



ANGÉLICA NEIMOG KIIL

**SÍFILIS NA GESTAÇÃO E SÍFILIS CONGÊNITA: UMA BREVE
REVISÃO.**

**Ji-Paraná - RO
2019**

**ANGÉLICA NEIMOG KIIL
MAGDA FARDIM DALCIN**

Artigo apresentado no Curso de Farmácia do Centro Universitário São Lucas, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel.

Orientador: Prof.^a Esp. Magda Fardim Dalcin.

**Jí-Paraná - RO
2019**

ANGÉLICA NEIMOG KIIL

SÍFILIS NA GESTAÇÃO E SÍFILIS CONGÊNITA: UMA BREVE REVISÃO

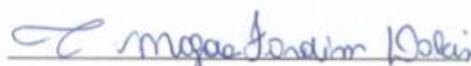
Artigo apresentado à Banca Examinadora do Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná, como requisito de aprovação para obtenção do Título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Profª Esp. Magda Fardim Dalcin.

Ji-Paraná, 19 de junho de 2019.

Resultado: Aprovado (8,2).

BANCA EXAMINADORA


Esp. Magda Fardim Dalcin

Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná


Esp. Antelmo de Souza Ferreira

Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná


Esp. Carina Campos Martins Buriti

Centro Universitário São Lucas Ji-Paraná

APRESENTAÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi desenvolvido na forma de artigo científico nas normas da revista *“Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research”* com ISSN “2317-4404”. As normas de preparação dos manuscritos encontram-se em anexo.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. MATERIAL E MÉTODOS	7
3. DESENVOLVIMENTO	7
3.1. História.....	7
3.2. Fisiopatologia da Doença.....	7
3.3. Diagnóstico	8
3.4.Tratamento.....	8
3.5. Importancia da Prevenção e Tratamento	9
4. CONCLUSÃO	9
5. REFERÊNCIAS.....	9
6. ANEXOS	12
6.1. Normas da Revista Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research	12
6.2. Comprovante de Ausência de Plágio	14

SÍFILIS NA GESTAÇÃO E SÍFILIS CONGÊNITA: UMA BREVE REVISÃO.

SYPHILIS IN PREGNANCY AND CONGENITAL SYPHILIS: A BRIEF REVIEW.

ANGÉLICA NEIMOG KIIL¹, MAGDA FARDIM DALCIN^{2*}

1. Acadêmico do curso de Farmácia do Centro Universitário São Lucas; 2. Professora do curso de Farmácia do Centro Universitário São Lucas.

Rua Cedro, nº 2050, Bairro Nossa Senhora de Fátima, Ji-Paraná – RO. CEP: 26.909-806. E-mail: angélica.kiil@hotmail.com

Recebido em xx/xx/2019. Aceito para publicação em xx/xx/201x

RESUMO

A sífilis é uma doença infecto-contagiosa, continua a ser um problema mundial por se tratar de uma doença transmitida sexualmente ou verticalmente que é durante a gestação. Caracterizada por atividades de latência; por acometimento sistêmico disseminado e por complicações em pacientes que não faz o tratamento ou que fizeram o tratamento errado ou incompleto. O agente etiológico é o *Treponema Pallidum*, a droga com eficácia para o tratamento e a penicilina. Com a forma de transmissão, a doença acompanhou as mudanças da sociedade nos últimos anos. É recomendado realizar testes laboratoriais e algumas medidas para controle principalmente para no tratamento do paciente e seu o parceiro, informações à população e o uso de preservativos, são algumas das medidas para o seu controle por responsáveis pelos programas de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis; Sífilis na gestação; Sífilis congênita.

ABSTRACT

Syphilis is an infectious-contagious disease, remains a worldwide problem because it is transmitted sexually or vertically that is during pregnancy. Characterized by latency activities; By disseminated systemic involvement and by complications in patients who do not do the treatment or who have done the wrong or incomplete treatment. The etiological agent is *Treponema Pallidum*, the drug with efficacy for treatment and penicillin. With the form of transmission, the disease has accompanied the changes in society in recent years. It is recommended to perform laboratory tests and some measures to control mainly for the treatment of patients and their partner, information to the population and the use of condoms, are some of the measures for their control by those responsible for Health programs.

KEYWORDS: Syphilis; syphilis during pregnancy; Congenital syphilis.

1. INTRODUÇÃO

A sífilis se tornou conhecida no final do século XV na Europa, devido a sua rápida disseminação, transformou-se em uma das pragas mundiais. A partir da introdução da penicilina, houve uma queda por seu estudo e controle.³⁶ Devido a eficácia dessa medicação pensou-se que a doença estivesse controlada, com isso a sífilis voltou a ser um problema mundial, onde cerca de 12 milhões de pessoas são contaminadas todos os anos. A sífilis se trata de uma doença infecto-contagiosa, a qual o *Treponema Pallidum* é o transmissor, uma bactéria pertencente à família das espiroquetas, se a doença não for tratada pode evoluir para outros estágios podendo afetar vários órgãos. Durante a gestação a mulher infectada pode transmitir para o feto, o que leva a sífilis congênita (SC), causando complicações graves para a gravidez em 80% dos casos.¹

Considera-se casos de sífilis na gestação aqueles nos quais apresentam traços clínicos de sífilis e com a sorologia não treponêmica reagente ou na privação de resultado do teste treponêmico, realizado no pré-natal ou mesmo no parto.¹No Brasil, a notificação atinge 32% de casos de sífilis gestacional e com 17,4% de sífilis congênita. Os dados reforçam a falta de qualidade no pré-natal e no parto. Como a maioria das gestantes encontra-se na fase latente da sífilis, é necessária a inclusão de testes sorológicos para o diagnóstico.⁴⁰

A SC, está relacionada às gestantes que não realizam a triagem para sífilis, e as que não fazem o tratamento adequado ou nem recebem tratamento. A triagem de sífilis pode ser integrada em clínicas de pré-natais e possivelmente evitar a morbidade e a mortalidade para recém-nascido. Segundo o Ministério da Saúde (MS), gestantes com sífilis que receberam tratamento inadequado totalizam em 56,5%, que não receberam tratamento 27,3%, e

12,1% dos casos são ignorados e 4,1% receberam a terapêutica adequada. Vale ressaltar que gestantes que não são tratadas ou tratadas inadequadamente transmite a infecção para os seus conceitos, podendo vir causar prematuridade, morte fetal, morte neonatal, um baixo peso ao nascer ou infecção congênita.^{3,6}

De acordo com o MS, toda gestante deve se submeter a pelo menos dois testes Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) durante a gestação, devendo ser realizado no primeiro trimestre e um outro no terceiro trimestre da gestação, e a realização do exame antes do nascimento para garantir que a criança tenha o tratamento precocemente caso a gestante não tenha finalizado o tratamento de sífilis na gestação¹².

Desse modo, o objetivo do presente estudo é esclarecer a importância da prevenção, do diagnóstico da sífilis para o sucesso no tratamento, diminuição do número de casos, principalmente relacionados a sífilis em gestantes e sífilis congênita, já que ainda existe uma porcentagem muito alta de pessoas adquirindo a sífilis.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de revisão de literatura, para tanto, foi realizada uma busca em banco de dados para identificar artigos científicos, dissertações e teses, disponibilizadas online e selecionadas através dos principais bancos de periódicos científicos: Scielo, PubMed e Google Acadêmico.

Foram utilizados, para realização do mesmo os seguintes descritores: sífilis, sífilis na gestação, sífilis congênita, sendo os critérios de inclusão dos artigos foram àqueles trabalhos publicados preferencialmente nos últimos cinco anos, bem como aqueles publicados fora desse período que contemplaram a discussão da temática. Ao final do levantamento bibliográfico, foram efetivamente utilizados 43 artigos, selecionados conforme a qualidade e relevância com o tema proposto.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1. História

A sífilis ou lues, como também é conhecida, é manifestada de várias formas, com grandes períodos de latência e por parecer com outras doenças, há quem diga que quem conhece sífilis também conhece a medicina²¹. É uma doença existente a mais de 500 anos e transformou em uma pandemia continua no estado secundário, sendo descrita por vários autores na passagem do século XVI.¹³

Existem controversas quanto a origem. Sua primeira teoria afirma que a doença era endêmica na América e levada para Europa por marinheiros de Cristóvão Colombo. A segunda teoria, é a do Velho Mundo, que apoia que as treponematoses já existiam em território europeu e se obteve um aumento e diferenciação permitindo a transmissão sexual tornando-se epidemias.¹² Os primeiros relatos médicos da doença surgiram em 1495, na Batalha de Fornovo, pelos médicos venezianos Marcellus Cumano e Alexandri Benedetto, que serviam no front, relataram os aspectos clínicos da doença notados em soldados que apresentavam lesões semelhantes a grãos na glândula e prepúcio, com pústulas por todo o corpo, seguidas de terríveis dores em braços e pernas que os deixavam desesperados. O sofrimento causado pela doença era mais desagradável que a lepra ou elefantíase, segundo anotações de Benedetto.³¹

Fritz Richard Schaudinn e Paul Erich Hoffman descobriu o agente etiológico em 1905. O primeiro teste sorológico foi disponibilizado em 1906, se utilizou a técnica de fixação de complemento, o antígeno para a reação foi através da preparação do extrato hepático de um feto de mãe contaminada com sífilis.^{7,14} Só em 1928 foi descoberto a penicilina por Alexander Fleming e o seu primeiro uso como forma de tratamento de uma septicemia foi em 1941, provocou uma mudança na história da sífilis e de outras doenças bacterianas. Mahoney mostrou em 1943 que todos os estágios da sífilis eram sensíveis a penicilina, e até hoje essa é a escolha para o tratamento, sem registro algum de casos de resistência ao tratamento^{22,23}.

3.2. Fisiopatologia da doença

A sífilis possui fases distintas, sendo elas a sífilis primária, secundária e terciária, também possuindo períodos de latência. Se divide também em sífilis recente, na qual o diagnóstico realizado com um ano após a infecção, e sífilis tardia, na qual o diagnóstico após um ano.^{15,16} A sífilis primária possui lesões específicas, o cancro duro, que surge no local da inoculação por volta de três semanas após a infecção. O cancro é inicialmente uma pápula rósea, evoluindo para um vermelho intenso e ulceração. Em geral é uma lesão única, e com suas bordas endurecidas. Essa fase é a mais infectante já que as lesões possuem uma grande quantidade de bactérias.^{10,17} Após um período de latência, que varia entre seis a oito semanas, a doença entra novamente em atividade e a bactéria se dissemina por todo corpo. A secundária é caracterizada por lesões papulosas eritemo-acobreadas acometimento das regiões palmares e plantares e poliadenomegalia generalizada, e tem em geral a sintomatologia discreta e não característica. Esta fase evolui nos primeiros dois anos, contendo surtos que podem regredir por fim, os surtos somem e se estabelece um

longo período de latência¹⁶.

A SC é dividido em períodos: precoce até 2 anos de vida e a tardia que surge após segundo ano de vida. A maioria os casos de sífilis congênita precoce são assintomática em torno de 70%, os recém-nascidos podem apresentar, baixo peso, prematuridade, esplenomegalia, hepatomegalia, lesões cutâneas, condiloma plano, pênfigo sífilítico, linfadenopatia generalizada, petéquias, fissura peribucal, púrpura, sero-sanguinolenta, periostite, rinite icterícia, osteocondrite, sofrimento respiratório com ou sem pneumonia, pseudoparalisia dos membros, anemia, síndrome nefrótica, trombocitopenia, leucocitose ou leucopenia, convulsão e meningite. Contudo a sífilis congênita tardia, tem raras evidências clínicas resultado da cicatrização da doença, podendo evoluir a vários órgãos.³⁰

3.3. Diagnóstico

O diagnóstico da sífilis pode ser realizado através de exames sorológicos, exame radiográfico, provas diretas, exame do líquido cefalorraquidiano (caso haja hipótese de neurosífilis) ou quando há a presença do sinal patognomônico: A tríade de Hutchinson, e dependem apenas da sua fase e de suas lesões.²⁴

As provas sorológicas realizadas no diagnóstico é dividido em: testes não treponêmicos, são utilizados para o diagnóstico e o seguimento após o tratamento, fazem parte o VDRL o RPR (*Rapid plasma reagin*), e para confirmação da infecção são testes treponêmicos, que são FTA-ABS (*Fluorescent treponemal antibody absorption*) e TPHA (*Treponema pallidum hemagglutination assay*). Além destes, existem os de imunoensaio enzimático (EIA) que estão se tornando cada vez mais conhecida nos Estados Unidos como exame de rastreamento e possivelmente substituirá os testes que não são treponêmicos para esse fim. É mais sensível que o FTA-ABS e mais específico que o RPR para infecções passadas.²⁵

O PCR é extremamente útil no diagnóstico da sífilis congênita e neurosífilis, detectando o DNA do *T. pallidum* com uso de primers para o gen codificador de proteína com o peso molecular de 47kD. A ampliação do RNA do *T. pallidum* é mais sensível por demonstrar a viabilidade do treponema, utilizam primers que ampliam a região com 366bp do gen 16S r RNA.^{34,35,36} O Western-blot é outro teste mas ainda sem aplicação rotineira.²⁵ O MS recomenda que toda gestante realize pelo menos dois exames de VDRL, um na primeira consulta e outro por volta da 28ª semana gestacional. Deve-se realizar um novo VDRL antes do parto para garantir ao recém-nascido um tratamento adequado, caso a gestante não tenha feito o tratamento ou que tenha se reinfectado no término do tratamento.²⁶ O diagnóstico diferencial da sífilis primária deve incluir herpes genital,

carcinoma, cancro mole, erupções medicamentosas, donovanose, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, infecções fúngicas superficiais e líquen plano. Para o diagnóstico diferencial da sífilis secundária com pitíriase rósea, psoríase, escabiose, erupções medicamentosas, líquen plano, exantemas do sarampo e rubéola.²⁷ O diagnóstico da SC depende da combinação de critérios clínicos como, sorológicos, radiográficos e microscópicos. No Brasil, o MS normatizou a definição de casos para fins da vigilância epidemiológica.³² O diagnóstico dado inicialmente tem por objetivo o tratamento certo com o intuito de que a doença não evolua para outros estágios, ou mesmo não passe para o feto.

3.4. Tratamento

A droga utilizada é a penicilina benzatina (OMS)¹⁸, é um antibiótico da classe dos beta lactâmicos que age interferindo na síntese do peptidoglicano, componente da parede celular do *Treponema Pallidum*, como resultado disso, a água entra no treponema e acaba o destruindo. Até hoje nenhum caso de resistência à penicilina foi relatado.¹⁹

Para o tratamento da sífilis primária com cancro duro é utilizado o uso de penicilina benzatina 2.400.000 UI intramuscular, sendo 1,2 milhões em cada um dos glúteos na mesma aplicação.^{1,20}

Tratamento da sífilis secundária que apresentam lesões cutâneas não ulceradas ou de forma latente precoce com menos de um ano, é indicado o uso de penicilina benzatina 4.800.000 UI IM dose total, aplicado em duas doses com intervalo de sete dias, correspondente a 2,4 milhões por dose, sendo 1,2 milhões cada glúteo na mesma aplicação.¹

Na terciária ou latente tardia, que tenha mais de um ano de evolução ou duração ignorada, é recomendado o uso de penicilina benzatina 7.200.000 UI via intramuscular na dose total, realizado em três séries, com intervalos de sete dias, ou seja 2,4 milhões por dose, sendo 1,2 milhões em cada glúteo na mesma aplicação.^{1,20}

No período gestacional, a penicilina G benzatina é a medicação efetiva contra a transmissão para o feto e no tratamento da sífilis congênita³⁰, sendo então utilizado o mesmo tratamento da sífilis adquirida conforme a fase da doença¹. No caso de pessoas alérgicas à penicilina, a gestante será dessensibilizada com a administração oral de penicilina V em diluições menores e em volumes inversamente maiores, deve ser feito em ambiente hospitalar para evitar possíveis reações. A aplicação da penicilina parenteral deverá ser feita 30 minutos após o término do processo de dessensibilização. Em casos de reações, deve ser interrompida e deverá ser instituído um tratamento alternativo. O tratamento para gestantes alérgicas é com estearato de

eritromicina que poderá levar à cura da gestante, mas não do feto. O tratamento da sífilis primária secundária e latente precoce, é feito a cada 6 horas na dosagem de 500 mg durante 15 dias para a tardia o tratamento e por 30 dias. Deve-se ter em mente uma possível falência terapêutica em casos de coinfeção pelo HIV.²¹

3.5. Importância da Prevenção e Tratamento

A estratégia para prevenção de novos casos deverá ter informações sobre a doença e as formas de evitá-la para a população em geral, principalmente para pessoas vulneráveis como prostitutas e usuários de drogas intravenosas. O aconselhamento é importante para mostrar a necessidade da comunicação do paciente com seu parceiro e o estímulo do uso de preservativos nas relações sexuais. É adequado a atualização constante e continuada das equipes de saúde que integra esse conjunto de medidas para prevenção e controle da sífilis.^{37,38}

Um importante determinante para redução de transmissão vertical da sífilis entre outras doenças infecto-contagiosas é uma boa qualidade da assistência durante a gestação e parto. No Brasil, em 2000, o MS lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento que tem como objetivo assegurar a ampliação do acesso, da cobertura e da assistência pré-natal, parto e puerpério no País e reduzir a morbidade e mortalidade materna e perinatal.^{41,42}

O Programa estabelece alguns critérios de atenção como um número mínimo de consultas totalizando em seis; realização de triagem sorológica com um exame VDRL, oferta de teste anti-HIV na primeira consulta, outro VDRL por volta da trigésima semana de gestação e a aplicação da vacina antitetânica segundo esquema recomendado.⁴¹ Uma forma de fortalecer a gestão compartilhada entre as esferas do governo, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) no ano de 2006 aprovou o Pacto pela Saúde, com isso, estados e municípios se comprometem a desenvolver as ações necessárias para o cumprir as metas, de acordo a realidade local, de maneira que tanto prioridades estaduais como municipais possam ser integradas a agenda nacional.⁴³ O Pacto pela Vida, aponta a redução da mortalidade materna e infantil como prioridade básica tendo como componente para realização dessa prioridade, redução de taxas da transmissão vertical do HIV e da sífilis.⁴³

A sífilis apresenta diagnóstico e terapêutica simples e de baixo custo, mas o seu controle na gestação se mostra um desafio para os profissionais de saúde. Isto por que existe entraves na realização de um diagnóstico e no tratamento como dificuldade das abordagens de DST, principalmente em gestantes; parceiros sexuais que não foram tratados ou sequer diagnosticados se da pelo

desconhecimento da magnitude e do agravo e dos danos que ele pode causar à saúde da mulher e do bebê pela população e até mesmo pelos profissionais²⁸. Orientar sobre riscos que estão relacionados à infecção pelo *T. pallidum* que são transmitido sexualmente, para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) se previnam nas relações sexuais ou que pratiquem sexo seguro, com utilização de preservativo, durante o tratamento, e também o uso contínuo pós-tratamento³⁰.

Para reduzir a sífilis na gestação e a SC, é essencial que os profissionais de saúde junto com a comunidade se sensibilizem sobre a importância de um diagnóstico precoce e do tratamento eficaz tanto da mulher como do seu parceiro. À equipe de profissionais cabe a realização de uma busca ativa das gestantes que não vão as consultas de pré-natal, é importante realizar ações para a conscientizar a população referente aos cuidados na prática sexual insegura e da importância do autocuidado, principalmente entre pessoas vulneráveis.³⁹

4. CONCLUSÃO

Hoje ainda existe uma alta predominância de sífilis no mundo, o que questiona o funcionamento dos programas já existentes com o intuito de controlar a sífilis, a qualidade ou adequação do cuidado com as gestantes pode ser considerada incompleta ou evidência uma falta de clareza nos aspectos educacionais, conscientização e comprometimento da mulher grávida e seu parceiro. Embora já saiba o seu agente etiológico e seu tratamento, a sífilis ainda continua sendo um problema mundial falta de acompanhamento médico por gestantes ou mesmo falta de conhecimento.

Para um controle adequado da incidência e prevalência da sífilis, é necessário que as informações fornecidas pelo profissional de saúde à gestante ou não, sejam claras e completas no que se refere à sífilis, seu desenvolvimento progressivo e as complicações para sua saúde pessoal e infantil que você pode gestar enquanto você está infectado pelas espiroquetas *Treponema Pallidum*.³³

5. REFERÊNCIAS

- [1] Serviço de Vigilância Epidemiológica. Sífilis congênita e sífilis na gestação. Revista de saúde pública. São Paulo, 2008;42(4):768-72.
- [2] Organização Mundial da saúde. Eliminação Mundial da Sífilis Congênita: Fundamento lógico e estratégia para ação. OMS; 2008.
- [3] Moreira KFA, Oliveira DM, Alencar LN, Cavalcante DFB, Pinheiro AS, Orfão NH. Profile of notified

- cases of congenital syphilis. *Cogitare Enferm.* 22(2):e48949.
- [4] Griemberg, G; Ravelli, M R; Etcheves, P D C; Orfus, G; Pizzimenti, C. Sífilis y embarazo: control pre-natal, seroprevalencia y falsos biológicos positivos. *Medicina (Buenos Aires)*2000; 60(3): 343-7.
 - [5] Campos, J E B. Significado clínico dos baixos títulos de VDRL (Venereal Disease Research Laboratories) para a sífilis em gestantes, à luz das provas Treponêmicas. [Tese]. Instituto Fernandes Figueira/Fio Cruz. Rio de Janeiro, 2006.
 - [6] Taylor MM, Nurse-Findlay S, Zhang X, Hedman L, Kamb ML, Broutet N. et al. Estimating benzathine penicillin need for the treatment of pregnant women diagnosed with syphilis during antenatal care in highmorbidity countries. *PLoS One.* 11(7):e0159483.
 - [7] Vázquez, Georgiane Garabely Heil. (2018). Vênus nos braços de mercúrio, bismuto e arsênio Notas históricas sobre sífilis gestacional antes da penicilina. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (28), 226-245
 - [8] Sonda EC, Richter FF, Boschetti G, Casasola MP, Krumel CF, Machado CPH. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. *RevEpidemiolControlInfect.* 2013;3(1):28-30.
 - [9] Oliveira FL, Silveira LKCB, Nery JAC. As diversas apresentações de sífilis secundária. *Relatos de casos. Rev Bras Clin Med.* 2010;10(6):550-3.
 - [10] Leite I, Oliveira JM, Leão MCM, Lopes SF, França AMB. Assistência da enfermagem na sífilis na gravidez: uma revisão integrativa. *Cad Graduação Ciências Biológicas e da Saúde.* 2016;3(3):165-76.
 - [11] Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis: Estratégias para diagnóstico no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
 - [12] São Paulo. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Saúde. Projeto “Linha de cuidado à gestante, parturiente e puérpera no SUS/SP. Pré-natal e puerpério: manual técnico. São Paulo (SP): Governo do Estado; 2017.
 - [13] Azulay RD. História da sífilis. *Rev Bras Dermatol.*1988; 63(1):3-4
 - [14] Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Dia Mundial de Combate a Sífilis. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4971:dia-mundial-de-combate-asifilis-oms-estima-900-mil-casosano-da-doenca-&catid=1:noticiascidadadousuario&Itemid=14
 - [15] Saraceni V, Leal Carmo M, Hartz Araujo MZ. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife.* 2005; 5
 - [16] Lima MG, Santos RFR, Barbosa GJA, Ribeiro GS. Incidência e fatores de risco para sífilis congênita em Belo Horizonte, Minas Gerais, 2001-2008. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro.* 2013; 18(2).
 - [17] Avelleira RCJ, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro.* 2006; 81(2).
 - [18] Costa CM, Demarch BE, Azulay RD, Périssé SRA, Dias GRFM, Nery Costa AJ. Doenças Sexualmente Transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. *Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro.* 2010; 85(6).
 - [19] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. 140p
 - [20] ISRAEL, M. et al. Diagnóstico da sífilis a partir das manifestações bucais. *Rev. bras. odontol., rio de Janeiro, v 62, n. 2, p. 159-164, Jul/Dez. 2008*
 - [21] Kalinin Y, Neto PA, Passarelli CHD. Sífilis aspectos clínicos, transmissão, manifestações orais, diagnostico e tratamento. *Portal Metodista de periódicos científicos e acadêmico 2015.*23(45-46):65-76.
 - [22] TOMMASI, Antonio Fernando. Doenças Infecciosas. In: TOMMASI, Antonio Fernando. *Diagnostico em patologia bucal.* 2. ed. São Paulo: Pancast, 1998. Cap. 11, p. 177-229.
 - [23] AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An. Bras. Dermatol., v. 81, n. 2, p. 111-126. 2006*
 - [24] MOLERI, A. B. et al. Diagnóstico diferencial das manifestações da sífilis e da Aids com líquen plano na boca: relato de caso. *DST- J Bras. Doenças Sex. Transm., rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 113-117, 2012*
 - [25] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006
 - [26] Rotta O. Diagnóstico sorológico da sífilis. *An Bras Dermatol. [periódico na Internet] 2005;*80(3):299-302.
 - [27] Campos AL, Araújo MA, Melo SP, Andrade RF, Gonçalves ML. Syphilis in parturients: aspects related to the sex partner. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012;34(9):397-402.
 - [28] Júnior MFQS. Sífilis. In: Veronesi R, Focaccia R. *Tratado de infectologia.* 3ª.ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p.1263-72.

- [29] Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saude Publica*. 2013;47(1):147-57
- [30] Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A. et al. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. *PLoS Med*. 10(2):1001396.
- [31] Quétel, C. The history of syphilis. Baltimore: John Hopkins Paperbacks; 1992. Tradução de Le Mal de Naples. Histoire de La syphilis.
- [32] Paz L C et al. Nova definição de casos de sífilis congênita para fins de vigilância epidemiológica no Brasil, 2004. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2005; 58(4):486-487
- [33] Paz-Burgos LE. Treponema Pallidum: estructura y antigenicidad. *Univ Cienc Soc*. 2010; 1(2): 42- 4.
- [34] Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory, diagnosis and interpretation of tests of syphilis. *Clin Microbiol Rev*. 1995;8:1-21.
- [35] Burstain JM, Grimpel E, Lukehart SA, Norgard MV, Radolf JD. Sensitive detection of Treponema pallidum by using the polymerase chain reaction. *J Clin Microbiol*. 1991;29:62-9.
- [36] Orton SL, Liu H, Dodd RY, Williams AE, ARCNET Epidemiology Group. Prevalence of circulating Treponema pallidum DNA and RNA in blood donors with confirmed-positive syphilis tests. *Transfusion*. 2002;42:94-9.
- [37] Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999. p. 44-54.
- [38] Rompalo AM. Can syphilis be eradicated from the world? *Curr Opin Infect Dis*. 2001;14: 41-4.
- [39] Padovani C, Oliveira RR, Pelloso MS. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do Sul do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2018;26:e3019
- [40] Campos ALA, Araújo MAL, Melo SP, Gonçalves MLC. Epidemiology of gestacional syphilis in Fortaleza, Ceará State, Brazil: na uncontrolled disease. *Cad Saúde Pública*. 26(9):1747-1755.
- [41] Serruya, S J; Lago, T D G; Cecatti, J G O programa de atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. Recife. 2004; 4(3), sept.
- [42] Macêdo, V C; Bezerra, A F B; Frias, P G; Andrade; C L T. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quarto municípios do Nordeste brasileiro. *Rev Cad. Saúde. Pública*, Rio de Janeiro, 25(8): 16791692, ago, 2009.
- [43] Ferreira, C et al. Desafio da Redução da Trasmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 2007; 19(3-4): 184-186.

6. ANEXOS

6.1. Normas da Revista *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR*

INSIRA O TÍTULO EM PORTUGUÊS DO ESTUDO DE ATUALIZAÇÃO DA LITERATURA

INSERT TITLE IN ENGLISH

NOME E SOBRENOME DO **AUTOR**¹, NOME E SOBRENOME DO **AUTOR**¹, NOME E SOBRENOME DO **AUTOR**¹, NOME E SOBRENOME DO **AUTOR**¹, NOME E SOBRENOME DO **AUTOR**^{2*}

1. Acadêmico do curso de graduação do curso X da Universidade Y; 2. Professor Doutor, Disciplina X do curso X da Universidade Y.

* Insira o endereço do autor de correspondência com Rua/ Av. número, bairro, cidade, Estado, Brasil. CEP: 00000-000. email@mail.com.br
Preferencialmente, o orientador do estudo deverá ser designado para os diálogos com o Corpo Editorial do periódico **BJSCR**, fornecendo preferencialmente seus contatos profissionais

Recebido em xx/xx/201x. Aceito para publicação em xx/xx/201x

RESUMO

O resumo do manuscrito, em negrito, deve ter no máximo 200 palavras. O resumo deve ressaltar o fator motivador para a redação do trabalho, sendo composto por frases simplificadas (concisas), afirmativas, sem apresentação de itens enumerados com tópicos. Deverá ser redigido em parágrafo único. Símbolos que não sejam comumente utilizados, fórmulas, equações, diagramas, entre outros, devem ser evitados.

PALAVRAS-CHAVE: registre de 3 a 5 palavras-chave, separadas por ponto e vírgula (;).

ABSTRACT

O abstract, sem negrito, deve ser a tradução do resumo; assim, para evitar o retrabalho, faça o abstract apenas após ter finalizado o resumo.

KEYWORDS: as keywords, separadas por ponto e vírgula (;) devem ser as palavras-chave traduzidas para o inglês.

1. INTRODUÇÃO

Neste item, deve ser abordado o referencial teórico pesquisado para a elaboração do artigo.

Se necessário, o texto poderá ser subdividido por subtítulo(s) sugestivo(s), grafados com alinhamento à esquerda e em negrito e fonte Arial. A introdução deverá ser finalizada com o(s) objetivo(s) do estudo realizado, sem a necessidade de evidenciá-los em subtítulos.

Abaixo segue um modelo de parágrafo para que fique representado o modo de citação no padrão Vancouver, utilizado pelo periódico BJSCR.

Dotter & Judkins (1964)¹, descreveram pela primeira vez um procedimento de angioplastia com o uso de cateter de dilatação na circulação periférica, antevendo sua aplicabilidade na circulação coronária.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010)², as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, além de contribuir significativamente com altas taxas de morbidade e elevados custos governamentais com saúde, nos dias de hoje³.

Apesar de suas limitações, é preciso considerar que os *stents* coronarianos promoveram o maior avanço da cardiologia intervencionista desde a criação da angioplastia coronariana por Andreas Grüntzig em 1979⁴, uma vez que propiciaram uma diminuição significativa de reestenose quando comparados com qualquer outra técnica de intervenção coronariana percutânea^{4,5}.

Akira *et al.* (1995)⁶ compararam a reestenose após o implante de *stents* em lesões >20 mm, encontrando índices de 24 a 39%, independentes do tipo de *stent*.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Os autores devem detalhar os recursos materiais e metodológicos utilizados para realização do trabalho.

Abreviaturas: para unidades de medida, utilize somente as unidades do Sistema Internacional de Unidades (SI). Utilize apenas abreviaturas e símbolos já padronizados, evitando incluí-las no título do manuscrito e no resumo. O termo completo deve preceder a abreviatura quando ela for empregada pela primeira vez, salvo no caso de unidades comuns de medida.

3. DESENVOLVIMENTO

Neste item os autores devem registrar suas ideias com base na literatura consultada, de modo a contemplar o objetivo de seu estudo. registrar seus dados numéricos.

Nos estudos de revisão, o uso de figuras ou tabelas devem ser evitados, a menos que sua ausência comprometa a compreensão do estudo. Entretanto, se necessárias, as Figuras e Tabelas deverão ser inseridas pelos autores no corpo do texto.

- Se houver Figuras, recomenda-se que sejam coloridas, com numeração arábica progressiva. O título da figura deverá aparecer abaixo desta, seguido pela sua respectiva legenda, em fonte de tamanho 8. As figuras devem possuir resolução suficiente para visualização se a página for ampliada pelo leitor e estar no formato .JPG.

Não serão aceitas imagens fora de foco;

- Se apresentar Tabelas, o título desta deverá ser inserido sobre (acima) da tabela, com numeração arábica progressiva, indicando, logo abaixo, a fonte da pesquisa (se houver), ou algum item de observação relevante para interpretação de seu conteúdo.

As Tabelas ou Figuras deverão ser identificadas por algarismos arábicos. Note que não deverá ser feita inserção dos elementos denominando-os como: esquema, diagrama, gráfico etc. **Os elementos gráficos do artigo necessariamente deverão ser chamados de Figura ou de Tabela.**

4. DISCUSSÃO

Após a apresentação do Desenvolvimento, os autores deverão comentar sobre seus achados documentais. Note que o item discussão não deve conter reapresentação do Desenvolvimento, mas tão somente os comentários ou correlações entre os dados apresentados, e/ou entre os dados do estudo com a literatura especializada.

5. CONCLUSÃO

O(s) autor(es) deverá(ão) concluir com os objetivos que motivaram a realização do estudo. No último parágrafo, o(s) autor(es) poderá(ão) expressar sua contribuição reflexiva (de cunho pessoal), e/ou versar sobre as perspectivas acerca do estudo realizado. Este item não deve conter referências, pois deve expressar a opinião dos autores, com a devida fundamentação científica.

6. AGRADECIMENTOS ou FINANCIAMENTO

O (s) autor (es) deve (m) indicar a (s) fonte (s) de financiamento da pesquisa (agências de fomento,

empresas, etc.), agradecer a instituições ou pessoas que viabilizaram o estudo, sem necessariamente apresentarem-se como autores.

7. REFERÊNCIAS

Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o *Index Medicus (Liste of Journals Indexed in Index Medicus)*, disponível em <http://www.nlm.nih.gov>. Utilize fonte Times New Roman de tamanho 9. Listar todos os autores quando até três; quando forem quatro ou mais, listar os três primeiros, seguidos de *et al.* (em itálico). As referências são de responsabilidade dos autores e devem estar de acordo com os originais.

Exemplos de referências:

LIVROS:

- [1] Vellini-Ferreira F. Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999.
- [2] Kane AB, Kumar V. Patologia ambiental e nutricional. In: Cotran RS. Robbins: patologia estrutural e funcional. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

PERIÓDICOS CIENTÍFICOS:

- [1] Ong JL, Hoppe CA, Cardenas HL, *et al.* Osteoblast precursor cell activity on HA surfaces of different treatments. J Biomed Mater Res 1998; 39(2):176-83.

WEBSITES:

- [1] World Health Organization. Oral health survey: basic methods. 4th ed. Geneve: ORH EPID: 1997. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Imunoterapia. [acesso 11 mar. 2012] Disponível em: <http://inca.gov.br/tratamento/imunoterapia.htm>

MONOGRAFIAS, DISSERTAÇÕES E TESES:

- [2] Mutarelli OS. Estudo in vitro da deformação e fadiga de grampos circunferenciais de prótese parcial removível, fundidos em liga de cobalto-cromo e em titânio comercialmente puro. [tese] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2000.

ANAIS DE EVENTOS OU ENCONTROS CIENTÍFICOS:

- [3] Ribeiro A, Thylstrup A, Souza IP, Vianna R. Biofilme e atividade de cárie: sua correlação em crianças HIV+. In: 16ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica; 1999; set 8; Águas de São Pedro. São Paulo: SBPqO; 1999.

6.2. Comprovante de Ausência de Plágio



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TCC+p+faculdade-ANGELICA+N+KIIL.doc (D53297761)
Submitted: 6/3/2019 1:29:00 AM
Submitted By: 4418.2201310855@submitters.orkund.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0



TCC+p+faculdade-ANGELICA+N+KIIL.doc (D53297761)