

## DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA SÍFILIS GESTACIONAL EM CERQUEIRA CÉSAR – SP: TESTE RÁPIDO

Marinaldo Correa Barbosa de Oliveira<sup>1</sup>, Nathalia Serafim dos Santos<sup>2</sup>, Ricardo Silveira Leite<sup>2</sup>,  
Edson Hideaki Yoshida<sup>2</sup>, Ligia Maria Micai Gomide<sup>2</sup>, Messias Miranda Junior<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Curso de Graduação em Farmácia. Faculdade Sudoeste Paulista (FSP). Itapetininga, SP.

<sup>2</sup>Faculdade Sudoeste Paulista (FSP). Itapetininga, SP.

### RESUMO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica e de evolução crônica, com períodos de agudização e de latência, quando não tratada. O agente causador é a bactéria *Treponema pallidum*, cuja transmissão é predominantemente sexual, podendo ocorrer por via transplacentária. Como consequência do aumento dos casos de sífilis adquirida (sexual) pelo não uso do preservativo, houve um aumento proporcional de sua transmissão vertical. De acordo com estimativas publicadas no ano 2000, a sífilis congênita é responsável por 1,3% das mortes de crianças menores do que 5 anos. No Brasil, as taxas de soropositividade para sífilis em mulheres na idade fértil variam entre 1,5 e 5,0%, sendo mais elevada em grupos de maior risco, de baixo nível sócioeconômico e promiscuidade sexual. Em relação à sífilis congênita, acrescentam-se como fatores de risco: ausência de assistência pré-natal adequada e falta de tratamento do parceiro sexual. Vale lembrar que a sífilis congênita é um exemplo de doença que pode ser detectada e tratada durante o pré-natal. Objetivando o diagnóstico precoce de gestantes infectadas e o tratamento para se evitar a transmissão vertical, medidas governamentais foram tomadas, como a implantação de testes rápidos, com diagnóstico rápido e confiável, para que o tratamento seja realizado eficazmente evitando-se o acometimento fetal. As análises laboratoriais foram realizadas utilizando-se testes imunocromatográficos para detecção de anticorpos específicos anti *Treponema pallidum* em amostras de sangue colhidas das gestantes que realizaram o pré-natal. No município de Cerqueira Cesar – SP, o teste rápido para detecção da sífilis foi implantado desde janeiro de 2015, desde a sua implantação, 40 gestantes foram atendidas no Laboratório de Análises Clínicas do município para realizar o teste rápido para Sífilis. Dos testes realizados, detectou-se 3 casos de positividade, correspondendo a 7,5 % das gestantes atendidas. Nos casos de teste rápido positivo, a gestante, juntamente com seu parceiro sexual realizaram exames complementares para confirmar a positividade e procedeu-se com o tratamento adequado para evitar possíveis danos ao desenvolvimento fetal. A melhor prevenção da sífilis congênita é feita pelo tratamento adequado da gestante e de seu parceiro, com acesso ao cuidado pré-natal. Deve-se lembrar que a sífilis congênita é considerada como um evento marcador da qualidade da assistência pré-natal de uma população, em termos epidemiológicos. Nesse sentido, a realização de testes rápidos para o diagnóstico da sífilis, permite o tratamento no momento em que a gestante é atendida no pré-natal, diminuindo a incidência da infecção congênita.

**Palavra-chave:** Sífilis; *Treponema pallidum*; Epidemiologia.

### INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica e de evolução crônica, com a alternância de períodos de agudização e de latência, quando não tratada. A doença tem como

agente causador uma espiroqueta, o *Treponema pallidum*, cujo único hospedeiro é o homem. A sua transmissão é predominantemente sexual (sífilis adquirida), podendo ocorrer por via transplacentária (sífilis congênita) (LORENZI; FIAMINGHI; ARTICO, 2009). A apresentação dos sinais e sintomas da doença é muito variável e complexa. Quando não tratada, evolui para formas mais graves, podendo comprometer o sistema nervoso, o aparelho cardiovascular, o aparelho respiratório e o aparelho gastrointestinal (Ministério da Saúde, 2010).

A sífilis é dividida em fases distintas (sífilis primária, secundária e terciária) e períodos de latência. Também dividida em sífilis recente – o qual o diagnóstico é realizado até um ano após a infecção e a sífilis tardia, cujo diagnóstico é após um ano. A sífilis primária é caracterizada pela lesão específica, o cancro duro, o que surge no local da inoculação em média após três semanas o contágio. Este cancro é inicialmente uma pápula rósea, que se torna um vermelho intenso e ulceração; distingue-se por ser uma lesão única e com bordas endurecidas – nesta fase é o ápice da quantidade de bactérias, portanto a fase mais infectante. (PIRES et al., 2014).

A bactéria entra em um período de latência, que pode variar de seis a oito semanas, e logo ela entra em atividade e se dissemina pelo corpo. O que marca a segunda fase é o surgimento de lesões papulosas eritemo-acobreadas. O acometimento das regiões palmares, plantares e poliadenomegalia generalizada, em geral é uma sintomatologia discreta e não atribuída. Nos primeiros dois anos da doença esta fase evolui, podendo regredir com alguns surtos que logo desaparecem, e tem um longo período de latência. Na fase terciária incide o incremento de lesões na pele e mucosas, sistema cardiovascular e nervoso. Nesta é típico de formação de granulomas destrutivos, e uma grande ausência, quase total da bactéria (PIRES *et al.*, 2014).

A sífilis congênita (SC) pode ocorrer em qualquer fase da gravidez, transmitida por via placentária da gestante infectada com o *T. pallidum* não tratada para o feto (HOLANDA et al., 2011). A infecção por transmissão vertical do *Treponema pallidum*, atinge mais crianças do que o próprio Vírus da Imunodeficiência Humana, a qual é tão temida pela população, isto é uma consequência da sífilis adquirida e não tratada no período gestacional (SANTOS; ANJOS, 2009).

Existem várias doenças que podem ser transmitida durante a gravidez, porém a sífilis possui altas taxas de infecção, mesmo havendo várias medidas de controle e prevenção,

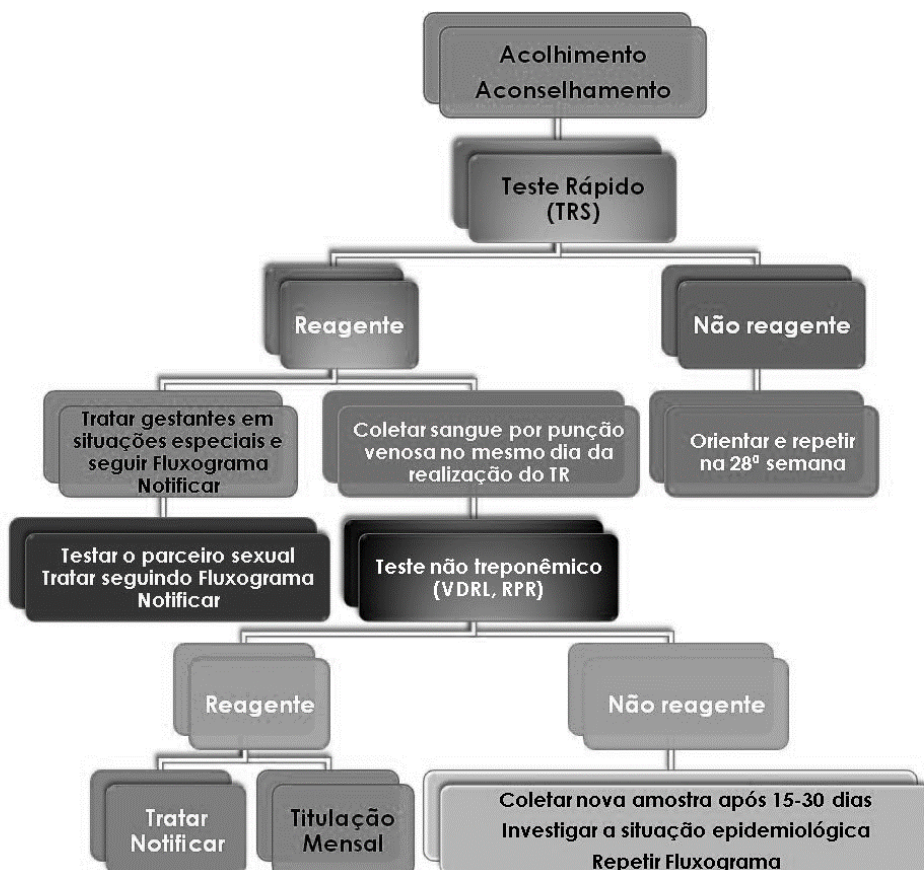
variando de 70% a 100% nas fases primária e secundária, e nas fases seguintes reduzindo a 30% da infecção materna. As consequências da doença no bebê vão variar de acordo com a gravidade, podendo ocorrer um aborto espontâneo, parto prematuro e ao nascer, o recém-nascido pode apresentar sintomas da doença (PIRES et al., 2014).

O número de casos de sífilis vem aumentando no Brasil e, por isso, todos os profissionais da área da saúde devem estar atentos às suas manifestações, e nesse contexto, o diagnóstico laboratorial desempenha papel fundamental no combate à sífilis, por permitir a confirmação do diagnóstico e o monitoramento da resposta ao tratamento (Ministério da Saúde, 2010).

Objetivando o diagnóstico após exposição sexual da sífilis adquirida a o diagnóstico precoce de gestantes infectadas para se realizar o tratamento e evitar a transmissão vertical, medidas governamentais foram tomadas, como a implantação de testes rápidos, com diagnóstico rápido e confiável, para que o tratamento seja realizado eficazmente. Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo realizar o levantamento do número de casos positivos para a Sífilis adquirida e gestacional no município de Cerqueira Cesar – SP desde a implantação dos testes rápidos, em janeiro de 2015.

## **MÉTODO**

O estudo trata de um levantamento epidemiológico local, realizado através de testes rápidos treponêmico – identificação do anticorpo encontrado no sangue coleado, detectado por processo imunocromatográfico - o qual é fornecido pelo Sistema de Saúde Pública para



realização de teste rápidos em pacientes, com intuito de detecção, diagnóstico e tratamento. O testes foram realizados no período de janeiro a junho de 2015, envolvendo 40 mulheres gestantes, no início do pré-natal. No pré-natal a gestante realiza o teste rápido para a sífilis antes mesmo de realizar os exames laboratoriais rotineiros. O teste rápido foi realizado para se identificar uma situação de infecção o mais precocemente possível seguindo-se o fluxograma abaixo (Figura 01).

Figura 01: Fluxograma de manejo de testes rápidos para Sífilis.

## DISCUSSÃO

Um dos grandes problemas de saúde pública é o crescimento exacerbado do índice das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Ao falar em patologia provinda desta via de

transmissão, logo se adverte principalmente a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), a qual se tem maior impacto social. No entanto, a Sífilis vem obtendo destaque internacionalmente (SANTOS; ANJOS, 2009). A sífilis tornou-se conhecida no fim do século XV, na Europa, disseminando rapidamente por todo continente, sendo cogitadas duas teorias para explicar a sua origem. Na primeira, nomeada de colombina, seria uma doença endêmica a qual foi introduzida pelos marinheiros espanhóis. Outros diziam que era provinda de alterações sofridas por espécies de treponemas endêmicos do continente africano. Trata-se de uma doença infecciosa, que desafia a sociedade há séculos, causada por uma bactéria *Treponema pallidum* (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006), gram-negativa do grupo das espiroquetas, anaeróbia facultativa, de catalase negativa, sendo específica do homem e de alta patogenicidade (PIRES et al., 2014).

Mesmo com acesso rápido a informação, muitas pessoas têm a concepção de que a sífilis é apenas uma Doença Sexualmente Transmissível (DST), porém ela não é só transmitida pelo contato sexual ou de forma congênita, podendo ser adquirida também pelo contato com lesões mucocutâneas, contaminadas com treponemas, via transplacentária ou também por transfusão sanguínea. O contato sexual é a meio mais fácil de contágio, com um risco de 60%, do parceiro se contaminar (SANTOS; ANJOS, 2009). Na relação sexual, a bactéria penetra por pequenas abrasões decorrentes da relação, quando atinge o sistema linfático ocorre à disseminação hematogênica e disseminasse para outras partes do corpo. A resposta local de defesa promove o aparecimento de erosão e exulceração na zona de inoculação, a disseminação sistêmica resulta em complexos imunes circulantes, o qual pode se depositar em qualquer órgão (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). No caso da sífilis congênita (SC), a infecção do feto é via transplacentária podendo ocorrer em qualquer período da gestação. A detecção precoce se tem quando as manifestações ocorrem nos dois primeiros anos de vida da criança, já no diagnóstico tardio as manifestações ocorrem após o segundo ano. Essa transmissão vertical pode ser evitada se o diagnóstico materno ocorrer precocemente, o que seria ideal pois a infecção pode causar consequências graves para o concepto – aborto, óbito fetal, sequelas neurológicas, cognitivas, motoras, visuais e auditivas. Em uma levantamento mundial realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), estimasse que 12 milhões de novos casos de sífilis ocorram anualmente em, sendo um milhão em gestantes, o que demonstra as falhas nas estratégias de prevenção e diagnóstico na atenção básica de saúde (ANDRADE, et al., 2018).

Recentemente a OMS relatou a ocorrência de mais de um milhão de IST diariamente, em todo o mundo, com uma estimativa anual de 357 milhões de novas infecções, entre clamídia, gonorreia, tricomoníase e a sífilis, a qual afeta um milhão de gestantes anualmente, acarretando no risco de morte prematura em mais de 200 mil crianças, além das mais de 300 mil mortes fetais e neonatais, mundialmente (Ministério da Saúde, 2017). Esta situação mundial epidemiológica da sífilis mostrou-se muito variável, em 2008, as estimativas de gestantes com a doença era de 1,6% na Europa, 3% no Mediterrâneo, 4% no Pacífico, 7,8% nas Américas, 39,3% na África e 44,3% na Ásia, tendo como resultado 25% dos casos resultando em aborto espontâneo ou natimortos e 25% dos nascidos vivos obtiveram infecção grave ou baixo peso, fatores esses que contribuem para o risco de mortalidade (CARVALHO; BRITO, 2014).

Esta infecção representa um grave problema de saúde pública, que está crescendo de maneira exorbitante anualmente. Em 2012, se tem uma estimativa mundial de que ocorreram 927.936 casos de infecções maternas e 350.915 obteve efeitos adversos – 44.132 prematuros, 61.860 mortes neonatais, 101.813 crianças infectadas e 143.100 natimortos (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018). A falta de acesso as redes de saúde públicas em muitos países, tem forte interferência nestes aumentos sobre as IST's. Uma incidência global, demonstrou que em 2012, se teve 357,4 milhões de novos casos de IST curáveis, com maioria destes em países em desenvolvimento, levando a ser as 10 causas mais frequentes na procura do serviço de saúde, representando até 17% das percas econômicas (PINTO, 2018).

O Ministério da Saúde (2017), relata que na América Latina e Caribe anualmente, nascem em torno de 166.000 a 344.000 crianças com SC. Nos Estados Unidos da América (EUA), ocorreu um aumento de 27,5% entre o ano de 2013 e 2014, demonstrando que mesmo em países desenvolvidos, a infecção pelo *Treponema pallidum* continua sendo um motivo significativo em morbidade infantil (ANDRADE, et al., 2018). Em um estudo realizado na Bolívia, mostrou que 50% dos recém-nascidos (RN) não apresentaram sinais clínicos ao nascer, promovendo um atraso na intervenção patológica. No período de maio a setembro de 2004, foi avaliado 1.594 mulheres pós-parto em seis maternidades, as quais foram detectados 115 casos de soro-positividade em testes rápidos para sífilis, demonstrando uma prevalência de 7,2% - a prevalência de SC foi de 1,1%, portanto 18 casos. Essas complicações são

possíveis e fáceis de serem diagnosticada, não necessitando de grandes tecnologias e tendo um custo baixo de intervenção se detectada no começo (REVOLLO, et al., 2007).

As IST's tornaram-se um grave problema de saúde pública, devido à sua magnitude e dificuldade de acesso ao tratamento adequado (PINTO, 2018). Ressalva-se que a SC é um exemplo de doença que pode ser detectada e tratada durante o pré-natal além de ser uma doença de notificação obrigatória, pelas Portarias 542/MS e 33/MS/SV (ANDRADE, et al., 2018). Alguns fatores acrescentam ao número de casos de SC, como a ausência de assistência pré-natal adequada e falta de tratamento do parceiro sexual. O Ministério da Saúde (2017), demonstrou um aumento constante no número de casos de sífilis em gestante, congênita e adquirida, nos últimos cinco anos. O aumento foi atribuído devido a falta do uso de preservativos, o aumento da utilização de testes rápidos para detecção, a falta de medicação adequada para o tratamento e a resistência de profissionais da saúde na administração do tratamento.

Se comparado o tempo em que ela existe, em relação a outras patologias, nota-se que não deveria ainda ser um problema de grande proporção, pois a mesma já deveria ter sido erradicada, como outras enfermidades ainda mais complexas (SANTOS; ANJOS, 2009). Ainda que com o advento do tratamento, o qual se tem eficácia na maioria dos casos, a sífilis ainda é um problema para a saúde mundial (HOLANDA et al., 2011). Como todo o mundo, o Brasil também vive um período de aumento nos casos de sífilis, com um recrudescimento nos últimos anos, em 2016, foram notificados total 145.503 casos de sífilis, sendo 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 em gestantes e 20.474 sífilis congênita. A região com a maior proporção de casos notificados foi a região Sudeste. Nos últimos 10 anos, especialmente a partir de 2010, ocorreu um grande aumento na taxa de incidência de sífilis, no ano de 2006, a taxa era de 2 casos para 1.000 nascidos vivos, já em 2016, a taxa já de 6,8 casos para cada 1.000 nascidos vivos (Ministério da Saúde, 2017). Em um levantamento realizado pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), entre janeiro de 1998 e junho de 2012, foram notificados 80.041 casos de sífilis congênita em menores de um ano, no Brasil – na maioria dos casos relatados, concentravam-se nas regiões Sudeste (45,9%) e Nordeste (31,4%), os quais lideraram um levantamento anterior que avaliava as taxas de incidência nacional em 2011 (CARVALHO; BRITO, 2014). Em um outro boletim epidemiológico,

avaliou as notificações de janeiro de 2005 a junho de 2012, este relata 57.700 casos de sífilis em gestantes (JUNG; BECKER; RENNER, 2014).

A implantação da notificação compulsória ocorreu em 2010, neste mesmo ano a taxa de detecção de sífilis adquirida foi de 2 casos para 100 mil habitantes, já em 2016, foram 42,5 casos para 100 mil habitantes. É nítido o aumento exorbitante no número de casos, o que não condiz apenas ao aumento de incidência e também ao aumento no número de notificações realizadas. No ano de 2015, verificou-se o aumento de 14,7% na taxa de detecção em gestantes, 4,7% nos casos de SC e 26,8% na incidência de sífilis adquirida (Ministério da Saúde, 2017). No período de 2005 a junho de 2017, foram notificados 200.253 casos de sífilis em gestantes, sendo a maioria registrada na região Sudeste (44,2%). Só em 2016, como já demonstrado, o número total de casos no Brasil foi de 37.436, entre estes casos, 17.551 eram na região Sudeste, onde se observou uma taxa de 14,7 casos de sífilis em gestantes para 1.000 nascidos vivos. De 1998 a junho de 2017, notificou-se 159.890 casos de sífilis congênita em menores de 12 meses de vida; só no ano de 2016, 20.474 casos de SC foram notificados, com diagnóstico de 19.846 em neonatos, sendo 96,5% nos sete primeiros dias de vida (Ministério da Saúde, 2017).

Um estudo realizado na região Sul do país, investigou os resultados da sífilis na gestação associados a fatores maternos e perinatais, este encontrou uma taxa de detecção de 12,79 casos para 1.000 nascidos vivos, dado que se assemelha ao encontrado na região Sudeste, ultrapassando a taxa nacional (11,2). Esses dados foram associados a raça, baixa escolaridade e ausência de companheiro no pré-natal, no caso da sífilis na gestação, e ocorrência de prematuridade e baixo peso ao nascer associado à SC. Longe da meta estipulada (0,5) pela Estratégia e Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita, a taxa de incidência encontrada foi de 9,67 casos para 1.000 nascidos vivo, sendo superior até mesmo a taxa nacional do mesmo ano (6,5) (PADOVANI; OLIVEIRA; PELLOSO, 2018).

No município de São Paulo, a proporção de casos de IST, na população de 15 a 64 anos, é elevada. O início das atividades sexuais precocemente, a não utilização de preservativo e diversidade de parceiros, estão relacionados com este aumento. Um estudo relatou que 255 pessoas, das 4.057 pessoas que participaram da pesquisa, declarou ao menos um episódio de IST durante a vida (PINTO, 2018).



Em Cerqueira César, um município do interior de São Paulo, foram realizados 40 testes rápidos entre o mês de janeiro e julho, esses testes foram realizados em mulheres gestantes que estavam realizando o pré-natal. É comum a realização de análises laboratoriais no começo da gestação, sendo obrigatório os exames que detectem IST. Os testes realizados se baseavam na detecção de anticorpos específicos anti *Treponem pallidum*, os quais detectaram 3 casos de positividade, um percentual de 7,5%. Estas gestantes diagnosticadas foram orientadas a realizarem com seus parceiros exames complementares que confirmam a positividade, e assim encaminha-se para o tratamento adequado, se necessário ambos, com intuito de cura e evitando possíveis danos ao feto. Segundo o Boletim Epidemiológico (2015), de 2005 a junho de 2014, houve 100.790 casos notificados de sífilis em gestantes nas cinco regiões do Brasil.

*Tabela 1*  
*Resumo dos casos de sífilis em gestantes no Brasil.*

	<b>Casos positivos em gestante</b>	<b>Casos positivos em gestante (%)</b>
<b>*Brasil</b>	37.436	25,7
<b>*Norte</b>	3.890	40,6
<b>*Nordeste</b>	6.571	29
<b>*Sudeste</b>	17.551	24,1
<b>*Sul</b>	6.608	21,35
<b>*Centro-Oeste</b>	2.816	30,1
<b>*São Paulo – SP</b>	8.191	19,5
<b>Cerqueira César</b>	3	100

\*Fonte: BRASIL, 2017.

Os dados apresentados na tabela, demonstram os números totais de casos positivos em gestantes que ocorreram no Brasil e suas regiões, em 2016. Os casos relatados em porcentagem (%), são significativos aos valores totais de casos da sífilis (adquirida, gestacional e congênita) – não contando casos de óbitos por sífilis congênita. A região Norte destaca-se pelo maior número de casos da doença em gestantes, seguida pelo Centro-Oeste, assim os altos índices são evidentes, levando também o destaque ao grande número de casos na região Sudeste, onde São Paulo se destaca com um pouco mais de 46% dos casos de sífilis gestacional de toda a sua região. Em Cerqueira César os casos positivados foram todos em gestantes, corroborando com a alta incidência de casos tanto em cidades grandes, quanto no

interior, condizendo com a alta de IST e falta de prevenção nacional, além de evidenciar a importância da realização dos testes rápidos em gestantes.

A Organização Mundial de Saúde estima em 340 milhões o número de novos casos de IST curáveis (entre elas a sífilis). Os dados mostram que conforme a região, a sífilis é a segunda ou terceira causa de úlcera genital. Os estudos epidemiológicos são realizados em serviços que atendem DTS ou grupos selecionados, no caso de gestantes, privados de liberdade, entre outros. Esta é uma patologia a qual pode ser transmitida pela via sexual (adquirida) e vertical (congênita) pela placenta da mãe para o feto (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Apesar de ser uma doença passível de prevenção, a sífilis congênita vem trazendo muita “dor de cabeça” em todo mundo, principalmente nos países subdesenvolvidos. Um dos principais fatores responsável pelo crescimento linear é a falta de assistência no pré-natal. Outros fatores que estariam relacionados ao aumento dos casos de sífilis em gestantes: a precocidade e promiscuidade sexual; o aumento do número de mães solteiras e adolescentes; a falta de cuidado preventivo por partes dos agentes e autoridades de saúde; e também o desconhecimento da gravidade da doença. Adverte-se ainda o aumento da incidência de sífilis na forma latente e a mudança no curso clínico da doença em que vem ocorrendo devido ao uso inconsequente de medicamentos (automedicação), como dose insuficiente ou prescrição incorreta (ARAUJO et al., 2006).

A confirmação de um caso de sífilis é obtida através de exames laboratoriais, porém os diagnósticos devem ser realizados conforme o estágio da doença (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006). Os testes mais utilizados são os de microscopia direta, que analisa a presença da bactéria em material coletado de lesão cutâneo-mucosa; o de sorologia não treponêmica (VDRL) e o de sorologia treponêmica (FTA-abs, TPHA, imunofluorescência) (Secretaria da Saúde, 2011). Atualmente para o tratamento da sífilis, o antibiótico preferencial é a penicilina, devido sua eficácia (SANTOS; ANJOS, 2009). Ela age interferindo a síntese de um componente da parede celular da bactéria (peptídioglicano), promovendo a entrada de água no *T. pallidum*, assim destruindo-o. Já se foi comprovado, por Mahoney, que a droga age em todos os estágios da sífilis, e até hoje não se foi relatado nenhum caso de resistência a ela (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A sífilis tem cura, porém se cumprido o esquema terapêutico prescrito conforme a fase da doença, sendo tratado também o parceiro, obtendo uma obstrução da transmissão (Secretaria da Saúde, 2011).

## **CONCLUSÃO**

O intuito de conter a doença é a interrupção da cadeia de transmissão, prevenindo o surgimento de novos casos. Para que isso ocorra, deve se detectar e tratar precocemente a doença de uma forma adequada. A notificação, investigação de casos, tratamento correto e implantação de medidas preventivas, contribuirão para a redução de casos, tentando assim a eliminação da doença, e para isso, devem-se levar em conta os princípios constitucionais do SUS (Sistema Único de Saúde), onde as unidades básicas devem estar preparadas para receber todos os usuários do sistema.

Os resultados mostram alto índice de infecção em mulheres gestantes (7,5%), o qual não é diferente atualmente, pois o índice de infecção gestacional continua aumentando – evidenciado nos estudos demonstrados e tabela. O recrudescimento está relacionado a precocidade e promiscuidade sexual dos jovens, e a resistência ao uso de preservativos. Estes valores elevados também correspondem a uma maior procura ao Sistema de Saúde Pública em relação ao acompanhamento durante a gestação – pré-natal – evidenciando a grande importância que é a implementação de testes laboratoriais na busca ativa de casos positivos, resultando na contribuição epidemiológica para o tratamento e controle da doença. Ressalva-se que a sífilis de um modo geral é considerada como um evento marcador da qualidade da assistência pré-natal de uma população, em termos epidemiológicos, nesse sentido, esforços para a realização de testes rápidos para o diagnóstico da sífilis adquirida, gestacional ou congênita, permitem o tratamento ou o início dele reduzindo os danos causados pela evolução da doença e disseminação da mesma.

## **REFERÊNCIAS**

1. ANDRADE, A. L. M. B. et al. DIAGNÓSTICO TARDIO DE SÍFILIS CONGÊNITA: UMA REALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER DA CRIANÇA NO BRASIL. **Revista Paulista de Pediatria**. p. 1-6, 2018.
2. ARAUJO, E. C. et al. Importância do pré-natal na prevenção da sífilis congênita. **Revista Paraense de Medicina**, vol. 20, 2006.
3. AVELLEIRA J. C. R.; BOTTINO G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiro de Dermatologia**, vol.81, p.111-26, Rio de Janeiro, 2006.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Sífilis: Estratégias para diagnóstico no Brasil, **Secretaria de Vigilância em Saúde**. p.1-100, curso da série TELELAB, 2010.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Sífilis**. Brasília, Ministério da Saúde, 2017.
7. BRASIL. Secretaria da Saúde. Orienta quanto às condutas a serem adotadas frente á ocorrência de casos de sífilis em gestante e congênita. **Protocolo de manejo da sífilis adquirida, com enfoque nas gestantes e sífilis congênita no município de Joinville**. Joinville, 2011.
8. CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010. **Epidemiologia Serviço de Saúde**. v. 23, n. 2, p. 287-294, 2014.
9. HOLANDA M. T. C. G. et al. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no município do Natal, Rio Grande do Norte – 2004 a 2007. **Epidemiologia do Serviço de Saúde**, Brasília, vol. 20, p. 203-212, 2011.
10. JUNG, D. L.; BECKER, D.; RENNERT, J. D. P. Efeito prozona no diagnóstico de sífilis pelo método VDRL: experiência de um serviço de referência no sul do Brasil. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**. v. 4, n. 1, p. 6-10, 2014.
11. LORENZI, D. R. S.; FIAMINGHI, L. C.; ARTICO, G. R. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. **Revista Femina**, vol. 37, n. 2, 2009, Universidade de Caxias do Sul – RS.

12. PADOVANI, C.; OLIVEIRA, R. R.; PELLOSO, S. M. Sífilis na gestação: associação das características maternas e perinatais em região do sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 26, p. 1-10, 2018.
13. PINTO, et al. Fatores associados às infecções sexualmente transmissíveis: inquérito populacional no município de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 7, p. 2423-2432, 2018.
14. PIRES, A. C. S. et al. Ocorrência de sífilis congênita e os principais fatores relacionados aos índices de transmissão da doença no Brasil da atualidade. **Revista Uningá**, vol. 19, n.1, p. 58-64, 2014.
15. REVOLLO, R. et al. Sífilis materna y congénita em cuatro provincias de Bolivia. **Salud Pública de México**. v. 49, n. 6, p. 422-428, 2007.
16. SANTOS, V. C.; ANJOS K. F. Sífilis: uma realidade prevenível. Sua erradicação, um desafio atual. **Revista Saúde e Pesquisa**. vol. 2, n. 2, p. 257-263, 2009.