

CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO SEROEPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS EM INFECTADOS PELO HIV, EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, RJ

CONTRIBUTION TO THE SEROEPIDEMIOLOGIC STUDY OF THE SYPHILIS IN INFECTED BY HIV, IN UNIVERSITY HOSPITAL OF THE RIO DE JANEIRO CITY, RJ STATE

José Eduardo C Brandão¹, Carlos Alberto M Sá², Marise D Asensi³

RESUMO

A sífilis é comum em pacientes HIV, entretanto, pouco se sabe sobre a forma como a infecção pelo HIV poderia afetar as manifestações da doença. Em infectados pelo HIV, a sífilis pode ter um curso acelerado e a resposta sorológica à infecção pode estar bloqueada ou alterada. **Objetivos:** Estimar a prevalência da sífilis em infectados pelo HIV e analisar características epidemiológicas associadas. **Metodologia:** Estudo retrospectivo com 254 amostras de soros de infectados pelo HIV e 96 amostras controle (HIV negativos); Testes para a sífilis: VDRL (Venereal Disease Research Laboratories), TPHA (*T.pallidum* hemaglutination) e ELISA IgG; e análise dos prontuários médicos. **Resultados:** Dos 254 infectados pelo HIV, sessenta e oito (26,7%) foram reativos para a sífilis e cento e oitenta e seis (73,3%) foram não-reativos. Dos 96 soros do grupo controle, dez (10,4%) foram reativos para a sífilis e oitenta e seis (89,6%) foram não-reativos. **Discussão:** A prevalência de sífilis foi mais significativa ($r < 0,05$) nos pacientes HIV + que nos HIV -, com 26,7% contra 10,4%. As características associadas com a aquisição da sífilis ($r < 0,05$), foram: sexo masculino; renda; comportamento homo e bissexual; e tipo de droga.

Palavras-chave: sífilis, DST, HIV/Aids

ABSTRACT

Syphilis is common in HIV patient, however, it is not very known about the form as the HIV infection could affect the manifestations of the disease. In infected by HIV, the syphilis can have an accelerated course and the serologic answer to the infection can be blocked or changed. **Objectives:** To estimate the prevalence of syphilis in infected by HIV and to analyze associated characteristics. **Methodology:** Retrospective study with 254 samples of serums of infected by HIV and 96 samples control (negative HIV); tests for syphilis: VDRL (Venereal Disease Research Laboratories), TPHA (*T.pallidum* hemaglutination) and ELISA IgG; and analysis of the medical archives. **Results:** Of the 254 infected by HIV, sixty eight (26,7%) were reagents for syphilis and hundred and eighty six (73,3%) they were no-reagents. Of the 96 serums of the control group, ten (10,4%) were reagents for syphilis and eighty six (89,6%) were no-reagents. **Discussion:** The syphilis prevalence was more significant ($r < 0,05$) in patient HIV + that in HIV -, with 26,7% against 10,4%. The characteristics associated with the acquisition of the syphilis ($r < 0,05$), were: masculine sex; income; homo and bisexual behavior; and type of drug

Keywords: syphilis, STD, HIV-Aids

ISSN: 0103-4065

DST - J bras Doenças Sex Transm 14(5):15-19, 2002

INTRODUÇÃO

Apesar de ter sido reconhecida há séculos, a sífilis comporta-se, ainda, como um enigma e em combinação com a infecção pelo HIV, o diagnóstico tornou-se mais complexo¹. A sífilis era onipresente no século XIX e tem sido chamada de síndrome da imunodeficiência adquirida daquela era². Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a infecção pelo HIV está associado às DSTs, principalmente aquelas que determinam ulceração genital³⁻⁶. Recomendações definitivas ao manejo de pacientes com HIV e sífilis são limitadas até o momento pela ausência de estudos prospectivos⁷.

Respostas humorais anormais na sífilis podem ser o resultado de defeitos na função das células B e T em pacientes com HIV e, na presença deste, títulos de VDRL podem estar mais elevados que o esperado⁸. A presença de sífilis está mais associada com o HIV que com outras lesões ulcerosas genitais, como o herpes e cancroide⁹. Indivíduos com sífilis primária e lesão genital apresentam um risco de 60,0% de se infectarem com o HIV¹⁰.

Poucos estudos tem sido apresentados quanto às manifestações clínicas da sífilis em infectados pelo HIV. Essa relação é complexa, com várias áreas de possível interação. A transmissão de qualquer doença poderia ser, teoricamente, potencializada pela presença da outra. A infecção pelo HIV modificou a conduta para com a sífilis e conduziu a rediscutir o diagnóstico¹¹.

Tem-se observado um permanente aumento do número de casos de sífilis no mundo, tendo como possíveis causas o aumento do uso de drogas, principalmente cocaína e aumento da atividade sexual não-protetida¹².

^{1,3} Fiocruz - IFF (Instituto Fernandes Figueira). Av. Rui Barbosa 716, 4º andar - Secretaria Acadêmica - Flamengo, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22250-020. E-mail: ebrandao@ism.com.br

² Hospital Universitário Gaffrêe e Guinle. Rua Mariz e Barros, 775 Laboratório de Imunologia e Aids - Tijuca, Rio de Janeiro, RJ CEP: 20240-010.

Um aumento na incidência de DST numa população pode indicar doença futura pelo HIV⁷. A infecção pelo HIV é encontrada em 0.9% a 5.3% de todos os pacientes atendidos em clínicas de DSTs. Na Alemanha, a prevalência da sífilis variou de 26.0% a 58.0% dos pacientes com HIV¹³. A taxa de soroconversão do HIV em pacientes com úlcera genital é maior que naqueles sem a presença de úlcera - 2.9% contra 1.0%¹⁴. Em infectados pelo HIV, usuários de drogas ilícitas (cocaína inalada), a taxa de soroprevalência para a sífilis alcançou 19.8%¹⁵.

Nos anos 80, cerca de 70.0% dos homens homossexuais com aids foram reativos ao VDRL¹⁶. Para a aids, a possibilidade de infecção através de um contato sexual com parceiro infectado é em torno de 1.0%; na sífilis, na mesma situação, varia de 10.0% a 40.0%, dependendo da fase da doença¹⁷. Parece haver uma relação de "sinergismo epidemiológico" entre a sífilis e a aids, podendo haver mecanismos biológicos responsáveis por esse fenômeno. Lipoproteínas do *T. pallidum* tem se mostrado incrementar a replicação do HIV. Pacientes com ulceração genital também apresentam excreção aumentada de RNA de HIV no sêmen⁵.

Recomendações destinadas à sífilis, e especialmente naqueles com infecção concomitante pelo HIV, estão necessitando de evidências mais satisfatórias, estudos multicêntricos, novos critérios para a classificação e estágio da infecção do HIV e da sífilis e estabelecer regimes terapêuticos mais adequados e apropriados¹³. Desapareceram ou perderam a importância, os interesses sociais que em torno da sífilis se emaranhavam e os valores sociais que faziam dela, não fosse o recente surgimento do que parece ser sua mais legítima herdeira, a aids, cujo combate vem recolocando muitas das questões que anteriormente giravam em torno da sífilis¹⁸.

OBJETIVOS

Estimar a prevalência da infecção pelo *Treponema pallidum*, em uma população de pacientes soropositivos para o HIV; e analisar as características associadas com o risco de aquisição da infecção sífilítica

METODOLOGIA

a) Desenho - Foi realizado um estudo retrospectivo de pacientes soropositivos para o HIV, onde os mesmos foram testados para a sífilis, havendo também a análise de um grupo controle (HIV negativos). As informações de cada paciente foram coletadas dos prontuários médicos do Serviço de Arquivo Médico (SAME). Foram considerados critérios de inclusão pacientes atendidos no Ambulatório da 10.ª Enfermaria no ano de 1997, com faixa etária de 15 a 70 anos de idade, ambos os sexos, soropositivos para o HIV (ELISA e W. Blot). Constituíram o grupo-controle para a sífilis pacientes soronegativos ao HIV; **b- Metodologia**: As amostras dos soros congelados em freezer a -20.° C, obtidos entre janeiro e dezembro de 1997, foram resgatadas para a sífilis, pelos métodos de VDRL, TPHA e ELISA, num total de duzentos e cinquenta e quatro (254) amostras. Para o grupo controle, foram obtidas noventa e seis (96) amostras; **c- Métodos Laboratoriais**- c.1) V.D.R.L. (Venereal Disease Research

Laboratory)-suspensão antigênica estabilizada para a detecção de sífilis, Biolab. Interpretação dos resultados: reativo- presença de floculação, apartir da diluição de 1/8; não reativo - ausência completa de floculação; c.2) **Absorção de Hemaglutinação do *Treponema pallidum* (TPHA)**, Biolab. Interpretação dos resultados : reação positiva - véu uniforme de hemácias recobrimdo toda a cavidade, podendo estar às vezes parcialmente retraído nas bordas; reação negativa - botão compacto de hemácias no fundo da cavidade.c.3) **"Trepanostika" T.P. ELISA IgG - Microelisa System**, Organon-Biolab . Interpretação : quando a amostra não contém anticorpos contra *T. pallidum*, forma-se um complexo antígeno /anticorpo marcado, desenvolve-se uma cor amarela quando a reação é interrompida com ácido sulfúrico. Se houver anticorpos contra *T. pallidum*, eles irão competir pelo antígeno com os anticorpos marcados e será desenvolvida uma cor fraca ou nenhuma cor. Dentro de certos limites, a quantidade de anticorpo contra *T. pallidum* na amostra é inversamente proporcional ao desenvolvimento da cor; d) **Definição de casos - d.1)**VDRL reativo >1/8 + TPHA + ELISA reativos: indicam sífilis; VDRL reativo > 1/8 e TPHA/ELISA não reativos : reação falso-positivo biológico; VDRL não-reativo e TPHA e ELISA reativos : indicam uma infecção passada, ou uma infecção sífilis logo no seu começo; e)**Análise dos dados** - Programa EPI INFO, versão 7.0 (USD, Inc., Stone Mountain, Georgia, USA). A relação entre HIV/ Aids e sífilis foi determinada pela análise do valor de r , indicando diferença significativa entre as populações (r <0,05) ou não (r >0,05).

RESULTADOS

Do total de duzentos e cinquenta e quatro soros positivados para o HIV, sessenta e oito (26,7%) foram reativos para a sífilis; desses, trinta e dois (12,5%) corresponderam à sífilis primária e trinta e seis (14,2%), à forma latente; cento e oitenta e seis (73,3%) foram não-reativos. Do total de noventa e seis soros do grupo controle (HIV -), dez (10,4%) foram reativos para a sífilis; desses, quatro (4,2%) corresponderam à sífilis primária e seis (6,2%) à forma latente; e oitenta e seis (89,6%) foram não-reativos (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 - Prevalência de sífilis de acordo com a sorologia em pacientes HIV positivos e negativos

Sífilis (sorologia)	HIV +	HIV -	Total
	N (%)	N (%)	N (%)
Positiva	68 (26.7)	10 (10.4)	78(22.2)
Negativa	186 (73.3)	86 (89.6)	280(77.8)
Total	254(100.0)	96(100.0)	350(100.0)

$\chi^2 = 10.76; p < 0.05; (0.001); Odds\ ratio = 3.14; (1.48; < 6.85);$

Tabela 2 - Fase da infecção sífilítica em pacientes HIV positivos e negativos

Sífilis	HIV + N (%)	HIV - N (%)	Total N (%)
Recente	32 (12.5)	4 (4.2)	36 (10.3)
Latente/ Terciária	36 (14.2)	6 (6.2)	42 (12.0)
Negativo	186 (73.3)	86 (89.6)	272 (77.7)
Total	254(100.0)	96(100.0)	350(100.0)

$\chi^2 = 0.17$; $p > 0.05$; Odds ratio = 1.33 (0.30 < OR < 6.28)

A distribuição de pacientes foi equivalente quanto ao sexo, com cento e quarenta e cinco (51.6 %) do sexo masculino e cento e trinta e seis (48.4 %) do feminino. Observa-se predomínio do sexo masculino na condição HIV+/Sif+, com quarenta e cinco casos do sexo masculino (73.8%) contra dezesseis casos (26.2%) do sexo feminino. A média de idade para a sífilis foi de 30 anos em ambos os grupos HIV+/- .No estado civil, houve diferença significativa ($r < 0,05$) da condição solteiro/divorciado/viúvo (“descompromissado” ou “não-casado”) para a sífilis em ambos grupos HIV+/-, comparando-se com a condição de casado. Aqueles com nível de escolaridade até o 1.º grau foram predominantes em ambos os grupos. Não houve diferença significativa entre as categorias de profissão quanto ao diagnóstico de sífilis (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência da sífilis em pacientes HIV+/- de acordo condições associadas

Condições associadas	Sorologia Para		HIV		Total	IC	Valor de p
	Sif + N (%)	Sif- N (%)	Sif+ N (%)	Sif- N (%)			
Sexo							
M	45 (73.8)	76 (47.8)	5 (55.6)	19 (36.5)	145 (51.6)		
F	16 (26.2)	83 (52.2)	4 (44.4)	33 (63.5)	136 (48.4)		
Total	61	159	9	52	281	1.52 < OR < 6.25	$p < 0.05$
Idade							
15-45	45 (88.2)	95 (88.8)	9 (100.0)	45 (86.5)	194 (88.6)		
>45	6 (11.8)	12 (11.2)	0	7 (13.5)	25 (11.4)		
Total	51	107	9	52	220	0.3 < OR < 3.08	$p > 0.05$
Estado Civil							
Solt/Div/Viúvo	37 (71.2)	68 (64.2)	7 (77.8)	26 (50.0)	138 (63.0)		
Casado	15 (28.8)	38 (35.8)	2 (22.2)	26 (50.0)	81 (37.0)		
Total	52	106	9	52	219	0.63 < OD < 3.04	$p > 0.05$
Profissão							
Prof.Liberal	5 (9.6)	13 (12.1)	2 (22.2)	4 (7.7)	24 (10.9)		
Técnico	22 (42.3)	33 (30.8)	5 (55.6)	32 (61.5)	92 (41.8)		
Sem Formação	25 (48.1)	61 (57.1)	2 (22.2)	16 (30.8)	104 (47.3)		
Total	60	99	9	52	220		$p > 0.05$

A maioria encontrava-se empregada em ambos grupos. Não houve diferença significativa quanto ao local de moradia entre os grupos, tendo a maioria local de residência na região do Grande Rio (67.3%), comparando-se com o interior do estado e outros estados (32.7%). Até a data de término da pesquisa, a frequência dos pacientes ao ambulatório da 10 Enfermaria do HUGG era de 85.9%, enquanto outros 14.1% já haviam falecido. No critério de escolaridade o nível de analfabeto até 1 grau completo foi o de maioria entre os grupos. Houve significância na análise isolada de renda dos grupos. No HIV+/Sif+, com diferença significativa, a maioria pertencendo a média de 4 a 8 salários-mínimo; no grupo HIV-/Sif+, a maioria na faixa de 1 a 3 salários-mínimo. Apenas no grupo HIV+/Sif- encontra-se exemplos de renda acima de 12 salários-mínimo (Tabela 4).

Tabela 4 - Prevalência da sífilis em pacientes HIV+/- de acordo com as condições associadas

Condições associadas	Sorologia Para		HIV		Total	IC	Valor de p
	Sif + N (%)	Sif- N (%)	Sif+ N (%)	Sif- N (%)			
Ocupação							
Empregado	40 (78.4)	81 (75.7)	7 (77.8)	36 (70.6)	164 (75.2)		
Desempregado	6 (11.8)	18 (16.8)	2 (22.2)	10 (4.0)	36 (16.5)		
Aposentado	5 (9.8)	8 (7.5)	0	5 (9.8)	18 (8.3)		
Total	59	99	9	51	218		$p > 0.05$
Moradia							
Riode Janeiro	36 (69.2)	74 (69.1)	4 (44.4)	34 (65.4)	148 (67.3)		
Outros	16 (30.8)	33 (30.8)	5 (55.6)	18 (34.6)	72 (32.7)		
Total	52	107	9	52	220	0.46 < OR < 2.21	$p > 0.05$
Situação atual							
Vivo	40 (93.0)	78 (87.6)	8 (88.9)	32 (74.4)	158 (85.9)		
Morto	3 (7.0)	11 (12.4)	1 (11.1)	11 (25.6)	26 (14.1)		
Total	43	89	9	43	184	0.44 < OR < 0.16	$p > 0.05$
Escolaridade							
analf/1 Gcompl	35 (74.6)	61 (62.9)	8 (88.9)	41 (78.8)	145 (70.7)		
2Ginc/superior	12 (25.5)	36 (37.1)	1 (11.1)	11 (21.1)	60 (29.3)		
Total	47	97	9	52	205		$p > 0.05$
Renda							
1 a 3 salários	11 (21.2)	40 (37.4)	5 (71.4)	22 (100)	78 (41.5)		

A condição de homossexual masculino foi mais significativa no grupo HIV+/Sif+ (53.8%), comparando-se com o grupo HIV+/Sif- (21.5%). Em seguida, o comportamento bissexual masculino (17.9%) foi o mais encontrado. Na análise do uso de métodos preservativos de barreira, não foi encontrada diferença entre os grupos, com grande predomínio daqueles que não fazem uso (93.4%) dos que fazem (6.6%) (Tabela 5). Em ambos os grupos não houve diferença

Tabela 5 - Prevalência da sífilis em pacientes HIV+/- de acordo com as condições associadas

Condições associadas	Sorologia Para		HIV		Total	Valor de p
	Sif + N (%)	Sif- N (%)	Sif+ N (%)	Sif- N (%)		
DST Prévia						
SIM	8 (32.0)	9 (23.7)	2 (22.2)	5 (12.8)	24 (21.6)	
NÃO	17 (68.0)	29 (76.3)	7 (77.8)	34 (81.2)	77 (78.4)	
Total	25	38	9	39	111	> 0.05
Tipos de DST						
Prévia						
Sífilis	5 (62.5)	1 (9.1)	2 (100.0)	2 (40.0)	10 (38.5)	
Sífilis e Gonorréia	2 (25)	1 (9.1)	0	3 (60.0)	6 (23.0)	
Gonorréia	1 (12.5)	3 (27.3)	0	0	4 (15.4)	
Condiloma	0	1 (9.1)	0	0	1 (3.8)	
Herpes	0	5 (45.5)	0	0	5 (19.2)	
Total	8	11	2	5	26	$p < 0.05$
Tratamento						
SIM	8 (100.0)	9 (81.8)	2 (100)	1 (50.0)	20 (87.0)	
NÃO	0	2 (18.2)	0	1 (50.0)	3 (13.0)	
Total	8	11	2	2	23	$p > 0.05$
Tipo de Tratamento						
Médico	9 (100.0)	8 (88.9)	1 (100.0)	2 (100.0)	20 (95.2)	

significativa, não sendo encontrados relatos de DSTs em 78.4% do total. Porém, observa-se um aumento nos casos de DSTs no grupo HIV+/Sif+ (32.0%), em comparação com HIV-/Sif+ (22.2%). Apesar do reduzido número de informações, a DST mais comum no grupo HIV+ foi a sífilis, com 5 relatos (62.5%). No grupo HIV+/Sif-, o herpes genital foi relatado em 5 casos (45.5%) e gonorréia em 3 casos (27.3%). Não encontrou-se significancia entre os grupos quanto ao tipo e tratamento para as DSTs (Tabela 6).

Tabela 6 - Prevalência da sífilis em pacientes HIV+/- de acordo com as condições associadas

Condições associadas	Sorologia Para		HIV		Total N (%)	Valor de p
	Sif + N (%)	Sif- N (%)	HIV Negativo Sif+ N (%)	Sif- N (%)		
DST Prévia						
SIM	8 (32.0)	9 (23.7)	2 (22.2)	5 (12.8)	24 (21.6)	
NÃO	17 (68.0)	29 (76.3)	7 (77.8)	34 (81.2)	77 (78.4)	
Total	25	38	9	39	111	>0.05
Tipos de DST Prévia						
Sífilis	5 (62.5)	1 (9.1)	2 (100.0)	2 (40.0)	10 (38.5)	
Sífilis e Gonorréia	2 (25)	1 (9.1)	0	3 (60.0)	6 (23.0)	
Gonorréia	1 (12.5)	3 (27.3)	0	0	4 (15.4)	
Condiloma	0	1 (9.1)	0	0	1 (3.8)	
Herpes	0	5 (45.5)	0	0	5 (19.2)	
Total	8	11	2	5	26	p<0.05
Tratamento						
SIM	8 (100.0)	9 (81.8)	2 (100.)	1 (50.0)	20 (87.0)	
NÃO	0	2 (18.2)	0	1 (50.0)	3 (13.0)	
Total	8	11	2	2	23	p>0.05
Tipo de Tratamento						
Médico	9 (100.0)	8 (88.9)	1 (100.0)	2 (100.0)	20 (95.2)	
Colega	0	1 (11.1)	0	0	1 (4.8)	
Total	9	9	1	2	20	p>0.05

As drogas mais relatadas foram o alcoolismo (36.7%) e o tabagismo (35.8%). O uso de drogas ilícitas relatadas (maconha, cocaína inalada e "crack") foi observado sem diferença entre os grupos, num total de 18.8%. A presença clínica de sífilis, ou de alguma manifestação que se assemelhasse com a infecção sifilítica, foi observada com maior frequência no grupo HIV+/Sif+. Quanto à fase da infecção sifilítica, obteve-se maior prevalência da fase recente (19.7%), a fase latente com 0.8% e, a ausência de qualquer fase foi observada em 101 casos (79.5%) (Tabela 7).

Tabela 7 - Prevalência da sífilis em pacientes HIV+/- de acordo com as condições associadas

Condições associadas	Sorologia Para		HIV		Total N (%)	IC	p
	Sif + N (%)	Sif- N (%)	HIV Negativo Sif+ N (%)	Sif- N (%)			
Uso de Droga							
Álcool	50 (44.2)	87 (36.7)	4 (44.4)	10 (19.2)	151 (36.73)	0.39<OR<5.77	ps<0.05
Tabagismo	35 (31.0)	75 (31.6)	5 (55.6)	32 (61.5)	147 (35.8)	1.0<OR<9.57	ps<0.05
Droga Ilícita	17 (15.0)	34 (14.3)	0	10 (19.2)	61 (18.8)	0.0<OR<360.9	ps<0.05
Droga Endovenosa	7 (6.2)	12 (5.1)	0	0	19 (4.62)	0.01<OR<25.9	ps<0.05
Não	4 (3.5)	29 (68.7)	0	0	33 (8.02)		
Total	113	237	9	52	411		
Clínica de Sífilis							
SIM	17 (100.0)	2 (100.0)	3 (60.0)	1 (2.5)	23 (35.9)		
NÃO	0	0	2 (40.0)	39 (97.5)	41 (64.0)		
Total	17	2	5	40	64	1.50<OR<12.8	ps<0.05
Fase da doença							
Primária/Secundária	16 (35.6)	2 (5.4)	6 (66.7)	1 (2.8)	25 (19.7)		
Latente/Terciária	1 (2.2)	0	0	0	1 (0.8)		
Ausente	28 (62.2)	35 (94.6)	3 (33.3)	35 (97.2)	101 (79.5)		
Total	45	37	9	36	127		ps<0.05

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram uma prevalência significativa de sífilis nos pacientes infectados pelo HIV (26.7%). Os seguintes trabalhos correlatos apontam a prevalência da sífilis em pacientes infectados pelo HIV: 15.5%²¹; 47.2%²²; 62.0%¹⁹; 42.0%²⁰. Quanto à associação entre sífilis e HIV/Aids começou a ser estudada no Brasil, foram apontados 211 casos de sífilis no período de 1987 a 1994²³. Na última década, a prevalência de sífilis em infectados pelo HIV tem aumentado significativamente, como na Alemanha (26.0% para 58.0%). O registro de países desenvolvidos mostram predominância marcante de sífilis entre homens, na proporção de 7:1, refletindo, possivelmente, fatores como exposição, promiscuidade, diagnóstico mais acessível e homossexualidade¹³.

O fato da sífilis ser mais predominante no sexo masculino, como encontramos no trabalho, leva-nos ao questionamento se a mulher tem procurado o atendimento médico adequado. É provável que as mulheres procuram atendimento somente na fase secundária, talvez explicado pelas lesões cutâneas que as alertam a procurar o atendimento médico²⁴.

A média de idade para a sífilis foi de 30 anos, uma faixa um pouco maior que nos informam outros dados, que varia entre 20 e 24 anos. Indivíduos na faixa etária de 20-29 anos tem uma alta prevalência e incidência de DSTs e infectam pessoas da mesma faixa etária bem como àquelas pertencentes a faixas maiores e/ou menores. Este fluxo sustenta a infecção na população como um todo²⁵. Prevaleceu para a sífilis a condição de solteiro e numa faixa etária considerada adulto-jovem, fato que talvez possa ser explicado pelo próprio comportamento daqueles que nessa faixa se inserem. As diferenças na qualificação profissional não foram significativas para a sífilis, ocorrendo em todas as condições. Os dados coletados apontaram que o desemprego não foi decisivo para a aquisição de DST/Aids.

O nível de escolaridade não representou significância quanto a presença sífilis. Observou-se no grupo HIV+ uma maior prevalência de pacientes situados numa faixa intermediária de renda (4 a 8 salários-mínimos). Não representaram, portanto, uma categoria pertencentes a uma faixa de carência econômica absoluta.

A pesquisa revelou que comportamento homossexual masculino, como forma de exposição ao HIV, apresentou maior significado para a sífilis, com 53.8% de prevalência. Os resultados relativos ao uso de preservativos sexuais, apontaram para uma falência dos programas de prevenção governamental. Algumas situações, dentre as várias, podem levar negligenciamento do uso dos preservativos, como, por exemplo, álcool e drogas no geral. As drogas mais relatadas no estudo foram o álcool e o tabaco. Provavelmente, pelo baixo poder econômico da população envolvida, as drogas consideradas de alto custo tiveram pouca expressão.

Dados indicam que agentes infecciosos, incluindo o *T. pallidum*, exacerba a depleção de células CD4 nos infectados pelo HIV^{26,27}. Entretanto, não tivemos dados suficientes para determinar os efeitos da imunossupressão no curso clínico da sífilis.

Em nossa casuística, observamos que os relatos de presença clínica da sífilis foi mais significativa ($p < 0,05$) no grupo de pacientes HIV+, porém os dados quanto às manifestações clínicas, foram típicos para cada fase. Não foram relatadas manifestações severas incomuns ou diferenças no estágio de apresentação clínica da sífilis entre os pacientes HIV+.

A inter-relação entre sífilis e HIV/Aids é complexa e bidirecional. O reconhecimento dessas interações tem levado ao desenvolvimento de novas estratégias de prevenção para o HIV, sendo o controle das DSTs componente essencial nos programas²⁸. Embora estudos epidemiológicos têm mostrado que a sífilis é um importante marcador de risco para a infecção HIV/Aids, os efeitos dessa infecção nas manifestações clínico-laboratoriais da sífilis tem sido difíceis de quantificar¹⁹.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- QUINN,TC; ZENILMAN,J; ROMPALO,A. Syphilis. *Advances in Internal Medicine* 39:165-167, 1994.
- FRASER,CM; VENTER,JC. Complete genome sequence of *T. pallidum*, the syphilis spirochete. *Science* 281: 5375, 1998.
- FELMAN, YM. Sexually Transmitted Diseases: Selections From the Literature Since 1990. *Syphilis: Epidemiology. CUTIS* 52 (2) :72-74, 1993.
- GOENS,JL ; JANNIGER,CK; WOLF,K. Dermatologic and Systemic Manifestations of Syphilis. *American Family Physician* 50(5): 1013-1020, 1994.
- MERTENS,TE; ROWLEY,JT; GERBASE,AC. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. *Lancet*. 351: 1-5, 1998.
- PILLAY,A; LIU,H; CHEN,C; HOLLOWAY,B; STURN,W; STEINER,B; MORSE,S. Molecular subtyping of *Treponema pallidum*, ssp *pallidum*. *Sex Transm Dis* 25(8): 408, 1998.
- VOLBERDING,PA; SANDE,MA. In: *The medical management of AIDS 5* edition Saunders, New York, 1998, p.399-410.
- GOLDMEIER, D; HAY, P. A review and update on adult syphilis, with particular reference to its treatment. *Int J STD & AIDS* 4:70-82, 1993.
- ROMPALO,A; SHEPHARD,M; LAALOR,J;HOOK,EW. Definition of genital ulcer disease and variation in risk for prevalence HIV infection. *Sex Transm Dis* 24(7): 436-438, 1997.
- PETRIDOU,E; TRICHOPOULOS,D. Routinely reported sexually transmitted diseases presage the evolution of the AIDS epidemic. *Epidemiology* 8 (4): 450-451, 1997.
- JOLY,V; CRÉMIEUX,AC; CARBON,C. Syphilis primaire & secondaire. Épidémiologie, diagnostic, traitement. *Ver Prat* (Paris),44(92):1685-1688, 1994.
- PODWINSKA, J. Syphilis and Aids. *Arch Immun Ther Experim* 44: 39-333, 1996.
- SCHÖFER,H; OMHOF,M; GREBER,ET; BROCKMEYER,NH; GERKEN,G; PEES,HW; RASOKAT,H; HARTMANN,H; SADRI,I; EMMINGER,C; STELLBRINK,HJ; BAUMGARTEN,R; LETTENBERG,A. Active syphilis in HIV infection: a multicentre retrospective survey. *Genitourin Med* 72:176-181, 1996.
- WEISTOCK,H; SWEENEY,S; SATTEN,G; GWINN,M. HIV seroincidence and risk factors among patients repeatedly tested for HIV attending sexually transmitted disease clinics in the United States, 1991 to 1996. *J Acq Imm Def Syn and Hum Retro* 19(5):506-511, 1998.
- WILLIAMS,ML; ELWOOD,WN; MONTOYA,JD. An assessment of the risks of syphilis and HIV infection among a sample of not-in-treatment drug users in Houston, Texas. *AIDS CARE*,8 (6): 671-682, 1996.
- NORRIS,SJ; LARSEN,AS. Treponema and other host-associated spirochetes. In: *Manual of clinical microbiology*, 6th ed, AsM Washington, DC, 1995.p 636-645.
- WEINER,N. In: *Aids: Lessons from syphilis*. Background briefing, New York 1998.
- CARRARA,S. A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. In: *Tributo a Vênus*. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996
- GOUREVITCH,MN; HARTEL,D; SCHOENBAUM,EE; SELWYN,PA; DAVENNY,K; FRIEDLAND,GH; KLEIN,RS. A prospective study of syphilis and HIV infection among injection drug users receiving methadone in the Bronx, NY. *Am J Pl Health* 86(8): 1112-1116, 1996.
- MUSHER,D., RICHARD,H., BAUGHN,R. Effect of HIV Infection on the Course of Syphilis and on the Response to Treatment, 1990.*Ann Med Int*(5):345-356, 1996.
- RASAMINDRAKOTROKA, A. High Syphilis and Low but Rising HIV Seroprevalence Rates in Madagascar. *XI International Conference on AIDS*. July 7-12, 1996.
- SUTMOLLER,F., SOUZA.T.V.C., MONTEIRO.JC,PENNA,T. The Rio de Janeiro HIV Vaccine – I. Recruitment Strategies and Socio-demographic Data of a HIV Negative Homosexual and Bisexual Male Cohort in Rio de Janeiro, Brazil. *Men Inst Oswaldo Cruz* 92(1):39-46, 1997.
- Passos, MRL. In: *DST- Doenças Sexualmente Transmissíveis*. 4.^a ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica 1995 p. 343-346.
- HYPPÓLITO, L; ROSELINO,AMF. Onde está a sífilis? Casuística do Hospital das Clínicas, Faculdade de Ribeirão Preto, USP,1979-1994. *DST- J bras Doenças Sex Transm* 7(3): 13-16, 1995.
- POPE,V; LARSEN,S; SCHRIFER,M. Immunologic methods for diagnosis of spirochetal diseases. In: *Manual of Clinical Laboratory Immunology*, 1997 American Society for Microbiology Press – Washington, DC.
- LARRSEN,AS; STEINER,BM; RUDOLPH,AH. Laboratory diagnosis and interpretation of tests for syphilis. *Clin Microbiol Review* 8 (1):13-14 1995.
- RADOLF,JD; KAPLAN,RP. Unusual manifestation of secondary syphilis and abnormal humoral immune response to *T. pallidum* antigens in a homosexual man with asymptomatic HIV infection. *J Am Acad Dermatol* 18(2):423-427, 1998.
- CLOTTEY,R; DALLABETA, M. *Sexually Transmitted Diseases and Human Immunodeficiency Virus*, UK Ed. 2: 764-66,1996.

Endereço para Correspondência:

EDUARDO BRANDÃO

Fiocruz - IFF(Instituto Fernandes Figueira)

Av. Rui Barbosa 716,4º andar – Secretaria Acadêmica

Flamengo, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22250-020.

E-mail: ebrandao@ism.com.br

Visite nossa página
www.uff.br/dst/

DST 5, RECIFE 2004
www.dstbrasil.org.br