

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA  
CURSO MEDICINA

MILENA FONSECA PRADO TAVARES

**RETRATAMENTO EM CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA: RELATO DE CASO**

Florianópolis – Santa Catarina

2019

MILENA FONSECA PRADO TAVARES

**RETRATAMENTO DE CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA: RELATO DE CASO**

Trabalho Conclusão do Curso de Graduação em...  
do Centro de Ciências da Saúde da Universidade  
Federal de Santa Catarina como requisito para a  
obtenção do Curso de Graduação de Medicina

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Aroldo  
Prohmann de Carvalho

Orientador: Prof. Dr. Renata Meirelles Gaspar  
Coelho Tomazzoni

Coorientador: Prof. Dr. Anelise Steglich Souto

Florianópolis

2019

## RETRATAMENTO EM CRIANÇA COM SÍFILIS CONGÊNITA: RELATO DE CASO

### CHILD PORTRAIT WITH CONGENITAL SYPHILIS: CASE REPORT

Milena Fonseca Prado Tavares<sup>1</sup>

Renata Meirelles Gaspar Coelho Tomazzoni<sup>2</sup>

Anelise Steglich Souto<sup>3</sup>

#### RESUMO

A sífilis congênita é uma infecção transmitida via hematogênica para recém-nascidos de mulheres com sífilis na gestação. É uma doença plausível de tratamento e que requer acompanhamento clínico para avaliar diminuição dos títulos de Venereal Disease Research Laboratory (VDRL). Os autores relatam um caso de criança com sífilis congênita que após tratamento adequado teve elevação dos títulos de VDRL no seu seguimento ambulatorial. É discutido a importância do acompanhamento de crianças expostas à sífilis congênita e as possibilidades de falha no tratamento ou reinfeção.

**Descritores:** Sífilis congênita; Retratamento; Acompanhamento dos Cuidados de Saúde

#### ABSTRACT

Congenital syphilis is a hematogenously transmitted infection in newborns of women with gestational syphilis. It is a plausible treatment disease that requires clinical follow-up to assess decreased Venereal Disease Research Laboratory (VDRL). The authors report a case of child with congenital syphilis who, after adequate treatment, had elevated VDRL titers during outpatient follow-up. The importance of monitoring children exposed to congenital syphilis and the possibility of treatment failure or reinfection is discussed.

**Keywords:** Syphilis, Congenital; Retreatment; Continuity of Patient Care

#### INTRODUÇÃO

A sífilis é uma infecção sistêmica causada pela bactéria *Treponema Pallidum*, transmitida via sexual ou transplacentária<sup>1</sup>. Pode ser diagnosticada precocemente pois possui uma clínica característica, história epidemiológica, exames confirmatórios disponíveis e de fácil acesso. É uma enfermidade plausível de tratamento, cura e de erradicação, visto que há medidas eficazes de prevenção primária e secundária. Dados da OMS e do Human Reproduction Programme registram 661 mil casos de sífilis congênita (SC) no mundo em 2016<sup>2</sup>, enquanto no Brasil dados do DATASUS registraram 49.013 casos de gestantes com sífilis e 24.666 de casos de SC em 2017<sup>3</sup>. A SC é um problema de saúde pública mundial, com alta incidência em países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, locais em que a assistência à saúde geralmente é de baixa qualidade<sup>2</sup>.

---

1 Acadêmica Medicina Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); milenafptavares@gmail.com

2 Professora Assistente A do Departamento de Pediatria da UFSC; renata.tomazzoni@ufsc.br;

3 Professora do Departamento de Pediatria da UFSC; souto.anelise@gmail.com.

A SC decorre da transmissão transplacentária da bactéria através do deslocamento dos espiroquetas do sangue materno para o feto ou pelo contato das lesões da genitália feminina no momento do parto. A transmissão ocorre para conceptos de gestantes que possuem sífilis durante a gestação e não realizaram o tratamento ou fizeram-no inadequadamente<sup>1,4,5,6</sup>.

Conforme o Protocolo do Ministério da Saúde (MS) para Manejo da Sífilis em Gestante, o único tratamento preconizado para tratamento da sífilis materna é a penicilina (PNC) benzatina G, administrada intramuscular, com doses estipuladas semanalmente conforme a classificação da sífilis adquirida. Após o tratamento, é imprescindível o acompanhamento, com testes não-treponêmicos, para avaliar se o tratamento foi adequado. Ademais, na sífilis materna, é necessário que o tratamento da gestante seja iniciado até 30 dias antes do parto<sup>1</sup>.

A SC pode gerar várias consequências ao feto da gestante, que vão desde aborto, a parto de natimorto, recém-nascidos (RN) sintomáticos até crianças vivas assintomáticas que podem desenvolver o quadro sintomático de SC na sua forma precoce ou tardia. Por isso, toda criança nascida viva e que foi exposta à sífilis durante a gestação, deve ser investigada, tanto as sorologias quanto a sintomatologia. Ocorrendo evidência de SC, deve ser iniciado o esquema terapêutico preconizado pelo MS: PNC G procaína, G cristalina ou G benzatina<sup>1,4,6</sup>. Após o tratamento e alta hospitalar do recém-nascido, deve ser feito acompanhamento ambulatorial dessas crianças, investigando os títulos de VDRL no soro<sup>1</sup>.

Em vista à importância da SC e repercussão na saúde da população, será relatado um caso de criança que, após a alta da internação neonatal, teve aumento os títulos de VDRL, com necessidade de retratamento, evidenciando a relevância do acompanhamento clínico ambulatorial.

## **RELATO DE CASO**

No dia 22/04/2018 nasce I.S., do sexo feminino, de parto vaginal, peso de 2.515 gramas, IG 35 semanas de idade gestacional, com escore de APGAR 5 no 1º minuto e 9 no 5º minuto. Após o nascimento, seguiu com cuidados em Unidade Terapia Intensiva da Neonatologia (UTI-Neo), em ventilação não invasiva.

Dados da gestação mostram acompanhamento pré-natal com 7 consultas em Unidade Básica de Saúde, sem intercorrências durante o período. Testes sorológicos de segundo trimestre para toxoplasmose, HIV, sífilis e HbSAg negativos. Durante a admissão para o parto, mãe apresentava-se febril e com teste rápido para sífilis positivo, sem lesões em região de vulva ou de pele.

No exame físico de entrada em UTI-Neo, RN apresentava petéquias disseminadas no corpo e manchas avermelhadas em membros inferiores, abdome globoso e distendido, com fígado e baço à 3 centímetros do rebordo costal direito e do rebordo costal esquerdo, respectivamente. Exames laboratoriais evidenciavam anemia (hemoglobina 8,4 g/dL, hematócrito de 28,3%), plaquetopenia (12.000/mm<sup>3</sup>) e acidose metabólica (gasometria arterial: pH: 7,13, pCO<sub>2</sub>: 38, pO<sub>2</sub>: 67, lactato:13,1,

bicarbonato: 12,6, BE: -15,8). Foi iniciado ampicilina e gentamicina, e realizado transfusão de plaquetas e de concentrado de hemácias (CHIF).

No dia 23/04/2018, após resultados de VDRL materno (1:128) e do RN (1:16), confirmando a SC, optou-se por substituir ampicilina por PNC cristalina. RN mantinha-se com plaquetopenia, anemia, e verificou-se ainda hiperbilirrubinemia direta. Recebeu transfusão de plasma fresco e CHIF, iniciou Nutrição Parenteral e ventilação mecânica por quadro respiratório.

No dia 24/04, realizou USG abdominal com evidência de hepatoesplenomagelia e ascite moderada, e USG transfontanelar sugestivo de hemorragia da matriz germinativa grau I. No dia 25/04, recebe novo CHIF e inicia dieta enteral. No dia 27/04 foi realizado extubação com sucesso e suspenso gentamicina devido hemocultura sem crescimento bacteriano. No dia 30/04, realizado punção lombar e a análise do líquido mostrou VDRL reagente com título de 1:16, pleocitose, hipoglicorraquia, aumento de proteínas, com bacterioscopia negativa.

Seguiu com melhora clínica, a radiografia de ossos longos não mostrava alterações e recebeu alta no dia 02/05, após completar 10 dias de internação e de PNC Cristalina. No momento da alta, pesava 2.525 gramas, a alimentação era por leite materno complementado com fórmula. Apresentava-se com icterícia, mas com valores de bilirrubina em declínio. Orientado o retorno ambulatorial em 1 mês com exames de VDRL para acompanhamento do caso. Mãe já tinha alta do alojamento conjunto após 48 horas do parto com orientação de realizar doses semanais de PNC benzatina.

No dia 08/06/2018 a criança refaz o VRDL que apresentava titulação de 1:64. Para confirmar o exame ele foi refeito no dia 15/06/2018, no retorno a criança Nesse dia o VDRL manteve a mesma titulação de 1:64, persistia com icterícia zona 5 e hepatomegalia. Mãe relatava não ter realizado seu tratamento conforme orientada na alta após o parto. I.S. é reinternada no dia 20/06/2018 para retratamento de sífilis. Apresentava anemia (Hb 9,8 g/dL; Ht 29,7%) e periostite na radiografia de osso longos. Ao longo dessa internação, não apresentou nenhuma intercorrência. Recebeu alta após 10 dias de tratamento e orientação de manter seguimento em ambulatório.

Após o último tratamento, criança evoluiu com quedas progressivas dos títulos de VDRL e sem alterações clínicas até o momento. Os resultados dos testes de VDRL da criança estão sumarizados na tabela 1.

Tabela1: Valores de títulos de VDRL.

Data	22/04/18	08/06/18	15/06/18	20/06/18	26/07/18	10/09/18	22/10/18	26/11/18	06/02/19	10/04/19	06/06/19	20/08/19
VD RL	1:16	1:64	1:64	1:32	1:16	1:8	1:4	1:2	1:2	1:1	1:1	1:1

## DISCUSSÃO

A SC é uma doença infecciosa evitável, transmitida via hematogênica a partir de gestante infectada pelo *Treponema pallidum* e sem tratamento correto<sup>5</sup>. Mesmo com a campanha lançada pela Organização Pan-Americana da Saúde em 1995 para diminuição dos casos de SC nas Américas<sup>7</sup>, dados do DATASUS demonstraram que houve aumento dos casos de sífilis em gestantes brasileiras que eram de 11.634 entre os anos de 2005 a 2007<sup>8</sup>, passando a 111.463 entre 2016 a 2018<sup>8</sup>, enquanto os de SC de 1998 a 2007 eram de 40.931<sup>8</sup>, contrastado com 57.827 entre 2016 a 2018<sup>8</sup>. A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer momento da gestação, porém sabe-se que quanto mais tempo o conceito fica exposto à infecção, maior a probabilidade da transmissão. Além disso, quando a gestante é diagnosticada com sífilis primária ou secundária, as chances de passar o espiroqueta ao feto aumentam<sup>4</sup>. Dos casos de sífilis em gestante, aproximadamente 40% deles podem cursar com aborto, natimorto e morte perinatal. Já nas crianças nascidas vivas, observa-se que mais da metade delas estão assintomáticas ao nascimento, desenvolvendo SC apenas após alguns meses. Ela pode se apresentar na forma precoce, se antes dos 2 anos, ou tardia, se após os 2 anos<sup>1,3</sup>.

A presença do espiroqueta determina uma resposta inflamatória em vários locais do indivíduo infectado, gerando as alterações vistas nos exames físico, laboratoriais e radiológicos, inclusive alterações histológicas na placenta, possivelmente relacionada ao parto prematuro, abortos espontâneos, morte perinatal, natimorto e hidropsia. Os achados clínicos encontrados na SC precoce são: hepatomegalia, trombocitopenia, lesões mucocutâneas (como rash cutâneo, pênfigo sífilico, condiloma lata), rinite sífilica, periostite e osteocondrite, anemia, alterações oftalmológicas, pneumonites, pneumonia alba, síndrome nefrótica, miocardite, pancreatite e alterações gastrointestinais cursando com má absorção e diarreia. Já na SC tardia, os achados clínicos mais importantes são alterações da dentição (dentes de Hutchinson), retardo mental, tibia em “lâmina de sabre”, surdez neurológica<sup>4</sup>.

Em sua primeira internação, I.S. tinha como achados clínicos referentes à SC um parto prematuro, hepatoesplenomegalia, trombocitopenia, anemia e rash cutâneo. Também tinha um líquido com VDRL 1:16 e outras alterações observadas em casos de neurosífilis. Em sua segunda internação, o aumento dos títulos de VDRL sérico, e as alterações radiológicas denotavam a presença de doença ativa. Nas duas situações, conforme a Nota Informativa Nº 2-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS, o caso se caracteriza como uma SC conforme a situação 2 descrita como: “Toda criança com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes situações: manifestação clínica, alteração líquórica ou radiológica de SC e teste não treponêmico reagente; títulos de testes não treponêmicos ascendentes em pelo menos duas diluições no seguimento da criança exposta”<sup>9</sup>.

A PNC é o tratamento preconizado pelo CDC para SC e deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico<sup>4,5,6,10</sup>. Conforme visto em uma metanálise publicado no Cochrane, a PNC ainda continua como a única droga com eficácia comprovada para reduzir a morte neonatal, melhorar a qualidade de vida e diminuir o comprometimento neurológico e/ou sequelas da SC. Isso se deve a sua

ação bactericida e eficácia garantida conforme mais tempo estiver em altas concentrações no organismo. Porém, essa metanálise, realizada para avaliar a eficácia e a segurança da PNC com outros tratamentos para SC, esbarrou na precariedade de estudos comparativos<sup>10</sup>. Nota-se que, mesmo que a PNC tenha uma boa eficácia, é necessário estudos futuros que investigue outras formas terapêuticas, visando utilizá-las nos casos de falha da PNC.

O seguimento com acompanhamento clínico e, principalmente, coleta seriada de VDRL (aos 1, 3, 6, 12 e 18 meses de vida) em criança com SC é imprescindível para melhorar a sensibilidade dos casos assintomáticos ao nascimento e dos casos que evoluírem com falha terapêutica. Espera-se que os títulos de VDRL abaxem aos 3 meses de idade, se tornando não-reagentes aos 6 meses, como demonstrado em um estudo realizado na Colômbia, onde 100% das crianças com SC apresentaram diminuição do VDRL após 3 meses<sup>6</sup>. Aumento do título de VDRL denota presença de doença ativa, ocorrendo quando há falha terapêutica ou re-infecção<sup>1,3,4</sup>. No caso exposto, ocorreu um aumento dos títulos de VDRL sérico em duas diluições.

Apesar da presença de poucos estudos e relatos de casos que avaliem a eficácia da PNC ou outras terapêuticas, Akahira-azuma et al. em 2015 relataram um caso de RN com tratamento inicial com ampicilina associado a meropenem, que só teve melhora clínica após substituição por PNC. No Japão, até o ano de 2013, o tratamento para SC era feito com ampicilina, sendo associada outros antibióticos em caso de piora clínica do paciente<sup>11</sup>. Getáz et al. na Bolívia, relataram RN com elevação de títulos de VDRL, além de rinite sífilica e rash cutâneo, após tratamento incorreto (administração de 40% do tratamento com PNC)<sup>12</sup>. Os casos descritos não repercutem como falha terapêutica como o relato desse artigo, mas são exemplos de casos reais conduzidos inadequadamente e com evolução adversa. Conforme orientações do CDC, sempre que os títulos de VDRL não baixarem, deve iniciar novo tratamento com PNC por 10 dias e avaliar novamente o comportamento da titulação de VDRL<sup>13</sup>. Em todos os relatos, após o segundo tratamento, ocorreu diminuição do VDRL. O que difere esse relato dos apresentados no Japão e na Bolívia é o tratamento inicial, realizado de forma oportuna, com 100% da dose de PNC e mesmo assim os títulos de VDRL aumentaram. Esse fato abre espaço para o questionamento da eficácia da PNC, apesar dos estudos não apontarem essa possibilidade.

Hipótese outra que poderia ser discutida e analisada é a re-infecção, visto que a mãe da criança ofertava leite materno (LM) e não realizou o tratamento com PNC após alta do alojamento conjunto. Na literatura é difícil encontrar estudos sobre transmissão de *Treponema* pelo LM. Um estudo realizado na China, em gestantes com sífilis, investigou a presença de *Treponema* no leite delas. Através da análise de PCR, observou-se que ele era positivo em gestantes com sífilis e sem tratamento, se negatizando logo após a primeira dose de PNC. As gestantes com sífilis e tratadas tinham resultados negativos<sup>14</sup>. Mesmo com pouca literatura, vários bancos de leite no mundo tem como critério de seleção mulheres com sorologia para sífilis negativa. Diante disso, o caso relatado deixa margem para discussão sobre a falha de tratamento com PNC ou reinfecção<sup>15</sup>.

Em conclusão, observamos que o acompanhamento de crianças com SC, seja ela em qualquer uma das classificações, é muito importante. O seguimento dos níveis de VDRL ainda é uma das medidas mais utilizadas para tal, visto que a sua diminuição está intimamente ligada à cura da doença. Além disso, cabe ressaltar que, apesar de aventada a falha terapêutica da PNC nesse caso, estudos grandes e de boa credibilidade, mostraram que a PNC ainda é um tratamento 100% eficaz e seguro para o tratamento de SC.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Parte IV. Brasília, 2019.
2. KORENROMP, Eline L. et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. *Plos One*, [S.l.], v. 14, n. 2, 27 fev. 2019. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0211720>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis. Vol 49. Brasília, 2018.
4. COOPER, Joshua; SÁNCHEZ, Pablo. Congenital syphilis. *Seminars In Perinatology*. [S.l.]. abr. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.02.005>>. Acesso em: 28 out. 2019.
5. STAMM, L. V.. Syphilis: antibiotic treatment and resistance. *Epidemiology & Infection*. Chapel Hill. 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S0950268814002830>>. Acesso em: 28 out. 2019.
6. VALLEJO, Cristian; CIFUENTES, Yolanda. Caracterización y seguimiento durante seis meses de una cohorte de recién nacidos con sífilis congénita. *Biomédica*. Bogotá, Colombia. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v36i1.2661>>. Acesso em: 27 out. 2019.
7. Organização Mundial da Saúde. Eliminação mundial da sífilis congénita: fundamento lógico e estratégia para acção. Genebra, 2008. cap 1.
8. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 04/02/2019.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS DAS SRTVN. Processo nº 25000.452182/2017-88
10. Walker GJA, Walker D, Molano Franco D, Grillo-Ardila CF. Antibiotic treatment for newborns with congenital syphilis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 2. Art. No.: CD012071. DOI: 10.1002/14651858.CD012071.pub2.



11. AKAHIRA-AZUMA, Moe et al. Republication: Two Premature Neonates of Congenital Syphilis with Severe Clinical Manifestations. *Tropical Medicine And Health*. Japão. set. 2015.
12. GETÁZ, Laurent et al. Congenital syphilis in 2 children in a Bolivian prison. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. S.I. abr. 2017. Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v19n3/2013-6463-sanipe-19-03-98.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2019.
13. Frieden, Thomas R.; Jaffe, Harold W.; Cono, Joanne, then et al., Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *MMWR Recomm Rep* 2015;64(No.3). 5 jun. 2015. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2019.
14. Fan Y, Mao C, Zhang W, et al. Detection of treponema pallidum dna in the breast milk of a female syphilis patient in Shenzhen, China. *Sexually Transmitted Infections*. 2017.
15. Haiden, Nadja; Ziegler, Ekhard e. Human Milk Banking. *Annals Of Nutrition And Metabolism*. S.I., 2017.

## ANEXO

Orientações para a preparação dos originais, retirado de: ACM Submissões, disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/about/submissions>>, acesso em 01/11/2019.

O processador de texto a ser utilizado deve ser Microsoft Word (Office®). Fontes Times New Roman tamanho 11, justificado, espaçamento entre linhas 1,5.

Tamanho máximo dos originais (incluindo referências bibliográficas):

- a) Artigos originais: 15 páginas;
- b) Artigos de atualização e revisão: 15 páginas;
- c) Relatos e estudos de casos: 5 páginas.

As seções deverão ter a seguinte ordem: folha de rosto, resumo em português, resumo em inglês (abstract), introdução, revisão de literatura, procedimentos metodológicos, texto da pesquisa, conclusões, referências bibliográficas, tabelas, quadros e ilustrações.

O original, incluindo tabelas, quadros, ilustrações e referências bibliográficas, deve seguir os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (1).

a) Folha de rosto: deve conter o título do artigo em português e em idioma inglês, ambos de forma concisa; o nome pelo qual cada autor é conhecido, com seu grau acadêmico mais alto e sua filiação institucional (a titulação deve ser inserida no texto como nota de rodapé); o nome do(s) departamento(s) e da(s) instituição(ões) às quais o trabalho deve ser atribuído; endereço eletrônico (e-mail) de todos os autores; município e unidade federativa e país; e a(s) fonte(s) de financiamento, sob a forma de verbas, de equipamento, de drogas, ou todas elas.

b) Resumo em português: redigido na segunda página, com até 250 palavras, apresentando o contexto da pesquisa, os objetivos que à alcançar, o enquadramento metodológico e as principais conclusões. A formatação do texto no resumo é sem recuo de parágrafo e o espaçamento entre linhas é simples. Abaixo do resumo, indicar as palavras-chaves, compostas de no máximo 5 descritores que necessariamente precisam estar contidas no resumo.

c) Resumo em inglês: (Abstract): tradução do resumo para o idioma inglês, cuidando para não utilizar tradutores eletrônicos, uma vez que a transcrição literal pode induzir a interpretações equivocadas.

d) Introdução: contextualização do tema pesquisado, contemplando os objetivos geral e específicos do estudo, as eventuais hipóteses e os motivos que justificam a realização do estudo.

e) Revisão de literatura: texto que englobe os conceitos ou definições dos autores utilizados na pesquisa e que constam nas referências bibliográficas.

f) Procedimentos Metodológicos: informar o enquadramento da pesquisa e os métodos utilizados no estudo.

g) Texto da Pesquisa: deve apresentar a investigação efetuada e as análises possíveis a partir dela, todas sustentadas na literatura constante na revisão de literatura e referências bibliográficas.

h) Conclusões e Considerações finais: retomada da pesquisa, indicando as principais conclusões e eventuais aplicações. Além disto deve especificar se os objetivos definidos foram alcançados ou se necessitam de estudos futuros.

i) Referências: devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5),]. O número máximo de referência é de 50 e o ano de publicação das referências não poderá ser maior do que 10 anos da data do manuscrito submetido, admitindo-se considerar maior prazo em casos em que não exista comprovadamente autores mais atuais com mesma abordagem. Devem ser formatadas no Estilo Vancouver (<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>). (Quando o número de autores ultrapassar à 3 somente os 3 primeiros devem ser citados, seguidos da expressão et al.).

j) Tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.): cada tabela deve ser numerada na ordem de aparecimento no texto, e com um título sucinto, porém, explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no cabeçalho. A tabela segue a norma NBR 14724:2011 subitem 5.9, que por sua vez, remete as Normas de Apresentação Tabular do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (1993). A tabela apresenta os seguintes elementos: título, cabeçalho, conteúdo, fonte e, se necessário, nota(s) explicativa(s) (geral e/ou específica). É dividida por o mínimo possível de linhas na horizontal e as

bordas laterais não podem ser fechadas. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas. Exemplo:

k) Quadros (elementos demonstrativos com informações textuais): embora siga especificações semelhantes as informadas nas tabelas (título, fonte, legenda, nota(s) e outras informações necessárias), terá suas laterais fechadas e sem limite de linhas horizontais.

l) Figuras (fotografias, desenhos, gráficos): devem ser colocadas com título e legenda, e numeradas na ordem de aparecimento do texto. Gráficos devem ser apresentados em preto e branco e somente em duas dimensões. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito, fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

m) Abreviaturas: devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas, ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título ou no resumo.