada autor representa.

2-

Título dos itens em texto completo

O título do manuscrito deve ser curto, claro e conciso para facilitar a classificação. Deve ser enviado em português e inglês.

Resumo em português

Artigos originais: deve conter no máximo 250 palavras e deve ter um **formato estruturado**, contendo as seguintes seções: Antecedentes e Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão.

Artigos de revisão: devem conter no máximo 250 palavras, destacando Antecedentes e Objetivos, Conteúdo e Conclusão.

Descritores (palavras-chave)

Para todos os artigos, indique de **três a cinco** descritores. Recomenda-se selecionar descritores do **DeCS (Descritores em Ciências da Saúde da Bireme)** disponíveis em <http://decs.bvs.br/>. O DeCS foi criado para padronizar uma linguagem única para indexação e recuperação de artigos científicos.

Resumo

Artigos originais: **versão fiel do resumo**, redigido em inglês, com no máximo 250 palavras e formato estruturado contendo as seguintes seções: Antecedentes e Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão.

Artigos de revisão: **versão fiel do resumo**, redigido em inglês com no máximo 250 palavras, destacando as seguintes seções: Antecedentes e Objetivos, Conteúdo e Conclusão.

Palavras-chave

Para todos os artigos, indique **três a cinco descritores**, utilizando a versão em inglês dos descritores utilizados no Resumo em português; recomenda-se selecionar descritores do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde da Bireme) disponíveis em <http://decs.bvs.br/>.

Texto

ARTIGOS ORIGINAIS: deve ser dividido nas seguintes seções: Introdução,

incluir "no prelo", indicando a revista e o ano. Comunicações pessoais não são aceitas. **A EXATIDÃO DAS REFERÊNCIAS CONTIDAS NA LISTAGEM E SUA CITAÇÃO ADEQUADA NO TEXTO SÃO DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DOS AUTORES.** Veja abaixo alguns exemplos:

artigos de jornal

1. Posma DM, Bill D, Parker RJ, et al. Marcadores cardíacos: situação atual e futura. *Curr Probl Cardiol*1999; 24 (2): 341-420.
2. Maron KJ, Proud I, Krev B. Hypertrophic cardiomyopathy. *Ann Intern Med* 1996; 124 (4): 980-3.

- Problema com suplemento

3. Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, et al. Prevenção do tromboembolismo venoso: a Sétima Conferência ACCP. *Chest* 2004; 126 (Suppl 3): 338S-40.

- Número com suplemento

4. Malta DC, Leal MC, Costa MFL, Morais Neto OL. Inquéritos nacionais de saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Rev Bras Epidemiol* 2008 mai 11 (2 Supl 1): 159-67.

- No prelo

5. Freitas LRS, Garcia LP. Evolução da prevalência do diabetes e diabetes associado à hipertensão arterial no Brasil: análise das pesquisas nacionais por amostra de domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol Serv Saude* In press 2012.

Livros

6. Doyle AC, (editor). *Mistérios biológicos resolvidos*, 2ª ed. Londres: Science Press; 1991. p. 5-9.

- Autoria Institucional

7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de vigilância epidemiológica*. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009
8. Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral (Mato Grosso). *Informativo populacional e econômico de Mato Grosso: 2008*. Cuiabá: Secretaria de Estado de Planejamento e Coordenação Geral; 2008

- capítulos de livros

- Quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro.
9. Lachmann B, van Daal GJ. Síndrome da dificuldade respiratória do adulto: modelos animais, In: Robertson B, van Golde LMG, (editores). Tensoativo pulmonar. 2ª ed. Amsterdã: Elsevier; 1992. p. 635-63
- Quando o autor do livro não é o mesmo do capítulo.
10. Löwy I. Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. Capítulo 5, Estilos de controle: mosquitos, vírus e humanos; p. 249-315.

Anais *do* *Congresso*
- Publicações em livros.

11. Samad SA, Silva EMK. Perdas de vacinas: razões e prevalência em quatro unidades federadas do Brasil. In: Anais da 11ª Expoepi: Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças; 2011 31 out - 3 nov; Brasília, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 142

- Publicações em periódicos

12. Oliveira DMC, Montoni V. Situação epidemiológica da leishmaniose visceral no Estado de Alagoas - 2002. In: 19ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Doença de Chagas; 7ª Reunião Anual de Pesquisa Aplicada em Leishmanioses. 2003 out 24-26; Uberaba. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Medicina Tropical; 2003. p. 21-2. (Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 36, supl. 2).

Decretos e Leis

13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 12 fev 2009; Seção 1:37.
14. Brasil. Casa Civil. Lei nº 9.431, de 6 de janeiro de 1997. Decreta a obrigatoriedade do Programa de Controle de Infecção Hospitalar em todos os hospitais brasileiros. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 1997 jan 7; Seção 1: 165.

Documentos eletrônicos

15. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2012 fev 5]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>

16. Malta DC, Morais Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saude* [Internet]. 2011 dez [citado 2012 fev 6]; 20 (4): 93-107.

Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>
Teses e dissertações

17. Waldman EA. Vigilância epidemiológica como prática de saúde pública [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1991.
18. Daufenbach LZ. Morbidade hospitalar por causas relacionadas à influenza em idosos no Brasil, 1992 a 2006: situação atual, tendências e impacto da vacinação [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2008

Artigo com errata publicada:

19. Síndrome abdominal compartimental. *Rev Bras Clin Med* 2009; 7 (5): 313-321. [errata em: *Rev Bras Clin Med* 2009; 7 (6): 360].

Tabelas *e figuras:*

Sua citação no texto é obrigatória. Os seguintes itens devem ser listados em ordem sequencial numérica: gráficos, figuras, tabelas e gráficos em algarismos arábicos. Devem conter título e legenda resumidos e, no caso de figuras, a legenda deve ser colocada abaixo das mesmas. O título das tabelas, gráficos e quadros deve ser colocado acima deles. Use fotografias coloridas sempre que possível. O mesmo resultado não deve ser expresso por mais de um tipo de ilustração. Símbolos gráficos e siglas utilizados em tabelas ou gráficos devem ter sua correlação mencionada no rodapé. A boa qualidade dos quadros e gráficos é da responsabilidade dos autores. As porcentagens tanto nas tabelas quanto no texto devem ter até duas casas decimais após a vírgula.

Uso de recursos digitais:

Textos em formato doc (padrão Winword); gráficos de barras e linhas devem ser enviados em formato doc, fotos ou outras ilustrações devem ser digitalizadas com resolução mínima de 300 DPI em formato doc. **Todos os gráficos e figuras devem ser obrigatoriamente incluídos no texto.** Os títulos e legendas das ilustrações devem estar devidamente numerados e devem estar no arquivo do texto. Cópias ou reproduções de outras publicações serão permitidas somente com permissão expressa do editor ou do autor do artigo original.

Termo de consentimento livre e esclarecido (FICF):

Os pacientes têm direito à privacidade que não deve ser violada sem consentimento livre e informado. Qualquer informação de identificação, incluindo iniciais do nome do paciente, número de registro hospitalar, não deve ser publicada por meio de descrições no texto, fotografias ou qualquer outro tipo de informação, a menos que seja essencial para fins científicos e o paciente (ou responsável) forneça o TCLE assinado para publicação. O FICF para esse fim exige que o paciente veja o manuscrito que será publicado.

Considerações éticas

Ao relatar experimentos em seres humanos, indique se os procedimentos

seguidos estão de acordo com os padrões éticos da Comissão responsável pela experimentação em humanos (institucional ou regional) e com as recomendações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Registro de ensaio clínico:

Os ensaios clínicos devem ser registrados de acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) disponíveis em www.who.int/ictcp/en/. A OMS considera ensaios clínicos, incluindo ensaios preliminares (fase I), qualquer estudo com recrutamento prospectivo de sujeitos de pesquisa para serem submetidos a intervenções relacionadas à saúde (medicamentos, procedimentos cirúrgicos, dispositivos, tratamentos comportamentais, dietas, mudanças nos cuidados de saúde) com o objetivo de avaliar os efeitos nos desfechos clínicos (qualquer variável biomédica ou relacionada à saúde, incluindo medidas farmacocinéticas e efeitos adversos). O RECI reserva-se o direito de não publicar estudos clínicos que não cumpram estes e outros padrões éticos determinados por diretrizes internacionais.

Uso de siglas:

Siglas com até três letras devem ser escritas em maiúsculas (por exemplo, DOU; USP; OIT). Quando aparecem pela primeira vez no texto, as siglas desconhecidas devem ser escritas por extenso, seguidas da abreviatura entre parênteses.

Acrônimos e abreviações consistindo apenas de consoantes devem ser escritos em letras maiúsculas. Siglas com quatro ou mais letras são escritas em maiúsculas, se cada uma for pronunciada separadamente (por exemplo, BNDES; INSS; IBGE). Siglas com quatro ou mais letras que formem uma palavra, ou que incluam vogais e consoantes, devem ser escritas apenas com uma letra maiúscula (ex: Funasa; Datasus; Sinan). Siglas que incluam letras maiúsculas e minúsculas devem ser originalmente escritas da forma como foram criadas (por exemplo, CNPq; UNB).

Para siglas estrangeiras, recomendamos a utilização da tradução correspondente em português, caso seja amplamente aceita; ou utilizando a forma original destacada em itálico, se não houver termo correspondente em português, embora o nome completo - em português - não corresponda à sigla. (por exemplo, OMS = Organização Mundial da Saúde, UNESCO = UNESCO; MRPII = Planejamento de Recursos de Fabricação). Algumas siglas popularizadas pela mídia, ganharam um significado próprio; É o caso da AIDS = síndrome da imunodeficiência adquirida, que o Ministério da Saúde recomenda que seja usada em seus documentos e reproduzida como o nome da doença, **aids**, em letras minúsculas, portanto. (Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Manual de edição e produção visual da Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Funasa, 2004. 272p.)

LISTA DE VERIFICAÇÃO

Como parte do processo de submissão, os autores devem verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados abaixo. Os trabalhos que não cumprirem as regras serão devolvidos aos autores.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por qualquer outro periódico; caso contrário, deve ser justificado na seção "Comentários ao Editor".

2. O arquivo de envio está no formato .doc (desde que não ultrapasse 10 MB).
3. Todos os endereços da Internet (URLs) citados no texto (Ex: <http://www.ibict.br>) estão ativados e prontos para serem clicados.
4. O texto está em espaço simples; usa uma fonte de tamanho 12; emprega itálico, em vez de sublinhado (exceto com endereços de URL); possui figuras e tabelas inseridas no texto, não no final.
5. O texto segue o estilo e os requisitos bibliográficos descritos nas Diretrizes para Autor, na seção "Sobre" do site da revista RECI.
6. A identificação da autoria deste trabalho foi retirada do arquivo e da opção Propriedades no Word, garantindo assim o critério de confidencialidade da revista, se submetida à revisão por pares (ex .: artigos), conforme instruções disponíveis na seção Garantir uma Revisão por Pares Cegos .

ANÁLISE E ACEITAÇÃO DOS MANUSCRITOS

1st - Os manuscritos são submetidos apenas por registrar no local: <http://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/index>.

Todos os autores e afiliações devem estar corretamente identificados no sistema no momento da submissão. Após a submissão no sistema RECI, o manuscrito passa por uma primeira revisão e estará sujeito a pequenas correções ou modificações de padronização editorial, que não alteram o estilo do autor. Nesta etapa, serão solicitadas as Declarações de Originalidade, Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais. Quando alterações são necessárias, o manuscrito é enviado ao autor para as modificações necessárias. Depois de feitas as alterações, ele deve ser devolvido pelo sistema; caso contrário, o processo de submissão será finalizado e o manuscrito arquivado. Quando os manuscritos não forem aceitos, eles serão devolvidos com as justificativas do editor.

2nd - Se aprovado sem correções ou após a realização de alterações, o artigo é encaminhado para avaliação por pares. Caso o avaliador solicite alterações, será enviado ao autor um relatório com sugestões de correção. Os autores devem fornecer todas as informações e correções solicitadas, as quais devem ser marcadas no texto, utilizando fontes de cores diferentes para as marcações das alterações, de forma que as alterações fiquem evidentes no texto.

3^o - A versão corrigida passa por nova avaliação do conselho editorial, onde novos ajustes podem ser necessários. Caso o artigo não requeira modificações dos revisores, a aceitação é comunicada. Se todas as alterações não forem atendidas, o manuscrito é enviado de volta ao autor com os pedidos. Em caso de nova devolução sem as devidas correções, o manuscrito é arquivado.

4^o - Após a aceitação do artigo para a edição de texto. Será o último momento para grandes alterações. O prazo para avaliação da edição do texto do editor é de 10 dias.

5^o - Depois do autor retorna com a versão devidamente revista, o autor receberá a versão para tradução e **um lista de revisores indicados pela RECI para realizar a REVISÃO TÉCNICA da língua português / inglês / espanhol de**

todo o texto, e também providenciar a tradução do texto completo em inglês (caso o texto não seja em inglês). A devolução do manuscrito revisado e traduzido deve ser anexada ao sistema, juntamente com o certificado emitido pelo revisor (em documentos complementares), comprovando sua revisão, no prazo de 25 dias. É responsabilidade da autoria assumir os honorários desta revisão. O não cumprimento deste requisito fará com que o manuscrito seja arquivado.

6 ° - Uma vez que a versão revista é recebido, o trabalho será publicado e publicou no sistema como um “artigo na imprensa”.

7 ° -Após a correção da edição do texto, o artigo será encaminhado para a seção Layout e devolvido ao autor para revisão, neste momento só é possível registrar erros tipográficos e de layout.

8 ° - Depois de ler as provas e ajustes devidos, o artigo em sua versão final é publicada na revista.

DECLARAÇÕES	EXIGIDAS	PARA	PUBLICAÇÃO
Algumas declarações	são exigidas	antes da	publicação.
Transferência	de	direitos	autorais
Declaração	de		Responsabilidade
Declaração	de		Originalidade

Copyright

A submissão de manuscritos à revista implica na transferência dos direitos autorais pelos autores das versões impressa e digital do manuscrito. Os direitos autorais dos artigos publicados são do autor, cabendo à revista o direito da primeira publicação. Os autores só podem usar os mesmos resultados em outras publicações após indicar claramente a revista como meio da publicação original. Por ser um periódico de acesso aberto, permitimos o uso gratuito de artigos em aplicações educacionais e científicas, desde que citada a fonte.

ITENS A SEREM AVALIADOS PELOS CONSULTORES AD HOC

-	Formatação	de	texto
-	Metodologia		aplicada
-	Linguagem	e	redação
-	Domínio	do	conteúdo
-	Testes		Qualidade analíticos
-			Legibilidade
-			Originalidade
-	Relevância		científica
-	Revisão	da	literatura

Lista de verificação de preparação de envio

Como parte do processo de submissão, os autores são solicitados a verificar a conformidade de sua submissão com todos os itens a seguir, e as submissões podem ser devolvidas aos autores que não cumprirem essas diretrizes.

1. A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outro periódico; caso contrário, justifique em "Comentários ao Editor".
2. O arquivo para envio está no formato .doc (não pode exceder 10 MB).
3. Todos os endereços de páginas da web (URLs), incluídos no texto (Ex.: [Http://www.ibict.br](http://www.ibict.br)) estão ativos e prontos para clicar.
4. O texto está em espaço simples no resumo e 1,5 no corpo do trabalho; usa uma fonte de 12 pontos; usa itálico em vez de sublinhado (exceto endereços de URL); com figuras e tabelas inseridas no texto, e não no final.
5. O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos nas Diretrizes para Autores, na seção "Sobre" da RECI./submissions#authorGuidelines "> seção Diretrizes para Autores, na seção Sobre a Revista.
6. A identificação da autoria deste trabalho foi retirada do arquivo e da opção Propriedades do Word, garantindo assim o critério de sigilo da revista, se submetida à revisão por pares (por exemplo, artigos), conforme instruções disponíveis em Garantir a revisão por pares cegos.
7. Os metadados devem ser incluídos corretamente no sistema. Não havendo pendências em relação ao autor da submissão e aos demais colaboradores.
8. O autor tem a responsabilidade de incluir, como documento complementar: a declaração da comissão de ética reconhecida pelo CNS - Conselho Nacional de Saúde - para estudos de experimentação humana e animal, Declaração de Originalidade, Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais, Termo de Tradução Compromisso , e, arquivo word com indicação de 3 avaliadores Ah Hoc. (disponível para download na página da revista).
9. O título, resumo e palavras-chave devem vir com suas equivalências em espanhol, português e inglês.
10. O (s) autor (es) informaram seu (s) registro (s) ORCID nos metadados de submissão, lembrando que deve estar em "modo público" na página original para possível acesso.

QUALIS DA REVISTA**Periódicos**

ISSN	Título	Área de Avaliação	Classificação
2238-3360	REVISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO	INTERDISCIPLINAR	B2

PARECER DE APROVAÇÃO EM COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NA REGIÃO DE SAÚDE DE IMPERATRIZ - MARANHÃO

Pesquisador: antonia iracilda e silva viana

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21627919.0.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.689.879

Apresentação do Projeto:

A sífilis congênita é uma doença infectocontagiosa transmitida por via transplacentária do *Treponema pallidum*, provocando inúmeras manifestações clínicas no conceito como deformidades ósseas, lesões cutâneas, danos a órgãos como fígado, baço, rins e outros, além de baixo peso, prematuridade e morte. No Maranhão, no período de 2009 a 2013 foram notificados e confirmados cerca de 666 casos de sífilis congênita, sendo Imperatriz a segunda cidade a apresentar o maior número de casos (19,3%), atrás apenas da capital, São Luís, (23%), sendo o perfil caracterizado por gestantes jovens, negras ou pardas, com baixa escolaridade e sem tratamento do parceiro em 79,77% dos casos. Dado importante é a alta taxa de realização do pré-natal (84,54% dos casos), mas que não evitou o aumento das taxas de contaminação, apontando falhas na realização do diagnóstico e tratamento. A pesquisa definirá o perfil da população acometida, dando base para futuras intervenções na área, dessa forma objetivase, caracterizar socioculturalmente o perfil de risco, quanto as variáveis disponíveis na ficha de notificação da sífilis congênita armazenadas no Sinan, além de analisar o número de dados banalizados por profissionais da saúde. Para isso, serão analisados dados de todos os casos notificados no período de 2010 a 2019, sendo excluídos todos em que não foi realizada sorologia no recém-nascido ou que o pré-natal não foi realizado em Imperatriz, posteriormente os dados serão tabelados e analisados através do programa SSP (versão 23) e apresentado em forma de gráficos e tabelas organizados em programas mais adequados escolhidos posteriormente. Espera-se que os fatores

Ativar
Acesse

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SÃO LUÍS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 3.689.679

de risco se relacionem à baixa escolaridade, mãe entre 20 a 29 anos, mãe de cor parda, sendo a maioria de procedência das cidades vizinhas, parceiros não tratados, com maioria dos diagnósticos realizados durante o pré-natal e número de omissão de informação elevado, maiores que a média nacional, além de confirmar a relação entre o perfil epidemiológico e o número de casos notificados (GUIMARÃES et al, 2018)

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Traçar o perfil epidemiológico da sífilis congênita na região de saúde de Imperatriz – MA.

Objetivo Secundário:

Descrever os aspectos sociodemográficos relacionados aos casos de sífilis congênita na região de saúde de Imperatriz – MA.

Identificar o grupo de risco, quanto ao perfil clínico e epidemiológico, exposto a sífilis congênita.

Apresentar o número de casos de sífilis congênita notificados por município da região de saúde de Imperatriz – MA.

Analisar a ausência de dados de preenchimento da ficha de notificação/investigação da sífilis congênita, na região de saúde de Imperatriz – MA.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Sendo uma pesquisa realizada com dados secundários podem existir riscos relacionados com sua manipulação que devem ser reduzidos e preferencialmente excluídos de possibilidade; como invasão da privacidade dos participantes, vazamento de informações confidenciais e em caso de dados pessoais, divulgação. Assim, com a finalidade de excluir os prejuízos citados, o pesquisador assume a responsabilidade de usar os dados obtidos apenas para uso exclusivo da pesquisa, sem outro propósito, e evitando a identificação individual das fichas, presando assim a privacidade das informações. Além disso, o pesquisado de compromete com os aspectos éticos implicados no processo de manipulação e organização dos dados.

Benefícios:

A consolidação do perfil epidemiológico da sífilis congênita em Imperatriz – MA, determina o grupo de risco para o qual devem ser trabalhadas políticas assistencialistas, contribuindo para investimentos em setores específicos, evitando desperdícios financeiros, materiais e humanos, auxilia também no direcionamento de ações sociais, sobretudo de educação em saúde no que diz respeito à conscientização quanto a prevenção, tratamento e acompanhamento durante o pré-natal. Dessa forma, o benefício maior seria para as gestantes usuárias da saúde pública de

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Ativar
Acesse

Continuação do Parecer: 3.689.679

Imperatriz durante o pré-natal, uma vez que o número de ações efetivas no setor da prevenção e tratamento traria melhorias e redução do número de conceitos afetados pela patologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatório foram entregues e estão de acordo com

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1397315.pdf	31/08/2019 19:25:58		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_EXECUCAO_TCC_LUCAS.doc	31/08/2019 19:24:20	antonia iracilda e silva viana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Justificativa_para_ausencia_de_TCLE_TCC_Lucas.doc	31/08/2019 19:21:19	antonia iracilda e silva viana	Aceito
Outros	TCUD_TCC_Lucas.doc	31/08/2019 19:20:34	antonia iracilda e silva viana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC_Lucas.doc	31/08/2019 19:20:11	antonia iracilda e silva viana	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_anuencia_TCC_Lucas.doc	31/08/2019 19:19:26	antonia iracilda e silva viana	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_TCC_Lucas.pdf	31/08/2019 19:18:30	antonia iracilda e silva viana	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_TCC_Lucas.doc	31/08/2019 19:18:02	antonia iracilda e silva viana	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 66.080-040
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Ativar
Acesse

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 3.689.879

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 07 de Novembro de 2019

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

Ativar
Acesse

