

**Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes com coinfeção
HIV/sífilis atendidos em um centro de referência****Clinical and epidemiological aspects of patients with HIV/syphilis co-
infection treated at a reference center**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-035

Recebimento dos originais:10/06/2020

Aceitação para publicação: 08/07/2020

Carla Andrea Avelar Pires

Dra. em Medicina Tropical pela Universidade Federal do Pará
Instituição: Universidade do Estado do Pará e Universidade Federal do Pará
Endereço: Tv. Perebebuí, 2623 – Marco, Belém-PA, Brasil
E-mail: carlaavelarpires@gmail.com

Nicole Salomão Lopes

Graduanda de medicina pela Universidade do Estado do Pará
Instituição: Universidade do Estado do Pará
Endereço: Tv. Perebebuí, 2623 – Marco, Belém-PA, Brasil
E-mail: nicolesalomaol@gmail.com

Syenne Pimentel Fayal

Graduanda de medicina pela Universidade do Estado do Pará
Instituição: Universidade do Estado do Pará
Endereço: Tv. Perebebuí, 2623 – Marco, Belém-PA, Brasil
E-mail: syenefayal@gmail.com

Lucas da Silva Lopes

Graduando de medicina pela Universidade do Estado do Pará
Instituição: Universidade do Estado do Pará
Endereço: Tv. Perebebuí, 2623 – Marco, Belém-PA, Brasil
E-mail: luclopes.27@gmail.com

Bernardo Vitor de Oliveira Martins

Graduando de medicina pela Universidade do Estado do Pará
Instituição: Universidade do Estado do Pará
Endereço: Tv. Perebebuí, 2623 – Marco, Belém-PA, Brasil
E-mail: bernardo_vitor@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: Descrever a epidemiologia básica, apresentações clínicas e abordagens terapêuticas de pacientes com sífilis atendidos pela Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas e Parasitárias Especiais (URE DIPE). Métodos: Foi realizado um estudo descritivo, observacional, do tipo série de casos, a fim de descrever a epidemiologia, os aspectos clínicos e o tratamento utilizado em pacientes diagnosticados para sífilis e HIV, acompanhados na URE/DIPE no período de 2016 a 2018, por meio da coleta de dados em fichas e prontuários desses pacientes. Resultados: Foram coletados dados de 138 pacientes.

A média de idade foi 36,4 anos, variando dos 20 aos 80 anos. Composto principalmente por homens, de cor parda, solteiros e residentes do estado do Pará. Dos casos de coinfeção de HIV/Sífilis 26% aconteceram em 2016, 18% em 2017 e 54% em 2018. As formas de tratamento mais utilizadas seguem o esquema de três antirretrovirais, sendo dois Inibidores de Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos associados a outra classe. O tratamento mais utilizado nos pacientes com sífilis foi o uso da benzilpenicilina benzatina. Conclusão: A coinfeção HIV/sífilis aumentou sucessivamente nos anos da pesquisa. Assim, é imprescindível que haja mais pesquisas sobre o assunto, para potencializar o tratamento e a prevenção.

Palavras-Chave: HIV, Sífilis, Epidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To describe the basic epidemiology, clinical presentations and therapeutic approaches of syphilis patients treated by the Specialized Infectious and Parasitic Disease Reference Unit (UREDIFE). **Methods:** This was a descriptive, observational, case series study, with the view to describe the epidemiology, clinical aspects and treatment used in patients diagnosed with syphilis and HIV, followed at the UREDIFE from 2016 to 2018, through data collection in patient records and medical records. **Results:** T Data were collected from 138 patients. The average age was 36.4 years, ranging from 20 to 80 years. Mainly composed of men, brown, single and residents of the state of Pará. Of the cases of HIV / Syphilis coinfection, 26% occurred in 2016, 18% in 2017 and 54% in 2018. The most commonly used forms of treatment follow the scheme. of three antiretrovirals, two being Nucleoside / Nucleotide Analog Reverse Transcriptase Inhibitors associated with another class. The most commonly used treatment in syphilis patients was benzathine benzylpenicillin. **Conclusion:** HIV / syphilis coinfection increased successively in the years of the survey. Thus, further research on the subject is essential to enhance treatment and prevention.

Key words: HIV, Syphilis, Epidemiology.

1 INTRODUÇÃO

Configurando-se como uma doença milenar de caráter global que ainda hoje chega a atingir cerca de 12 milhões de pessoas em todo o mundo (SOUZA 2015), a sífilis apesar de seu tratamento relativamente acessível ainda se constitui como um problema de saúde pública em diversos lugares, estando atualmente em evidência devido ao recente aumento no número de casos na população como um todo. Tal aumento foi verificado no Brasil nos últimos cinco anos com o crescimento tanto da vertente adquirida quanto da sua variante congênita, sendo essa caracterizada como a transmissão vertical da mãe ao concepto. A sífilis adquirida, que teve sua notificação compulsória implantada em 2010, teve sua taxa de detecção aumentada de 2,0 casos por 100 mil habitantes em 2010 para 42,5 casos por 100 mil habitantes em 2016. A região Norte do país, lamentavelmente, ainda apresenta um problema importante no processo de notificação da sífilis, apesar de ser considerada doença

de notificação compulsória, os números de notificações ainda são muito baixos, levando a uma incoerência dos dados com a realidade da região (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A sífilis apresenta-se primordialmente como uma infecção sexualmente transmissível, porém outros modos de transmissão podem ocorrer como transfusões com sangue contaminado, lesões cutâneas ricas em agentes infecciosos e por via transplacentária. Configura-se como uma doença infecciosa crônica que tem a bactéria *Treponema pallidum* como agente infeccioso, gênero *Treponema*, da família *Treponemataceae*, sendo o *pallidum* uma das quatro espécies patogênicas do gênero (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O processo de infecção e transmissão da doença ocorre principalmente pela penetração do *Treponema* por meio de pequenas lesões advindas da relação sexual, contudo também pode infiltrar-se através de membranas intactas, o contato direto destas lesões com as feridas típicas da doença (Cancro duro e lesões secundárias) são responsáveis por aproximadamente 95% das novas contaminações, neste local acontece uma resposta levando ao aparecimento de uma erosão e posterior ulceração, ocorre também a produção de complexos imunes que por via hematogênica e linfática que podem se depositar em quaisquer órgãos do corpo (CONTRERAS et al, 2008).

É uma doença que pode ser sintomática ou assintomática, com períodos de atividade e períodos de latência que alternam entre si. Os períodos de atividade da sífilis adquirida dividem-se em sífilis primária, secundária e terciária. Na sífilis primária a lesão característica é o cancro duro, que geralmente se representa por uma pápula eritematosa que evolui para um vermelho mais intenso e posterior ulceração, única, indolor com bordas endurecidas e levemente elevadas, fundo liso e limpo recoberto por material seroso em média três semanas após a infecção, no local de inoculação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019), localizado em sua grande maioria na região genital (95% dos casos), porém pode estar presente em outras regiões como boca, língua e região mamária (SILVA e BONAFÉ, 2013).

A fase secundária ocorre aproximadamente 6 a 8 semanas após o desaparecimento do cancro duro e período de latência, a doença entra novamente em atividade com distribuição do *Treponema* pela pele e órgãos internos, com o paciente apresentando placas eritematosas-acobreadas, arredondadas de superfície plana, recobertas por discretas escamas principalmente nas regiões plantares e palmares de pés e mãos podem ocorrer múltiplos cancros principalmente em pacientes imunodeprimidos (CONTRERAS et al, 2008).

Na sífilis terciária as lesões apresentam-se como granulomatosas destrutivas - com ausência de *treponema* - em pele, mucosas, sistema cardiovascular e nervoso, com ossos,

fígado e músculos podendo também ser acometidos (SILVA e BONAFÉ, 2013). As lesões são solitárias, endurecidas, assimétricas, com bordas bem marcadas com tendência à cura central. Quando o acometimento atinge sistema nervoso a doença é conhecida como neurosífilis, o *Treponema* chega as meninges em 12 a 18 meses após a infecção, podendo causar no pior dos casos meningites agudas, principalmente em pacientes com HIV, neurosífilis parenquimatosa na qual o paciente desenvolve paralisia progressiva e a neurosífilis gomosa que acaba por simular tumores cerebrais e medulares (CONTRERAS, et al, 2008).

Para o diagnóstico da sífilis existem recursos de exames de três grupos, os por exame direto por microscopia de campo escuro e por fluorescência direta, e os mediante teste sorológico e os por cultivo em células epiteliais de coelho. A microscopia de campo escuro é a prova de eleição para a sífilis primária em pacientes sintomáticos, quando seus resultados são positivos, deve-se obrigatoriamente confirmar via sorologia. A imunofluorescência direta é importante para detectarem-se subespécies de *T. pallidum* em tecidos, fluídos corporais e exsudatos das lesões. O cultivo não é um método simples e necessita de várias adequações laboratoriais para sua realização, por isso não é recomendado e utilizado como rotina. As provas sorológicas são de longe os principais recursos para o diagnóstico de sífilis, temos dois grupos as não treponêmicas e as treponêmicas. As não treponêmicas são o VDRL (Venereal Disease Research Laboratory test) e a RPR (Rapid Plasma Reagin), estas são importantes pois são utilizadas para a triagem, são econômicas e servem para verificar a eficácia do tratamento. Na prova treponêmica FTA-ABS (Fluorescent Treponemal Antibody Absorption) são utilizados antígenos de *T. pallidum* para verificar anticorpos específicos no hospedeiro, é utilizada para fechar o diagnóstico quando as provas não treponêmicas são reativas e para confirmar quando o quadro clínico é sugestivo, mas as provas não treponêmicas são negativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 201).

A penicilina é o medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, preconiza-se que sejam mantidos níveis de penicilina superiores a 0,018 mg por litro pelo menos 7 a 10 dias na sífilis recente e por duração mais longa na sífilis tardia. Seguindo estes padrões temos, para sífilis primária, secundária e latente recente (até um ano) 2,4 milhões de unidades internacionais (UI) intramuscular (IM) em dose única, 1,2 em cada glúteo. A alternativa é a doxiclina 100 mg duas vezes por dia por 15 dias exceto para gestantes ou a Ceftriaxona 1 g intravenoso ou intramuscular uma vez ao dia, por 8 a 10 dias para gestantes e não gestantes que possuam alergia a penicilina. Para sífilis latente tardia (mais de um ano) e terciária

penicilina G benzatina 2,4 milhões de UI, IM, (1,2 milhões em cada glúteo), semanais por 3 semanas, dose total de 7,2 milhões de UI, as alternativas são doxiciclina 100 mg, via oral (VO), duas vezes por dia por 30 dias exceto para gestantes ou ceftriaxona 1g, IV ou IM uma vez ao dia de 8 a 10 dias para gestantes e não-gestantes alérgicos a penicilina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Em meados dos anos 1970 a partir do desenvolvimento dos métodos anticoncepcionais e revoluções nas práticas sexuais as doenças sexualmente transmissíveis como a sífilis e a recente descoberta da síndrome da imunodeficiência adquirida chamaram atenção dos pesquisadores também para uma possível associação entre essas mazelas, não apenas para as formas de transmissão, mas também para as interações entre as doenças (CONTRERAS et al, 2008).

Estudos demonstram também que a Sífilis é a coinfeção mais prevalente em gestantes portadoras de HIV, devido em parte aos processos de transmissão similares destas doenças (ACOSTA et al, 2016). Além disso, já está evidenciado por alguns estudos que a coinfeção de pacientes soropositivos para o HIV com a sífilis diminui a contagem de linfócitos CD4+ e aumenta a carga viral dos mesmos, dificultando de forma significativa o tratamento e alterando a história natural de ambas as doenças (BUCHACZ et al, 2004).

2 MÉTODOS

Na presente pesquisa, todos os dados obtidos foram analisados segundo os preceitos da Declaração de Helsinque e do Código de Nuremberg, respeitadas as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/12) do Conselho Nacional De Saúde, já com parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos cujo CAAE é 90617218.5.0000.0018 e número do parecer 2.765.506., e autorizado pelo estabelecimento da pesquisa Unidade de Referência Estadual em Doenças Infecciosas e Parasitárias (URE/Dipe), além do Termo de Compromisso de Utilização de Dados. Vale ressaltar que este projeto faz parte de um projeto maior da pesquisadora, que já está coletando informações também de outros centros de referência ao atendimento de pacientes HIV positivos, cujo Título é “Perfil clínico-epidemiológico de pacientes coinfectados HIV/sífilis atendidos em centros de referência”.

Foi realizado um estudo descritivo, observacional, do tipo série de casos, que buscou descrever a epidemiologia, os aspectos clínicos e o tratamento utilizado em pacientes

diagnosticados para sífilis e HIV, acompanhados na URE/Dipe no período de 2016 a 2018, por meio da coleta de dados em fichas e prontuários desses pacientes.

Esta pesquisa trabalhou com uma amostra de conveniência, onde foram obtidas informações de 138 pacientes do fluxo normal do serviço ambulatorial da URE/Dipe. Sendo assim incluídos no n amostral todos os indivíduos com idade maior ou igual a 18 anos, de ambos os sexos, e que tiveram o diagnóstico estabelecido de infecção pelo vírus HIV e sorologia e clínica positiva para sífilis no período proposto.

O protocolo da pesquisa contou com a análise dos prontuários e fichas de notificação de pacientes com concomitante coleta de dados referentes a variáveis como: idade, sexo, gestações, raça/cor, escolaridade, município onde reside e de origem, ocupação, antecedentes mórbidos e tratamento para sífilis, comportamento sexual, titulação de testes diagnósticos para sífilis, contagens de células, manifestações clínicas, classificação clínica das lesões e tratamentos instituídos. Tais informações foram obtidas por meio de um formulário eletrônico elaborado pelos autores da pesquisa.

A partir desses dados, foi averiguado o total de casos de sífilis nos pacientes em coinfeção com HIV no período definido, bem como analisados os padrões e aspectos sociais dos indivíduos inclusos, a fim de determinar questões epidemiológicas, perfis de exames laboratoriais, resultados de exames treponêmicos, contagem de células CD4+ e parâmetros clínicos dos pacientes para avaliar influências, padrões existentes, classificações clínicas e tipo de tratamentos estabelecidos a essas pessoas.

Em seguida, as informações foram organizadas em planilhas no programa Excel 2016 e, posteriormente, analisadas minuciosamente por meio da elaboração de tabelas de contingências, gráficos e estatística descritiva utilizando o programa Microsoft Office Excel 2016. Já para a redação final do estudo foi utilizado o programa Microsoft Word 2016.

3 RESULTADOS

Ao todo, foram coletados dados de 138 pacientes. A média de idade foi 36,4 anos, variando dos 20 aos 80 anos. Composto principalmente por homens, de cor parda, solteiros e residentes do estado do Pará (**Tabela 1**).

Em relação ao diagnóstico de HIV, este ocorreu entre 1992 a 2018, sendo 62% no período da pesquisa (2016 a 2018). Dentre os 138 indivíduos, 64 possuíam dados relacionados ao uso de preservativos com parceiros fixos, sendo que 33 destes (50%) não utilizavam preservativos em nenhuma das relações. Outros 68 possuíam dados sobre uso de

preservativos com parceiros eventuais e, nestes, o número de que não utilizava subiu para 49 (72%). A maioria deles tinha como comportamento sexual a relação com homens (Gráfico 1).

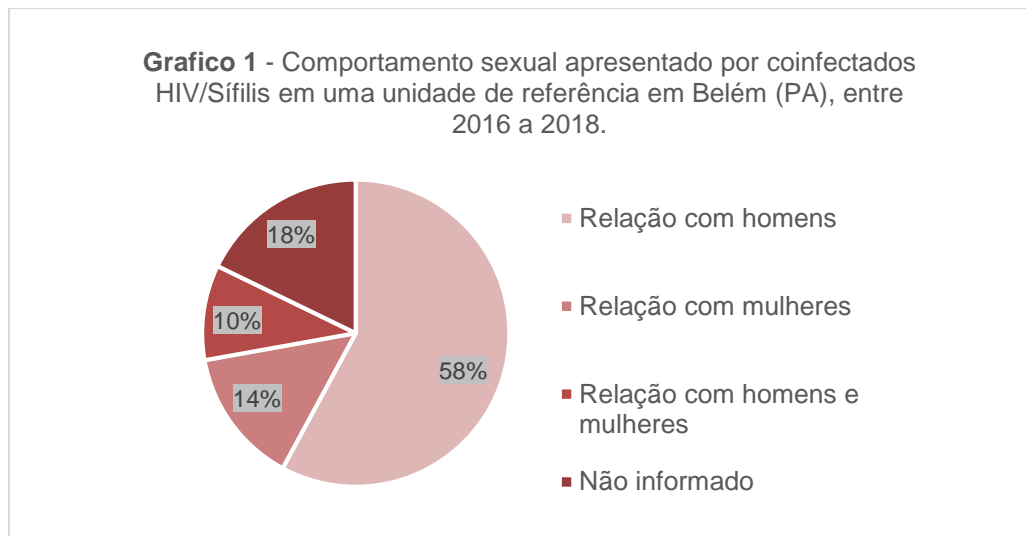


Tabela 1 – Perfil epidemiológico dos pacientes coinfectados com HIV/sífilis em um centro de referência em Belém, Pará, de 2016 a 2018.

Sexo	N (138)	%
Homens	119	86,3
Mulheres não-gravidas	5	3,5
Mulheres grávidas	14	10,2
Idade		
20-29	45	32,6
30-39	44	31,9
40-49	27	19,6
50-59	18	13,0
60 ou mais	4	2,9
Cor		
Parda	106	77,0
Branca	10	7,2
Negra	7	5,0
Não informado	15	10,8
Estado Civil		
Solteiro	101	72,6
Casado	16	11,5
Divorciado	1	0,7
Viúvo	1	0,7
Não informado	20	14,6
Nível de escolaridade		
12 ou mais anos	22	15,5
8 a 11 ano	55	39,6
4 a 7 anos	28	19,9
Menos de 4 anos	9	6,6
Não informado	26	18,4
Ocupação		
Autônomo	16	11,5
Estudante	15	11,0
Desempregado	10	7,2
Funcionário público	7	5,0
Cabelereiro	6	4,4
Do lar	6	4,4
Outras	70	50,0
Não informado	9	6,5
Cidade		
Belém e região metropolitana	29	21,0
Interior do Pará	29	21,0
Outros Estados do País	8	2,2
Outro país	1	0,7
Não informado	77	55,1

FONTE: Dados de pesquisa, 2018.

Quanto ao uso de drogas nos últimos 12 meses, 73 (52,8%) utilizaram, 33 (24%) não e outros 32 (23,2%) não apresentavam dados na ficha de notificação.

As três formas de tratamento mais utilizadas seguem o esquema de utilização de três antirretrovirais, sendo dois Inibidores de Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (como o Tenofovir, a Lamivudina e a Zidovudina) associados a outra classe. Esta pode ser Inibidores da Integrase como Dolutegravir e Inibidor da Transcriptase Reversa não-análogo dos Nucleosídeos, a exemplo do efavirenz. Outros medicamentos que apareceram nos resultados foram os Inibidores de Protease (IP), como o Atazanavir e o Darunavir.

Entre os 138 usuários, 22 realizaram troca de medicamentos em algum momento do tratamento, porém apenas um destes realizou genotipagem (que não estava no prontuário). Alguns dos motivos para troca foram: má adesão ao tratamento, falta de medicamento na unidade e intolerância ao medicamento. Algumas trocas que aconteceram foram do AZT para o TDF, em quatro de pacientes e a incorporação de inibidor de protease como Atazanavir, Ritonavir e Darunavir como o terceiro medicamento do esquema, em 6 usuários.

Dados relacionados a contagem de linfócitos T-CD4⁺ e T-CD8⁺ assim como a respeito da carga viral estão presentes na Tabela 2.

Os motivos da procura do serviço são diversos, sendo o mais registrado o encaminhamento por outro serviço de saúde ou banco de sangue, correspondendo por 19% do total. Além disso, os usuários procuraram o serviço para conferir resultado anterior (12,4%), por conhecer o estado sorológico (7,3%), por estar exposto a situação de risco (6,52%), apresentar sintomatologia compatível com infecção por HIV (3,7%). Outros motivos somam 8,6%, sendo que os 42,3% restantes não apresentavam esse dado preenchido no prontuário.

Tabela 2 – Perfil imunológico/viológico das pessoas dos pacientes coinfectados com HIV/sífilis em um centro de referência em Belém, Pará, de 2016 a 2018.

	N	%
Contagem de linfócitos T-CD4⁺	138	100,00
> 350 cel/mm ³	74	53,62
350-200 cel/mm ³	15	10,86
< 200 cel/mm ³	25	18,11
Não informado	24	17,39
Contagem de linfócitos T-CD8⁺	138	100,00
> 250 cel/mm ³	112	81,15
Não informado	26	18,84
Carga viral	138	100,00
Indetectável	56	40,57
< 1.000 cópias/ml	18	13,04
≥ 5.000 cópias/ml	40	28,98
Não informado	24	17,39

FONTE: Dados de pesquisa, 2018.

Do total, 29,21% dos pacientes já havia tido diagnóstico anterior de sífilis, fora das datas incluídas na pesquisa. Nessa infecção anterior, 67% realizou teste para confirmação, com resultado do teste não-treponêmico maior que 1/8 em todos, exceto um caso. Dos 29 pacientes que apresentaram antecedentes de sífilis, 11 tinham o tratamento registrado em prontuário, nos outros 18 casos o tratamento não foi informado. Dos 11 com registro, todos foram tratados com penicilina G benzatina 1,2 milhões de UI, em diferentes doses.

Em relação a coinfeção de HIV/Sífilis, aconteceram 26% em 2016, 18% em 2017 e 54% em 2018. Dos coinfectados entre 2016 e 2018, 55% teve teste treponêmico positivo, 43% o teste treponêmico e 2% não realizou o teste. Em relação ao teste não-treponêmico, 68% foi reagente, 7% não reagente e os 27% restantes não realizou esse teste. Dos 132 pacientes que realizaram o teste não treponêmico, apenas 34 tinham registro de titulação.

Em relação a classificação, um grande percentual, a maioria, não teve sua classificação registrada no prontuário do paciente (76,08%), 5,07% foi classificada como sífilis primária, 6,52% como secundária, 4,34% como terciária e 7,97% como latente.

O tratamento mais utilizado nos pacientes foi o uso da benzilpenicilina benzatina, que possui apresentação em ampolas de 1,2 milhões de UI, sendo que 28,98% dos pacientes fizeram uso de 6 ampolas, durante 3 ciclos de duas ampolas a cada uma semana, 15,94% fez apenas 2 ampolas em dose única, 6,52% realizou duas doses.

4 DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, em relação aos aspectos sociais observados nos resultados, encontrou-se a maioria (72,6%) dos infectados em estado civil solteiro, tal qual Santos e colaboradores (2017) obtiveram em estudo, quando foi avaliada a prevalência e as características associadas à coinfeção de hepatites B e C e sífilis em pacientes soropositivos, com um resultado de 57,3% representando os solteiros. Compara-se a este mesmo estudo o fato de não se equivocar ao raciocínio de que indivíduos casados possuem menos chances de serem infectados, haja vista que 11,5% da casuística apresentou a coinfeção.

Os dados referentes ao nível de escolaridade encontrados nesta pesquisa são semelhantes ao que foi encontrado em estudo sobre a caracterização dos usuários que procuraram um centro de testagem e aconselhamento (CTA) (NOGUEIRA et al., 2017), no qual a maioria avaliada (76,4%) respondeu ter entre 8-12 anos de escolaridade, face ao que se encontrou na presente pesquisa com um percentual de 39,6% com nível de escolaridade de 8-11 anos. É possível aventar a hipótese de que forma o nível de instrução dos pacientes interfere na sua exposição aos fatores de risco para as infecções, seja antes ou após o contato.

Dentre os resultados que foram informados sobre a ocupação dos pacientes, a categoria de autônomos teve destaque com 11,5%, seguida da de estudante (11%). Isso pode estar associado ao nível de escolaridade baixo, quando estes indivíduos não conseguem adentrar formalmente ao mercado de trabalho. Comparativamente, Mafra et al. (2016) e Passos et al. (2016), evidenciaram ocupações semelhantes tais como indivíduos que realizam “bicos” e pedreiros/ajudantes, respectivamente.

A cor/etnia predominante neste estudo foi a parda, com 77% dos resultados, evidenciando que o caráter regional e local da realização das pesquisas possui interferência direta nos achados, tendo em vista que no estudo realizado por Deienno e colaboradores em 2010, com usuários de um serviço de aconselhamento do município de São Paulo, a grande maioria que procurou o SAE foi branca (59,3%). Em contrapartida, Pereira et al. em 2014, em estudo realizado na Bahia, obteve resultados semelhantes ao da presente pesquisa ao evidenciar 69% dos pacientes soropositivos de cor da pele parda.

Ao que diz respeito ao sexo biológico, foi possível observar prevalência do sexo masculino de cerca de 86,3%, assim como em diversos estudos (ULTRAMARI, 2011; ABREU et al, 2016), com destaque para o de Deienno e colaboradores, que encontraram valor semelhante ao do presente estudo, com prevalência de 70% no sexo masculino. Este mesmo estudo considerou o jovem adulto (20-29 anos) como faixa de risco, uma vez que

possuiu maior número de pacientes acometidos. Isso foi encontrado no presente estudo, em que 32,6% dos pacientes possuíam entre 20-29 anos e 31,9%, entre 30-39 anos. Ressalta-se, portanto, a necessidade de elaboração de políticas públicas voltadas a esses indivíduos. Em consonância com os dados anteriores, evidencia-se que os homens são os que menos buscam informações em centros de testagem e aconselhamento, perfil mostrado por Gama et al. em 2011, quando observaram que a maior parcela dos usuários era do sexo feminino e solteira.

O estudo de Pereira e colaboradores, cujo objetivo era identificar os fatores associados à infecção do vírus HIV no grupo etário supracitado, elencou que, no caso do sexo masculino, os principais responsáveis pela transmissão do vírus foram o consumo de drogas endovenosas e a atividade sexual com outros homens.

Grande parte dos pacientes que tinham parceiro fixo, não fazia uso de preservativo (36%), fato que também é evidenciado em pesquisa realizada por Reis et al (2016) em Ribeirão Preto, São Paulo. Nesse sentido, estudos enfatizam que o sexo desprotegido pode ser interpretado como confiança entre casais, o que fortalece a barreira para o uso do preservativo (REIS et al, 2016; PANARRA et al 2017), realidade que foi afirmada como justificativa do não uso de preservativo entre parte da amostra da presente pesquisa. Em alguns casos ainda, o não uso teve como justificativa o fato de o casal não gostar de usar, realidade também mostrada em outros estudos (FERNANDES et al, 2017).

Nesse contexto, quanto aos pacientes que tinham relação sexual com parceiros eventuais, apenas 20% fazia uso de preservativo, contudo essa realidade de uso inconsistente tem importantes implicações tanto em relação a parceiros soropositivos – tendo em vista a possibilidade de reinfeção – quanto nas parcerias sorodiscordantes, na medida em que o parceiro pode ser infectado (MAFRA et al, 2016). Além disso, um importante fator associado à falta de uso do preservativo é o consumo de drogas, principalmente quando feito antes da relação sexual (SILVA et al, 2019) visto que o efeito de tais substâncias, em geral, torna o indivíduo incapaz de assumir comportamento sexual responsável (PINTO et al, 2016) e, nesse viés, cerca de 53% dos paciente afirmaram ter feito uso de drogas nos últimos 12 meses.

No que diz respeito ao tratamento instituído, as três formas de tratamento mais utilizadas pelos pacientes do presente estudo seguem o esquema de utilização de três antirretrovirais, sendo dois Inibidores de Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos/Nucleotídeos (como o Tenofovir, a Lamivudina e a Zidovudina) associados a outra classe, seguindo estratégia desenvolvida para simplificar os esquemas de TARVc (CASTELO FILHO e

POTT-JUNIOR, 2016). Nesse sentido, o formato mais usado era composto por Tenofovir, Lamivudina e Efavirenz (cerca de 28% dos pacientes), esquema de primeira linha também evidenciado por outros estudos (MADRUGA et al, 2018).

Nesse contexto, entre os 138 usuários, 22 realizaram troca de medicamentos em algum momento do tratamento, alguns dos motivos para troca foram a má adesão ao tratamento e intolerância ao medicamento, que corroboram para a dificuldade em seguir o tratamento prescrito (COUTINHO et al, 2018; LENZI et al, 2018), bem como a falta de medicamento na unidade apesar do sistema de distribuição da terapia no país constituir modelo de destaque no cenário internacional, em especial pela universalidade do acesso (FREITAS et al, 2018), sendo que dentre os pacientes que efetivaram a troca, apenas um realizou genotipagem, a qual não estava no prontuário.

Desse modo, tanto a inicialização da Terapia Antirretroviral segundo consensos pré-estabelecido quanto a realização de exames laboratoriais de rotina, a monitorização da evolução clínica da doença, o tempo de diagnóstico e o diagnóstico precoce têm relação importante com a sobrevivência do paciente (FURINI et al, 2016). Nesse contexto, no que concerne ao tempo de soropositividade dos pacientes, 63% tinham entre 1 e 4 anos de diagnóstico, variando de 1 a 27 anos de diagnóstico.

No que tange aos motivos de procura pelo serviço de saúde no qual a pesquisa foi realizada, o mais registrado foi o encaminhamento por outro serviço de saúde ou banco de sangue, correspondendo a 19% do total e com menos frequência foi apontado como motivo a exposição a situação de risco (6,52%), o que vai de encontro com outros estudos que inferem o receio após situação de risco como um dos principais motivos (HAMANN et al, 2017). Contudo, tal dado pode ter sido comprometido devido cerca de 40% dos prontuários apresentarem esses questionamentos ignorados.

Estudos têm reportado que a sífilis, assim como a AIDS, tem um efeito sobre a imunidade celular e humoral, que pode ser transitório ou não. Assim, as duas doenças geram efeitos negativos sinérgicos, com consequências clínicas para o paciente (RIBEIRO et al, 2016). Nesse contexto, a presente pesquisa demonstrou que 102 pacientes pesquisados apresentaram-se sintomáticos, manifestando sintomas constitucionais (febre, perda ponderal, fadiga), diarreia, cefaleia, alterações neurológicas, sinais de infecções bacterianas e lesões de pele, principais achados clínicos em pacientes na fase sintomática da doença, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). Outro estudo brasileiro que avaliou o estágio clínico da

AIDS em pacientes com sífilis, demonstrou que cerca de 70% dos pacientes apresentavam-se sintomáticos, com ou sem doença definidora (CALLEGARI, 2014).

Com relação à análise dos parâmetros laboratoriais de acompanhamento clínico, 18,11% apresentaram contagem de células TCD4 menor que 200 células/mm³. A maioria (53,62%) dos pacientes apresentou a contagem dessas células maior que 350 células/mm³. Tais dados estão de acordo com um estudo semelhante, o qual demonstrou que 67,4% dos pacientes coinfectados por HIV e sífilis apresentaram contagem de células T CD4 acima do valor de referência esperado (SANTOS et al, 2018). No entanto, um estudo nacional mostrou que esse número chegou apenas a 18,8% dos pacientes com coinfeção (ADOLF et al, 2012). Assim, o cenário da atual pesquisa possivelmente reflete o efeito positivo do tratamento gratuito oferecido no serviço de saúde, que pode resultar em baixa morbidade (SPORNRAFT-RAGALLER et al, 2014).

No estudo, observou-se também que cerca de 29% dos pacientes apresentaram uma carga viral expressiva (>5.000 cópias/ml). Nesse contexto, ressalta-se o estudo de Shilaih et al (2017) que avaliou fatores associados à incidência de sífilis nos infectados pelo HIV e demonstrou que o estado imunológico representado sobretudo pela contagem de células CD4 e CD8 não estava associado ao risco de contrair sífilis. Em contrapartida, um estudo de coorte mostrou que em homens infectados pelo HIV, a sífilis foi associada a uma leve e transitória diminuição na contagem de células CD4 e um aumento na carga viral, o que implica que a sífilis pode aumentar o risco de transmissão do HIV, mesmo em pacientes recebendo terapia antirretroviral e com carga viral inexpressiva (JARZEBOWSKI et al, 2012).

A coinfeção de sífilis/HIV já está sendo estudada há muitos anos, tendo sido bem estabelecida a conexão entre as duas, pois as úlceras genitais provocadas pela sífilis podem facilitar a transmissão sexual por meio da quebra da integridade da pele, que se torna uma porta de entrada para o vírus (SOUZA, 2015). À respeito da história prévia de sífilis, 29,21% dos pacientes apresentavam, números abaixo dos encontrados em outras pesquisas, porém com uma significativa taxa de reinfecção, que pode estar relacionada a dificuldade de manutenção, a longo prazo, do uso de preservativos, principalmente quando o paciente já está em uso de TARV há muito tempo, levando-o a ficar mais suscetível as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (FERRAZ E PAIVA, 2015).

Em relação a prevalência, esta não pode ser devidamente calculada nesta pesquisa, pois necessita da quantidade total de pacientes atendidos no período, dado este não fornecido aos pesquisadores.

Quanto ao diagnóstico, recentemente, um novo protocolo foi implementado pelo Ministério da Saúde (2019), no qual o fluxograma para diagnóstico sempre é realizado com dois testes, um treponêmico e outro não treponêmico, não podendo o primeiro ser realizado sozinho, pois mantém-se positivo em casos de cicatriz sorológica. Além disso, se um deles for negativo, não há necessidade de se fazer um segundo teste. Na unidade da pesquisa, 34,7% realizaram os dois testes, 59,4% realizaram apenas um dos dois testes, principalmente o VDRL que é um teste não treponêmico, em 37,6%. No entanto, esse teste pode apresentar falsos-positivos, visto que não detecta apenas anticorpos produzidos por consequência da sífilis, além de ter baixa sensibilidade para sífilis primária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Dentro do campo da classificação em primária, secundária, terciária e latente, esta pesquisa difere de outra realizada na Dinamarca, na qual não foi encontrado pacientes com sífilis terciária, porém possui proporções semelhantes com outras pesquisas (SALADO-RASMUSSEN, 2015). Algo que chama atenção é que, dos casos notificados de sífilis no serviço de saúde, mais de 75% tiveram a classificação clínica ignorada ou não informada no prontuário, bem como se apresentaram assintomáticos ou sem registros de lesões sugestivas de sífilis. Em um estudo retrospectivo realizado com 267 pacientes, pouco mais da metade dos episódios (50,8%) de infecções por sífilis também foram assintomáticos e identificados apenas por triagem de rotina (LANG et al, 2018). Nesse sentido, torna-se imprescindível que os médicos forneçam rastreio periódico da sífilis a pessoas infectadas pelo HIV, independentemente dos sinais ou sintomas clínicos aparentes, para conseguir uma intervenção mais precoce do tratamento (SHIOTSUKA et al, 2016)

No local da pesquisa, 28,98% dos pacientes receberam o esquema para sífilis tardia, outros 15,94% realizou para recente e 6,52% fez duas aplicações de 2,4 milhões UI, totalizando 4,8 milhões UI. O fato do esquema da maior quantidade de dosagens ter sido o mais escolhido, mesmo que não houvesse a classificação da sífilis na maioria dos pacientes, pode ter sido decorrente do conhecimento dos profissionais a respeito da maior taxa de resistência de sífilis em pessoas convivendo com HIV, com alguns estudos indicando essa dosagem mesmo na infecção latente recente (COSTA-SILVA, 2016). Vale ressaltar que o manejo da sífilis, em pacientes com infecção pelo HIV são em geral semelhantes aos de

pacientes sem HIV. No entanto, a possível progressão rápida para estágios mais avançados e maior risco de falha no tratamento e complicações neurológicas foram relatadas em pacientes coinfectados. Tal fato sinaliza a importância de um regime ideal de antibiótico para esses pacientes (SALADO-RASMUSSEN, 2015).

Em vista das informações analisadas, a elevada frequência de coinfeção encontrada pode retratar possíveis falhas na adesão às medidas de prevenção e, potencialmente, a ocorrência de exposições a agentes infecciosos como o da sífilis. Em vista disso, para quebrar o ciclo de transmissão, programas educacionais voltados para pessoas com HIV devem incluir informações importantes sobre sexo seguro, prevenção de outras ISTs, disponibilidade de aconselhamento e testagem e a necessidade de tratamento para parceiros sexuais (CALLEGARI et al, 2014).

5 CONCLUSÃO

Desse modo, nota-se que a coinfeção HIV e sífilis aumentou sucessivamente nos anos da pesquisa, de 2016 a 2018. Nesse sentido, é imprescindível que haja mais pesquisas referentes a esse assunto, não só para potencializar o tratamento dessas infecções, bem como para que a prevenção seja mais trabalhada entre os adultos jovens principalmente, visto que é a população mais acometida pela coinfeção, grande parte da qual faz uso irregular de preservativo e uso abusivo de drogas.

REFERÊNCIAS

ABREU SR et al. Estudo epidemiológico de pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (hiv/aids), Caxias-MA. R. Interdisciplinar, 2016; 9(4): 132-141.

ACOSTA LMW, et al. Coinfeção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. Revista Panamericana de Salud Pública, 2016; 40(1): 435-442.

ADOLF R., et al. Prevalence and risk factors associated with syphilis in a cohort of HIV positive individuals in Brazil. *AIDS care*, 2012; 24(2): 252-258.

BUCHACZ K, et al. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. *Aids*, 2004; 18(15):2075-2079.

CALLEGARI FM, et al. Syphilis and HIV co-infection in patients who attend an AIDS outpatient clinic in Vitoria, Brazil. *AIDS Behav*, 2014; 18(1): S104-9.

CASTELO FILHO A., POTT-JUNIOR H. Simplificação do tratamento antirretroviral combinado na prática clínica, 2016; 2 (4): 107-11

CONTRERAS E, et al. Sífilis: a gran simuladora. *Infectio*, 2008; 12(2):120-127.

COSTA-SILVA M, et al. Early syphilis treatment in HIV-infected patients: single dose vs. three doses of benzathine penicillin G. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2016. 30(10): 1805-1809.

COUTINHO MFC, et al. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. *Saúde Debate* 2018; 42 (116): 148-161

DEIENNO MCV, et al. Perfil dos usuários do serviço de aconselhamento no Serviço de Assistência Especializada em DST/AIDS Campos Elísios, Município de São Paulo, Brasil. *BEPA, Bol. epidemiol. Paul*, 2010; 7(74): 13-22

FERRAZ D, PAIVA V. Sex, human rights and AIDS: an analysis of new technologies for HIV prevention in the Brazilian context. *Rev Bras Epidemiol*, 2015; 18(suppl 1): 89-103.

FERNANDES NM, et al. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(4)

FREITAS JP, et al. Terapia com antirretrovirais: grau de adesão e a percepção dos indivíduos com HIV/Aids. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(3):327-33.

FURINI AADC, et al. HIV/AIDS: relação dos níveis de linfócitos tcd4⁺ e carga viral com o tempo de diagnóstico HIV/AIDS. *Arq. Ciênc. Saúde*. 2016 out-dez; 23(4): 95-98

HAMANN C, et al. Narrativas sobre risco e culpa entre usuários e usuárias de um serviço especializado em infecções por HIV: implicações para o cuidado em saúde sexual *Saúde Soc. São Paulo*. 2017; .26(3): 651-663

JARZEBOWSKI W, et al. Effect of early syphilis infection on plasma viral load and CD4 cell count in human immunodeficiency virus-infected men: Results from the FHDH-ANRS CO4 cohort. *Archives of internal medicine*, 2012; 172(16): 1237-1243.

LANG R, et al. A retrospective study of the clinical features of new syphilis infections in an HIV-positive cohort in Alberta, Canada. *BMJ Open*. , 2018; 8(7): e021544.

LENZI L, et al. Suporte Social e HIV: Relações Entre Características Clínicas, Sociodemográficas e Adesão ao Tratamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2018; 34: 344-8

MADRUGA LGSL, et al. Aspectos relacionados à utilização de antirretrovirais em pacientes de alta complexidade no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*,. 2018. 23(11):3649-3662

MAFRA RLP, et al. Aspectos de gênero e vulnerabilidade ao HIV/aids entre usuários de dois dos Serviços de Atendimento. *Saúde Soc*. 2016; 25 (3) p.641-651

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde: Boletim Epidemiológico Sífilis 2017. Distrito Federal, 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

NOGUEIRA FJS, et al. Caracterização dos usuários atendidos em um centro de testagem e aconselhamento em infecções relacionadas ao sexo. *Revista Saúde e Pesquisa*, 2017; 10(2): 243-250.

PANARRA BACS, et al. Vítimas e culpadas: representações sociais sobre mulheres que vivem com HIV. *Rev Cuid*. 2017; 8(3): 1887-98

PASSOS NCR, et al. Caracterização de pessoas vivendo com HIV/AIDS acompanhadas em serviço de atendimento especializado no Recôncavo da Bahia. *Revista Textura*, 2016; 9,(16): 025-035.

PEREIRA, Bianca de Souza et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014; 19(3): 747-758.

REIS RK, et al. Factors associated with inconsistent condom use among people living with HIV/Aids. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016;69(1):40-6.

RIBEIRO, ATB; JACOCIUNAS, Laura Vicedo. A coinfeção sífilis/HIV e sua importância no rastreamento sorológico em bancos de sangue. *Clinical & Biomedical Research*, v. 36, n. 2, 2016.

SALADO-RASMUSSEN K. Syphilis and HIV co-infection. Epidemiology, treatment and molecular typing of *Treponema pallidum*. *Dan Med J*, 2015; 62(12): B5176.

SANTOS AMG, et al. Prevalence and risk factors of syphilis and human immunodeficiency virus co-infection at a university hospital in Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2018; 51(6): 813-818.

SANTOS OP et al. Hepatites B, C e sífilis: prevalência e características associadas à coinfeção entre soropositivos. *Cogitare Enfermagem*, 2017; 22(3): e51693.

SHILAIH M, et al. Factors associated with syphilis incidence in the HIV-infected in the era of highly active antiretrovirals. *Medicine*, 2017; 96(2): e5849.

SHIOTSUKA M, et al. Syphilis Testing and High Rate of Infection Among HIV-infected Patients. *Kansenshogaku zasshi. The Journal of the Japanese Association for Infectious Diseases*, 2016; 90(6): 798-802.

SILVA TCF, et al. Fatores associados ao uso consistente do preservativo masculino vivendo entre mulheres com HIV/AIDS. *Texto Contexto Enferm.* 2019

SILVA ACZ, BONAFÉ SM. SÍFILIS: uma abordagem geral. In: *Anais do Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar*, 2013. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/ana_carolina_zschornak_da_silva.pdf. Acesso em: 21 ago 2019.

SOUZA AP. Coinfecção HIV e sífilis: prevalência e fatores de risco. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015; 90 p.

SPORNRAFT-RAGALLER, et al. Characteristics and coinfection with syphilis in newly HIV-infected patients at the University Hospital Dresden 1987–2012. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 2014 12(8): 707-716.

PINTO ACS, et al. Educação em saúde na prevenção do HIV/AIDS com homens jovens usuários de crack. *Texto e Contexto Enfermagem.* 2016; 25(3): 1-9

ULTRAMARI L, et al. Perfil clínico e epidemiológico da infecção pelo HIV/aids em idosos. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 2011; 13(3): 405-12.