

Artigo Original

INVESTIGAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA NEUROSSÍFILIS EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB

Bruno Moura Lacerda¹

Anna Flávia Campos Ferreira Silveira²

Tibério Cabral Gomes de Sousa³

Giciane Carvalho⁴

RESUMO

A neurosífilis é caracterizada pelo acometimento do sistema nervoso central e definida como extensão da infecção pelo *Treponema pallidum*. Apresenta-se sob as formas sintomáticas e assintomáticas. Manifesta-se sob três formas: meníngovascular, meníngea e parenquimatosa. Estas podem apresentar quadros mistos e, portanto, desencadear sintomatologias diversas, em geral cursando com alterações do estado mental do paciente e, sobretudo, através de manifestações demenciais. Em decorrência da redução no número de infecção pelo *Treponema pallidum*, após o advento da penicilina, a neurosífilis deixou de ser encarada como patologia preocupante. Logo, muitos especialistas deixaram de pensar nesta enfermidade, contribuindo para diagnósticos equivocados e terapêuticas ineficazes, tratando apenas os sintomas ou evolução clínica do paciente. Entretanto, nas últimas décadas, tem-se verificado um recrudescimento da doença devido à revolução sexual, ao advento dos anticoncepcionais orais e ao tratamento inadequado das fases primárias da sífilis e pela falta de diagnóstico. A partir do exposto, e em detrimento da eminente semelhança entre os quadros apresentados pelos portadores de demência e apresentados pelos portadores de neurosífilis, o presente trabalho buscou investigar a existência de diagnóstico diferencial para neurosífilis em pacientes portadores de demência em um hospital psiquiátrico no município de João Pessoa entre os períodos de 1980 a 2006. Foi possível constatar que, no período investigado pelo estudo, não houve diagnóstico de neurosífilis e que 100% dos pacientes (16) eram portadores de demência, mas que, em sua totalidade, não apresentavam em seus prontuários a realização dos exames para diagnóstico diferencial da demência por invasão do sistema nervoso central pelos *Treponemas* das demências de outras etiologias. Os exames investigados, foram: o reflexo pupilar, VDRL e análise do líquido cefalorraquidiano. Desta maneira, foi comprovada a inoperância por parte de profissionais de saúde no diagnóstico diferencial para neurosífilis, naquela instituição, durante o período recortado pelo estudo.

Palavras-chave: Demência. Diagnóstico. Neurosífilis.

INTRODUÇÃO

No mundo inteiro, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) atingem milhões de pessoas. Os fatores contribuintes para este aumento resultam de mudanças observadas nas últimas décadas, sobretudo na estrutura familiar, com a liberalização dos costumes, passando as pessoas a valorizarem mais as relações afetivo-sexuais e encararem a sexualidade como um fator de

¹ Farmacêutico-Bioquímico. Discente do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança – Famene. Contato: rua: Santos Coelho Neto, nº 495, Edifício: Vancouver, apartamento 101. Tel- 083 8730 83 93 E-mail: brunosmoura@hotmail.com .

² Estudante de medicina da Faculdade Ciências Médicas. Email: annaflavia_campos@hotmail.com

³ Estudante de medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança. E-mail: tibério_jpa@hotmail.com

⁴ Professora da Faculdade de Medicina Nova Esperança. E-mail: giciane.carvalho@uol.com.br

satisfação; somado à interferência de fatores demográficos, tais como: o grande número de jovens sexualmente ativos, migração urbana com mudanças socioculturais, aumento do nível de prostituição, múltiplos parceiros sexuais, alta prevalência de resistência aos antimicrobianos, além da falta de acesso a serviços de saúde efetivos e confiáveis (DHALLIA, 2006).

Segundo Brook (2000), a sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada por um espiroqueta denominado *Treponema pallidum*. É transmitida, principalmente, por contato sexual e pela placenta da mãe para o feto, durante a gestação (sífilis congênita), mas também pode penetrar em mucosas íntegras ou epiderme. *A infecção pelo T. pallidum apresenta três fases distintas.*

A fase primária inicia-se por uma lesão localizada, conhecida como cancro duro, no local da invasão do treponema. Depois, esta lesão que involui dentro de duas a dez semanas, surge a fase secundária da infecção, através de lesões que consistem em exantema maculopapular avermelhado em qualquer parte do corpo, envolvendo da mesma maneira que as lesões primárias de forma espontânea. Tanto as lesões primárias quanto as secundárias são altamente ricas em espiroquetas e, portanto, são estágios eminentemente contagiosos. Essas lesões podem aparecer entre três a cinco anos após a infecção (BROOK, 2000).

Subseqüentemente à fase secundária, os sintomas tornam-se subclínicos, apresentando teste sorológico positivo para sífilis, juntamente com o exame normal do LCR, indicando, desta forma, o diagnóstico de sífilis latente. Após o período de latência, o paciente pode desencadear o terceiro estágio da doença ou sífilis tardia. Esse estágio é caracterizado por manifestações clínicas do tipo: sífilis terciária benigna, sífilis cardiovascular e neurosífilis (HARRISON, 2006).

A neurosífilis é caracterizada pelo acometimento do sistema nervoso central e definida como extensão da infecção pelo *Treponema pallidum*. Apresenta-se sob as formas assintomática e sintomática. A forma assintomática não pode ser identificada clinicamente e seu diagnóstico depende inteiramente de exames complementares,

precedendo a sífilis sintomática e ocorrendo em 15% dos indivíduos afetados com sífilis latente. A forma sintomática apresenta-se sob a forma de três categorias: meningovascular, meníngea e parenquimatosa. Esta última inclui a *tabes dorsalis* e paresia geral, formas que acometem a medula espinhal e o cérebro, respectivamente (HARRISON, 2006).

Ainda, segundo Harrison (2006), todas as formas sintomáticas de neurosífilis, exceto a *tabes dorsalis*, apresentam alterações do estado mental do paciente, cursando, concomitantemente, com outras sintomatologias inerentes à cada forma da infecção no sistema nervoso central. Porém, tais formas podem apresentar quadros incompletos ou mesmo mistos, como observados com mais frequência entre *tabes dorsalis* e paresia geral (COTRAN 1996).

A incidência da neurosífilis na população em geral decaiu muito com o advento da penicilina. A frequência de internação por neurosífilis em hospitais psiquiátricos caiu de 5,9 casos em cada 100.000 habitantes, em 1942, para 0,1 casos para cada 100.000, em 1965 (PROENÇA, 2006).

Em decorrência da redução no número de infecções, a neurosífilis deixou de ser encarada como patologia preocupante, pois tal enfermidade apresentava-se com índices em declínio acentuado, com causa definida da patologia e tratamento apropriado para os pacientes. Logo, muitos especialistas deixaram de pensar nesta enfermidade, contribuindo para diagnósticos equivocados e terapêuticas ineficazes, tratando apenas os sintomas ou evolução clínica do paciente.

Entretanto, nas últimas décadas, tem-se verificado um recrudescimento da incidência da doença, devido também à revolução sexual, ao advento dos anticoncepcionais orais, ao tratamento inadequado das formas primárias e à falta de diagnóstico. Além desses fatores, à associação ao vírus HIV pode acelerar o curso da doença e alterar as respostas ao tratamento.

Atualmente, calcula-se que cerca de 10% dos pacientes com sífilis inicial não tratada evoluirão para neurosífilis (GASTAL, 1999). Com o aumento dos casos de HIV e a reincidência da infecção pela sífilis, os casos de neurosífilis apresentam-se, mais uma vez, em evidência, sobretudo as manifestações

demenciais decorrentes da infecção tardia. Neste particular, conforme estudo realizado por Vargas *et al.* (2000), a neurosífilis deve fazer parte do diagnóstico diferencial de todo paciente com deterioração cognitiva e alterações de comportamento em hospitais psiquiátricos.

Tendo em vista o recrudescimento da sífilis atualmente, este trabalho torna-se relevante devido à possível negligência dos profissionais de saúde no diagnóstico diferencial em pacientes dementes portadores de neurosífilis em hospitais psiquiátricos.

Objetivo geral

- Averiguar a realização do diagnóstico diferencial da neurosífilis com as doenças demenciais de outras etiologias em um Hospital Psiquiátrico do município de João Pessoa.

Objetivos Específicos

- Identificar os métodos utilizados para diagnosticar as doenças demenciais.
- Identificar o uso do VDRL (*Veneral Diseases Research Laboratory*) e do reflexo pupilar como instrumentos de diagnóstico diferencial para neurosífilis.
- Detectar o índice de pacientes acometidos pela neurosífilis no período dos últimos vinte e seis anos.

Doenças demenciais e o diagnóstico diferencial da neurosífilis

Segundo Ballone (2006), a demência é um conjunto de sintomas caracterizados por uma lenta e progressiva perda de funções mentais devidos a lesões ou destruições graduais do sistema nervoso central, envolvendo especialmente o cérebro humano, comprometendo funções mentais, como: raciocínio, memória, razão e planejamento. Atualmente existem mais de 50 tipos de demências. Estas se apresentam englobadas em dois grandes grupos: as demências irreversíveis e as reversíveis.

As demências irreversíveis ou incuráveis

representam 80 a 90% de todas as demências e apresentam várias causas, sendo as mais comuns às demências do tipo Alzheimer (DTA) e doença cerebrovascular ou demência vascular. As do grupo reversíveis ou curáveis também apresentam etiologias diversas, como: alterações metabólicas, deficiências nutricionais, intoxicações, infecções, além de outras etiologias. Mesmo sendo causas raras de demência, representando cerca de 10 a 20% de todas as demências, são importantes do ponto de vista do diagnóstico, pois o tratamento adequado pode reverter o declínio cognitivo. É fundamental que essas demências sejam prontamente diagnosticadas e tratadas, pois à medida que o tempo passa, o potencial de recuperação diminui e estas acabam por se tornarem irreversíveis (NETO, 2006).

Conforme estudo realizado por Vargas *et al.* (2000), a neurosífilis deve fazer parte do diagnóstico diferencial de todo paciente com deterioração cognitiva e alterações de comportamento em hospitais psiquiátricos. O diagnóstico deve ser feito para que a neurosífilis não seja confundida com outras patologias com quadro clínico semelhante, fadando o paciente à progressão e agravos da doença.

Segundo Simon (2006), os profissionais da área devem apresentar maior atenção para este diagnóstico diferencial, principalmente em populações menos favorecidas socialmente.

Ainda, conforme Simon (2006), para um diagnóstico confiável do acometimento do sistema nervoso central pelos treponemas, o profissional deve basear-se em achados clínicos e laboratoriais.

Conforme Cotran (1996), as manifestações clínicas apresentadas pelo paciente neurosífilítico dependem, necessariamente, da área afetada pelo treponema. Tais manifestações podem ser bastante variadas, devido à apresentação de quadros incompletos ou mistos das formas que acometem o SNC, sobretudo a associação entre as formas parenquimatosas.

Para confirmação efetiva da neurosífilis, faz-se necessário a utilização de exames complementares. Tais exames são realizados laboratorialmente e compreendem testes sorológicos que podem ser: não treponêmicos

ou inespecíficos e treponêmicos ou específicos, além de exame do líquido cefalorraquidiano – LCR (COTRAN, 1996).

Os testes não treponêmicos mais freqüentemente utilizados são o “Venereal Disease Research Laboratory” (VDRL) e o teste de reagina plasmática rápida (RPR). O exame de VDRL é um teste de floculação inespecífico, pois detecta substâncias lipoidais presentes tanto em treponemas quanto em outras bactérias. Testes mais específicos podem ser realizados e incluem o teste de anticorpo fluorescente treponêmico-absorvido (FTA-ABS), o ensaio de micro-hemaglutinação para anticorpos contra o *T. pallidum* (MHA-TP) e os testes treponêmicos de hemaglutinação para sífilis (HATTS) (MERCK, 2006).

Alguns pacientes com neurosífilis podem apresentar negatividade para o exame de VDRL, porém um exame específico pode detectar a presença sérica do treponema. Para diagnósticos neurosífilítico mais seguros, os testes sorológicos não devem ser utilizados isoladamente (MERCK, 2006).

Após detectadas reações sorológicas nos pacientes com sintomas neurais, indica-se o exame laboratorial de líquido cefalorraquidiano (LCR). Este teste detecta alterações na contagem de linfócitos e na dosagem de proteínas. Logo, o diagnóstico efetivo para neurosífilis é realizado de forma segura através da combinação de manifestações clínicas, positividade à prova sorológica e aumento da celularidade e proteínas no LCR (COTRAN, 1996).

METODOLOGIA

Para a elaboração do trabalho, foi realizada uma revisão bibliográfica, através de fontes, como: livros, sites na internet e artigos científicos, seguido de coleta de dados que se efetivou através de prontuários em um Hospital Psiquiátrico no município de João Pessoa – PB.

Tipo de estudo

É um estudo descritivo, pois, segundo Vergara (2000), a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou

fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza.

É um estudo exploratório, pois, de acordo com Gil (1991), esse tipo de pesquisa visa a proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo explícito ou a construir hipóteses, tendo como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições.

É, também, um estudo documental, pois, consoante Gil (1991), vale-se de materiais que ainda não receberam tratamento analítico, e é retrospectivo, pois conforme Vitiello (1999) é devido ao fato de se analisar as conseqüências existentes de algo que já passou que não pode ser diretamente observado pelo pesquisador.

Local e período do estudo

O estudo foi realizado em um complexo psiquiátrico situado no município de João Pessoa – PB nos meses de dezembro de 2006 e janeiro de 2007.

População e amostra

A população foi constituída por prontuários pertencentes ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) da instituição em estudo, e a amostra, contabilizada em dezesseis casos, a partir da primeira, formada pelos prontuários a partir de 1980 até 2006 com diagnósticos de demência ou de neurosífilis.

Instrumento e coleta de dados

Para a coleta de dados nos prontuários acima mencionados, foi utilizado um formulário semi-estruturado que norteou a coleta dos dados necessários ao alcance dos objetivos propostos. Tal coleta se deu nos meses de dezembro de 2006 e janeiro de 2007 no turno diurno.

Análise dos dados

Os dados obtidos foram processados à luz do método quantitativo, expressos através de gráficos e tabelas e analisados com base na literatura pertinente ao tema.

Considerações éticas

O presente estudo foi desenvolvido respeitando-se o preconizado pela lei 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza a pesquisa envolvendo seres humanos. Para tanto, o presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Nova Esperança para apreciação ética. Ainda em obediências aos preceitos éticos, foi solicitada a autorização do diretor do complexo que serviu como local de estudo, mediante os esclarecimentos acerca dos objetivos almejados, bem como a apresentação de uma cópia do projeto.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Compuseram o grupo amostral do presente estudo 16 (dezesesseis) prontuários pertencentes ao SAME da instituição selecionada como local de estudo, cuja seleção se deu a partir dos critérios já expressados nas considerações metodológicas.

Os dados coletados por meio do instrumento expresso em anexo permitiu inferir as informações a seguir:

No período proposto pelo estudo, foi possível constatar, que não houve diagnósticos de neurosífilis revelado no percentual de 0%. O grupo amostral foi composto em sua totalidade de prontuários com diagnósticos demenciais, expressado no percentual de 100%.

De acordo com os dados da Tabela 1, a faixa etária dos pacientes variou entre 53 a 95 anos. Foi observada uma prevalência de diagnósticos demenciais entre a faixa etária de 70 a 80 anos, revelado no percentual de

(31,25%) e uma menor predominância entre a faixa etária de 50 a 60 anos, com percentual de (12,5%).

| FAIXA ETÁRIA | Nº DE PACIENTES | PORCENTAGEM |
|--------------|-----------------|-------------|
| 50-60 | 02 | 12,50 % |
| 60-70 | 03 | 18,75% |
| 70-80 | 05 | 31,25% |
| 80-90 | 03 | 18,75% |
| 90-100 | 03 | 18,75% |
| TOTAL | 16 | 100% |

Tabela 1. Faixa etária dos pacientes com diagnóstico demencial. João Pessoa, 2007.

Os dados expressos corroboram com as informações da literatura pertinente ao tema, uma vez que as doenças demenciais apresentam prevalência em faixas etárias superiores a 60 anos. O mesmo ocorre com pacientes portadores de neurosífilis, pois o desencadeamento dos sintomas da doença podem revelar-se, até trinta anos, após a lesão sífilítica inicial.

Conforme ilustra o Gráfico 1, houve predominância do sexo masculino para o diagnóstico de demência, revelado no percentual de 62%. O sexo feminino apresentou percentual inferior, representando 38%.

Os dados expressados vão contra ao estudo realizado por Lopes e Bottino (2002) sobre a prevalência de demência em diversas regiões do mundo, onde foram avaliados 38 artigos, originários de todos os continentes e constatou-se que 75% dos portadores de demência eram do sexo feminino.

No tocante à solicitação de VDRL e do exame do reflexo pupilar, dentre os (100%) dos

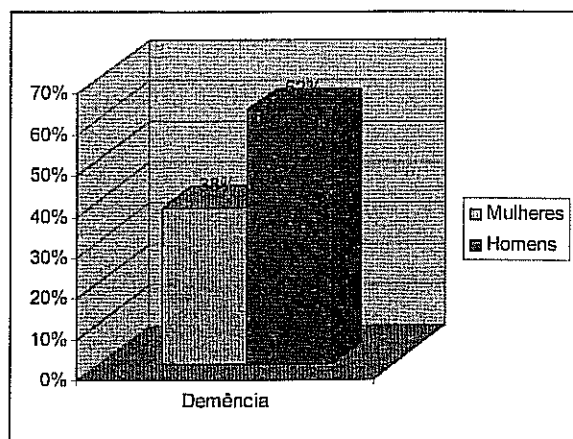


Gráfico 1. Distribuição de homens e mulheres diagnosticados com demência. João Pessoa, 2007.

prontuários investigados não houve (0%) solicitação dos referidos exames para a investigação diagnóstica dos pacientes envolvidos no estudo, de modo que em 100% da amostra inexistia registro destes resultados.

Em relação aos exames requeridos pelos profissionais da área médica para a confirmação do diagnóstico de demência, o único realizado em todo os pacientes foi o exame mental. Houve também a solicitação simultânea de outros exames, como: os exames complementares (hemograma completo e ECG), exame físico e neurológico. Contudo, os exames do reflexo pupilar e do VDRL não foram solicitados por nenhum dos profissionais de saúde.

Em relação aos sintomas apresentados pelos pacientes diagnosticados com demência, em sua maioria, eram trazidos por familiares. Estes declaravam que o enfermo apresentava algumas características, como: humor exaltado, crises de choro, delírios, distúrbios de comportamento, desorientação no tempo e espaço, agressividade, deambulação excessiva, insônia, agitação psicomotora, alucinação auditiva e visual, idéias delirantes de grandeza, conversa incoerente, tentativas de suicídio, solilóquio, conduta anti-social, deambulava despido, descuido no asseio corporal, periculosidade. O indivíduo demente apresenta várias dessas características supracitadas devido à demência ser considerada uma síndrome, ou seja, um grupo de sinais físicos e sintomas que, segundo Ballone (2006), decorrem da destruição ou de lesões graduais que acometem o sistema nervoso central, comprometendo funções mentais como raciocínio, memória, razão e planejamento.

Entretanto, em um estudo realizado por Vargas et al. (2000) sobre a evolução clínica de um paciente neurossifilítico do sexo masculino, com 57 anos de idade, foi possível observar eminente semelhança ao quadro sintomatológico apresentado pelos prontuários pesquisados descrito anteriormente.

Em seu estudo, Vargas et al. (2000) relatou que a o quadro exibido pelo paciente se iniciou através de sintomas como: ansiedade, ciúmes e reação de heteroagressividade sem propósito aparente. Em seguida o quadro evoluiu de forma progressiva e o paciente começou a ter dificuldades em realizar suas

atividades laborais e rotina de cuidados pessoais além de apresentar choro e riso sem motivos, perda de memória, sobretudo para fatos recentes e dificuldade em se expressar. Evoluiu com delírios, alucinações auditivas e visuais, comportamentos inapropriados, irritabilidade aumentada, hiperatividade, insônia, agitação psicomotora e obstipação intestinal.

No tocante ao exame físico exibido pelo estudo, no momento da admissão, revelou um paciente alerta, confabulando e com alentejamento da fluência verbal e importante déficit de atenção. O restante do exame físico não mostrou alterações, exceto as pupilas que estavam simétricas e não reativas à luz. Após o exame clínico, foram solicitados exames complementares, como os exames de VDRL e do líquido cefalorraquidiano, em que ambos apresentaram alterações, confirmando o diagnóstico.

Considerando os sintomas apresentados pelos portadores de demência e a evolução do quadro mencionado por Vargas et al. (2000) de um paciente neurossifilítico, evidencia-se a importância dos exames clínicos e laboratoriais para o estabelecimento do diagnóstico de neurossífilis, uma vez que o quadro clínico de ambos os casos são análogos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se que entre o período de 1980 até 2006, não houve diagnóstico de sífilis terciária em nenhum dos prontuários pesquisados. Os pacientes diagnosticados como portadores de demência foram, em sua totalidade, diagnosticados através do exame mental. Alguns deles foram submetidos, também, a exames complementares, como o hemograma completo e o ECG e ao exame físico, os quais contribuem apenas para a análise do estado orgânico dos pacientes. Apenas dois prontuários apresentaram registro de realização de exame neurológico, apesar destes não explicarem que tipo de avaliação foi procedida e quais os resultados obtidos, estando disponível apenas o laudo de positivo.

Nesses pacientes, não houve realização do exame do reflexo pupilar e nem dos exames complementares específicos para a neuros-

sífilis, como: VDRL e a análise do líquido cefalorraquidiano, comprovando, assim, a inoperância por parte dos profissionais de saúde no diagnóstico diferencial para neurosífilis naquela instituição, durante o período recortado pelo presente estudo.

INVESTIGATION OF THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF NEUROSYPHILIS IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL IN THE CITY OF JOÃO PESSOA – PB

ABSTRACT

Neurosyphilis is characterized by the attack on the central nervous system and defined as the extension of infection by *Treponema pallidum*. It is presented in the forms with and without symptoms. It manifests itself in three forms: menigovascular, meningeal and parenchymal. These forms may have mixed tables and therefore trigger different symptomatology, usually presenting changes in the mental status of the patient and, above all, through demonstrations of dementia. Due to the reduction in infection by *Treponema pallidum*, after the advent of penicillin, neurosyphilis is no longer regarded as a disease of concern. Therefore, many experts no longer think about this disease, contributing to misdiagnosis and ineffective treatment, treating only the symptoms or clinical outcome. However, in recent decades, there has been a worsening of the disease because of the sexual revolution, the advent of oral contraceptives and inadequate treatment of the primary stages of syphilis and the lack of diagnosis. From the foregoing and to the detriment of prominent similarity between the tables produced by people with dementia and presented by patients with neurosyphilis, this study investigated the existence of differential diagnosis of neurosyphilis in patients with dementia in a psychiatric hospital in the city of João Pessoa from 1980 to 2006. It was possible to notice that, during the period investigated by the study, there was no diagnosis of neurosyphilis, and 100% of patients (16) had dementia, but in its entirety, it did not present in their records the examinations for differential diagnosis of dementia because of invasion of the central nervous system by *Treponemas* of dementia from other etiologies. The investigated tests were: the pupillary reflex, VDRL and analysis of cerebrospinal fluid. Thus, the ineffectiveness of health professionals in the differential diagnosis of neurosyphilis at that institution has been proven during the period of the study.

Keywords: Dementia. Diagnosis. Neurosyphilis.

REFERÊNCIAS

- BALLONE, G.J. Demências. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 18 out. 2006.
- BROOK, G. F. *et al.* Microbiologia médica. 21. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- COTRAN, R. S. *et al.* Patologia estrutural e funcional. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- DHALIA, C. *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis: AIDS. Disponível em: <<http://www.cic.unb.br/docentes/fatima/imi/imi200/r/Inicio/DST/indice.htm>>. Acesso: em 06 out. 2006.
- GASTAL, F. *et al.* Tratamento etiológico em psiquiatria: o modelo da neurosífilis. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, n.1, São Paulo, 1999.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.
- HARRISON, Tratado de medicina interna. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M. C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. Arquivos de Neuro-Psiquiatria., v. 60, n. 1, São Paulo, 2002.

MERCK. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Disponível em: <http://www.msdbrazil.com/msdbrazil/patients/manual_Merck/mm_sec17_189.html>. Acesso em: 20 set. 2006.

GALLUCC, N.T *et al.* Diagnóstico diferencial das demências. Disponível em: <www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/n3/119.html>. Acesso em: 10 out. 2006.

PROENÇA, M. Paralisia geral progressiva. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/centros/capb/scdst/sifilis.htm>>. Acesso em: 10 out. 2006.

SIMON, R.P. - Neurosyphilis. *Neurology*, v. 44, 1994. Medline. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MEDLINE_19661995&exprSearch=7991102&indexSearch=UI&lang=i>. Acesso em: 18 out. 2006.

VARGAS, A. P. *et al.* Demência por neurosífilis: evolução clínica de um paciente. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 58, n.2b, São Paulo, 2000.

VERGARA, S. C. *Projetos e relatórios de pesquisa em administração*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

APÊNDICE

Formulário

1. Presença de dados referentes à avaliação clínica da neurosífilis.
Sim Não

Se sim, quais os dados apresentados.

2. Solicitação de VDRL
Sim Não

3. Solicitação de outros exames laboratoriais complementares.
-

4. Diagnóstico confirmado de neurosífilis.
Sim Não

5. Caso haja confirmação de neurosífilis, preencher os dados abaixo:

Sexo: _____

Idade: _____

Situação conjugal: _____