

AUMENTO DA SÍFILIS NO BRASIL E A IMPORTÂNCIA DO TESTE RÁPIDO

MARQUES, Victória

sousa.vic@gmail.com

Centro de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão Oswaldo Cruz

Resumo: A sífilis é uma doença infectocontagiosa, considerada uma infecção sexualmente transmissível (IST) capaz de causar muitos danos ao organismo se não tratada ou tratada de forma inadequada. É conhecida desde o século XV, e seu estudo ocupou todas as especialidades médicas e, de modo especial, a dermatologia. Seu agente etiológico, o *Treponema pallidum*, nunca foi cultivado e, apesar de descrito há mais de 100 anos e sendo tratado desde a década de 40 pela penicilina, sua droga mais eficaz, é um problema de saúde no Brasil. Para diagnóstico desta doença são utilizados testes treponêmicos ou não. O teste rápido é essencial ao diagnóstico precoce da sífilis levando a um tratamento mais rápido e eficiente, minimizando os danos à saúde do portador da doença, e os riscos de transmissão.

Palavras-chave: Sífilis. Diagnóstico. Teste rápido.

Abstract: Syphilis is an infectious-contagious disease, considered a sexually transmitted infection (STI) that can cause many damage to the body if not treated or treated inappropriately. It has been known since the fifteenth century, and its study occupied all medical specialties and, in particular, dermatology. Its etiologic agent, *Treponema pallidum*, has never been cultivated and, despite being described more than 100 years ago and being treated since decade of 40 by penicillin, its most effective drug, is a health problem in Brazil. For the diagnosis of this disease, treponemal or non-treponemal tests are used. Rapid testing is essential for the early diagnosis of syphilis leading to faster and more efficient treatment, minimizing damage to the health of the patient, and the risks of transmission.

Keywords: Syphilis. Diagnosis. Quick test.

1. INTRODUÇÃO

A sífilis é considerada uma doença crônica, infectocontagiosa, sendo a maioria das vezes transmitida por via sexual (sífilis adquirida), mas também pode ser transmitida verticalmente durante a gestação (sífilis congênita), ou por transfusões sanguíneas ou ainda indiretamente (objetos contaminados, tatuagem) (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; BRASIL_e, 2016).

Um importante agravo em saúde pública, a sífilis tem obrigatoriedade em sua notificação, para o SINAN, por ser uma doença infectocontagiosa e de poder acometer o organismo de maneira severa quando não tratada (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; HORVÁTH, 2011).

O Brasil passa por uma epidemia de sífilis, e a melhor forma de prevenção da doença é o uso do preservativo. Este aumento é devido a diversos fatores, o maior deles é a recusa do uso do preservativo, em seguida a desistência do tratamento, e a não adesão ao tratamento (BRASIL_b, 2017).

Para o diagnóstico são realizados testes sorológicos que se dividem em testes não-treponêmicos e treponêmicos (BRASIL_d, 2017). Após o diagnóstico é necessária a realização do tratamento do portador de sífilis, e em especial em gestantes, é administrado a penicilina benzatina, pois este é o único medicamento eficaz contra a sífilis capaz de inibir a transmissão vertical (BRASIL_a, 2017).

Com o objetivo de reduzir a sífilis adquirida, a sífilis na gestação e a sífilis congênita no Brasil, o Ministério da Saúde elaborou a Agenda de Ações Estratégicas Para Redução da Sífilis no Brasil, e para isso pretende-se ampliar a cobertura do diagnóstico por meio de teste rápido (BRASIL_c, 2017).

O teste rápido é uma medida simples que pode reduzir a transmissão vertical e eliminar a sífilis congênita, pela rapidez em chegar ao diagnóstico e começar o tratamento. Ele é prático por poder ser utilizado em locais e situações que não seja possível um aparato muito sofisticado para diagnósticos como em rede de serviços de saúde sem infra-estruturas laboratoriais ou localizadas em regiões de difícil acesso (BRASIL_d, 2017).

Portanto com a necessidade de diminuir os índices da sífilis no Brasil, os testes rápidos são simples, podendo ser realizado em qualquer lugar. Com este diagnóstico precoce, o tratamento vem a ser mais rápido diminuindo as possíveis chances de seqüelas, como a sífilis congênita e a transmissão desconhecida.

Diante do exposto, esta pesquisa busca enfatizar a importância da utilização, no Brasil, do teste rápido para diagnóstico da sífilis, descrever a sífilis e identificar os principais fatores relacionados ao aumento de casos de sífilis no Brasil, e ainda interpretar e analisar os benefícios de um diagnóstico precoce através do teste rápido para Sífilis. Justificando-se através da necessidade de realizar o diagnóstico da doença precocemente a fim de minimizar as seqüelas futuras da doença.

2. A SÍFILIS

A descoberta da sífilis foi feita de forma “confusa e inespecífica”, há relatos que no século XV já havia a doença, outras que a descoberta é mais antiga ainda, em 600 a.C, ou ainda que foi levada para das Américas para a Europa através de Cristóvam Colombo em 1492 d.C, ainda de origem Asiática em 2.637 a.C. (CARRARA, 1996, p. 26; AZULAY, 1988).

Abordada como um conjunto de sintomas, os doentes com sífilis eram tratados com preconceitos, superstições, sendo atribuídos a sinais de castigo devido aos “pecados da carne”, ou como erro moral. Quando havia tratamento, ele era realizado mais como forma de castigo do que de cura, sendo usado em suas feridas esfregaços com mercúrio, sangrias, banhos frios, e ainda confissões, purgações e jejuns (FOUCALT, 1978, p.84 apud CARRARA, 1996, p. 26). Quando os hospitais os aceitavam para oferecer “tratamento” eram submetidos a ficar com pessoas com doenças mentais, mendigos e libertinos (indivíduo livre de senso moral) e ainda a levarem chicotadas como forma de arrependimento (CARRARA, 1996, p. 26).

No Brasil, no século XIX iniciou-se “revolução cinetífica” da sífilis, onde começou uma reflexão sobre a doença pelo médico Claudemiro Caldas, sendo consolidada no século XX, por meados dos anos 40, tendo a conclusão revolucionária a definição da “doença, agente causal, sinais e sintomas, os meios de transmissão, suas consequências orgânicas e sociais, sua evolução epidemiológica e os meios profiláticos e terapêuticos para abordá-la, formando a luta antivenérea” (CARRERA, 1996).

Figura 1: Tratamento da sífilis



Fonte: <https://aweita.larepublica.pe/historia/1184029-la-historia-de-los-zombies-del-sifilis-en-las-calles-de-italia> Acesso em março 2018

2.1 Conceitos

A sífilis é considerada uma doença crônica, de exclusividade humana, infectocontagiosa, sendo a maioria das vezes transmitida por via sexual (sífilis adquirida), mas também pode ser transmitida verticalmente durante a gestação, ou por transfusões sanguíneas ou ainda indiretamente (objetos contaminados, tatuagem) (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006; HORVÁTH, 2011; DAMASCENO et al., 2014). Quando ocorre a transmissão da sífilis da mãe para o bebê, nomeia-se sífilis congênita (OMS, 2015; BRASIL, 2015).

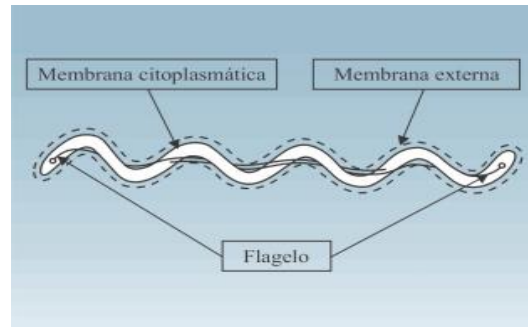
2.1.1 Agente etiológico

A sífilis é causada por uma bactéria chamada *Treponema pallidum*, gênero *Treponema*, da família dos *Treponemataceae*, que inclui ainda dois outros gêneros: *Leptospira* e *Borrelia*. O gênero possui quatro espécies patogênicas e pelo menos seis não patogênicas. As patogênicas são o *Treponema pallidum* subsp *pallidum*, causador da sífilis, o *Treponema carateum*, responsável pela pinta, e o *Treponema pertenue*, agente da boubá ou framboesia. O bejel ou sífilis endêmica é atribuído à variante *T. pallidum* subsp *endemicum* (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

O *T. pallidum* tem forma de espiral (10 a 20 voltas), com cerca de 5-20µm de comprimento e apenas 0,1 a 0,2µm de espessura. Não possui membrana celular e é protegido por um envelope externo com três camadas ricas em moléculas de ácido N-acetil murâmico e N-acetil glucosamina. Apresenta flagelos que se iniciam na extremidade distal da bactéria e encontram-se junto à camada externa ao longo do eixo longitudinal. Move-se por rotação do corpo em volta desses filamentos (SINGH; ROMANOWSK, 1999; SANCHEZ, 2003).

A Figura 2 mostra um esquema do *treponema pallidum*.

Figura 2 – Treponema pallidum



Fonte: AVELLEIRA; BOTTINO, 2006.

O *T. pallidum* não é suscetível, é uma bactéria patogênica restrito ao homem, ainda que, quando introduzido em animais como o macaco e os ratos provoque infecções experimentais. É danificado pela alta temperatura e falta de umidade, não resistindo muito tempo fora do seu ambiente. Fraciona-se transversalmente a cada 30 horas (SINGH; ROMANOWSK, 1999; SANCHEZ, 2003). A pequena diferença de densidade entre o corpo e a parede do *T. pallidum* faz com que seja prejudicada sua visualização à luz direta no microscópio. Cora-se fracamente; daí o nome pálido, do latim *pallidum*. É limitada a capacidade de biossíntese, e por isso, prefere locais com baixo teor de oxigênio e apresenta poucos componentes protéicos em sua parede externa (SINGH; ROMANOWSK, 1999)

2.2 Fases da sífilis

A sífilis tipifica-se como uma patologia sistêmica, isto é, que infecta todo o organismo após alcançar a corrente sanguínea. Durante o avanço do quadro infeccioso natural da doença, verificam-se etapas de atividade, com características clínicas, imunológicas e histopatológicas distintas (sífilis primária, secundária e terciária) e períodos de latência (sífilis latente) não sendo observando a existência dos sinais ou sintomas (PIRES et al., 2018; BRASIL_a, 2017).

De acordo com Pires et al (2018), as fases da sífilis são:

A sífilis primária se caracteriza por lesão específica, conhecida como cancro duro ou protossifiloma. Tem surgimento no local do contágio, da ferida, que aparece entre 10 a 90 dias após o contágio. Caracterizada por uma “pápula de corrósea, que evolui para um vermelho mais intenso e ulceração”. Normalmente tem a característica de ser uma única lesão, indolor, com bordas endurecidas, de fundo liso e limpo, revestido por material seroso. Após uma ou duas semanas aparece uma reação ganglionar regional múltipla e bilateral, conhecida popularmente como “íngua”, sem presença de pus, de nódulos duros e indolores. Acomete geralmente a região genital, cerca de 90% a 95% dos casos, em muitas vezes é assintomático. Além da região genital, outras regiões comumente com achados sífilíticos são a região anal, boca, língua, região mamária e região das mãos. A lesão primária regride naturalmente em um intervalo variável de quatro a cinco semanas sem deixar sinais.

Em seguida ao período de latência que pode durar de seis a seis semanas, a infecção entrará mais uma vez em atividade, desta vez o ataque será em órgãos internos e na pele, confirmando a disseminação sistêmica pelo patógeno. As lesões que acometem a pele são chamadas de sífilides, dão-se por surtos e de forma simétrica, caracterizada primeiramente por “máculas de cor eritematosa (roséola sífilítica) de curta duração, transitória”, secundamente aparecem com “lesões papulosas eritemato-acobreadas”, de forma arredondada, de superfície plana, recobertas por discretas escamas mais intensas na periferia. O aparecimento destas

lesões em palmas das mãos e na sola dos pés é bem típico desta fase, na face, as pápulas voltam-se a acumular em torno da boca e do nariz, na região das virilhas e coxas as pápulas suscetíveis à fricção e à umidade podem tornar-se de fácil fragmentação e maceradas, sendo ricas em treponemas e altamente contagiosas, conhecida como condiloma plano, já na mucosa oral, também há o surgimento de lesões de fácil fragmentação de cor esbranquiçada sobre base lacerada constituindo as placas mucosas, também com alto grau de contágio. Mais tardiamente pode aparecer a poliadenomegalia generalizada, com sinais e sintomas geralmente discretos e sem características fidedignas: mal-estar, astenia, anorexia, febre baixa, cefaleia, meningismo, artralgias, mialgias, periostite, faringite, rouquidão, hepatoesplenomegalia, síndrome nefrótica, glomerulonefrite, neurite do auditivo, iridociclite.

Figura 3: Sinais e sintomas da Sífilis.



Fonte: Imagens Google, 2018. Disponível em: http://www.dreverson.com.br/sifilis_sintomas_tratamentos_e_causas.php

Já na sífilis terciária os pacientes evoluem com lesões que se encontram acometendo pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso. Normalmente “a característica das lesões terciárias é a formação de granulomas destrutivos (gomas) e ausência quase total de treponemas”. O seu aparecimento pode surgir 40 anos após o início da infecção. Podem estar atingidos ainda ossos, músculos fígado, cérebro, e etc..

2.3 Epidemiologia

A OMS estima a ocorrência de mais de um milhão de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) por dia, mundialmente. Ao ano, calculam-se aproximadamente 357

milhões de novas infecções, entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. A sífilis afeta um milhão de gestantes por ano em todo o mundo, levando a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais e colocando em risco de morte prematura mais de 200 mil crianças. Na América Latina e Caribe, estima-se que entre 166.000 e 344.000 crianças nasçam com sífilis congênita anualmente (BRASIL_a, 2017)

No Brasil, entre 2011 a 2016, foi observado um aumento constante no número de casos de sífilis em gestantes, congênita e adquirida, que pode ser atribuído, em parte, pelo aumento da cobertura de testagem, com a ampliação do uso de testes rápidos, redução do uso de preservativo, resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, entre outros. Além disso, o aprimoramento do sistema de vigilância pode se refletir no aumento de casos notificados (BRASIL_a, 2016)

Tabela 1 - Resumo dos casos (número, percentual e taxas) de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita em menores de um ano, segundo região, Unidade da Federação e Brasil, 2016

UF/Região	Nascidos vivos 2015		Sífilis adquirida 2016			Sífilis em gestantes 2016			Sífilis congênita 2016			Óbitos por sífilis congênita 2016		
	n ^o	%	n ^o	%	taxa ⁽¹⁾	n ^o	%	taxa ⁽¹⁾	n ^o	%	taxa ⁽¹⁾	n ^o	%	taxa ⁽¹⁾
Brasil	3.017.668	100,0	87.593	100,0	42,5	37.436	100,0	12,4	20.474	100,0	6,8	185	100,0	6,1
Norte	320.924	10,6	3.969	4,5	22,4	3.890	10,4	12,1	1.724	8,4	5,4	17	9,2	5,3
Roraima	27.918	0,9	671	0,8	37,5	242	0,6	8,7	89	0,4	3,2	1	0,5	3,6
Acre	16.980	0,6	142	0,2	17,4	323	0,9	19,0	66	0,3	3,9	2	1,1	11,8
Amazonas	80.097	2,7	1.045	1,2	26,1	1.390	3,7	17,4	499	2,4	6,2	5	2,7	6,2
Roraima	11.412	0,4	249	0,3	48,4	132	0,4	11,6	23	0,1	2,0	1	0,5	8,8
Pará	143.657	4,8	1.008	1,2	12,1	1.389	3,7	9,7	729	3,6	5,1	6	3,2	4,2
Amapá	15.750	0,5	184	0,2	23,5	166	0,4	10,5	69	0,3	4,4	0	0,0	0,0
Tocantins	25.110	0,8	670	0,8	43,7	248	0,7	9,9	249	1,2	9,9	2	1,1	8,0
Nordeste	846.374	28,0	10.178	11,6	17,9	6.571	17,6	7,8	5.919	28,9	7,0	65	35,1	7,7
Maranhão	117.564	3,9	831	0,9	11,9	756	2,0	6,4	379	1,9	3,2	12	6,5	10,2
Piauí	49.253	1,6	208	0,2	6,5	296	0,8	6,0	370	1,8	7,5	5	2,7	10,2
Ceará	132.516	4,4	1.042	1,2	11,6	941	2,5	7,1	1.138	5,6	8,6	1	0,5	0,8
Rio Grande do Norte	49.099	1,6	846	1,0	24,3	250	0,7	5,1	351	1,7	7,1	5	2,7	10,2
Paraíba	59.089	2,0	176	0,2	4,4	286	0,8	4,8	170	0,8	2,9	4	2,2	6,8
Pernambuco	145.024	4,8	2.450	2,8	26,0	888	2,4	6,1	1.510	7,4	10,4	15	8,1	10,3
Alagoas	52.257	1,7	266	0,3	7,9	371	1,0	7,1	305	1,5	5,8	4	2,2	7,7
Sergipe	34.917	1,2	851	1,0	37,6	305	0,8	8,7	308	1,5	8,8	3	1,6	8,6
Bahia	206.655	6,8	3.508	4,0	23,0	2.478	6,6	12,0	1.388	6,8	6,7	16	8,6	7,7
Sudeste	1.196.232	39,6	46.898	53,5	54,3	17.551	46,9	14,7	8.495	41,5	7,1	73	39,5	6,1
Minas Gerais	268.305	8,9	7.358	8,4	35,0	2.546	6,8	9,5	1.447	7,1	5,4	7	3,8	2,6
Espírito Santo	56.941	1,9	3.277	3,7	82,5	1.274	3,4	22,4	593	2,9	10,4	3	1,6	5,3
Rio de Janeiro	236.960	7,9	6.080	6,9	36,5	5.540	14,8	23,4	2.805	13,7	11,8	43	23,2	18,1
São Paulo	634.026	21,0	30.183	34,5	67,4	8.191	21,9	12,9	3.650	17,8	5,8	20	10,8	3,2
Sul	406.529	13,5	21.204	24,2	72,0	6.608	17,7	16,3	3.148	15,4	7,7	19	10,3	4,7
Paraná	160.947	5,3	5.254	6,0	46,7	2.242	6,0	13,9	735	3,6	4,6	3	1,6	1,9
Santa Catarina	97.223	3,2	5.379	6,1	77,8	1.349	3,6	13,9	552	2,7	5,7	3	1,6	3,1
Rio Grande do Sul	148.359	4,9	10.571	12,1	93,7	3.017	8,1	20,3	1.861	9,1	12,5	13	7,0	8,8
Centro-Oeste	247.609	8,2	5.344	6,1	34,1	2.816	7,5	11,4	1.188	5,8	4,8	11	5,9	4,4
Mato Grosso do Sul	44.142	1,5	1.392	1,6	51,9	1.048	2,8	23,7	368	1,8	8,3	5	2,7	11,3
Mato Grosso	56.673	1,9	794	0,9	24,0	362	1,0	6,4	181	0,9	3,2	1	0,5	1,8
Goiás	100.672	3,3	1.852	2,1	27,7	1.081	2,9	10,7	423	2,1	4,2	3	1,6	3,0
Distrito Federal	46.122	1,5	1.306	1,5	43,9	325	0,9	7,0	216	1,1	4,7	2	1,1	4,3

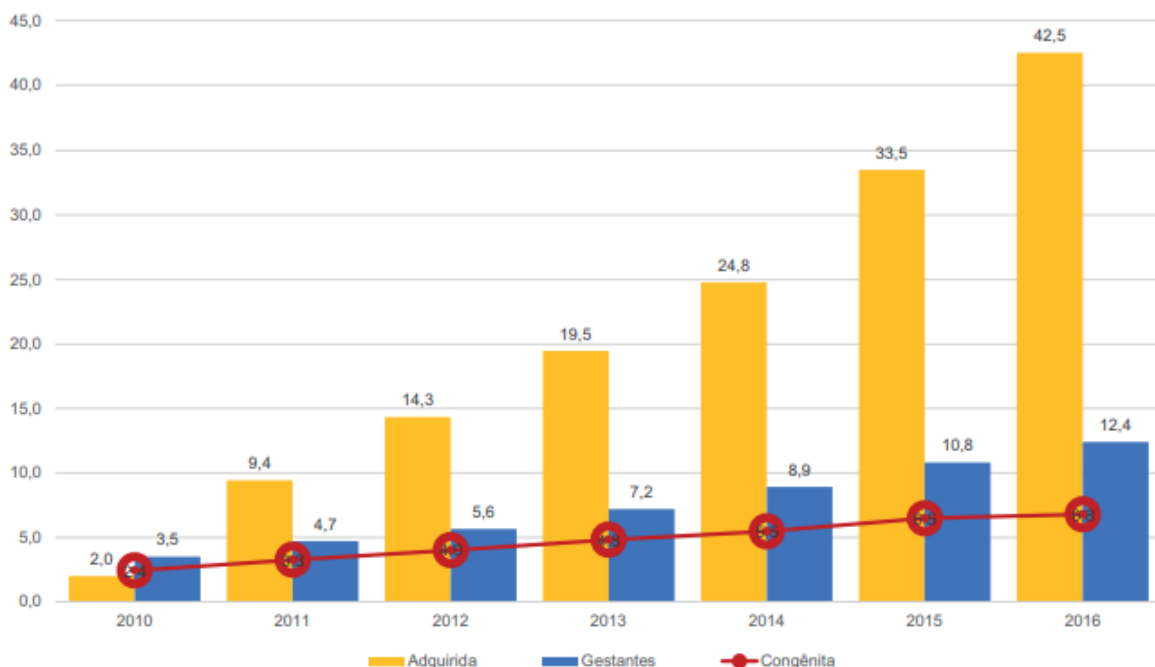
Fonte: BRASIL_a, 2017

No ano de 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita - entre eles, 185 óbitos - no Brasil. A maior proporção dos casos foi notificada na região Sudeste. Quando observadas as taxas, individualmente para cada estado, destacam-se as elevadas taxas de sífilis em gestantes encontradas no Espírito Santo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul. Em relação à sífilis congênita, os três primeiros estados supracitados permanecem em evidência, ao lado do estado de Pernambuco. Quando observados os óbitos por sífilis congênita em menores de 1 ano de idade, sobressai a taxa de 18,1 óbitos/ 1.000 nascidos vivos no estado do Rio de Janeiro, representando 23,2% do total observado em todo o país. Na Tabela 1, são apresentados os dados do Brasil, por regiões e por UF (BRASIL_a, 2017).

O Brasil vive um período de aumento dos casos de sífilis nos últimos anos. Na Figura 4, é possível observar a evolução das taxas de detecção dos agravos notificados de sífilis entre

os anos de 2010 e 2016. 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 nesse período, passando de 2,4 para 6,8 e de 3,5 para 12,4 casos por mil nascidos vivos, respectivamente. A sífilis adquirida, que teve sua notificação compulsória implantada em 2010, teve sua taxa de detecção aumentada de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 42,5 casos por 100 mil habitantes em 2016. Note-se que o fato de a tendência de aumento das taxas observadas para sífilis adquirida se apresentar de maneira mais acentuada representa, neste momento, em grande parte o aumento no número de notificações, ao invés de um aumento real do número de casos. Em comparação com o ano de 2015, observou-se um aumento de 14,7% na taxa de detecção em gestantes, acompanhado do aumento de 4,7% na incidência de sífilis congênita e do aumento de 26,8% na incidência de sífilis adquirida (BRASIL_a, 2017).

Figura 4 - Taxa de detecção (por 100.000 habitantes) de sífilis adquirida, taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2016.



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2017.

2.4 Diagnóstico laboratorial

Para o diagnóstico são realizados testes sorológicos que se dividem em (BRASIL_d):


- Testes não-treponêmicos: VDRL e RPR. São testes qualitativos (resultados reagentes ou não reagentes) e quantitativos (expresso em títulos: 1:2, 1:4, etc.), utilizados para triagem e monitoramento da infecção.
- Testes treponêmicos: Por aglutinação passiva (TPHA ou MHA-TP), teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs) e ensaio imunoenzimático (ELISA ou EIE), que são testes mais específicos utilizados para confirmar a infecção treponêmica, e Teste Rápido para Sífilis (TRS).

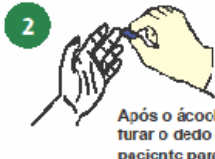
2.4.1 O teste rápido

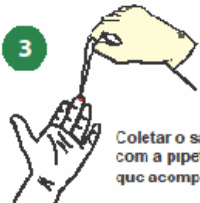
É um exame treponêmico bastante prático e de fácil execução, podendo ser utilizada amostra de sangue total colhida por punção digital ou venosa, ou ainda amostras de soro ou de plasma e obtenção de resultado em período de 10 a 15 minutos, sendo Análises da Organização Mundial de Saúde, em 2003, apontam para resultados semelhantes aos testes treponêmicos (TPHA) usados como referência para comparação, não necessitando de uma estrutura laboratorial para a realização do mesmo.

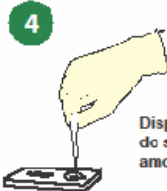
Figura 5 – Instruções para execução do teste rápido


**Instruções para execução do
TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS - RAPID CHECK**


- 

1 Limpar com álcool o dedo do paciente que será utilizado para a coleta do sangue
- 

2 Após o álcool secar, turar o dedo do paciente para coleta do sangue
- 

3 Coletar o sangue com a pipeta descartável que acompanha o Kit
- 

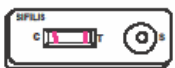
4 Dispensar 02 gotas (50µL) do sangue na área de amostra (S)
- 

5 adicionar na área de amostra (S), 01 gota (40µL) do tampão
- 

6 Aguardar 10 minutos para leitura.
Não esqueça de anotar o horário.

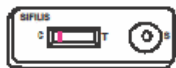
ATENÇÃO

O TESTE SERÁ CONSIDERADO **INVÁLIDO** SE, APÓS 10 MINUTOS, NÃO SURTIR A BARRA VERMELHA NO CONTROLE (C). NESSE CASO, O TESTE DEVERÁ SER REPETIDO.




POSITIVO

Se o resultado for **POSITIVO**, aparecerão duas barras vermelhas no recipiente retangular: uma ao lado da letra C e outra ao lado da letra T.



NEGATIVO

Se o resultado for **NEGATIVO**, aparecerá apenas uma barra vermelha no recipiente retangular, ao lado da letra C.



Fonte: BRASIL_a, 2017

Dentro da proposta de ampliação do acesso ao diagnóstico, o teste rápido para sífilis é utilizado em situações especiais e como triagem (BRASIL_b, 2017).

2.4.2 Importância do uso do Teste Rápido

A implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem de sífilis na Atenção Básica, do Sistema Único de Saúde (SUS), forma o conjunto de estratégias do Ministério da Saúde, que tem como objetivo a qualificação e a ampliação do acesso da população brasileira ao diagnóstico do HIV e detecção da sífilis (BRASIL_f, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem uma estratégia que estimula a pesquisa de novos testes rápidos que, tenham como requisitos o resultado rápido, sejam fáceis de usar por profissionais de saúde de área básica, não necessitem recursos laboratoriais tradicionais, sejam estáveis à temperatura ambiente, possuam boa sensibilidade e especificidade e baixo custo. Com essas características, os testes podem ser utilizados em larga escala nos serviços

de assistência primária de saúde como o Programa de Saúde da Família e também em maternidades (MIRANDA et al., 2009)

A utilização dos testes rápidos, para o diagnóstico de infecção da sífilis na gestação, tem se mostrado uma estratégia eficaz na implementação de novas medidas de abordagem para o diagnóstico rápido e eficaz dessas infecções durante a assistência ao pré-natal e ao parto. Os testes rápidos são mais importantes em áreas com baixa adesão ao pré-natal e poucos recursos diagnósticos, devido a sua praticidade de execução (SANTOS et al., 2017).

O teste rápido segue os princípios da universalidade e acessibilidade, todos feitos com consentimento do indivíduo com o aconselhamento pré e pós-teste, tal como educativo na promoção a saúde e prevenção de doenças. O aconselhamento para os casos positivos no teste diagnóstico direciona o paciente a terapia medicamentosa e para o acompanhamento ao nível de atenção adequada (SANTA CATARINA, 2014).

Evidencia-se que a importância do teste rápido para sífilis é o rápido diagnóstico, 10 a 15 minutos, fazendo com o que o tratamento seja realizado precocemente a fim de reduzir ou anular as chances de transmissão e minimizar os prováveis agravos à saúde (SANTOS et al., 2017)

CONCLUSÃO

A sífilis é um problema de saúde pública no Brasil que teve um aumento significativo nos últimos anos. Ao responder os objetivos deste, o principal fator do aumento da sífilis é o aumento de diagnósticos, através dos testes rápidos, e ainda a notificação da doença. O benefício de um diagnóstico precoce através do teste rápido para Sífilis é a oportunidade de realizar o tratamento o mais rápido possível com o propósito de aumentar as chances de cura da doença, minimizando a transmissão e as possíveis sequelas.

REFERÊNCIAS

AVELLEIRA, J. c. r.; BOTTINO,G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle**. An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, Mar. 2006.

AZULAY, Rubem David. **História da Sífilis**. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. V. 63, n.1, p.3-4, jan/fev. 1988. Disponível em: <<http://www.anaisdedermatologia.org.br/public/artigo.aspx?id=564>>. Acessado em: 23 de maio de 2017.

BRASIL_a. **Boletim Epidemiológico de Sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. 2017.

BRASIL_b. Campanha Sífilis. 2017. Acessado em: 16 de dezembro de 2017. Disponível em <<http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/sifilis/>>.

BRASIL_c. **Agenda de ações estratégicas para redução da sífilis no Brasil**. Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. 2017.

BRASIL_d. **Diagnóstico da Sífilis** - Aula 9. Brasília: Ministério da Saúde. 2017. Acessado em: 17 de dezembro de 2017. Disponível em: <http://telelab.aids.gov.br/moodle/pluginfile.php/22200/mod_resource/content/2/Sifilis%20-%20Manual%20Aula%209.pdf>.

BRASIL_e. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL_f. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 391/2012/SAS/SVS/MS**. 2012

CARRARA, S.. **Tributo a Vênus: A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

DAMASCENO, A.B.A. et al.. **Sífilis na Gravidez**.Revista HUPE. Vol. 13, N. 3, Obstetrícia – parte 1, 2014.

HORVATH, A. **Biology and natural history of syphilis**. In: GROSS, G.; TYRING, S. K. (Ed.). Sexually transmitted infections and sexually transmitted diseases. [S.l]: Springer, 2011. p. 129-141.

MIRANDA, A. E. et al . **Prevalência de sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória**, Estado do Espírito Santo. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba , v. 42, n. 4, p. 386-391, Aug. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822009000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 15 May 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822009000400006>.

PIRES, A. C. S. et al. **Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil e na atualidade** – Revisão da literatura. REV. UNINGÁ REVIEW, [S.l.], v. 19, n. 1, jan. 2018. ISSN 2178-2571. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1522>>. Acesso em: 15 maio 2018.

SANCHEZ, M. R.. **Syphilis**. In: Fitzpatrick's Dermatology in general medicine. 6. ed. USA: McGraw Hill; 2003. p. 2163-88

SANTA CATARINA. Secretaria do Estado de Saúde Sistema Único de Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde. Diretoria de vigilância Epidemiológica. **Nota técnica nº12/2014**. Utilização dos testes rápidos de hiv, sífilis e hepatites b e c. Santa Catarina, 2014.

SANTOS, F. P.. et al.. **Sífilis na gestação: A importância do diagnóstico precoce**. Universidade Tiradentes. ANAIS 2017.

SINGH, A. E.; ROMANOWSKI, B.. **Syphilis: review with emphasis on clinical,epidemiologic and some biologic features**. Clin Microbiol Rev. v.12. p.187-209.