



**CURSO DE MEDICINA**

**RAFAELLA TAMBONE BARRAL**

**IMPACTO DA CO-INFECÇÃO DA SÍFILIS EM PESSOAS VIVENDO COM  
HIV/AIDS, SALVADOR-BAHIA**

**SALVADOR**

**2023**

**RAFAELLA TAMBONE BARRAL**

**IMPACTO DA CO-INFECÇÃO DA SÍFILIS EM PESSOAS VIVENDO COM  
HIV/AIDS, SALVADOR-BAHIA**

Trabalho de conclusão do curso apresentado ao Curso de Graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública para aprovação parcial no 4º ano de Medicina.

Orientadora: Dra. Fabianna Márcia Maranhão Bahia

Coorientadora: Monaliza Cardozo Rebouças

**SALVADOR**

**2023**

Dedico o presente trabalho a meus pais, Livia e Jocel, e a minha irmã, Lis, minha fonte de segurança e amor nos tempos difíceis e a força que preciso para seguir meus sonhos. Sem vocês, a caminhada seria muito difícil. Obrigada por absolutamente tudo.

## RESUMO

**Introdução:** A sífilis é uma doença infectocontagiosa que persiste como importante problema de saúde pública. Essa questão se torna ainda mais problemática nas pessoas vivendo com HIV (PVHIV), as quais apresentam maior prevalência de coinfeção. Diante do crescente número de pessoas infectadas pela sífilis e da escassez de estudos que avaliem a evolução clínica da co-infecção HIV – sífilis, este estudo buscou avaliar o impacto dessa dupla infecção nas PVHIV. **Objetivo:** Avaliar o impacto da co-infecção da sífilis em PVHIV/ AIDS em um serviço de referência, Salvador – Bahia. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, longitudinal e retrospectivo, realizado no Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP), no município de Salvador, através da revisão de prontuários físicos e eletrônicos dos pacientes, maiores de dezoito anos, acompanhados no serviço, com diagnóstico de HIV no ano de 2017. **Resultados:** Foram incluídas 499 PVHIV que atendiam aos critérios de inclusão. Prevaleceu na amostra indivíduos do sexo masculino (64,1%), heterossexuais (48,7%), solteiros (70,1%), pardos (57,1%), residentes de Salvador (78,4%). A prevalência de sífilis foi de 17,2% e a incidência de 13,4%. A maior parte dos indivíduos se apresentaram assintomáticos (65,3%) para sífilis na ocasião da matrícula pelo HIV e com estágio latente de infecção (66,1%). Cerca de 40,1% dos participantes negaram uso de métodos contraceptivos, incluindo preservativo. Foi observado alta resposta ao tratamento da sífilis, com 87,9% de redução na titulação do título do VDRL em pelo menos duas diluições. Em 23,7% das PVHIV com diagnóstico de sífilis houve falha virológica na semana 24 de acompanhamento e 22,3% na semana 48, em comparação às PVHIV sem sífilis em que na semana 24, 33,1% dos indivíduos tiveram falha virológica e na semana 48, 19,4% dos indivíduos não apresentaram resposta. **Conclusão:** A população do estudo obteve ótima resposta terapêutica ao tratamento da sífilis, com redução dos títulos de VDRL após 1 ano de infecção. A não redução dos títulos teve como fator preponderante a reinfecção dos indivíduos. Não foram observadas diferenças nas taxas de resposta virológica e imunológica entre os casos de sífilis e a população geral. A sífilis e o HIV ainda continuam sendo uma importante questão de saúde pública, o que aponta para a necessidade de maior incentivo ao uso de preservativo, principalmente na população de maior risco.

Palavras-chave: HIV. Sífilis. VDRL. Infecções Sexualmente Transmissíveis.

## ABSTRACT

**Introduction:** Syphilis is an infectious disease that persists as a significant public health problem. This issue becomes even more problematic in people living with HIV (PLWH), who have a higher prevalence of co-infection. Given the increasing number of syphilis cases and the scarcity of studies evaluating the clinical progression of HIV-syphilis co-infection, this study aimed to assess the impact of this dual infection in PLWH. **Objective:** To evaluate the impact of syphilis co-infection in PLWH/AIDS in a reference service in Salvador, Bahia. **Methods:** This is an observational, longitudinal, and retrospective study conducted at the State Center for Diagnosis, Assistance, and Research (CEDAP) in the city of Salvador, through the review of physical and electronic medical records of patients over eighteen years of age who were diagnosed with HIV in 2017. **Results:** A total of 499 PLWH who met the inclusion criteria were included in the study. The sample predominantly consisted of male individuals (64.1%), heterosexuals (48.7%), singles (70.1%), mixed-race individuals (57.1%), and residents of Salvador (78.4%). The prevalence of syphilis was 17.2%, with an incidence of 13.4%. The majority of individuals were asymptomatic (65.3%) for syphilis at the time of HIV diagnosis, with a latent stage of infection (66.1%). About 40.1% of participants denied using contraceptive methods, including condoms. A high response to syphilis treatment was observed, with an 87.9% reduction in VDRL titers by at least two dilutions. Among PLWH with a syphilis diagnosis, 23.7% experienced virological failure at week 24 of follow-up, and 22.3% at week 48, compared to PLWH without syphilis, where at week 24, 33.1% of individuals had virological failure, and at week 48, 19.4% of individuals had no response. **Conclusion:** The study population showed an excellent therapeutic response to syphilis treatment, with a reduction in VDRL titers after one year of infection. The non-reduction of titers was primarily due to individual reinfection. No differences were observed in virological and immunological response rates between syphilis cases and the general population. Syphilis and HIV remain significant public health concerns, highlighting the need for greater promotion of condom use, especially in high-risk populations.

Keywords: HIV. Syphilis. VDRL. Sexually Transmitted Infection

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Manifestações clínicas da sífilis de acordo com o tempo de infecção e estágios da doença.	16
<b>Figura 2</b> – Resumo dos Testes imunológicos para o diagnóstico da sífilis.	18
<b>Figura 3</b> – Tratamento e monitoramento da sífilis.	20
<b>Fluxograma 1</b> – Inclusão e seleção dos pacientes do estudo.	26

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Características sociodemográficas de PVHIV acompanhadas em um serviço de referência em Salvador-Bahia, matriculados em 2017. 27
- Tabela 2.** Uso de métodos contraceptivos em PVHIV acompanhadas em um serviço de referência em Salvador – Bahia, matriculadas em 2017. 28
- Tabela 3.** Uso de drogas, tabagismo e etilismo em PVHIV acompanhadas em um serviço de referência Salvador – Bahia, matriculados em 2017. 28
- Tabela 4.** Coinfecções em PVHIV acompanhadas em um serviço de referência em Salvador-Bahia, matriculados em 2017. 28
- Tabela 5.** Parâmetros virológicos e imunológicos em PVHIV acompanhadas em um serviço de referência em Salvador – Bahia, matriculadas em 2017. 29
- Tabela 6.** Sinais e sintomas de sífilis relatados ao diagnóstico em PVHIV acompanhadas em um serviço de referência em Salvador-Bahia, matriculados em 2017. 30

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

CEDAP – Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa

ECOAH – Estudo de Coorte Ambispectiva em pacientes HIV acompanhados em um centro de referência na Bahia-Brasil

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

HPV - *Human Papiloma Virus*

HSH – Homens que fazem sexo com homens

HTLV – *Human T-cell Lymphotropic Virus*

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

LCR – Líquido cefalorraquidiano

PCDT – Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas

PrEP - Profilaxia de Pré-Exposição

PVHIV – Pessoas vivendo com HIV

SESAB – Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

SNC – Sistema nervoso central

SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCEL – Sistema de Controle de Exames Laboratoriais

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VDRL – *Veneral Disease Research Laboratory*



## SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	6
LISTA DE TABELAS	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	8
1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	13
2.1 Objetivo Primário	13
2.2 Objetivos secundários	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 Epidemiologia	14
3.2 A história natural da sífilis	14
3.3 Diagnóstico da sífilis	16
3.2.1 O exame VDRL	18
3.4 Tratamento da sífilis	19
3.5 Monitoramento após o tratamento da sífilis	20
3.6 Coinfecção Sífilis – HIV	21
4 MÉTODOS	23
4.1 Desenho do Estudo	23
4.2 Local do estudo	23
4.3 População estudada, amostra e período do estudo	23
4.3.1 Critérios de Inclusão	23
4.3.2 Critérios de exclusão	23
4.3.3 Amostra	24
4.4 Coleta de dados	24
4.5 Variáveis	24
4.6 Plano de análise estatística	24
4.7 Aspectos éticos	24
5 RESULTADOS	26
6 DISCUSSÃO	31
7 CONCLUSÃO	34
REFERÊNCIAS	35
ANEXOS	39
APÊNDICE A: Instrumento de coleta de dados	43

## 1 INTRODUÇÃO

A sífilis é uma doença infectocontagiosa, que persiste como importante problema de saúde pública, com elevada incidência, sendo registrado 54,5 casos por 100.000 habitantes no ano de 2020<sup>1</sup>. Essa doença, causada pela bactéria *Treponema pallidum*, pode ser transmitida via sexual, vertical, intraútero e durante o parto vaginal<sup>2</sup>.

Dados do Ministério da Saúde indicam uma variação na taxa de detecção de sífilis adquirida (por 100 mil habitantes), de 14,4 para 74,4, no período de 2012 a 2018<sup>1</sup>.

Apesar da magnitude da sífilis, a subnotificação pode traduzir subestimativas nos dados brasileiros, comprometendo ações de planejamento em saúde e postergando o controle da sífilis<sup>3</sup>.

Como se trata de uma infecção gradual, a sífilis é classificada de acordo com sua evolução clínica, sendo dividida em recente – infecção primária, secundária e latente recente -, até ano de infecção e tardia – infecção latente tardia e terciária -, quando há mais de um ano de doença<sup>4</sup>.

A sífilis primária é caracterizada pelo aparecimento do cancro duro, indolor e único, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo<sup>5</sup>. Após cerca de seis semanas a seis meses, surgem as manifestações da sífilis secundária, caracterizada pela erupção macular eritematosa, além de placas e lesões acinzentadas<sup>6</sup>. Mesmo sem tratamento, essa sintomatologia desaparece, evoluindo para o quadro de sífilis latente, a qual é a fase em que o paciente não apresenta nenhum sinal e sintoma da doença, sendo necessária a reatividade em testes sorológicos para diagnóstico<sup>4</sup>. A sífilis terciária se apresenta nos casos de infecção não tratada, podendo surgir em um período de um a quarenta anos de infecção, havendo, nessa fase, destruição tecidual, podendo ter acometimento do sistema nervoso, ósseo, cardiovascular, dentre outros<sup>6</sup>.

O diagnóstico da sífilis é feito através da correlação entre dados clínicos e dos testes imunológicos e/ou diretos, variando a escolha de acordo com a fase da doença em que o paciente se encontra<sup>7</sup>. Os exames diretos fazem a pesquisa da bactéria em

amostras coletadas nas lesões primárias e secundárias<sup>6</sup>. Os testes imunológicos, mais utilizados na prática, pesquisam anticorpos em amostras de sangue, soro ou plasma e podem ser de dois tipos: treponêmicos e não treponêmicos<sup>8</sup>. Os testes treponêmicos geralmente são os primeiros exames a serem realizados. Eles permanecem ativos por toda a vida do indivíduo, não sendo indicados, dessa forma, para monitorar a resposta ao tratamento<sup>6</sup>. Os testes não treponêmicos, ao contrário dos testes treponêmicos, podem ser utilizados para monitoramento do paciente, pois há queda dos títulos quando há sucesso no tratamento<sup>8</sup>. O teste não treponêmico mais utilizado é o VDRL, o qual tem interpretação quantitativa e qualitativa, se fazendo importante no acompanhamento da resposta e adesão ao tratamento, além de detecção de reinfecção, pois quando há melhora do quadro infeccioso, os títulos dos exames quantitativos tendem a diminuir<sup>9</sup>.

O monitoramento dos pacientes infectados com sífilis é uma medida fundamental, de forma que devem ser realizados testes não treponêmicos, com destaque para o VDRL, a cada três meses, pelo período de um ano nos pacientes infectados, mantendo-se o período para as PVHIV<sup>4</sup>. Indica-se tratar novamente o paciente nos casos de ausência da redução da titulação em duas diluições, em um período de seis meses, se sífilis recente, e doze meses, se sífilis tardia, mesmo com tratamento adequado, além de ser indicado também retratar quando há aumento da titulação em duas diluições ou mais, associada ou não à persistência ou recorrência das manifestações clínicas<sup>4</sup>. A sífilis impacta negativamente no curso imunológico e virológico do HIV, de maneira que, as PVHIV estão susceptíveis à redução dos níveis sanguíneos de linfócitos TCD4, quando comparados à população não infectada pelo HIV, além de maior risco de aumento da carga viral, frente à coinfeção<sup>10</sup>.

As PVHIV apresentam maior prevalência de infecção por sífilis do que as não infectadas pelo HIV<sup>6</sup>, o que se justifica pelos mecanismos semelhantes de transmissão das duas infecções e pelo maior comportamento de risco atribuído a esse grupo populacional. O curso clínico da sífilis pode ser alterado pelo vírus do HIV, de forma que manifestações clínicas atípicas ou mais agressivas podem estar presentes nessa parcela populacional, como o aparecimento de cancros múltiplos e

profundos, complicações oftalmológicas e neurológicas mais frequentes, maior frequência da forma clínica secundária<sup>4</sup>.

Existem poucos dados epidemiológicos e poucos estudos de evolução clínica da coinfeção HIV – sífilis no estado da Bahia, que avaliem a resposta imunológica e virológica dessa IST em PVHIV. Este estudo buscou avaliar o impacto da coinfeção da sífilis em pessoas vivendo com HIV/AIDS acompanhadas em um serviço de referência, Salvador – Bahia.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo Primário**

- Avaliar o impacto da coinfeção da sífilis em pessoas vivendo com HIV/AIDS acompanhadas em um serviço de referência, Salvador – Bahia.

### **2.2 Objetivos secundários**

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da população vivendo com HIV/AIDS participante do estudo.
- Descrever as características clínico laboratoriais das PVHIV coinfectadas com sífilis participantes do estudo.
- Analisar fatores associados à resposta ao tratamento da Sífilis no grupo de PVHIV estudado.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Epidemiologia

No Brasil, a maior incidência da infecção por sífilis se dá em homens, principalmente negros e jovens, dentro da faixa etária de 20 a 29 anos<sup>1</sup>. Entre os anos de 2020 e 2021, o Brasil e suas regiões apresentaram aumento na taxa de detecção de sífilis adquirida. Esse aumento no Brasil foi de 32,9% e no Nordeste de 58,1%.<sup>1</sup>

#### 3.2 A história natural da sífilis

A sífilis é uma doença sistêmica, crônica e curável, causada pelo agente bacteriano *Treponema pallidum*<sup>6</sup>. Sua transmissão pode ocorrer por meio do contato sexual, além da via de transmissão vertical, intraútero e durante o parto vaginal<sup>2</sup>. É importante destacar que a maior taxa de transmissibilidade se dá durante os estágios de sífilis primária e secundária, por conta do maior número de treponemas no cancro duro (estágio primário) e lesões muco-cutâneas (estágio secundário), o que diminui à medida em que a doença evolui para as fases latente recente e tardia<sup>6</sup>. Em alguns casos, a sífilis pode evoluir de forma assintomática, em que a não realização diagnóstico favorece a transmissão da doença.

A sífilis pode ser dividida em recente - abrangendo os estágios de infecção primária, secundária e latente recente -, presente em até um ano de evolução e sífilis tardia, a qual abrange os estágios de infecção latente tardia e terciária, presente quando há mais de um ano de evolução<sup>4</sup>.

A sífilis primária tem o tempo de incubação de dez a 90 dias e sua primeira manifestação é o cancro duro, uma úlcera enriquecida de treponemas, geralmente indolor e única, com borda bem definida e regular, base endurecida e fundo limpo<sup>5</sup>. Tem como sintoma associado a linfadenopatia regional. Cerca de seis semanas a seis meses após a cicatrização do cancro duro, surge a sífilis secundária, em que os sinais e sintomas clínicos são variáveis<sup>6</sup>. Apesar disso, um sintoma comum é a erupção macular eritematosa, que é mais frequente em tronco e raiz dos membros (figura 1). Ademais, placas e lesões acinzentadas da mucosa são comuns. Essas lesões evoluem para feridas mais evidentes, papulosas eritema-acastanhadas, podendo atingir o tegumento. Podem ser identificados também, condilomas planos

nas dobras mucosas e na área anogenital, além de sintomas inespecíficos, como mal-estar, cefaleia, febre baixa, adinamia<sup>6</sup>. Após algumas semanas, essa sintomatologia desaparece, mesmo sem tratamento. Apesar disso, ainda nessa fase, pode haver quadros oculares, como uveítes, além de ser possível também o aparecimento de neurosífilis meningovascular, acometendo os pares cranianos e com quadros meníngeos e isquêmicos<sup>6</sup>(figura 1).

Caracteriza-se como sífilis latente, o período em que o paciente não apresenta nenhum sinal e sintoma da doença, sendo necessária a reatividade em testes sorológicos para o diagnóstico<sup>4</sup>. Essa fase pode ser dividida em recente, casos com menos de um ano de infecção, e tardia, quando há mais de um ano de infecção. A sífilis terciária aparece nos casos de infecção não tratada, podendo surgir dentro de um período de 1 a 40 anos após a infecção. Nessa fase da doença, há destruição tecidual, sendo comum o acometimento do sistema nervoso central (SNC) e cardiovascular, tabes dorsalis, lesões gomosas, manifestações psiquiátricas e neurosífilis tardia<sup>4</sup> (figura 1).

A neurosífilis se refere ao acometimento do SNC pelo *T. pallidum*, o que pode ocorrer em qualquer estágio da sífilis, já havendo anormalidades laboratoriais no exame do líquido ou líquido cefalorraquidiano (LCR)<sup>6</sup>. Quando a neurosífilis é precoce, ela se manifesta logo após a infecção sífilítica, causando meningite e anormalidades nos nervos cranianos<sup>11</sup>. Outras manifestações que pode haver nesse estágio da infecção são: envolvimento ocular e auditivo, paresia geral, deficiência cognitiva, mudanças de comportamento, demência, depressão, mania, confusão mental, dentre outros<sup>6</sup> (figura 1).

Figura 1. Manifestações clínicas da sífilis de acordo com o tempo de infecção e estágios da doença

ESTÁGIOS DA SÍFILIS ADQUIRIDA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Sífilis primária	Cancro duro (ulcera genital) Linfonodos regionais
Sífilis secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Sífilis latente recente (até um ano de duração)	Assintomática
Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração)	Assintomática
Sífilis terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral

Fonte: Brasil, PCDT IST. 2022. p.47

### 3.3 Diagnóstico da sífilis

O diagnóstico da sífilis pode ser feito através de dois tipos de exames, os diretos e indiretos (imunológicos)<sup>7</sup>. Nos exames diretos, há pesquisa do *Treponema pallidum* em amostras que foram coletadas das lesões primárias e secundárias, podendo este ser a pesquisa direta com material corado ou o exame de campo escuro, com maior sensibilidade. Em resultados positivos, indica-se que há infecção ativa, mas deve-se considerar outros diagnósticos diferenciais, como treponemas não patogênicos. Em casos de resultado negativo, há indicativo de que o indivíduo não tem sífilis, ou a infecção é muito recente; deve-se considerar o fato de haver poucas cópias de *T. pallidum* na lesão, ou esta estar próxima ao processo de cura<sup>6</sup>.

Por outro lado, os testes imunológicos, os mais usados na prática, dizem respeito à pesquisa de anticorpos em amostras de sangue total, soro ou plasma. Esses testes podem ser treponêmicos ou não treponêmicos<sup>8</sup>. Em relação ao primeiro tipo, há pesquisa na amostra de anticorpos específicos produzidos pelo agente etiológico. Esses geralmente são os primeiros testes a serem realizados, mas permanecem ativos por toda a vida do indivíduo, não sendo, dessa maneira, indicados para monitorar a resposta ao tratamento. Entretanto, caso o paciente tenha achados



clínico - epidemiológicos, na ausência de tratamento, a positividade desses testes é indicativa de doença ativa. Os testes treponêmicos podem ser: testes rápidos, testes de hemaglutinação, teste de imunofluorescência indireta e ensaios imunoenzimáticos, sendo os testes rápidos os mais utilizados<sup>12</sup>.

Já os testes não treponêmicos, detectam anticorpos anticardiolipina, que não são específicos para os antígenos do *Treponema pallidum*, tornando-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro<sup>4</sup>. Devido à elevada quantidade de anticorpos presentes na amostra de indivíduos com sífilis, objetivando a menor incidência de resultados falso-negativos, é importante realizar a diluição da amostra, analisando-a pura e diluída<sup>6</sup>. Quando há reatividade do teste, a amostra deve ser progressivamente diluída, até a última diluição em que não haja mais reatividade observada no exame. É raro haver resultados falso-negativos, mas eles podem ocorrer. Os testes não treponêmicos são usados tanto para diagnóstico como para monitoramento e controle, pelo fato de haver queda adequada dos títulos quando há sucesso no tratamento<sup>8</sup>. O teste mais comumente utilizado é o VDRL.

É importante destacar que títulos baixos não necessariamente indicam que o paciente está em processo de cura, sendo possível indicar três cenários: infecção recente, estágios tardios da infecção e casos de pacientes adequadamente tratados, mas que não atingiram o resultado negativo<sup>6</sup>. Dessa forma, pacientes com títulos baixos em testes não treponêmicos, sem registro anterior de tratamento e sem data de infecção conhecida, devem ser tratadas, pois são consideradas como portadoras de sífilis latente tardia. Ademais, títulos altos nos testes não treponêmicos, mas que estejam em queda, podem ser encontrados em pacientes adequadamente tratados.

Para o diagnóstico da infecção, é necessário haver uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente<sup>4</sup>. Quando o paciente se apresenta sintomático, pode-se realizar os exames diretos. Os exames imunológicos podem ser realizados em qualquer fase, sintomática e de latência. Em relação à sequência dos testes, o recomendado é iniciar a investigação com teste treponêmico (sendo o teste rápido o mais utilizado), com o objetivo de aumentar o valor preditivo positivo, já que este teste é o primeiro a se tornar reagente<sup>6</sup>.

### 3.2.1 O exame VDRL

O teste VDRL (do inglês, Venereal Disease Research Laboratory), é um exame de sensibilidade de 78% para sífilis primária, 100% para secundária, 95% para a latente e 71% para a terciária, além de ter uma elevada especificidade – 98%<sup>13</sup>.

Trata-se de um teste não treponêmico (figura 2) que usa soro inativado na amostra, se baseando no uso de uma suspensão antigênica composta por uma solução alcóolica contendo cardiopilina, colesterol e lecitina purificada<sup>9</sup>. Esses componentes da suspensão antigênica ligam-se aleatoriamente, formando micelas. A ligação de anticorpos com várias micelas leva a formação de uma floculação, a qual será analisada nos testes de floculação, em que são detectados anticorpos IgM e IgG contra o material lipídico liberado pelas células danificadas em decorrência da sífilis e contra a cardiopilina liberada pelos treponemas<sup>9</sup>.

Importante destacar que esses anticorpos não são produzidos apenas como consequência da sífilis, podendo surgir também em outros eventos que promovam destruição celular, gerando resultados falso-positivos. Dessa maneira, apenas o teste não treponêmico, não confirma a infecção pela bactéria causadora da sífilis, não definindo, portanto, o seu diagnóstico<sup>9</sup>.

Apesar disso, é importante a realização do VDRL para o acompanhamento da resposta ao tratamento do indivíduo, pois quando o tratamento é bem-sucedido, os títulos dos exames quantitativos deverão diminuir<sup>9</sup>.

Figura 2. Resumo dos Testes imunológicos para o diagnóstico da sífilis

TESTES IMUNO- LÓGICOS	Não treponêmicos	VDRL	
		RPR	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8).
		TRUST	Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
		USR	
	Treponêmicos	FTA-Abs	São os primeiros a se tornarem reagentes.
		ELISA/EQL/CMIA	Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento.
TPHA/TPPA/ MHA-TP		São importantes para o diagnóstico, mas <b>não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.</b>	
	Teste rápido – TR		

Fonte: Brasil, PCDT IST. 2022. p.50

### 3.4 Tratamento da sífilis

O tratamento da sífilis se pauta, prioritariamente, na benzilpenicilina benzatina, administrada exclusivamente por via intramuscular nas unidades de Atenção Básica, não havendo evidências de resistência do *T. pallidum* à penicilina até o momento<sup>5,6</sup>. Em pacientes sintomáticos, com suspeita de sífilis primária e secundária, com impossibilidade de realização dos testes diagnósticos, é recomendado o tratamento empírico imediato e o monitoramento do paciente com teste não treponêmico, sendo o VDRL o mais utilizado<sup>7</sup>.

Em se tratando da sífilis recente (primária, secundária e latente recente), recomenda-se o esquema terapêutico preferencial com a Benzilpenicilina benzatina (2,4 milhões UI, dose única, IM) e como alternativa de tratamento, a Doxiciclina (100 mg, 12/12h, VO, por 15 dias)<sup>6</sup>. No caso da sífilis tardia (latente tardia, sífilis terciária), a recomendação se pauta também na Benzilpenicilina benzatina (2,4 milhões UI, IM), mas com tempo maior de administração (1 vez na semana, por 3 semanas), tendo como alternativa a Doxiciclina 100 mg, 12/12h, VO, por 30 dias)<sup>6</sup>. É fundamental que tanto na sífilis recente quanto na tardia se realize o teste não treponêmico de seguimento trimestralmente (figura 3).

Por fim, no caso da neurosífilis, o tratamento se pauta na administração da Benzilpenicilina potássica/ cristalina (18-24 milhões UI, 1 vez ao dia, endovenoso, por 14 dias). Como segunda opção para o tratamento da neurosífilis, tem-se a Ceftriaxona (2g IV, 1 vez ao dia por 10- 14 dias)<sup>6</sup>. Para seguimento dessa fase mais avançada da doença, é necessário realizar exame de líquido cefalorraquidiano de 6 em 6 meses até normalização dos títulos<sup>6</sup>. A figura 3 resume as indicações e opções terapêuticas para o tratamento da sífilis.

Figura 3. Tratamento e monitoramento da sífilis

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA* (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) <sup>b</sup>	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em <b>gestantes</b> , o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas <sup>c</sup> Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em <b>gestantes</b> , o controle deve ser mensal)
Neurosífilis	Benzilpenicilina potássica/cristalina 18-24 milhões UI, 1x/ dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias	Ceftriaxona 2g, IV, 1x/ dia, por 10-14 dias	Exame de LCR de 6/6 meses até normalização

Fonte: DCCI/SVS/MS.

<sup>a</sup> A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para o tratamento adequado das gestantes.

<sup>b</sup> No caso de sífilis recente em gestantes, alguns especialistas recomendam uma dose adicional de 2,4 milhões de unidades de penicilina G benzatina, IM, uma semana após a primeira dose<sup>d</sup>.

<sup>c</sup> Em **não gestantes**, o intervalo entre doses não deve ultrapassar 14 dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado<sup>e</sup>. Em **gestantes**, o intervalo entre as doses não deve ultrapassar sete dias. Caso isso ocorra, o esquema deve ser reiniciado<sup>e</sup>.

Fonte: Brasil, PCDT IST. 2022. p.57

### 3.5 Monitoramento após o tratamento da sífilis

É fundamental a realização do monitoramento dos pacientes infectados com sífilis, afim de avaliar a resposta ao tratamento, identificar precocemente casos de reinfecção e definir a conduta adequada em cada situação. Devem ser realizados testes não treponêmicos mensalmente nas gestantes e a cada três meses, no primeiro ano, no restante da população, incluindo as pessoas vivendo com HIV<sup>6</sup>. Importante destacar que os testes não treponêmicos, estão sujeitos à diferentes interpretações pelos observadores, sendo recomendado o seguimento laboratorial no mesmo local.

O sucesso de tratamento é identificado como teste treponêmico não reagente ou queda na titulação em duas diluições em um período de até seis meses, no caso da sífilis recente, e queda na titulação em duas diluições em até 12 meses, no caso da sífilis tardia<sup>14</sup>.

Pode haver persistência de resultados reagentes nos testes não treponêmicos, mas após o tratamento adequado, com queda prévia da titulação em pelo menos duas diluições e descartada nova exposição de risco, isso é chamado de "cicatriz sorológica"<sup>6</sup>.

O retratamento está indicado nos casos de: ausência de redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses, no caso da sífilis recente, e doze meses, no caso da sífilis tardia, mesmo com tratamento adequado<sup>6</sup>. Além disso, quando há aumento da titulação em duas diluições ou mais e /ou persistência ou recorrência das manifestações clínicas, está indicado tratar novamente o paciente.

### 3.6 Coinfecção Sífilis – HIV

As pessoas vivendo com HIV apresentam maior prevalência de infecção pela sífilis do que as negativas para o vírus da AIDS<sup>6</sup>, sendo que essa maior taxa de coinfecção atribuída a esse grupo populacional se deve mais a fatores comportamentais do que por fatores imunológicos<sup>15</sup>.

As úlceras genitais e anais causadas devido à infecção por sífilis podem facilitar a transmissão sexual do HIV, já que há a quebra da integridade do epitélio mucoso, formando uma via de entrada para o vírus<sup>6</sup>.

Importante destacar que todas as PVHIV que são diagnosticadas com sífilis devem ser submetidas a exame neurológico, pois as complicações oculares e neurológicas tendem a ser mais frequentes nessa parcela populacional, além de terem mais risco de resposta sorológica inadequada<sup>4</sup>. Além disso, o curso clínico da sífilis pode ser alterado pelo vírus do HIV, em que há ocorrência de manifestações clínicas atípicas ou mais agressivas, como: aparecimento de cancros múltiplos e profundos, com melhora clínica mais lenta, concomitância de lesões primárias e secundárias, maior frequência de forma clínica de infecção secundária, maior prevalência de lesões neurológicas e oftalmológicas<sup>4</sup>.

A evolução clínica das pessoas coinfectadas deve ser monitorada clínica e sorologicamente devido à possibilidade de falha terapêutica, em 3, 6, 9, 12 e 24 meses<sup>6</sup>. Ocorrendo falha, é importante que esses indivíduos sejam tratados da mesma maneira que as pessoas não portadoras do vírus HIV. Além disso, importante destacar que todas as PVHIV coinfectadas sífilis – HIV devem ter acompanhamento neurológico e ocular<sup>4</sup>.

Indivíduos vivendo com HIV têm maior risco de coinfecção com outras ISTs, incluindo a sífilis. Ao se avaliar o parâmetro imunológico das PVHIV, observa-se que esses indivíduos, ao se infectarem e apresentarem sífilis, comparados com a população sem sífilis, apresentam redução da contagem de linfócitos TCD4 durante a infecção<sup>16</sup>. Quanto ao parâmetro virológico, essa população apresenta também maior risco de aumento da carga viral<sup>10</sup>. A redução desses fatores foi mais

associada a sífilis secundária e à pacientes que não faziam tratamento antirretroviral<sup>16</sup>. Apesar disso, é reconhecido que, após tratamento do HIV com antirretrovirais<sup>17</sup> e da sífilis com as doses corretas de Penicilina Benzatina, os parâmetros virológicos e imunológicos tendem a melhorar <sup>16</sup>.

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Desenho do Estudo**

Trata-se de um estudo observacional, longitudinal, retrospectivo.

### **4.2 Local do estudo**

O presente estudo foi realizado no Centro Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa, Salvador, Bahia. O CEDAP é uma unidade de saúde referência estadual no diagnóstico e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS e hepatites virais, que pertence à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. A atuação desse estabelecimento promove saúde diariamente, permitindo que a população tenha acesso à assistência em saúde especializada, além de realizar essa ação por meio da produção e difusão de conhecimentos acerca dessas infecções.

O Centro possui cerca de 42 mil usuários cadastrados e realiza atendimento por demanda espontânea ou referenciados, através do Ambulatório de ISTs (infecções sexualmente transmissíveis), Centro de Testagem e Aconselhamento, Ambulatório de virologia e Ambulatório Trans, Ambulatório da PrEP e uma Unidade Dispensadora de Medicamentos, responsável pela distribuição, por meio do SUS, de forma gratuita à população, da Terapia Antirretroviral. Dessa maneira, o CEDAP oferta ao usuário do serviço um atendimento completo conforme as necessidades do indivíduo que apresenta as enfermidades já citadas.

### **4.3 População estudada, amostra e período do estudo**

A população do estudo é composta por PVHIV, acompanhadas pelo CEDAP, matriculadas no ano de 2017.

#### **4.3.1 Critérios de Inclusão**

Foram incluídos:

- Pacientes vivendo com HIV/ AIDS
- Maiores de 18 anos de idade
- Com acompanhamento médico e cadastro na farmácia do CEDAP.

#### **4.3.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídos:

- Matrículas no centro por outros motivos.
- Acompanhamento com médico externo.

### **4.3.3 Amostra**

A amostra do estudo foi definida por conveniência e incluiu todos os pacientes que atendiam aos critérios de inclusão.

## **4.4 Coleta de dados**

As informações utilizadas na confecção do estudo foram coletadas de fontes secundárias, sendo elas: a revisão prontuários clínicos e sistema de registro laboratorial do CEDAP, o CompLab. Para a complementação de exames de monitoramento da infecção pelo HIV, foram utilizados os sistemas nacionais de Controle e Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL); Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Foi utilizado um instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A) para registro das informações.

## **4.5 Variáveis**

Foram analisadas as variáveis de sociodemográficas (sexo, idade, raça, estado civil, município de residência, gênero e orientação sexual); hábitos de vida (etilismo, tabagismo, uso de drogas ilícitas, uso habitual de preservativo nos últimos 6 meses); características clínico-laboratoriais de casos incidentes e reinfecção (testes diagnósticos de sífilis, resultados do VDRL (momento basal; 3, 6, 9 e 12 meses após o tratamento), carga viral do HIV, contagem de linfócitos T CD4+ cél/mm<sup>3</sup>), tratamento utilizado, dispensa de prescrição médica para o tratamento da sífilis, esquema antirretroviral, adesão ao esquema antirretroviral.

## **4.6 Plano de análise estatística**

Os dados foram digitados em planilha no programa Libre Office Calc (Software livre LibreOffice versão 4.0). Para o tratamento e análise das variáveis, foi utilizado o programa R Studio (Software livre). Os resultados foram apresentados por meio de estatística descritiva e analítica

## **4.7 Aspectos éticos**

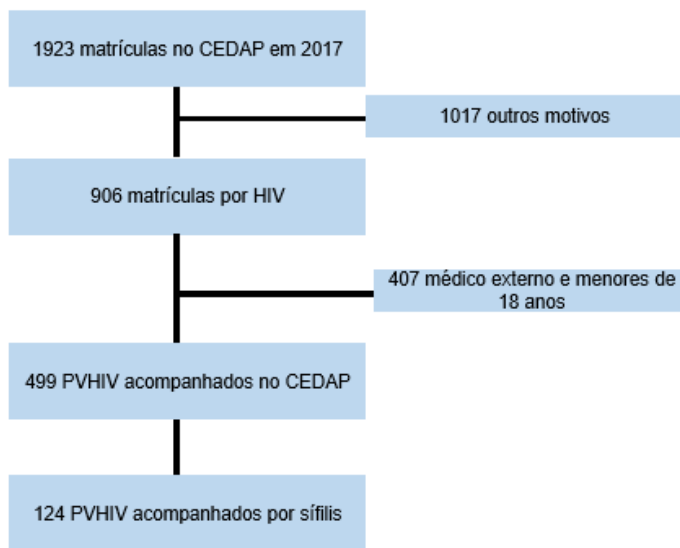


Este estudo é parte do projeto intitulado “Estudo de Coorte Ambispectiva em pacientes HIV acompanhados em um centro de referência na Bahia – Brasil no período de 2001 – 2030”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (CEP-SESAB). Sob o parecer número 2.219.342 (ANEXO A). Foram garantidas a privacidade, a confidencialidade e o sigilo dos dados registrados em prontuários, atendendo às diretrizes da Resolução 466/12.

## 5 RESULTADOS

Em 2017, foram identificados 1923 pacientes matriculados no CEDAP, sendo 906 com diagnóstico confirmado da infecção pelo HIV. Foram excluídos 1017 pacientes, por realizarem acompanhamento com médico externo e não atenderem ao critério de idade (menores de 18 anos). Das 499 PVHIV acompanhadas no CEDAP, foram identificados 124 pacientes em coinfeção sífilis – HIV (Fluxograma 1).

### Fluxograma 1 – fluxograma de inclusão dos pacientes.



A amostra foi composta por 320 PVHIV do sexo masculino (64,1%), 179 do sexo feminino (35,9%), com 14 pessoas que se identificam como transexuais (2,8%). A idade média foi 36,8 ( $\pm 10,8$ ) anos e a faixa etária mais prevalente foi de 18 a 39 anos (68,3%). Houve maior prevalência de indivíduos autodeclarados pardos (57,1%) e pretos (27,7%), solteiros (70,1%), heterossexuais (48,7%) e com, ao menos, ensino médio completo (25,2%). Cerca de 78,4% eram residentes em Salvador (78,4%), 1,8% privados de liberdade ou em situação de rua ao diagnóstico de HIV (2,8%) (Tabela 1).

**Tabela 1. Características sociodemográficas de PVHIV acompanhadas em um serviço de referência em Salvador-Bahia, matriculados em 2017**

<b>Característica</b>	<b>PVHIV estudada (n=499) N (%)</b>
<b>Idade (anos)</b>	
18 – 29 anos	145 (29,1)
30 – 39 anos	196 (39,3)
40 – 49 anos	82 (16,4)
Acima de 50 anos	76 (15,2)
<b>Sexo</b>	
Masculino	320 (64,1)
Feminino	179 (35,9)
<b>Gênero</b>	
Cis	485 (97,2)
Trans	14 (2,8)
<b>Orientação Sexual*</b>	
HSH	145 (29,1)
Heterossexual	243 (48,7)
Bissexual	38 (7,6)
Lésbica	5 (1,0)
<b>Estado civil**</b>	
Solteiro	350 (70,1)
Casado/ União	117 (23,4)
Viúvo	12 (2,4)
Divorciado	15 (1,0)
<b>Cor</b>	
Preto	138 (27,7)
Pardo	285 (57,1)
Branco	72 (14,4)
Amarela	4 (0,8)
<b>Município de Residência</b>	
SSA e Região Metropolitana	391 (78,4)
<b>Morador de Rua</b>	
	14 (2,8)
<b>Privado de Liberdade</b>	
	9 (1,8)
<b>Escolaridade**</b>	
Sem escolaridade	11 (2,2)
Fund. Incompleto	86 (17,2)
Fund. Completo	17 (3,4)
Médio incompleto	33 (6,6)
Médio completo	99 (19,8)
Superior incompleto	27 (5,4)
Superior completo	30 (6,0)

\*Número de não informados: Orientação Sexual (68); \*\*Número não informados: escolaridade (196)

Dos casos analisados, 51,9% dos pacientes referiram uso de preservativo como método contraceptivo, 4,8% uso de anticoncepcional oral e 40,1% dos pacientes referiram não realizar métodos contraceptivos (Tabela 2). A frequência de mulheres gestantes ao diagnóstico de HIV foi de 72 (14,4%).

**Tabela 2. Uso de métodos contraceptivos em PVHIV acompanhadas em um serviço de referência em Salvador – Bahia, matriculadas em 2017**

<b>Método de escolha</b>	<b>PVHIV estudada (n=499) N (%)</b>
Preservativo	259 (51,9)
ACO*	24 (4,8)
Injetável	16 (3,2)
Não faz contracepção	200 (40,1)

\*Anticoncepcional oral

Na tabela 3 é possível observar que 14,6% relataram consumo de drogas ilícitas, 23,6% dos participantes referiram tabagismo e 48,1% etilismo atual

**Tabela 3. Uso de drogas, tabagismo e etilismo em PVHIV acompanhadas em um serviço de referência Salvador – Bahia, matriculados em 2017**

	<b>PVHIV estudada (n=499) N (%)</b>
Drogas ilícitas	73 (14,6)
Tabagismo	118 (23,6)
Etilismo	240 (48,1)

A ocorrência de outras infecções sexualmente transmissíveis foi de 0,8% indivíduos com resultado reagente para hepatite B, 3,2% para hepatite C e 0,8% para HTLV. A maior parte dos participantes do estudo não realizaram exame de rastreamento para hepatite B (51,7%) e HTLV (55,1%) (Tabela 4).

**Tabela 4. Coinfecções em PVHIV acompanhadas em um serviço de referência em Salvador-Bahia, matriculados em 2017.**

<b>IST</b>	<b>PVHIV estudada (n=499) N (%)</b>
<b>Hepatite B</b>	
Sim	4 (0,8)
Sem exame	258 (51,7)
<b>Hepatite C</b>	
Sim	16 (3,2)
Sem exame	125 (25,1)
<b>HTLV</b>	
Sim	4 (0,8)
Sem exame	275 (55,1)

A primeira contagem de linfócitos TCD4 foi menor que 200 células/ mm<sup>3</sup> em 26,9% dos casos, podendo refletir acesso tardio ao diagnóstico da infecção pelo HIV, mas a maior parte dos pacientes teve carga viral detectável (87%). É importante destacar que 6,4% não realizaram contagem de linfócitos TCD4 e 2,2% exame de carga viral (Tabela 5).

**Tabela 5. Parâmetros virológicos e imunológicos em PVHIV acompanhadas em um serviço de referência em Salvador – Bahia, matriculadas em 2017**

<b>Exame analisados</b>	<b>PVHIV estudada (n=499) N (%)</b>
<b>Carga viral</b>	
Detectável	434 (87,0)
Sem exame	11 (2,2)
<b>1ª contagem de linfócito TCD4 cél/mm<sup>3</sup></b>	
1º CD4 < 200	134 (26,9)
1º CD4 > 200	333 (66,7)
Sem exame	32 (6,4)
<b>Contagem TCD4 nadir cél/mm<sup>3</sup></b>	
Nadir CD4 < 200	156 (31,3)
Nadir CD4 > 200	332 (66,5)
Sem exame	11 (2,2)

Das 499 PVHIV cadastrados em 2017 e com acompanhamento no serviço, 124 pacientes apresentaram coinfeção sífilis – HIV (24,8%).

Houve 86 casos relatados de sífilis na ocasião da matrícula, com prevalência de 17,2%. O número de casos após a ocasião da matrícula foi de 67, representando incidência de 13,4% de sífilis nessa população. Houve 19 casos de reinfecção, representando reincidência de 12,4%. A maior parte dos pacientes, no momento do diagnóstico estavam assintomáticos (65,5%). Entre os sintomáticos, os sintomas mais frequentes foram a úlcera (32,5%) e exantema (36%) (Tabela 6). Cerca de 73% dos pacientes foram diagnosticados e tratados como sífilis latente com tempo indeterminado de infecção, 18% como sífilis recente e 9% como sífilis tardia (Tabela 7).

**Tabela 6. Sinais e sintomas de sífilis relatados ao diagnóstico em PVHIV acompanhadas em um serviço de referência em Salvador-Bahia, matriculados em 2017**

Sinais e sintomas	Coinfecção sífilis HIV
	(n=124) N (%)
Úlcera	14 (11,2)
Exantema	13 (10,4)
Outros sintomas	16 (12,9)
Assintomáticos	81 (65,3)

**Tabela 7. Estágio da sífilis no momento da infecção em PVHIV acompanhadas em um serviço de referência em Salvador-Bahia, matriculados em 2017**

Estágio	Coinfecção sífilis HIV
	(n=499) N (%)
Recente	31 (25)
Tardia	11 (8,8)
Latente	82 (66,1)

Em relação ao acompanhamento clínico dos casos de sífilis, 27 indivíduos (21,7%) não apresentaram resultados de exames não treponêmicos (VDRL), ao longo do primeiro ano de seguimento. Cerca de 40,2% (47) realizaram exames de controle aos 3 meses após o tratamento, 23,0% (27) aos 6 meses, 19,7% (23) aos 9 meses e 32,5% (38) ao final dos 12 meses de seguimento.

Ao avaliar o resultado dos testes, 12,1% dos pacientes não apresentaram redução na titulação em duas diluições do exame VDRL (em seis meses para sífilis recente e até 12 meses para sífilis tardia) ou exame negativo.

A resposta imunológica e virológica dos pacientes foi analisada nas semanas 24 e 48. Na semana 24 se observou falha virológica em 23,7% dos indivíduos com sífilis e em 33,1% dos indivíduos sem sífilis. Em relação à resposta imunológica na semana 24, 17,3% dos pacientes com sífilis apresentaram contagem de linfócito TCD4 < 200 células/mm<sup>3</sup> enquanto 19,4% dos pacientes sem sífilis não tiveram resposta imunológica.

Na semana 48, 22,3% dos participantes com sífilis tiveram falha virológica, em comparação a 19,4% das PVHIV sem sífilis. A contagem de linfócitos TCD4 foi menor que 200 células/mm<sup>3</sup> em 9,7% dos indivíduos com sífilis e em 11,7% das PVHIV sem sífilis, na semana 48.

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou avaliar a coinfeção por sífilis em PVHIV acompanhadas em serviço de referência e demonstrou elevado número de casos de sífilis nessa população. A amostra estudada, levando-se em consideração os aspectos sociodemográficos, apresenta correspondências em relação à idade, sexo, estado civil, escolaridade e cor/raça, com a população vivendo com HIV descrita no Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS de 2022<sup>18</sup>, havendo, em ambos os estudos, prevalência de indivíduos jovens, do sexo masculino, solteiros, com escolaridade ignorada e autodeclarados pretos e pardos. Quanto à orientação sexual, houve maior prevalência de indivíduos declarados heterossexuais, em consonância com os estudos publicados<sup>19</sup>. *Knauth et al* demonstrou 49% de indivíduos heterossexuais infectados, em comparação a indivíduos homossexuais e bissexuais<sup>19</sup>.

A prevalência de indivíduos moradores de rua e privados de liberdade também apresentou semelhança em relação a grandes estudos de base populacional, *Grangreiro et al*<sup>20</sup> demonstrou 4,9% de pessoas privadas de liberdade e *Vele et al*<sup>21</sup> demonstrou cerca de 3% de pessoas em situação de rua infectados. Quanto aos hábitos de vida, houve prevalência de indivíduos que não faziam uso de drogas ilícitas (85,3%), assim como no estudo de *Alencar et al*<sup>22</sup>, que demonstrou predominância de indivíduos que não faziam uso de drogas ilícitas rotineiramente.

A população estudada demonstrou boa resposta ao tratamento convencional com Benzilpenicilina Benzatina (87,9%), droga de primeira linha, de acordo com o PCDT IST 2022<sup>6</sup>. Em consonância também com o Boletim Epidemiológico de Sífilis 2022<sup>1</sup>, o qual considera também este tratamento como o de primeira escolha. *Clement et al*<sup>23</sup> demonstrou que o tratamento da sífilis recente com o uso de Benzilpenicilina Benzatina G, intramuscular, 2,4 milhões de Unidade, teve 90 – 100% de sucesso terapêutico, com baixos títulos de exames não treponêmicos (VDRL). *Saje et al*<sup>24</sup> demonstrou, na população coinfectada HIV – sífilis, redução dos títulos de VDRL – em um ano de acompanhamento – de 89,6% dos indivíduos participantes após a administração de 3 doses intramuscular de Penicilina Benzatina, assim como *Adawaye et al*<sup>25</sup> comprovou eficácia do tratamento, com a redução dos títulos de VDRL em 91,7% dos pacientes coinfectados sífilis – HIV após um ano de acompanhamento. *Alencar et al*<sup>22</sup> demonstrou cura em 94% dos casos e controle sorológico da sífilis em 87,6% dos casos.

A elevada prevalência de sífilis nesse estudo (69,3%) corrobora com os dados do Boletim Epidemiológico de Sífilis (2022)<sup>1</sup>, que aponta aumento de 32,9% nas taxas de detecção de sífilis adquirida. Em contrapartida, esse dado difere de outros trabalhos analisados, como *Ganesan A et al*<sup>6</sup>, que demonstrou baixa taxa de coinfeção HIV – sífilis, de 5,8%.

A elevada incidência de indivíduos com sífilis pode estar associada à alta taxa de não uso de preservativo verificada nesse estudo (40,1%). Outros estudos associaram a não utilização do condom à alta incidência de sífilis, como *Adawaye et al*<sup>5</sup> e *Alencar et al*<sup>22</sup>, que descreveu em seu estudo o uso de preservativo em 11,1% dos participantes. Apesar disso, no estudo de *Callegari et al* (3), 70% dos pacientes referiram uso consistente de preservativo.

A prevalência geral encontrada de ISTs na amostra foi de 31,2%, inferior a outros estudos, como *McClelland et al*<sup>27</sup>, que apresentou prevalência de 46%. Apesar dos dados encontrados, a maior parte dos pacientes não apresentou exames de rastreio de ISTs.

Os principais sinais e sintomas apresentados pelos indivíduos foram úlcera e exantema (21,7%), apesar de a maior parte dos participantes serem assintomáticos (65,3%). O estudo de *Alencar et al*<sup>22</sup> está em consonância aos dados descritos nesse estudo, de forma que a maior parte dos pacientes se apresentaram, na ocasião do diagnóstico na forma latente da sífilis (64,5%). Nesse mesmo estudo, os pacientes sintomáticos se apresentam principalmente com a forma primária e secundária da sífilis (32%).

Quanto ao acompanhamento, em 21,7% dos casos, não houve exame de seguimento dentro do primeiro ano.

Ao analisar a resposta imunológica e virológica das PVHIV em infecção pela sífilis, não se observou impacto da coinfeção nos parâmetros de avaliação do HIV, de forma que a sífilis não impactou nas respostas imunológica e virológica. De maneira semelhante *Chan et al*<sup>28</sup>, também demonstrou em seu estudo que os indivíduos em coinfeção sífilis – HIV não obtiveram níveis de linfócito TCD4 < 200 células/mm<sup>3</sup> e maiores índices de carga viral. Apesar disso, *Fan et al*<sup>17</sup> e *Buchaz et al* (18), demonstraram redução na contagem de linfócito TCD4 e aumento da carga viral nessa mesma população.



Entre as principais limitações do estudo, pode-se apontar a abordagem retrospectiva e a utilização de dados secundários de prontuários, com registros não padronizados e informações não registradas dos pacientes. Com o objetivo de minimizar essa perda, foram utilizados sistemas de informação nacional, como o SISCEL e sistema local de registro de resultados de exames, o COMPLAB. Além disso, trata-se de uma amostra de conveniência, cujo resultados encontrados são específicos para a população de PVHIV acompanhados no CEDAP e não podem ser extrapolados para outras populações. Outro fator limitador foram a baixa adesão à realização de rastreio para sífilis, bem como outras IST.

Os pontos fortes da nossa análise incluem uma grande amostra de PVHIV acompanhados por 5 anos no maior serviço de atendimento às IST, HIV e Hepatites Virais. Essa avaliação permitiu conhecer o perfil sociodemográfico, clínico e laboratorial nessa população com especial relevância nas taxas de prevalência e incidência de sífilis, bem como de outras IST.

## 7 CONCLUSÃO

A população PVHIV participante do estudo obteve ótima resposta terapêutica ao tratamento da sífilis, com redução dos títulos de VDRL após 1 ano de infecção. A Penicilina Benzatina é o tratamento de primeira linha para a infecção e demonstrou impacto no curso da doença, reduzindo os títulos de VDRL.

Não foram observadas diferenças nas taxas de resposta virológica e imunológica entre os casos de sífilis e na população geral.

A sífilis e o HIV ainda são importantes questões de saúde pública, que prevalecem na população jovem, do sexo masculino e solteiros, de raça preta/ parda. O uso de drogas ilícitas não se mostrou um fator de impacto na infecção por HIV.

A despeito da baixa prevalência de outras ISTs, é importante destacar que não houve rastreamento adequado no período observado, visto o baixo número de exames realizados.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Sífilis 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 5]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-sifilis-numero-especial-out-2022>
2. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen XS, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis [Internet]. Vol. 3, Nature Reviews Disease Primers. Nature Publishing Group; 2017 [cited 2023 Jun 8]. 1–6 p. Available from: <http://www.nature.com/articles/nrdp201773>
3. Ministério da Saúde. Agenda estratégica para redução da sífilis no Brasil, 2020-2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 9]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_reducao\\_sifilis\\_2020\\_2021.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_reducao_sifilis_2020_2021.pdf)
4. Walensky RP, Jernigan DB, Bunnell R, Layden J, Kent CK, Gottardy AJ, et al. Morbidity and Mortality Weekly Report Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Aug 4]. Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)?gclid=Cj0KCQjw7JOpBhCfARIsAL3bobfyUrkb5eRU1n8x3QQmP7mWJYbl5RAfbNbUkrqoD-BIG0RevJf44sUaAgLTEALw\\_wcB](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)?gclid=Cj0KCQjw7JOpBhCfARIsAL3bobfyUrkb5eRU1n8x3QQmP7mWJYbl5RAfbNbUkrqoD-BIG0RevJf44sUaAgLTEALw_wcB)
5. LaFond RE, Lukehart SA. Biological Basis for Syphilis. *Clin Microbiol Rev* [Internet]. 2006 Jan [cited 2023 Jul 7];19(1):29–49. Available from: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/CMR.19.1.29-49.2006>
6. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para Atenção Integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST) [Internet]. Ministério da Saúde. 2020 [cited 2022 Jul 9]. Available from: [https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022\\_isbn-1.pdf/view](https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view)
7. Stamm L.V. Syphilis: antibiotic treatment and resistance. *Epidemiol Infect* [Internet]. 2015 Jun 31 [cited 2023 Jun 6];143(8):1567–74. Available from: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0950268814002830/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0950268814002830/type/journal_article)
8. Nadal SR, Valéria T, De M, Framil S. Interpretação das Reações Sorológicas para Diagnóstico e Seguimento Pós-Terapêutico. [cited 2022 Aug 6];27. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbc/a/pPpT44tzcR5Drwm4btGvSKJ/abstract/?lang=pt>
9. Ministério da Saúde. Manual técnico para diagnóstico da Sífilis [Internet]. [cited 2022 Sep 4]. Available from: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)
10. Jarzebowski W, Caumes E, Dupin N, Farhi D, Lascaux AS, Piketty C, 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

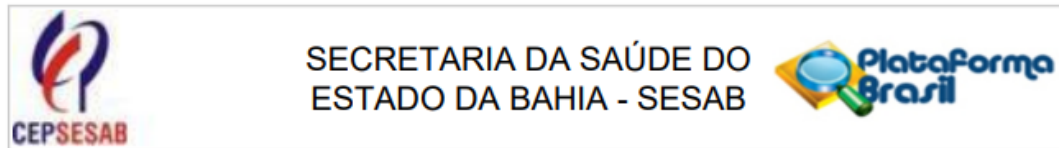
- CO4 cohort. *Arch Intern Med* [Internet]. 2012 Sep 10 [cited 2023 Oct 5];172(16):1237–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22826097/>
11. Marra CM, Maxwell CL, Tantaló L, Eaton M, Rompalo AM, Raines C, et al. Normalization of Cerebrospinal Fluid Abnormalities after Neurosyphilis Therapy: Does HIV Status Matter? 2004 [cited 2022 Sep 6]; Available from: <https://academic.oup.com/cid/article/38/7/1001/320374?login=false>
  12. Carlos J, Avelleira R, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An Bras Dermatol* [Internet]. 2006 [cited 2022 Jul 4];81(2):111–37. Available from: <https://www.scielo.br/j/abd/a/tSqK6nzB8v5zJjSQcfWskPL/>
  13. Larsen SA, Steiner BM, Rudolph AH. Laboratory Diagnosis and Interpretation of Tests for Syphilis. *Clin Microbiol Rev* [Internet]. 1995 [cited 2022 Jun 4];8(1):1–21. Available from: <http://cmr.asm.org/>
  14. Romanowski B, Sutherland R, Fick GH, Mooney D, Love EJ, STD Control F, et al. Serologic Response to Treatment of Infectious Syphilis. *Ann Intern Med* [Internet]. 1991 [cited 2022 Jul 5];114:1005–9. Available from: <http://annals.org/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/aim/19728/>
  15. Callegari FM, Pinto-Neto LF, Medeiros CJ, Scopel CB, Page K, Miranda AE. Syphilis and HIV Co-Infection in Patients Who Attend an AIDS Outpatient Clinic in Vitoria, Brazil. *AIDS Behav* [Internet]. 2014 Jan 4 [cited 2022 Sep 5];18(S1):104–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10461-013-0533-x>
  16. Buchacz K, Patel P, Taylor M, Kerndt PR, Byers RH, Holmberg SD, et al. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. *AIDS* [Internet]. 2004 Oct 21 [cited 2023 Oct 5];18(15):2075–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6763620/#:~:text=Conclusion%3A,syphilis%20in%20HIV%20infected%20individuals.>
  17. Fan L, Yu A, Zhang D, Wang Z, Ma P. Consequences of HIV/syphilis co-infection on HIV viral load and immune response to antiretroviral therapy. *Infect Drug Resist* [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 5];14:2851–62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8318222/#:~:text=Conclusion,patients%20with%20high%20RPR%20titers.>
  18. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico HIV 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 5]. Available from: [https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/arquivos/boletim\\_hiv\\_aids\\_-2022\\_internet\\_24-11\\_finalizado.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/arquivos/boletim_hiv_aids_-2022_internet_24-11_finalizado.pdf)
  19. Knauth DR, Hentges B, De Macedo JL, Pilecco FB, Teixeira LB, Teixeira LB, et al. HIV/AIDS diagnosis in heterosexual men: Still a surprise after more than 30 years of the epidemic. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 5];36(6). Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xDFFhtkF89JM65GDhWwTHPj/?lang=pt>

20. Duarte H, De R, Iii A, Roberto P, Iii T. Alexandre Grangeiro I Márcia Moreira Holcman II Elisabete Taeko Onaga III Anna Luiza Nunes Placco III Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP Prevalence and vulnerability of homeless people to HIV infection in São Paulo, Brazil RESUMO [Internet]. Vol. 46, Rev Saúde Pública. 2012 [cited 2023 Sep 7]. Available from: [www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp)
21. Vale EP, Carvalho LDS, Pereira FCDS. SOROPREVALÊNCIA DO HIV NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção [Internet]. 2016 Sep 4 [cited 2023 Oct 5];6(3). Available from: [https://www.researchgate.net/publication/307870989\\_SOROPREVALENCIA\\_D\\_O\\_HIV\\_NA\\_POPULACAO\\_PRIVADA\\_DE\\_LIBERDADE](https://www.researchgate.net/publication/307870989_SOROPREVALENCIA_D_O_HIV_NA_POPULACAO_PRIVADA_DE_LIBERDADE)
22. Alencar AAR, Magalhães M de A, Lima HVC de A e, Medeiros FPM de, Melo JMG de, Souza E da S. Sífilis em pessoas vivendo com HIV acompanhados em hospital de referência no Brasil entre 2015 e 2020. Rev Med (Rio J) [Internet]. 2023 Jun 29 [cited 2023 Oct 5];102(3). Available from: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/203426>
23. Clement ME, Okeke NL, Hicks CB. Treatment of syphilis: A systematic review. JAMA - Journal of the American Medical Association [Internet]. 2014 Nov 12 [cited 2023 Oct 5];312(18):1905–17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6690208/>
24. Saje A, Tomažič J. Syphilis and HIV co-infection: Excellent response to multiple doses of benzathinepenicillin. Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat [Internet]. 2014 [cited 2023 Oct 5];23(1):1–3. Available from: <https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/thejournalhub/10.15570/v10162-012-0045-9/v10162-012-0045-9.pdf>
25. Adawaye C, Souleymane AO, Fouda AA, Djarma O, Cournil A, Tuailon E, et al. Syphilis diagnosis and serological response to Benzathine Penicillin G among patients attending HIV clinics in N'Djaména, Chad. International Journal of Infectious Diseases [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2023 Oct 5];108:461–4. Available from: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(21\)00454-9/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(21)00454-9/fulltext)
26. Ganesan A, Fieberg A, Agan BK, Lalani T, Landrum ML, Wortmann G, et al. Results of a 25-year longitudinal analysis of the serologic incidence of syphilis in a cohort of HIV-infected patients with unrestricted access to care. Sex Transm Dis [Internet]. 2012 Jun [cited 2023 Oct 5];39(6):440–8. Available from: [https://journals.lww.com/stdjournal/fulltext/2012/06000/results\\_of\\_a\\_25\\_year\\_longitudinal\\_analysis\\_of\\_the.8.aspx](https://journals.lww.com/stdjournal/fulltext/2012/06000/results_of_a_25_year_longitudinal_analysis_of_the.8.aspx)
27. McClelland RS, Lavreys L, Katingima C, Overbaugh J, Chohan V, Mandaliya K, et al. Contribution of HIV-1 Infection to Acquisition of Sexually Transmitted Disease: A 10-Year Prospective Study [Internet]. [cited 2023 Sep 5]. Available from: <https://academic.oup.com/jid/article/191/3/333/793925>

28. Chan P, Colby DJ, Kroon E, Saccalan C, Pinyakorn S, Paul R, et al. Clinical and laboratory impact of concomitant syphilis infection during acute HIV. *HIV Med* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2023 Oct 5];22(6):502–11. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hiv.13079>

## ANEXOS

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** Estudo de Coorte Ambispectiva em pacientes HIV acompanhados em um centro de referência na Bahia-Brasil no período de 2001 a 2030

**Pesquisador:** FABIANNA MARCIA MARANHÃO BAHIA SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 69391717.6.0000.0052

**Instituição Proponente:** CENTRO ESTADUAL ESPECIALIZADO EM DIAGNÓSTICO ASSISTÊNCIA E

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.152.226

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto desenvolvido junto ao Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa. Estudo observacional, tipo Coorte Ambispectiva, que incluirá todos os pacientes HIV positivos acima de 18 anos cadastrados no CEDAP que concordarem em participar do estudo, através da assinatura do termo de consentimento livre e

esclarecido (TCLE). Os eventos e desfechos serão avaliados retrospectivamente no início do estudo e prospectivamente, em seguida. A coorte terá 2 fases: 1. Coorte retrospectiva (2001-2016) – pacientes cadastrados no CEDAP a partir de 2001 serão identificados e avaliados para o desenvolvimento de comorbidades, coinfeções, falha terapêutica, neoplasias, etc e morte. 2. Coorte prospectiva (2017-2031) – pacientes admitidos no CEDAP a partir de Março 2017 serão acompanhados para o desenvolvimento de comorbidades, co-infecções, falha terapêutica, neoplasias, etc e morte. Os dados irão compor um banco, que passará por análises estáticas.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Conhecer a mortalidade da população HIV positiva do CEDAP em 30 anos de acompanhamento.

**Objetivo Secundário:**

**Endereço:** Av. A.C.M s/n

**Bairro:** Iguatemi

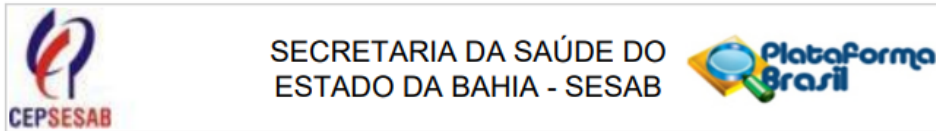
**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 41.820-000

**Telefone:** (71)3116-0236

**E-mail:** sesab.cep@saude.ba.gov.br



Continuação do Parecer: 3.152.226

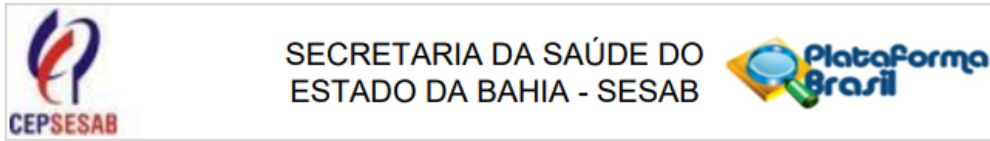
- \*Descrever as características clínicas da população HIV positiva do CEDAP.
- \*Estimar as taxas de incidência de Aids e de mortalidade, ano a ano, durante o período de 30 anos da coorte.
- \*Descrever os principais fatores de risco de progressão da Aids.
- \*Descrever as infecções oportunistas mais comuns nos pacientes com Aids.
- \*Descrever o estágio de infecção pelo HIV, conforme a classificação do CDC, nos pacientes admitidos no CEDAP.
- \*Avaliar as características sócio- demográficas da população atendida no CEDAP HIV positiva (sexo, idade, raça e escolaridade).
- \*Conhecer a prevalência e incidência de idosos portadores de HIV/Aids.
- \*Avaliar a prevalência e incidência de comorbidades não relacionadas a Aids como Doença cardiovascular, neoplasias, alterações ósseas, doenças renais, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM).
- \*Avaliar a prevalência e incidência de co-infecções com Tuberculose, Hepatites B e C e HTLV.
- \*Descrever a prevalência de distúrbios psiquiátricos.
- \*Definir a incidência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).
- \*Descrever as principais patologias odontológicas.
- \*Descrever a demanda de acompanhamento em Psicologia e adesão a esta terapia.
- \*Analisar a efetividade da TARV, tendo por referência os parâmetros virológicos, imunológicos e clínicos em pacientes HIV positivos.
- \*Definir a prevalência e incidência de falha terapêutica entre os pacientes em uso de terapia antirretroviral em acompanhamento no CEDAP.
- \*Avaliar os principais fatores que dificultam a adesão a terapia antirretroviral (TARV) na população infectada pelo HIV no CEDAP.
- \*Avaliar a interação medicamentosa, interferência da polifarmácia na adesão à TARV e a incidência de eventos adversos associados a TARV.
- \*Estimar a mediana do tempo de progressão da infecção pelo HIV até a Aids com e sem TARV.
- \*Estimar a mediana do tempo de progressão da Aids até o óbito, segundo o período do diagnóstico de Aids.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Trata-se de emenda para solicitação de dispensa do TCLE na etapa retrospectiva do estudo para os participantes que não se encontrem mais em acompanhamento ambulatorial na Unidade, uma vez que será conduzida por meio de dados secundários (revisão de prontuários clínicos).

<b>Endereço:</b> Av. A.C.M s/n	<b>CEP:</b> 41.820-000
<b>Bairro:</b> Iguatemi	
<b>UF:</b> BA	<b>Município:</b> SALVADOR
<b>Telefone:</b> (71)3116-0236	<b>E-mail:</b> sesab.cep@saude.ba.gov.br





Continuação do Parecer: 3.152.226

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de emenda para solicitação de dispensa do TCLE na etapa retrospectiva do estudo para os participantes que não se encontrem mais em acompanhamento ambulatorial na Unidade, uma vez que será conduzida por meio de dados secundários (revisão de prontuários clínicos).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Trata-se de emenda para solicitação de dispensa do TCLE na etapa retrospectiva do estudo para os participantes que não se encontrem mais em acompanhamento ambulatorial na Unidade, uma vez que será conduzida por meio de dados secundários (revisão de prontuários clínicos).

**Recomendações:**

Trata-se de emenda para solicitação de dispensa do TCLE na etapa retrospectiva do estudo para os participantes que não se encontrem mais em acompanhamento ambulatorial na Unidade, uma vez que será conduzida por meio de dados secundários (revisão de prontuários clínicos).

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram observados óbices éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1285791_E1.pdf	16/01/2019 14:58:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Dispensa_de_tcle_ECOAH.pdf	16/01/2019 14:54:48	MONALIZA CARDOZO REBOUÇAS	Aceito
Outros	Carta_emenda_1_CEP_Projeto_ECOAH.pdf	16/01/2019 14:54:03	MONALIZA CARDOZO REBOUÇAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Coorte.pdf	02/06/2017 10:26:03	MONALIZA CARDOZO REBOUÇAS	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_COORTE.pdf	02/06/2017 10:25:21	MONALIZA CARDOZO REBOUÇAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_coorte.pdf	02/06/2017 10:22:57	MONALIZA CARDOZO REBOUÇAS	Aceito

**Endereço:** Av. A.C.M s/n

**Bairro:** Iguatemi

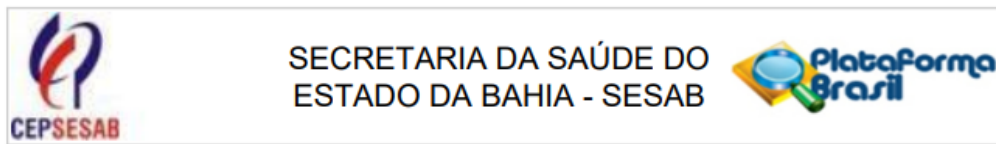
**CEP:** 41.820-000

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3116-0236

**E-mail:** sesab.cep@saude.ba.gov.br



Continuação do Parecer: 3.152.226

Orçamento	ORCAMENTO_detalhado.pdf	02/06/2017 10:19:31	MONALIZA CARDOZO REBOUCAS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_infraestrutura_coorte.pdf	02/06/2017 10:18:14	MONALIZA CARDOZO REBOUCAS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	02/06/2017 10:15:25	MONALIZA CARDOZO REBOUCAS	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	02/06/2017 10:04:53	MONALIZA CARDOZO REBOUCAS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 18 de Fevereiro de 2019

---

**Assinado por:**  
**CARLOS ALBERTO LIMA DA SILVA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. A.C.M s/n  
**Bairro:** Iguatemi **CEP:** 41.820-000  
**UF:** BA **Município:** SALVADOR  
**Telefone:** (71)3116-0236 **E-mail:** sesab.cep@saude.ba.gov.br

**APÊNDICE A: Instrumento de coleta de dados**

Nome: \_\_\_\_\_

SAH/SMART: \_\_\_\_\_ QUEST \_\_\_\_\_

Data Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tem história de sífilis anterior?  Não  Sim  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_**DIAGNÓSTICO SÍFILIS** Data diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Gestante?  Sim  Não  
 NSASintomático ao diagnóstico?  Não  Úlcera  Exantema  Outros  
\_\_\_\_\_Estágio da sífilis no diagnóstico:  recente ( 1<sup>a</sup>  2<sup>a</sup>  3<sup>a</sup>)  tardia  latente  SI  
 TR \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  VDRL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (\_\_\_\_)  Htpa/FTA-bs  
\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Consultas / Monitoramento do VDRL

	Consulta (data)	VDRL	
3 meses	<input type="checkbox"/> Sim ___/___/___ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mudou de médico? <input type="checkbox"/> VDRL solicitado?	<input type="checkbox"/> R _____ <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sem resultado ___/___/___
6 meses	<input type="checkbox"/> Sim ___/___/___ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mudou de médico? <input type="checkbox"/> VDRL solicitado?	<input type="checkbox"/> R _____ <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sem resultado ___/___/___
9 meses	<input type="checkbox"/> Sim ___/___/___ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mudou de médico? <input type="checkbox"/> VDRL solicitado?	<input type="checkbox"/> R _____ <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sem resultado ___/___/___
12 meses	<input type="checkbox"/> Sim ___/___/___ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mudou de médico? <input type="checkbox"/> VDRL solicitado?	<input type="checkbox"/> R _____ <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sem resultado ___/___/___

**TRATAMENTO SÍFILIS** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Dispensa na farmácia?  Sim  Não  
 Benzilpenicilina benzatina ( dose única  2 semanas  3 semanas)  SI  
 Doxiciclina 100mg  Ceftriaxona 2g  OutroTRATAMENTO DA PARCERIA ?  Sim  Não  SIDIAGNÓSTICO DE NEUROSSÍFILIS  Sim  Não TRATAMENTO:  Sim  NãoSintomas  
\_\_\_\_\_Exame Líquor / Solicitado?  Sim  Não / Realizado? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ valor  
\_\_\_\_\_REINFECÇÃO  Sim  Não

Número de dispensas TARV nos 12 meses de monitoramento \_\_\_\_\_

CV nos 12 meses de monitoramento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ valor \_\_\_\_\_  Sem resultado

Outros diagnósticos no período?  Não

STATUS Última consulta médica \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ setor \_\_\_\_\_

Perda de seguimento  Transferência \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Óbito \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## REINFECÇÃO

**DIAGNÓSTICO SÍFILIS** Data diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Gestante?  Sim  Não  
 NSA

Sintomático ao diagnóstico?  Não  Úlcera  Exantema  Outros \_\_\_\_\_

Estágio da sífilis no diagnóstico:  recente ( 1<sup>a</sup>  2<sup>a</sup>  3<sup>a</sup>)  tardia  latente  SI  
 TR \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  VDRL \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (\_\_\_)  Htpa/FTA-bs \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Consultas / Monitoramento do VDRL

	Consulta (data)	VDRL	
3 meses	<input type="checkbox"/> Sim ___/___/___ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mudou de médico? <input type="checkbox"/> VDRL solicitado?	<input type="checkbox"/> R _____ <input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Sem resultado ___/___/___
6 meses	<input type="checkbox"/> Sim ___/___/___ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mudou de médico? <input type="checkbox"/> VDRL solicitado?	<input type="checkbox"/> R _____ <input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Sem resultado ___/___/___
9 meses	<input type="checkbox"/> Sim ___/___/___ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mudou de médico? <input type="checkbox"/> VDRL solicitado?	<input type="checkbox"/> R _____ <input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Sem resultado ___/___/___
12 meses	<input type="checkbox"/> Sim ___/___/___ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Mudou de médico? <input type="checkbox"/> VDRL solicitado?	<input type="checkbox"/> R _____ <input type="checkbox"/> NR _____	<input type="checkbox"/> Sem resultado ___/___/___

**TRATAMENTO SÍFILIS** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Dispensa na farmácia?  Sim  Não

Benzilpenicilina benzatina ( dose única  2 semanas  3 semanas)  SI

Doxiciclina 100mg  Ceftriaxona 2g  Outro

TRATAMENTO DA PARCERIA ?  Sim  Não  SI

DIAGNÓSTICO DE NEUROSSÍFILIS  Sim  Não TRATAMENTO:  Sim  Não

Sintomas \_\_\_\_\_

Exame Líquor / Solicitado?  Sim  Não / Realizado? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

valor \_\_\_\_\_

Outros diagnósticos no período? \_\_\_\_\_

STATUS Última consulta médica \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Setor \_\_\_\_\_