

Onde está a Sífilis? Casuística do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, 1979 - 1994.*

Luciane Hyppólito¹, Ana Maria F. Roselino²

* Trabalho apresentado na 4ª Jornada de DST/AIDS de Ribeirão Preto, SP, de 9 a 11 de março de 1995.

¹ Aluna do 6º ano de Graduação de Medicina.

² Professora Doutora - Divisão de Dermatologia, Departamento de Clínica Médica

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP
Av. Bandeirantes, 3900. Campus Universitário
14049-900 - Ribeirão Preto, SP

Resumo

É apresentada casuística de sífilis adquirida, do Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, totalizando 773 casos, no período 1979 a 1994. Chama a atenção a diminuição expressiva do número de casos diagnosticados, particularmente a partir de 1987. Destaca-se a associação com HIV/AIDS em 30 casos, alertando às autoridades sanitárias para que se reitere, em campanhas educacionais, pronunciamentos sobre outras DSTs.

Unitermos: sífilis, DST, HIV, AIDS, epidemiologia

Abstract

The casuistic of acquired syphilis in the region of Ribeirão Preto, São Paulo State, Brazil, is presented. Seven hundred seventy three cases were diagnosed from 1979 to 1994. The decrease of number of cases in the last years, and the association with HIV/AIDS in 30 cases are emphasized. An alert is made to the sanitarian authorities.

Key Words: syphilis, DST, HIV, AIDS, epidemiology.

Introdução

A origem da sífilis e sua propagação para a Europa são rediscutidas recentemente por Luger, o qual discorda ter sido a sífilis propagada para a Europa pelos navegadores de Cristóvão Colombo, que a teriam adquirido em expedição ao Haiti.¹

A incidência da sífilis nos EUA, no Reino Unido e em outros países industrializados, como o Canadá, diminuiu notavelmente desde a segunda guerra mundial até o final de 1950. Nos EUA voltou a aumentar gradativamente, sendo a cifra mais alta registrada entre 1985 e 1989.² Na Flórida, há descrição de epidemia de sífilis recente, entre 1987 e 1990.³ Na Holanda, a ocorrência da sífilis diminuiu no período 1984 a 1987, mas voltou a aumentar, com pico de ocorrência em 1989.⁴

Desde 1957, a sífilis em todo o mundo vem aumentando sig-

nificativamente, principalmente nas grandes cidades, tendo como fatores de risco o uso de drogas ilícitas e a prostituição.^{2,3,5,6} Nos decênios 1970 e 1980, esse aumento também foi atribuído à população de homossexuais, entretanto, houve diminuição a partir dessa data, talvez refletindo alteração do comportamento sexual desse grupo.^{2,5,7} Outros fatores são descritos, como métodos anticoncepcionais sem controle médico, dificuldade de investigação de parceiros, facilidade de deslocamento de um lugar para outro⁸, número de parceiros sexuais⁹, status educacional.¹⁰

No ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (HCFMRP, USP), entre as dermatoses por nós observadas, a sífilis não tem sido comumente diagnosticada e para tal verificação propusemos o levantamento de casos registrados nos últimos 16 anos.

Materiais e Métodos

Procedeu-se ao levantamento de prontuários, junto ao Serviço de Arquivo Médico, HCFMRP, USP, de casos de sífilis primária, secundária, latente e terciária, confirmados por exames específicos, no período 1979 a 1994.

Resultados e Discussão

Casuística

Foram diagnosticados 773 casos em 16 anos, ou seja, a média de 48,3 casos/ano. Do total, 10,2% corresponde à sífilis primária, 55,4% ao secundarismo, 26,4% à sífilis latente e 8,0% ao terciarismo.

Na figura 1, observa-se que o número de casos de sífilis vem diminuindo notavelmente nos últimos anos. A distribuição mostra maior número de casos entre 1979 e 1982, média de 96,5 casos/ano; de 1983 a 1986, 63,0 casos/ano e a partir de 1987, a curva torna-se mais descendente, 22,0 casos/ano. Em 1993 a 1994 foram registrados somente 3 casos de secundarismo. O número de casos de terciarismo se mantém até 1992, com média de 4,4 casos/ano, não tendo sido registrado qualquer caso em 1993 e 1994. Embora a observação da sífilis tenha diminuído, o número de atendimentos de maiores de 13 anos de idade (casos novos), junto ao HCFMRP, USP, vem aumentando. No período 1980 a 1982, registrou-se 6,4 casos de sífilis/1.000 atendimen-

tos, de 1983 a 1986, 4,3/1.000, e de 1987 a 1994, 0,7/1.000.

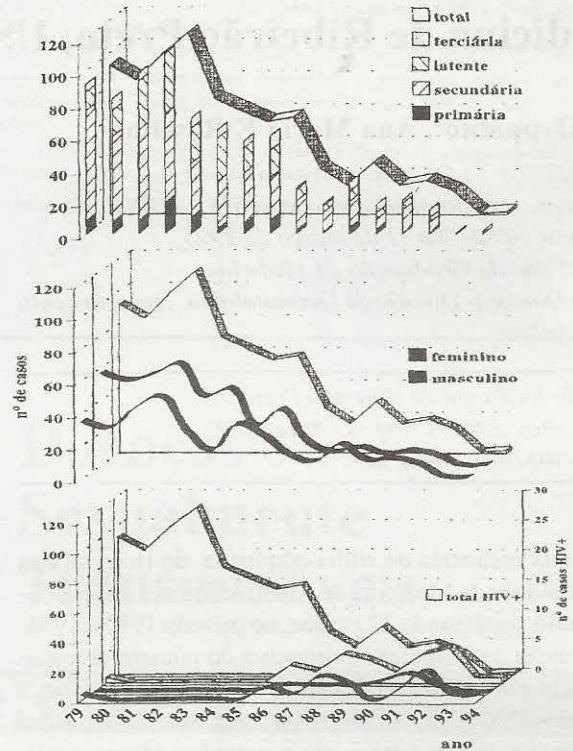
Em São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, há relato de 44 casos de sífilis primária, no período 1985 a 1992¹⁰, comparado a 24 casos na presente casuística. Nesse mesmo Serviço, de 1989 a 1993, houve registro de 88,5 casos de sífilis por ano¹¹, não se evidenciando curva descendente como na atual casuística. Em Santos, Secretaria de Higiene e Saúde, há registro de 121 casos de sífilis em 1991 e de 77 em 1992¹², contra 21 e 15 casos respectivamente registrados em nosso atendimento. No Brasil, a notificação da sífilis é comparável à da gonorréia e à da uretrite não gonocócica/corrimento vaginal. Das regiões do Brasil, a região Sudeste é a que apresenta menor número de casos de sífilis notificados, total de 7.545 casos, e de 712 no Estado de São Paulo, de 1987 a 1995. A notificação sofreu queda no período 1988 a 1991, voltando a se elevar a partir de 1992.¹³ Esse mesmo período corresponde ao menor número de casos aqui registrados, 135 casos. No Estado do Rio de Janeiro houve notificação de 947 casos, de 1983 a 1988, enquanto no Distrito Federal há relato de 15.393 casos de sífilis adquirida, no período 1976 a 1987.⁸ Na região Nordeste, foram notificados 41.317 casos de sífilis. As outras DSTs também são notificadas em menor número na região Sudeste.¹³ Na Holanda, em estudo prospectivo, de 1984 a 1990, foram registrados 6.530 casos de sífilis⁴, número esse comparado ao total de casos de sífilis da região Sudeste, notificados em semelhante período.¹³

Devido à provável subnotificação das DSTs, o cálculo da incidência da sífilis no Brasil torna-se prejudicado, mas considerando-se o total de 123.630 casos de sífilis registrados entre 1987 e 1995¹³ e a população de 150.000.000 de habitantes, tem-se a incidência de 10,3 casos de sífilis/100.000 hab/ano. O PNDST/AIDS, DF, mostra incidência muito mais elevada, 213,3 casos de sífilis adquirida/100.000 habitantes (informação obtida durante treinamento sobre Sífilis Congênita, promovida pela Secretaria Estadual de Saúde, em Ribeirão Preto, SP, em novembro de 1995). Se não considerarmos a população infantil, a incidência de sífilis praticamente será dobrada. Em nossa região é provável que o paciente procure o atendimento nas redes básicas de saúde (SUS), portanto não dispomos de dados reais para o referido cálculo. Se levarmos em conta somente os casos de Ribeirão Preto, registrados no HCFMRP, USP (62,3%), e a população acima de 10 anos de Ribeirão Preto, temos a incidência de 8,2 casos de sífilis/100.000 hab/ano e para toda a região de Ribeirão Preto, 8,7/100.000 hab/ano.

Distribuição por sexo

Em Ribeirão Preto, em 1994, a distribuição da população, acima de 10 anos, por sexo é equivalente. Na figura 1, observa-se ligeiro predomínio do sexo feminino até 1986, 1,6:1,0, a partir de 1987, há predominância do sexo masculino, 1,4:1,0, coincidindo com o aparecimento de casos de sífilis em HIV+/AIDS. Os registros de países desenvolvidos mostram predominância marcante da sífilis entre os homens, 6 a 7:1, refletindo a homossexualidade.² Na sífilis terciária, há predomínio do sexo masculino, 2,1:1,0, em concordância com casuística do Reino Unido.²

Figura 1. Distribuição da sífilis, segundo fase da doença, sexo, positividade para HIV e ano de diagnóstico, HCFMRP, USP.



Distribuição por idade

Na figura 2, a sífilis apresenta sua maior ocorrência entre 20 e 40 anos de idade, sendo a taxa mais elevada entre 20 e 30 anos, coincidindo com dados americanos, entre 20 e 24 anos.²

Não houve diferença da distribuição da sífilis por faixa etária segundo o ano de diagnóstico, isto é, a maior ocorrência da sífilis entre 20 e 40 anos foi constante no período estudado, de 1979 a 1994.

Drogas e Sexualidade

Entre 773 casos registrados de sífilis, somente em 53 prontuários havia referência quanto ao uso de drogas ilícitas, e desses, 26 (3,4%) confirmaram fazer uso delas. Entre os 26 usuários de drogas, 17 apresentaram sorologia positiva para HIV.

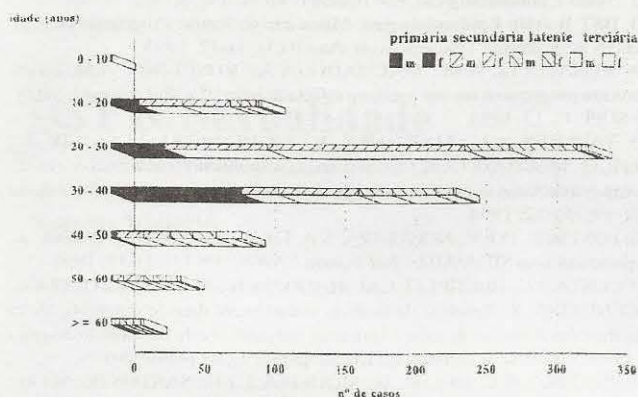
Quanto à sexualidade, há 23 referências de homossexualismo e 8 de bissexualidade (4%). Desses 31, 15 apresentaram positividade sorológica para HIV.

Como o uso de drogas ilícitas é considerado fator de risco para a sífilis e para outras DSTs^{2-5, 7}, torna-se imperativo que referências quanto ao uso de drogas, além da sexualidade, número de parceiros, façam parte da história clínica do paciente.

Associação entre sífilis e HIV/AIDS

Quanto à sífilis em HIV+/AIDS, os primeiros casos foram registrados em 1986, totalizando 30 casos até 1994 (sífilis primária, 3; secundária, 19; latente, 7; terciária, 1), com média de 3,2 casos/ano, com predomínio do sexo masculino. O comportamento da sífilis nesses pacientes difere quanto à apresentação

Figura 2. Distribuição da sífilis segundo sexo, idade e fase da doença, HCFMRP, USP, 1979-1994.



dermatológica, em geral com lesões mais destrutivas, às vezes com lesões localizadas lembrando secundo-terciarismo¹⁴, cujo exame líquórico se torna obrigatório. Tavares e col.¹⁵, em estudo realizado também no HCFMRP, USP, relatam 22 casos de sífilis em HIV+, relacionando outras DSTs em portadores de HIV/AIDS à droga-adição. Postsch e col.¹⁶ descrevem 159 casos de sífilis em HIV/AIDS, atendidos em Hospital Universitário do Rio de Janeiro, entre 1987 a 1994.

Fases da sífilis

Correlacionando-se o sexo do paciente com a fase da sífilis (figura 2), na fase primária e na terciária há predomínio do sexo masculino, enquanto no secundarismo e na fase latente, do feminino. Desde que os relatos mostram predominância da sífilis no sexo masculino^{2,13}, questiona-se se a mulher tem procurado com maior frequência o atendimento médico, comparado ao homem. O predomínio do secundarismo, talvez seja explicado pelas lesões cutâneas alertarem o paciente a procurar o atendimento médico. A observação de atendimentos de sífilis latente pode ser explicada pelo exame sorológico para sífilis constituir um exame de rotina (sorologia triplíce para sífilis, Machado Guerreiro e brucelose) nas diversas clínicas deste hospital, incluindo o atendimento pré-natal. Costa e col.¹⁷ relatam a positividade para sífilis em 2,26% de 16.073 doadores de sangue, entre 1976 a 1981, junto ao Banco de Sangue do HCFMRP, USP. Silveira e col.¹⁸, em Serviço da Faculdade de Saúde Pública, relatam a ocorrência crescente da sífilis latente em pacientes com gonorréia, enfatizando a triagem sorológica para sífilis. Na Tanzânia, inquérito sorológico evidenciou 15% de positividade para sífilis, infecção recente e pregressa, em 4.173 indivíduos, em 1990 e 1991.¹⁹ Em Nairobi, Kenya, entre 1989 a 1991, foi evidenciada positividade sorológica para sífilis em 1,9% de 4.404 mulheres.²⁰

Profissão

Entre as mulheres, houve predomínio da sífilis em domésticas e em donas de casa. Quanto aos homens, houve predomínio entre lavradores, seguido por pedreiros, estudantes, serventes,

vendedores, detentos e outros.

Distribuição por ambulatório

Os casos de sífilis são atendidos em quase todos os ambulatórios do HCFMRP, USP, destacando-se os ambulatórios de Clínica Médica Geral, Dermatologia, Ginecologia e Obstetrícia, e de Saúde Pública.

Verifica-se pela figura 3, que o ambulatório de Dermatologia (ambulatório de DST/AIDS) destaca-se pelo atendimento das fases primária e secundária. A sífilis latente é diagnosticada em todos os ambulatórios, principalmente no de Saúde Pública, provavelmente pelo encaminhamento de outros ambulatórios e do Banco de Sangue. A sífilis terciária, neurolúes, compreende o atendimento do ambulatório de Neurologia.

Outros ambulatórios também diagnosticam a sífilis, como os de Ortopedia, Oftalmologia, outras especialidades da Clínica Médica, como Nutrologia, Nefrologia, Imunologia, e outros.

Conclusões

Devido ao baixo número de casos de sífilis diagnosticados em nossa região e conforme casuística do Estado de São Paulo^{8,13}, pergunta-se:

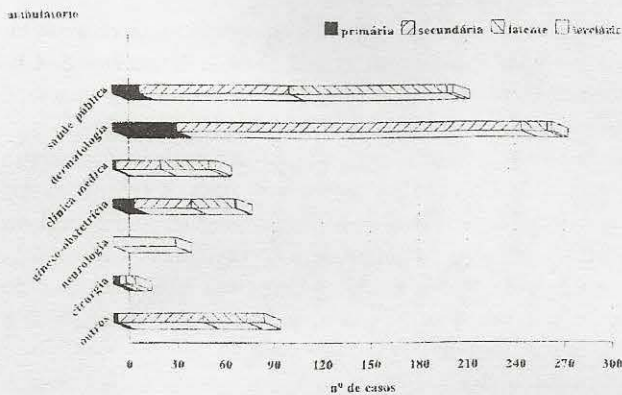
1. se poderia estar ocorrendo subnotificação de casos de sífilis e de outras DSTs,
2. se os doentes não procuram o atendimento hospitalar, ou a rede básica de saúde (SUS), se poderiam estar sendo tratados em balcões de farmácias, ou se auto-medicando,
3. como hipótese otimista, embora menos provável, se estaria ocorrendo real diminuição da sífilis.

Acreditando-se que as DSTs sejam subnotificadas no Brasil, sendo a sífilis uma das DSTs que cursa com úlcera genital e, portanto, poder ser porta de entrada e co-fator para a propagação do HIV, além de estar associada ao uso de drogas e à prostituição, faz-se um alerta às autoridades sanitárias para que se reitere, em campanhas educacionais, pronunciamentos a respeito de outras DSTs, além da AIDS, e para que se proceda a busca efetiva das DSTs entre grupos específicos, de prostituição e de usuários de drogas.

Referências bibliográficas

1. LUGER, A. Clinical and epidemiologic considerations on the Columbian Theory. *Sexually Transmitted Diseases*, 20(2): 110-117, 1993.
2. De SCHRYVER, A., MEHEUS, A. Epidemiologia de las enfermedades de transmisión sexual: panorama mundial. *Bol Of Sanit Panam*, 114(1): 1-22, 1993.
3. MONCRIEF, P.A., WROTEN, J.E., WITTE, J.J., HOPKINS, R.S. Epidemic early syphilis - Escambia County, Florida, 1987 and July 1989 - June 1990. *JAMA*, 265(21): 2782, 1991.
4. TREURNIET, H.F., DAVIDSE, W. Sexually transmitted disease reported by STD services in the Netherlands, 1984-1990. *Genitourin Med*, 69: 434-438, 1993.
5. JOACHIM, G., HADLER, J.L., GOLDBERG, M., SHARRAR, R.G., DAVID, R. Relationship of syphilis to drug use and prostitution - Connecticut and Philadelphia, Pennsylvania. *Arch Dermatol*, 125: 169-170, 1989.
6. FINELLI, L., BUDD, J., SPITALNY, K.C. Early syphilis. Relationship to sex, drugs, and changes in high-risk behavior from 1987-1990. *Sexually Transmitted Diseases*, 20(2): 89-95, 1993.
7. BENENSON, A.S., ed. Sífilis. In: **El control de las enfermedades transmisibles en el hombre**. Informe oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. Publicación Científica n° 538. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1992, p. 475-481.
8. PASSOS, M.R.L. Epidemiologia das doenças sexualmente transmissíveis.

Figura 3. Distribuição da sífilis, segundo a fase da doença e o amolatório de atendimento. HCFMRP, USP, 1979-1994.



Epidemiologia da sífilis. In: **DST, Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 4ª ed., Cultura Médica ed. Rio de Janeiro, 1995, p. 22-39, 87-91.

9. NEWELL, J., SENKORO, K., MOSHA, F., GROSSKURTH, H., NICOLL, A., BARONGO, L., BORGENDORF, M., KLOKKE, A., CHANGALUCHA, J., KILILEWO, J., VELEMA, J., MULLER, A.S., RUGEMALILA, J., MABEY, D., HAYES, R. A population-based study of syphilis and sexually transmitted disease syndromes in north-western Tanzania. 2. Risk factors and health seeking behaviour. *Genitourin Med*, 69: 421-426, 1993.

10. SANTOS JR., ELIAS, A.M., DELBUONO, E., SIQUEIRA, L.F.G., NITRINI, S.O.O. Estudo da sorologia VDRL em pacientes portadores de sífilis

primária atendidos em um Serviço de Doenças Sexualmente Transmissíveis no município de São Paulo - Brasil. *Bol Inform UNION*, 19(75 SUPL. 1): 17, 1994.

11. **Notas Epidemiológicas**. *Bol Inform UNION*, 19(75): 4, 1994.

12. **Notas Epidemiológicas**. *Bol Inform UNION*, 19(73/74): 7, 1994.

13. **DST Boletim Epidemiológico**. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Ano II (3): 11-12, 1995.

14. ROSATELLI, A.M., MACHADO, A.A., ROSELINO, A.M. Sífilis rapidamente progressiva em um paciente infectado pelo HIV. *Bol Inform UNION*, 19(75 SUPL. 1): 13, 1994.

15. TAVARES, A.B., MARTINEZ, R., FIGUEIREDO, J.E.C., GIRÃO, DUARTE, G., MACHADO A.A. Outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) em pacientes infectados com vírus da imunodeficiência humana (HIV). *Bol Inform UNION*, 19(75): 12, 1994.

16. POSTSCH, D.E.V., NOGUEIRA, S.A. Estudo da sífilis em portadores de HIV e pacientes com SIDA/AIDS. *Bol Inform UNION*, 19(75): 11-12, 1994.

17. COSTA, J.C., BECHELLI, L.M., HADDAD, N., ALMEIDA, J.O., HENRIQUEZ, A.R., CENEVIVA, R. Reaction de fixation complement dans le diagnostic de la syphilis chez des donneurs de sang à l'hôpital universitaire de Ribeirão Preto (São Paulo, Brésil): analyse de facteurs épidémiologiques. (a ser publicado).

18. SILVEIRA, M.C., BELDA, W., SIQUEIRA, L.F.G., SANTOS JR., M.F.O., LANG, D. Contribuição ao estudo da epidemiologia da sífilis - Sífilis latente, problema crescente? *An bras Dermatol*, 62(3): 139-142, 1987.

19. MOSHA, F., NICOLL, A., BARONGO, L., BORGENDORF, M., NEWELL, J., SENKORO, K., GROSSKURTH, H., CHANGALUCHA, J., KLOKKE, A.A.A.A., KILILEWO, J., VELEMA, J., MULLER, A.S., RUGEMALILA, J., HAYES, R., MABEY, D. A population-based study of syphilis and sexually transmitted disease syndromes in north-western Tanzania. 1. Prevalence and incidence. *Genitourin Med*, 69: 415-420, 1993.

20. COSTELLO DALY, C., MAGGWA, N., MATI, J.K., SOLOMON, M., MBUGUA, S., TUKEI, P.M., HUNTER, D.J. Risk factors for gonorrhoea, syphilis and trichomonas infections among women attending family planning clinics in Nairobi, Kenya. *Genitourin Med*, 70: 155-161, 1994.

Tratado de Reprodução Humana

Paulo R. B. Canella & Nelson Vitiello

1ª Edição

com 15 capítulos

Reserve seu exemplar e ganhe 20 % de desconto em sua compra

Vendas: Editora Cultura Médica Ltda®
 Rua São Francisco Xavier, 111
 CEP 20550-010 - Tijuca - Rio de Janeiro - RJ
 Tel (Fax): (021) 2643443 - Tel.: (021) 567-3888