Saúde e Pesquisa
DOI: 10.17765/2176-9206.2022v15n1.e7688

Perfil clínico e epidemiológico de homens que fazem sexo com homens vivendo com HIV/AIDS

Clinical and epidemiological profile of men who have sex with men with HIV/AIDS

Juliana Lemes dos Santos[1], Janaina Coser[2], Fátima Rosemari Lemos Schneider[3], Tatiana Mugnol[4], Paulo Ricardo Moreira[5]

[1] Graduação em Biomedicina pela Universidade de Cruz Alta (RS), Brasil; [2] Doutorado em Biologia Celular e Molecular Aplicada a Saúde pela Universidade Luterana do Brasil. Pesquisadora do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde - GIPS, Docente da Universidade de Cruz Alta (RS), Brasil; [3] Discente do curso de Biomedicina da Universidade de Cruz Alta (RS), Brasil. [4] Graduação em Biomedicina pela Universidade de Cruz Alta (RS), Brasil. [5] Doutorado em Nefrologia. Docente do Centro de Ciências da Saúde e Agrárias da Universidade de Cruz Alta (RS), Brasil.

[*]**Autor correspondente**: Juliana Lemes dos Santos. E-mail: julianalemes91@gmail.com

RESUMO

Identificar o perfil clínico e epidemiológico de Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) que vivem com HIV/Aids. Estudo transversal realizado com 67 HSH que vivem com HIV/Aids. A coleta de dados clínicos e sociodemográficos foi realizada a partir de prontuários clínicos de um serviço de saúde. A idade dos participantes variou de 18 a 64 anos, a maioria fazia uso regular da TARV, apresentou linfócitos T $CD4_+$ inicial e atual <500 células/mm³, carga viral inicial <100.000 cópias/ ml e atual <50 cópias/ml. Foi observada uma diferença estatística entre pacientes que não faziam uso regular da TARV e os que faziam uso regular desta, pois os que faziam uso regular apresentaram menos infecções oportunistas (p=0,046). Pacientes que apresentaram T $CD4_+$ inicial ≥500 células/mm^3 tiveram menos comorbidades (p=0,007) e infecções oportunistas (p=0,003). Também, pacientes que apresentaram carga viral inicial<100.000 cópias/ml tiveram menos infecções oportunistas (p=0,021). As comorbidades (anemia, caquexia, diarreia, tabagismo e depressão), coinfecções (sífilis, HPV e hepatite B) e infecções oportunistas (candidose oral, dermatite persistente e tosse persistente) foram prevalentes em HSH com HIV. Também, foi observado que a TARV tem um efeito protetor importante em relação a proteção contra infecções oportunistas.

Palavras-chave: Antirretroviral. Bissexuais. Homossexuais. SIDA.

ABSTRACT

To identify the clinical and epidemiological profile of Men who have Sex with Men (MSM) living with HIV / AIDS. Cross-sectional study carried out with 67 MSM living with HIV / AIDS. The collection of clinical and sociodemographic data was performed from clinical records of a health service. The age of the participants varied from 18 to 64 years, most of them used ART regularly, had initial and current CD4 + T lymphocytes <500 cells / mm³, initial viral load <100,000 copies / ml and current <50 copies / ml. A statistical difference was observed between patients who did not use ART regularly and those who used it regularly, as those who used it regularly had fewer opportunistic infections (p = 0.046). Patients who had an initial CD4 + T ≥500 cells / mm3 had fewer comorbidities (p = 0.007) and opportunistic infections (p = 0.003). Also, patients who had an initial viral load <100,000 copies / ml had fewer opportunistic infections (p = 0.021). Comorbidities (anemia, cachexia, diarrhea, smoking and depression), co-infections (syphilis, HPV and hepatitis B) and opportunistic infections (oral candidiasis, persistent dermatitis and persistent cough) were prevalent in MSM with HIV. In addition, it was observed that ART has an important protective effect in relation to protection against opportunistic infections.

Keywords: AIDS. Antiretroviral. Bisexuals. Homosexuals.

Recebido em Março 18, 2020
Aceito em Dezembro 03, 2020

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS) atinge diversos grupos, independente do gênero, porém, sabe-se que o risco de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é cerca de 27 vezes maior em Homens que Fazem Sexo com Homens (HSH)[1].

No Brasil, desde o início da epidemia da Aids (1980) até junho de 2019, foram registrados 966.058 casos de Aids, destes, 633.462 (65,6%) casos eram referentes a população masculina[2]. Nos últimos 10 anos, observou-se que a taxa de detecção de Aids em homens com faixa etária entre 35 anos a 39 anos, apresentou aumento de 24,8 para 28,3 casos/100.000 habitantes[2]. Ainda, observou-se o predomínio da categoria de exposição homo/bissexual (40,3%), que superou o número de casos notificados como exposição heterossexual pela primeira vez na última década[2].

Sugere-se que a epidemia do HIV é crescente entre HSH devido ao estigma e discriminação relacionados à doença e ao comportamento sexual destes[3]. Fatores como à baixa procura de cuidados e menor adesão ao tratamento e aos métodos de prevenção, além da alta probabilidade de transmissão por meio da relação anal receptiva desprotegida contribuem para as taxas elevadas desta infecção neste grupo[4].

O vírus HIV infecta os linfócitos T CD4+, que são encarregados pela defesa do organismo, isso resultará numa depressão do sistema imunológico, que tornará o indivíduo mais vulnerável as complicações clínicas, dentre elas, as infecções oportunistas[5]. Por isso, a Pessoa Vivendo com HIV (PVHIV) sem a Terapia Antirretroviral (TARV) correta, desenvolve um quadro de imunossupressão progressiva, caracterizada pelo surgimento de infecções oportunistas e elevação do risco de adquirir coinfecções[6]. Diante do exposto, o objetivo do estudo foi identificar o perfil clínico e epidemiológico de HSH vivendo com HIV/Aids, bem como a influência da TARV no quadro clínico destes pacientes.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo observacional, transversal e descritivo realizado em um Serviço de Atenção Especializada em DST/HIV/Aids (SAE) da cidade de Cruz Alta, localizada na região noroeste do Rio Grande do Sul.

A amostra do estudo compreendeu todos os homens que vivem com HIV/Aids que se declararam homossexuais ou bissexuais e que foram devidamente cadastrados no serviço durante o período da coleta de dados, de agosto de 2018 a fevereiro de 2019, o que totalizou 67 homens.

A coleta de dados sociodemográficos (escolaridade, etnia e profissão) e dados clínicos (idade, data de

diagnóstico da infecção pelo HIV, uso da TARV, contagem de linfócitos T $CD4_+$ inicial, contagem de linfócitos T $CD4_+$ atual, carga viral inicial, carga viral atual, situação epidemiológica de contágio, comorbidades, coinfecções e infecções oportunistas) foi realizada a partir de prontuários clínicos do serviço.

A categorização das comorbidades foi realizada com base no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos[8]. Outras comorbidades não listadas neste protocolo, foram levantadas a partir dos prontuários clínicos dos pacientes. Já, as coinfecções e infecções oportunistas foram categorizadas a partir do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, Critérios CDC Adaptado e Rio de Janeiro/Caracas[6].

Os dados foram compilados e analisados através do software SPSS® (23.0 *version, Chicago, IL Statistical Package for the Social Sciences*). As avaliações de possíveis diferenças estatísticas entre as variáveis qualitativas foram verificadas pelo teste qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher conforme apropriado. Todas as análises foram bilaterais com nível de significância pré-estabelecido para o erro alfa de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo foi cadastrado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 92282518.4.0000.5322; parecer nº 2.770.634).

RESULTADOS

A idade dos HSH incluídos no estudo variou de 18 a 64 anos, com média de 34,7 anos (±11,7). A maioria dos participantes possuía escolaridade de nível igual ou superior a ensino médio completo, era de origem étnica branca e relatou ocupação com renda (Tabela 1).

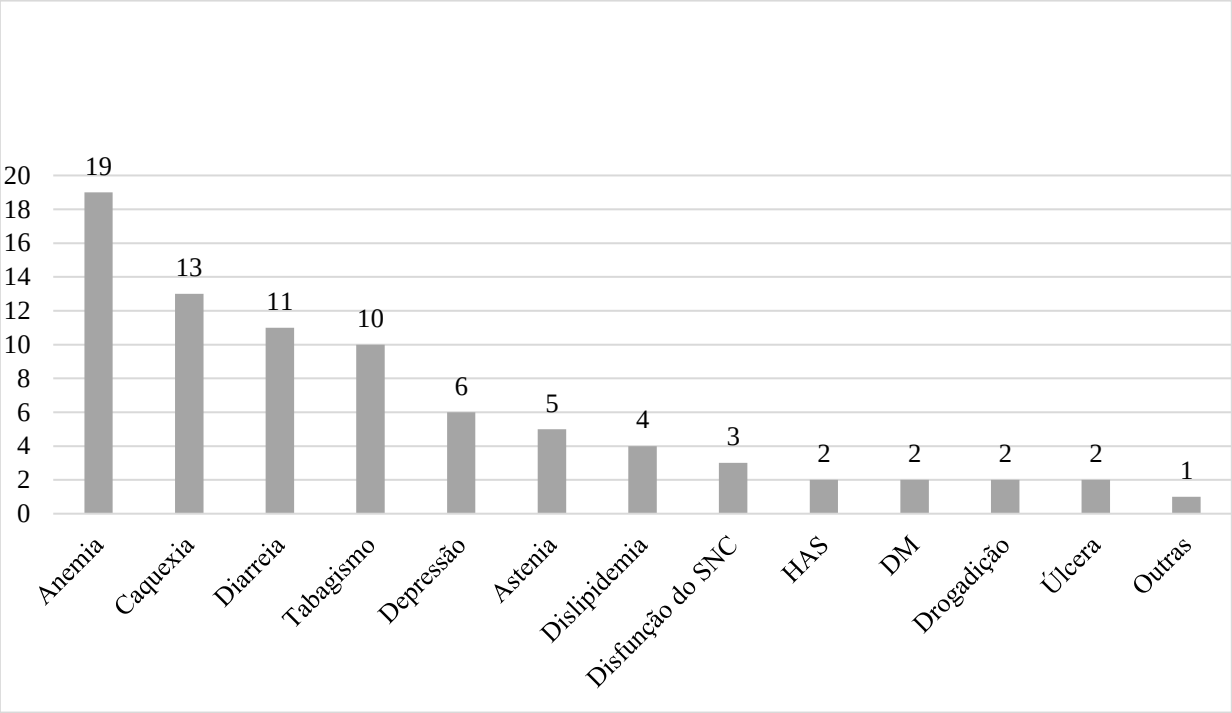
Quanto as características clínicas, predominaram homens que obtiveram diagnóstico da infecção pelo HIV em um período de 5 anos ou menos, que faziam uso regular da TARV e que apresentaram linfócitos T $CD4_+$ <500 células/mm^3 no primeiro exame realizado e no último exame realizado. Na análise da carga viral, foi observado predomínio de homens que tinham carga viral inicial <100.000 cópias/ml e carga viral atual <50 cópias/ml (Tabela 1).

Tabela 1. Características clínicas e sociodemográficas de homens que fazem sexo com homens que vivem com HIV (n=67)

Variáveis	n (%)
FAIXA ETÁRIA (anos)	
18 – 24	16(23,9)
25 – 39	30(44,8)
40 – 59	19 (28,3)
≥ 60	2 (3,0)
ESCOLARIDADE	
Analfabeto	3 (4,5)
≤ Fundamental Completo	19 (28,4)
≥ Médio Completo	44 (65,7)
ETNIA	
Branca	49 (73,1)
Não branca	18 (26,9)
PROFISSÃO	
Com vínculo registrado ou autônomo	55 (82,1)
Sem vínculo empregatício	12 (17,9)
TEMPO DIAGNÓSTICO HIV	
≤ 5 anos	45 (67,1)
>5 anos	22 (32,9)
TARV[1]	
Uso regular	31 (46,3)
Uso irregular	26 (38,8)
Sem uso	4 (6,0)
Não informado	6 (9,0)
LINFÓCITOS T CD4+ INICIAL[2] (células/mm³)	
<500	
≥500	34 (50,7)
	33 (49,3)
LINFÓCITOS T CD4+ ATUAL[3] (células/mm³)	
<500	
≥500	34 (50,7)
	33 (49,3)
CARGA VIRAL INICIAL[4] (cópias/ml)	
<100.000	52 (77,6)
≥100.000	15 (22,4)
CARGA VIRAL ATUAL[5](cópias/ml)	
<50	64 (95,5)
≥ 50	3 (4,5)
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA[6]	
Relacionamento homossexual	39 (58,2)
Relacionamento bissexual	23 (34,3)
Outras formas[7]	5 (7,5)
COMORBIDADES[8]	
Sim	36 (53,7)
Não	31 (46,3)
COINFECÇÕES	
Sim	22 (32,8)
Não	45 (67,2)
INFECÇÕES OPORTUNISTAS	
Sim	31 (46,2)
Não	36 (53,8)

Nota: [1] Uso da terapia antirretroviral – TARV, no momento da coleta dos dados; [2] Compreende o resultado do primeiro exame realizado de linfócitos T CD4+ após o paciente ter entrado no serviço; [3] Compreende o resultado do último exame realizado. Valor de referência: linfócitos TCD4+ >500 células/mm³ (BRASIL, 2018b); [4] Compreende o resultado do primeiro exame realizado da carga viral após o paciente ter entrado no serviço; [5] Compreende o último exame realizado. Valor de referência: carga viral <50 cópias/ml conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos de 2018 (BRASIL, 2018b); [6] Compreende a forma de contágio do HIV; [7] Inclui 1 caso de relação homossexual e usuário de drogas injetáveis; 1 caso de relação homossexual, usuário de drogas injetáveis e profissional do sexo; 3 casos de relação homossexual e profissionais do sexo; [8] Inclui diagnóstico de patologias descritas no prontuário do paciente ou pelo menos uma das patologias definidora de Aids, conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos de 2018 (BRASIL, 2018b).

Para a maioria da amostra estudada a provável situação epidemiológica de contágio foi a via sexual por relação homossexual e a prevalência de comorbidades, coinfecções e infeções oportunistas foi de 53,7%, 32,8% e 46,2%, respectivamente (Tabela 1). As comorbidades mais prevalentes foram, respectivamente, anemia (28,4%), caquexia (19,4 %), diarreia (16,4 %), tabagismo (14,9 %) e depressão (8,9%) (Figura 1).



Nota: SNC- Sistema Nervoso Central; HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica; DM-Diabetes Mellitus
Outras: Inclui 1 caso de ascaridíase; 1 caso de ansiedade; 1 caso de escabiose; 1 caso de etilismo; 1 caso de gota; 1 caso de impetigo; 1 caso de insuficiência renal; 1 caso de lipodistrofia; 1 caso de litíase biliar; 1 caso de pielonefrite; 1 caso de sepse; 1 caso de *Tinea capitis;* 1 caso de trombose.

Figura 1. Comorbidades presentes em homens que fazem sexo com homens que vivem com HIV (n=67)

Das coinfecções estudas, houve o predomínio de sífilis (20,9%), HPV (9,0%) e hepatite B (4,5%) (Figura 2). No que concerne as infecções oportunistas, predominou candidose oral (32,8%), dermatite persistente (32,8%) e tosse persistente nos pacientes (26,9%) (Figura 2).

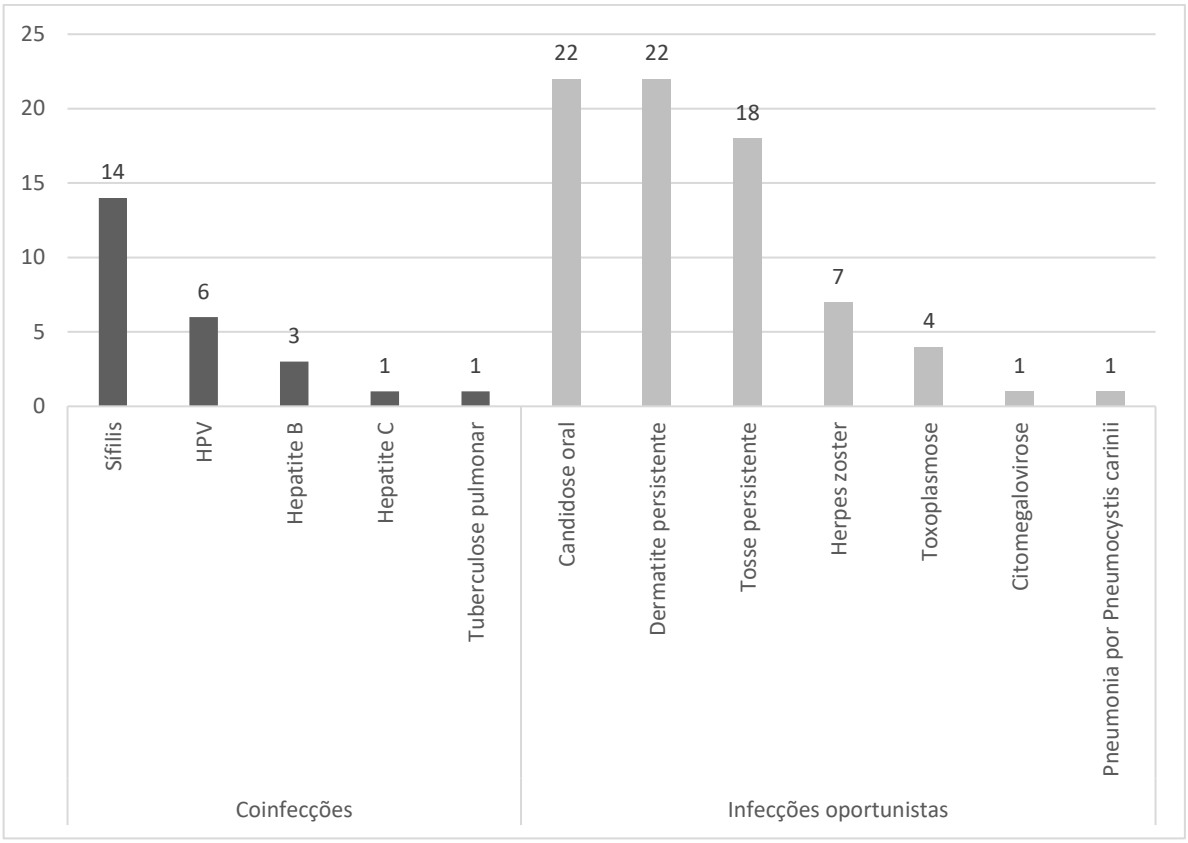


Figura 2. Coinfecções e infecções oportunistas presentes em homens que fazem sexo com homens que vivem com HIV (n=67)

Conforme tabela 2, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os pacientes que não faziam uso regular da TARV e os que faziam uso regular da terapia, pois estes apresentaram menos casos de infecções oportunistas (p=0,046). Da mesma forma, homens cujos resultados de linfócitos T $CD4_+$ inicial foram ≥500 células/$mm^{3,}$ tiveram menos casos de comorbidades (p=0,007) e infecções oportunistas (p=0,03) em comparação aos homens que não tiveram estes resultados de linfócitos T $CD4_+$ inicial. Também, verificou-se que pacientes com carga viral inicial<100.000 cópias/ml tiveram menos infecções oportunistas em comparação aqueles que não apresentaram este resultado de carga viral inicial (p=0,021) (Tabela 2).

Tabela 2. Relação entre as características clínicas e comorbidades, coinfecções e infecções oportunistas em homens que fazem sexo com homens que vivem com HIV (n=67)

	Comorbidades			Coinfecções			Infecções Oportunistas		
Variáveis	**SIM**	**NÃO**	**p-valor**	**SIM**	**NÃO**	**p-valor**	**SIM**	**NÃO**	**p-valor**
TARV									
Uso regular	20 (29,9%)	11 (16,4%)		9 (13,4%)	22 (32,8%)		14 (20,9%)	17 (25,4%)	
Uso irregular	14 (20,9%)	12 (17,9%)	0,07[1]	10 (14,9%)	16 (23,9%)	0,87[2]	16 (23,9%)	10 (14,9%)	**0,04**
Sem uso	0 (0,0)	4 (6,0%)		1 (1,5%)	3 (4,5%)		0 (0,0)	4 (6%)	
Linfócitos T CD4+ inicial (células/mm³)			**0,00**			0,79			**0,03**
<500	24 (35,8%)	10 (14,9%)		12 (17,9%)	22 (32,8%)		22 (32,8%)	12 (17,9%)	
≥500	12 (17,9%)	21 (31,3%)		10(14,9%)	23 (34,3%)		9 (13,4%)	24 (35,5%)	
Linfócitos T CD4+ atual (células/mm³)			0,41			0,77			0,59
<500	12 (17,9%)	7 (10,4%)		7 (10,4%)	12 (17,9%)		10 (14,9%)	9 (13,4%)	
≥500	24 (35,8%)	24 (35,8%)		15 (22,5%)	33 (49,3%)		21 (31,3%)	27 (40,3%)	
Carga Viral Inicial (cópias/ml)			0,77			0,54			**0,02**
<100.000	27 (40,3%)	25 (37,3%)		16 (23,9%)	36 (56,7%)		20 (29,9%)	32 (47,8%)	
≥100.000	9 (13,4%)	6 (9,0%)		6 (9,0%)	9 (13,4%)		11 (16,4%)	4 (6,0%)	
Carga Viral Atual (cópias/ml)									
<50	34 (50,7%)	30 (44,8%)	0,99	21 (31,3%)	43 (64,2%)	0,99	28 (41,8%)	36 (53,7%)	0,09
≥ 50	2 (3,0%)	1 (1,5%)		1 (1,5%)	2 (3,0%)		3 (4,5%)	0 (0,0)	

*Todas as análises do valor de p nesta tabela foram realizadas através do Teste Exato de Fischer.

DISCUSSÃO

O conhecimento sobre a epidemiologia e características clínicas da infecção pelo HIV é um fator importante para o cuidado dos pacientes e controle de novos casos de infecção, pois a partir da caracterização de cada região, é possível estabelecer estratégias de cuidado e prevenção mais eficazes[7]. Isto é ainda mais relevante quando relacionado aos HSH, uma vez que a discriminação de pessoas que mantém relações sexuais com o mesmo sexo, bloqueia o acesso a serviços de prevenção do HIV e aumentam comportamentos de risco[8]. Ainda, leva os HSH a não realizarem a atividade de testagem, prevenção e leva também a menor adesão ao tratamento[8].

No presente estudo, evidenciou-se que entre os HSH a faixa etária mais acometida pela infecção foi entre 25 a 39 anos, que a maioria tinha escolaridade igual ou superior a ensino médio completo, tinha vínculo empregatício e era de origem étnica branca. Quanto as características clínicas, predominou aqueles que foram infectados pelo HIV num período menor de 5 anos, que

fazia uso regular da TARV, que apresentaram linfócitos T CD4+ <500 células/mm³ e carga viral < 50 cópias/mL.

Estes resultados, aproximam-se aos encontrados por Brown et al. (2019), cujo estudo apontou que a maioria dos HSH tinha idade média de 40,6 anos, apresentaram ensino médio ou superior, metade possuía vínculo empregatício, fazia uso regular da TARV e apresentou carga viral < 50 cópias/ml[9].

Os adultos jovens representam a faixa etária de maior prevalência pela infecção do HIV, cuja infecção pode ter ocorrido na adolescência, além disso, o processo de socialização do jovem, incluindo o exercício da sexualidade e as possibilidades de exposição, como mudança de parceiro; pouca utilização de preservativo na prática sexual; consumo frequente de álcool e outras substâncias psicoativas, entre outros, contribuem para o aumento dos índices de contaminação pelo HIV nessa faixa etária[10].

Em relação à etnia dos participantes do presente estudo, esta característica varia um pouco em relação aos dados do país, pois o Brasil apresentou em 2019, 40,9% dos casos de infecção entre brancos e 49,7% entre negros (pretos e pardos, sendo as proporções estratificadas 10,6% e 41,5%, respectivamente). No sexo masculino, 42,6% dos casos ocorreram entre brancos e 48,1% entre negros (pretos, 9,6% e pardos, 38,4%)[2].

Como a maioria dos pacientes do estudo faziam uso regular da TARV, o perfil sociodemográfico destes pode ter contribuído para o melhor entendimento dos pacientes em relação a TARV e aos exames realizados. Há evidências que demostram que a baixa escolaridade pode contribuir para uma menor compreensão da doença, mesmo que o indivíduo receba informações corretas e de fontes fidedignas[11].

A comorbidade mais prevalente na população estudada foi a anemia, que esteve presente em 19 (28,4%) dos pacientes (Figura 1). A anemia é um problema clínico importante visto em PVHIV, pois sua gravidade aumenta à medida que a contagem de linfócitos T CD4+ diminui[12]. Além disso, a anemia por si só também aumenta a progressão do HIV, independentemente das contagens de linfóctos T CD4+ e carga viral[12]. A anemia em PVHIV pode ainda ser provocada pela toxicidade hematológica provocada pelos antirretrovirais[6]. A prevalência desta comorbidade assemelha-se a encontrada no estudo de Gebremedhin et al. (2019), que foi de 34,6%[13].

Outras comorbidades prevalentes neste estudo foram a caquexia e a diarreia, identificadas, respectivamente, em 13 (19,4 %) e 11 (16,4 %) dos pacientes estudados. Uma taxa um pouco menor foi encontrada por Da Silva, Lemos e Guimarães (2018), que relataram uma prevalência de 27% de caquexia e 40,5% de diarreia em adultos com HIV[14].

Como em outras infecções virais agudas, a infecção pelo HIV é acompanhada por um conjunto de manifestações clínicas, denominado

Síndrome Retroviral Aguda (SRA)[6]. Os principais achados clínicos dessa síndrome incluem febre, cefaleia, astenia e caquexia[6]. Podem ocorrer, ainda, sintomas digestivos, como náuseas, vômitos e diarreia[6].

Também foi evidenciado no grupo estudado o hábito do tabagismo e depressão, cujas prevalências foram de 14,9 % e 8,9%, respectivamente. No estudo de Irwin et al. (2018), a depressão e o tabagismo foram associados a menor adesão à TARV e a carga viral alta[15]. Em decorrência do estigma e discriminação relacionados ao HIV, a PVHIV possui uma maior predisposição ao desenvolvimento de depressão, que pode impactar de forma negativa a qualidade de vida dos pacientes[16].

A PVHIV com depressão e que faz uso de drogas, são menos propensas a aderir a TARV, quando comparadas a PVHIV sem essas condições, logo, sem a supressão viral, a doença progredirá mais rapidamente, o que resultará no agravo da doença, caracterizada pela piora do quadro clínico do paciente.[17] Ainda, a depressão contribui para a exposição a fatores de risco, como a não utilização de preservativo, o que torna essa população vulnerável a adquirir outras infecções[18].

Dentre as coinfecções analisadas nos HSH com HIV incluídos neste estudo, a mais prevalente foi a sífilis 14 (20,9%) (Figura 2). Essa coinfecção também foi prevalente no estudo de Chen et al. (2019), a qual predominou em 407 (11,3%) dos HSH com HIV avaliados[19]. Após o diagnóstico de sífilis primária ou secundária, pacientes com HIV apresentam piora em seu quadro clínico pois a sífilis aumenta a carga viral e diminui transitoriamente a contagem de células T $CD4_+$ [20].

A coinfecção pelo HPV esteve presente em 6 (9,0%) dos pacientes deste estudo. Somia et al. (2018) relatou que a infecção por HPV foi mais prevalente em HSH infectados por HIV[21]. Estes autores também relataram maior prevalência de HPV de alto risco nessa população[21]. A imunossupressão é associada à infecção persistente por HPV oncogênica, que pode promover o desenvolvimento de lesões intraepiteliais escamosas e neoplasias anais[22]. Por isso, o risco de câncer anal é elevado em PVHIV, especialmente, entre HSH[22].

A prevalência de hepatite em PVHIV foi relatada em 15 (30%) dos pacientes no estudo de Shata et al. (2019)[23]. No presente estudo, a prevalência de hepatite B foi de 4,5% (n=3). Em pacientes coinfectados pelo HBV / HIV, ocorre a aceleração da progressão do declínio imunológico e complicações clínicas da infecção pelo HIV com um risco aumentado de hepatotoxicidade.[24] Além disso, a infecção pelo HIV aumenta o risco de eventos de hepatite, cirrose e doença hepática em estágio terminal relacionada ao HBV crônico[23].

A candidose oral esteve presente em 22 (32,8%) dos pacientes, dermatite persistente em 22 (32,8%) dos pacientes e tosse persistente em 18 (26,9%) dos pacientes deste estudo. As infecções

oportunistas encontradas no estudo de Ashraf et al. (2019), onde foi relatada dermatite em 51 (30%) e candidose oral em 16 (28%) dos pacientes, assemelham-se as infecções oportunistas encontradas neste estudo[25].

A *Candida* spp. é um fungo comensal, porém, quando associada a imunossupressão pode desenvolver características patogênicas, devido a isso, a candidose oral é comum em pacientes com HIV[26].

Além do mais, nos pacientes imunodeprimidos pelo HIV, em decorrência do declínio nos níveis de linfócitos T CD4+, o organismo torna-se mais vulnerável a agentes infecciosos oportunistas, o que favorece o desenvolvimento de dermatites e doenças pulmonares[6,27]. Um estudo recente mostrou que os mecanismos inflamatórios do HIV também podem contribuir para o risco de doença pulmonar, o que inclui a replicação do HIV em células T CD4+ e macrófagos alveolares, e isso levará a desregulação destes, o que favorecerá desenvolvimento de pneumonite[28].

Ademais, evidenciou-se nesse estudo que a TARV pode auxiliar na diminuição de infecções oportunistas, já que os pacientes que faziam uso regular desta apresentaram menos infecções (Tabela 2). Esta suposição é relatada em um estudo recente, o qual revelou que a administração precoce da TARV, quando os níveis de linfcócitos T CD4+ é menor que 350 células/mm³, reduziu a incidência de infecções oportunistas quando comparado com a administração tardia (níveis de linfócitos T CD4+ é menor que 200 células/mm³)[29]. Ainda, o uso da TARV por mais de 180 dias contribui para o ajuste de linfócitos T CD4+ e diminuição da carga viral, o que auxiliará na prevenção de infecções oportunistas[30].

Também foi verificado que homens cujos resultados de linfócitos T CD4+ inicial foram ≥500 células/mm^3, tiveram menos casos de comorbidades (p=0,007) e infecções oportunistas (p=0,03) em comparação aos homens que não tiveram estes resultados de linfócitos TCD4+ inicial (Tabela 2). Isso ocorre porque os linfócitos T CD4+ atuam diretamente na imunidade do organismo, pois auxiliam no reconhecimento de antígenos de microrganismos e ajudam os fagócitos a destruírem microrganismos ou células infectadas[31]. Portanto, quanto maiores forem os níveis de linfócitos T CD4+, maior será o desempenho destes na proteção contra comorbidades e infecções oportunistas[6,30].

Pacientes com carga viral inicial<100.000 cópias/ml tiveram menos infecções oportunistas em comparação com aqueles que não apresentaram este resultado de carga viral inicial (p=0,021) (Tabela 2). Como o HIV causa uma depressão do sistema imunológico, a PVHIV torna-se mais vulnerável ao desenvolvimento de infecções oportunistas[6]. Ainda, a presença da alta carga viral mostra um cenário de diagnostico tardio do HIV, o que favorece ainda mais a presença dessas infecções[6].

CONCLUSÃO

Diante disso, foi possível observar que, as comorbidades (anemia, caquexia, diarreia, tabagismo e depressão), coinfecções (sífilis, HPV e hepatite B) e infecções oportunistas (candidose oral, dermatite persistente e tosse persistente) foram prevalentes em HSH com HIV. Portanto, estas merecem uma melhor atenção na hora do planejamento das diretrizes de acompanhamento e cuidados desses pacientes. Ainda, a associação das variáveis clínicas com a ocorrência de comorbidades, coinfecções e infecções oportunistas foi relevante para identificar em quais condições clínicas dos pacientes estas ocorrem, e, também, para observar a importância do efeito protetor da TARV em relação as infecções oportunistas.

REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. 2018. Estatísticas. Disponível em: https://unaids.org.br/estatisticas/. Acesso em: 17 set. 2019.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico- HIV Aids 2019. Brasília; 2019.

3. Gomes RRFM, Ceccato MGB, Kerr LRFS, Guimarães MDC. Fatores Associados ao Baixo Conhecimento sobre HIV/AIDS entre Homens que Fazem Sexo com Homens no Brasil. Cad. Saúde Pública 2017; 33(10):e00125515.

4. Stahlman S, Beyrer c, Sullivan PS, Mayer KH, Baral SD, et al. Engagement of Gay Men and other Men who Have Sex with Men (MSM) in the Response to HIV: A Critical Step in Achieving an AIDS-free Generation. AIDS 2016; 20(3):330-40.

5. Spezia LP, Picarelli MEA, Santos ABR. Avaliação da AIDS e da ocorrência de doenças oportunistas e sexualmente transmissíveis em pacientes infectados pelo HIV residentes na região de Indaiatuba, SP. J Health Sci Inst 2015; 33(4):303-8.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília; 2018.

7. Jones J, Sullivan OS, Curran JW. Progress in the HIV epidemic: Identifying goals and measuring success. PLoS medicine 2019; 16(1):e1002729.

8. UNAIDS. 2016. Prevention Gap Report. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf. Acesso em: 17 set. 2019.

9. Brown JL, Vanable PA, Bostwick RA, Carey MP. A Pilot Intervention Trial to Promote Sexual Health and Stress Management Among HIV-Infected Men Who Have Sex with Men. AIDS and Behavior 2019; 23(1):48-59.

10. Pereira BS, Costa COM, Amaral MTR, Costa HS, Silva CAL, Sampaio VS. 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(03):747-58.

11. Maia DAC, Flesch LD, Carneiro DS, Mendes KC, Macedo DB. Notificação de casos de HIV/AIDS em adolescentes portadores de HIV/Aids no Nordeste: série histórica entre os anos de 2004 a 2014. Rev Diálogos Acadêmicos 2019; 7(1):73-83.

12. Alamdo Ag, Fiseha, T, Tesfay A, Deber Mk, Tirfe Zm, Tilahun T. "Anemia and its associated risk factors at the time of antiretroviral therapy initiation in public health facilities of Arba Minch Town, Southern Ethiopia". Health 2015; 7(12):1657–64.

13. Gebremedhin Kb, Haye Tb. Factors Associated with Anemia among People Living with HIV/AIDS Taking ART in Ethiopia. Advances in Hematology 2019; 2019.

14. Silva CE, Lemos LMD, Guimarães AMDN. Aspectos relacionados à internação hospitalar em adultos portadores de HIV/Aids. Ciência e Saúde Coletiva, 2018.

15. Irwin MR, Archer G, Olmstead R, Brown TT, Teplin LA, Patel SR, et al. Increased risk of depression in non-depressed HIV infected men with sleep disturbance: Prospective findings from the Multicenter AIDS Cohort Study. EBioMedicine 2019; 36:454-60.

16. Crockett KB, Kalichman SC, Kalichman MO, Cruess DG, Katner HP. Experiences of HIV-related discrimination and consequences for internalised stigma, depression and alcohol use. Psychology & health 2019; 1-15.

17. Tsuyuki K, Shoptaw SJ, Ransome Y, Chau G, Rodriguez-Diaz CE, Friedman RK, et al. The Longitudinal Effects of Non-injection Substance Use on Sustained HIV Viral Load Undetectability Among MSM and Heterosexual Men in Brazil and Thailand: The Role of ART Adherence and Depressive Symptoms (HPTN 063). AIDS and Behavior 2019; 23(3):649-60.

18. Su X, Zhou AN, Li J, Shi L, Huan X, Yan H. et al. Depression, loneliness, and sexual risk-taking among HIV-negative/unknown men who have sex with men in China. Archives of sexual behavior 2018; 47(7):1959-68.

19. Chen L, Yang J, Ma Q, Pan X. Prevalence of Active Syphilis Infection and Risk Factors among HIV-Positive MSM in Zhejiang, China in 2015: A Cross-Sectional Study. Int. J. Environ. Res. Public Health 2019; 16(9):1507.

20. Voux A, Kidd S, Grey JA, Rosenberg ES, Gift TL, Weinstock H. et al. State-specific rates of primary and secondary syphilis among men who have sex with men—United States, 2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2017; 66(13):349.

21. Somia IKA, Teeratakulpisarn N, Jeo WS, Yee LA, Pankam T, Nonenoy S, et al. Prevalence of and risk factors for anal high-risk HPV among HIV-negative and HIV-positive MSM and transgender women in three countries at South-East Asia. Medicine 2018; 97(10):e9898.

22. Colón-López V, Shiel MS, Machin M, Ortiz AP, Strickler H, Castle PE, et al. Anal cancer risk among people with HIV infection in the United States. J Clin Oncol 2018; 36(1):68.

23. Shata MTM, Abdel-hameed EA, Rouster SD, Yu L, Liang M, Song E, et al. HBV and HIV/HBV Infected Patients Have Distinct Immune Exhaustion and Apoptotic Serum Biomarker Profiles. Pathog Immun 2019; 4(1):39.

24. Singh KP, Crane M, Audsley J, Avihingsanon A, Sasadeusz J, Lewin SR. HIV-hepatitis B virus coinfection: epidemiology, pathogenesis, and treatment. HHS Public Access Aids 2017; 31(15):2035-52.

25. Ashraf S, Tahir K, Alam F, Hussain I. Frequency of mucocutaneous manifestations in HIV positive patients. Journal of Pakistan Association of Dermatology 2019; 28(4):420-25.

26. Lourenco AG, Ribeiro A, Nakao C, Motta ACF, Antonio LGL, Machado AA, et al. Oral Candida spp carriage and periodontal diseases in HIV-infected patients in Ribeirao Preto, Brazil. Rev Inst Med Trop Sao Paulo 2017; 59:e29.

27. Rebellato PRO Mendívil PCG, Melho LH, Martins LEAM. Manifestações dermatológicas em pacientes infectados pelo HIV Um estudo de prevalência. JBM 2015; 103(1):31.

28. Peterson TE, Baker JV. Assessing inflammation and its role in comorbidities among persons living with HIV. Current opinion in infectious diseases 2019; 32(1):8-15.

29. Batavia AS, Secours R, Espinosa P, Juste MAJ, Severe P, Pape JW. et al. Diagnosis of HIV-associated oral lesions in relation to early versus delayed antiretroviral therapy: results from the CIPRA HT001 trial. Plos one 2016; 11(3):e0150656.

30. Yen YF, Chen M, Jen IA, Chuang PH, Lee CY, Lin SI,,et al. Short- and Long-term Risks of Highly Active Antiretroviral Treatment with Incident Opportunistic Infections among People Living with HIV/AIDS. Scientific Reports 2019; 9(1):3476.

31. Abbas AK, Lichtman AH, Pillai S. Imunologia Celular e Molecular. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.