



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL de LONDRINA

---

NATALIA CAROLINA RODRIGUES COLOMBO GOMES

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS EM  
UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO SUL DO BRASIL**

---

Londrina  
2015

NATALIA CAROLINA RODRIGUES COLOMBO GOMES

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS EM  
UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Elma Mathias  
Dessunti

Londrina  
2015

**Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do  
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas  
da Universidade Estadual de Londrina**

Gomes, Natália Carolina Rodrigues Colombo.

Prevalência e fatores de risco associados à Sífilis em um Centro de Referência do Sul do Brasil /  
Natália Carolina Rodrigues Colombo Gomes. - Londrina, 2015.  
115 f. : il.

Orientador: Elma Mathias Dessunti.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências  
da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.  
Inclui bibliografia.

1. Sífilis - Teses. 2. Prevalência - Teses. 3. Fatores associados - Teses. I. Dessunti, Elma Mathias.  
II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem. III. Título.

NATALIA CAROLINA RODRIGUES COLOMBO GOMES

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À SÍFILIS EM UM  
CENTRO DE REFERÊNCIA DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Profa. Dra. Elma Mathias Dessunti  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arc. ncio  
Universidade de São Paulo – USP

---

Profa. Phd Inês Santos Estevinho Fronteira  
Instituto de Higiene e medicina tropical  
Universidade Nova de Lisboa- Lisboa- Portugal

Londrina, 15 de Dezembro de 2015.

# Dedicatória

A Deus,  
por me dar força durante a caminhada  
me enchendo de esperança todos os dias  
e me fazendo acreditar que iria valer a pena.  
A Ele toda honra e toda glória.

# Agradecimentos

Aos meus pais Luzia e Odair  
pelas palavras de ânimo e por dispensarem todo  
amor e cuidado com a minha filha;

Ao Mauricio meu amado marido  
que sempre esteve ao meu lado me respaldando;

À minha querida irmã Lillian,  
que hoje não irá carregar o troféu junto conosco  
mas sonhou comigo durante a fase de preparo  
para o ingresso ao Mestrado;

À minha pequena Maria Alice,  
fonte inspiradora para prosseguir;

À minha orientadora Prof. Dra. Elma Mathias Dessunti,  
por suas sábias orientações sempre cautelosa e paciente  
me faltam palavras para lhe agradecer;

À toda a minha família  
por partilharem juntos essa conquista;

Ao meu sogro Prof. Dr. Jaime de Oliveira Gomes  
que acreditou que eu seria capaz;

À minha amiga Denise Andrade Meier,  
Incentivadora desde o início da caminhada;

Ao colega doutorando Renne Rodrigues,  
por me orientar nas análises estatísticas da pesquisa;

Aos docentes do Programa de Mestrado em Enfermagem,  
agradeço os momentos juntos reconheço a parcela de  
conhecimento acrescida em mim por cada um de vocês;

Aos meus colegas de Mestrado,  
pelos momentos de compartilhar;

À equipe do Centro de Testagem e Aconselhamento  
para DST/Aids Dr. Bruno Piancastelli Filho  
em especial os enfermeiros Aparecida Tioko Kuriaki e  
Edvilson Cristiano Lentine  
que não mediram esforços para me auxiliar;

À querida Sandra Lage e Manu,  
da Seção de Pós-Graduação  
sempre dispostas em sanar dificuldades.

GOMES, Natália Carolina Rodrigues Colombo. **Prevalência e Fatores associados à Sífilis em um Centro de Referência do Sul do Brasil**. 2015. 115f. Exame de Defesa de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2015.

## RESUMO

**Introdução:** A sífilis, doença sexualmente transmissível (DST), atinge expressivo número de indivíduos, mantendo-se como relevante problema de saúde pública. Assim, a implantação do teste rápido para sífilis amplia o acesso as populações mais vulneráveis, favorece o diagnóstico e tratamento precoces, impactando nas consequências da infecção. **Objetivo:** Analisar a prevalência e os fatores de risco associados à sífilis em um Centro de Referência (CR). **Método:** Estudo de corte transversal, realizado no Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA e CR para DST de Londrina-PR. Foram analisados os casos que realizaram o teste rápido no período de junho de 2012 a dezembro de 2014. A coleta de dados foi realizada por meio do Sistema de Informação do CTA. As análises de prevalência, assim como o *odds ratio* para verificar associação de variáveis sócio-demográficas e comportamentais aos casos de sífilis foram realizadas por meio do programa OpenEpi (versão 3.03a). Os dados dos casos positivos de sífilis foram completados por meio dos prontuários dos pacientes acompanhados no CR, tabulados e analisados no programa SPSS, versão 20.0. Para estes casos, procedeu-se a análise de regressão binária logística para verificar possível diferença de chances entre os sexos e as variáveis comportamentais. Foi considerado valor de  $\alpha < 0,05$  como estatisticamente significativo. **Resultados:** Foram realizados 5.509 testes, com prevalência de sífilis de 6,3%, sendo maior no sexo masculino (7,5%) do que no feminino (4,3%) ( $p < 0,001$ ). Observou-se associação à sífilis: faixa etária de 25 a 34 anos (OR = 1,57; IC95%: 1,16-2,13), escolaridade de 0 a 3 anos (OR = 1,84; IC95%: 1,35-2,51) e não união estável (OR=1,33; IC95%: 1,04-1,72). Os principais fatores comportamentais associados à sífilis foram: homens que fazem sexo com homens-HSH (OR=6,27; IC95%: 4,74-8,28), usuários de drogas (OR=4,71; IC95%: 3,16-7,02), ser portador de DST (OR=12,3; IC95%: 8,05-18,79) e ter apresentado DST nos últimos doze meses (OR=17,66; IC95%: 13,78-22,69). Observou-se associação à sífilis o uso de álcool, maconha, cocaína e crack, todos com significância estatística. Analisando-se os 337 casos de sífilis em relação ao sexo, observou-se associação para os homens em relação à exposição sexual (OR=3,73; IC95%: 1,31-10,65), ter de dois a dez parceiros (OR=2,72; IC95%: 1,59-4,77) ou onze e mais parceiros (OR=6,06; IC95%: 2,03-18,13), uso de drogas (OR=3,35; IC95%: 1,91-5,87), uso de álcool (OR=2,79; IC95%: 1,58-4,92) e maconha (OR=3,02; IC95%: 1,38-6,62). As co-infecções mais presentes foram: HIV, papiloma vírus humano, herpes e hepatite C. Quase metade dos casos de sífilis (48,4%) se encontrava na fase ativa da infecção, dos quais 60,7% tinham tratamento prescrito e 52,1% foram acompanhados até a alta. Doença ativa foi associada a indivíduos com 13 a 44 anos e não brancos. **Conclusão:** Os principais fatores associados à sífilis foram: sexo masculino, população sexualmente ativa, baixa escolaridade, HSH, usuários de drogas e ter apresentado ou ser portador de DST. Dentre os casos de sífilis, observou-se maior vulnerabilidade para os homens, associada à exposição sexual, maior número de parceiros(as) e uso de drogas. O conhecimento dos fatores de risco associados à sífilis deve ser prioridade para a saúde pública, devendo-se fortalecer as estratégias de prevenção e controle.

**Palavras-chave:** Sífilis. Prevalência. Testes Sorológicos.

GOMES, Natália Carolina Rodrigues Colombo. **Prevalence and Factors in Connection with Syphilis in a Reference Center in Brazilian South**. 2015. 115p. Dissertation (Master of Nursing) - State University of Londrina, Londrina, 2015.

## ABSTRACT

**Introduction** Syphilis, a sexually transmitted disease (STD), has reached a significant number of subjects so that it has become a relevant public health problem. Thus, the implementation of the rapid diagnostic test for syphilis broadens the access to the most vulnerable population and it favors early diagnosis and the treatment with impact in the infection consequences. **Objective:** To analyze the prevalence and risk factors in connection with syphilis in a Reference Center (RC). **Method:** It is a cross-sectional study carried out at the CTA, Center for Test and Advice, and at the RC for STD in Londrina-PR. Analysis comprised the cases that underwent the rapid diagnostic test in the period from June 2012 to December 2014. The data collection was done by means of the CTA Information System. The analyses of prevalence and odds ratio to check the association of sociodemographic and behavioral variables with syphilis cases were made by means of the OpenEpi computer program (3.03a version). The data of positive syphilis cases were completed from information found in the records of patients attended in the RC, and then tabulated and analyzed in the 20.0-version SPSS program. For such cases, the logistic binary regression analysis was made in order to check possible difference of possibilities between the sexes and the behavioral variables. The alpha value of  $< 0.05$  was considered statistically significant. **Results:** A total of 5,509 tests were made that showed a 6.3% rate of syphilis prevalence, being higher in the masculine sex (7.0%) than in the feminine sex (4.1%) ( $p < 0.001$ ). The following association with syphilis was observed: age range from 25 to 34 years old (OR = 1.57; IC95%: 1.16-2.13), school level from 0 to 3 years (OR = 1.84; IC95%: 1.35-2.51) and non-stable union (OR=1.33; IC95%: 1.04-1.72). The main behavioral factors associated with syphilis were: men who make sex with men-MSM (OR=6.27; IC95%: 4.74-8.28), drugs users (OR=4.71; IC95%: 3.16-7.02), to be a STD-holder (OR=12.3; IC95%: 8.05-18.79) and to have had a STD in the last twelve months (OR=17.66; IC95%: 13.78-22.69). It was also observed an association of syphilis with the use of alcohol, marijuana, cocaine and crack, all of them with statistical significance. The analysis of the 337 syphilis cases in relation to the sex, it was observed an association for men as to sexual exposure (OR=3.73; IC95%: 1.31-10.65), to have two to ten partners (OR=2.72; IC95%: 1.59-4.77) or eleven and more partners (OR=6.06; IC95%: 2.03-18.13), use of drugs (OR=3.35; IC95%: 1.91-5.87), use of alcohol (OR=2.79; IC95%: 1.58-4.92) and marijuana (OR=3.02; IC95%: 1.38-6.62). The most present co-infections were: HIV, Human Papilloma Virus, herpes, hepatitis C. Almost half of the syphilis cases (48.4%) was in the active phase of the infection, 60.7% out of them had a prescribed treatment while 52.1% had a follow-up care till the discharge. Active disease was associated with subjects in the age range from 13 to 44 years old and among not white. **Conclusion:** The main factors associated with syphilis were: masculine sex, sexually active population, low school level, MSM, drugs user and to have presented or to be a STD-holder. Among the syphilis cases, it was observed higher vulnerability among men in connection with sexual exposure, higher number of male and female partners and use of drugs. The knowledge of the factors associated with syphilis must be a priority for the public health management in order to strengthen prevention and control strategies.

**Keywords:** Syphilis. Prevalence. Serological Tests.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> - Distribuição mundial da incidência estimada de DST curáveis por região.....	17
<b>FIGURA 2</b> - Fluxograma para o manejo da Sífilis, utilizando teste rápido com teste não treponêmico confirmatório.....	34
<b>FIGURA 3</b> - Fluxograma para o manejo da Sífilis, utilizando teste não treponêmico com teste rápido confirmatório .....	35
<b>FIGURA 4</b> - Fluxograma para o manejo da Sífilis, utilizando apenas teste rápido .....	36
<b>FIGURA 5</b> - Desenho esquemático de leitura e interpretação do Teste Rápido de Sífilis .....	41
<b>FIGURA 6</b> - Teste Rápido comparativo: leitura positiva e negativa.....	41
<b>FIGURA 7</b> - Fluxograma da população e amostra do estudo .....	59

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1 -</b>	Resultado do teste rápido para Sífilis dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento, segundo as variáveis sociodemográficas. Londrina- PR, 2012-2014 .....	61
<b>TABELA 2 -</b>	Resultado do teste rápido para Sífilis dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento, segundo recorte populacional. Londrina- PR, 2012-2014 .....	62
<b>TABELA 3 -</b>	Resultado do teste rápido para Sífilis dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento, segundo variáveis relacionadas ao uso de drogas. Londrina-PR, 2012-2014 .....	63
<b>TABELA 4 -</b>	Resultado do teste rápido para Sífilis dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento, segundo relato de DST nos últimos 12 meses e variáveis relacionadas ao uso de preservativos. Londrina-PR, 2012-2014 .....	65
<b>TABELA 5 -</b>	Casos positivos de Sífilis em indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento segundo variáveis relacionadas ao sexo e a atividade sexual. Londrina-PR, 2012-2014 .....	67
<b>TABELA 6 -</b>	Casos positivos de Sífilis em indivíduos atendidos em um Centro de Referência segundo variáveis relacionadas ao sexo e ao uso de drogas. Londrina-PR, 2012-2014 .....	69
<b>TABELA 7 -</b>	Casos positivos de Sífilis em indivíduos atendidos em um Centro de Referência segundo sobre o sexo e informações do uso de preservativos. Londrina-PR, 2012-2014 .....	71
<b>TABELA 8 -</b>	Presença de co-infecções entre os indivíduos com diagnóstico positivo de Sífilis atendidos em um Centro de Referência. Londrina-PR, 2012-2014 .....	73
<b>TABELA 9 -</b>	Resultado de teste não treponêmico (VDRL) entre os indivíduos com resultado do teste rápido (treponêmico) positivos atendidos em um Centro de Referência. Londrina-PR, 2012-2014 (n=337) .....	74
<b>TABELA 10 -</b>	Dados relacionados aos casos positivos de Sífilis diagnosticados em um Centro de Testagem e Aconselhamento e acompanhados no Centro de Referência para doenças transmissíveis. Londrina-PR, 2012-2014 .....	75
<b>TABELA 11 -</b>	Classificação da Sífilis (Doença ativa e cicatriz sorológica) dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento segundo variáveis sociodemográficas. Londrina-PR, 2012-2014 .....	76

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> - Características específicas de lesões apresentadas em diferentes co-infecções e diagnóstico diferencial .....	28
<b>QUADRO 2</b> - Resumo dos esquemas terapêuticos preconizados e controle de cura .....	43
<b>QUADRO 3</b> - Operacionalização das variáveis sociodemográficas .....	51
<b>QUADRO 4</b> - Operacionalização das variáveis epidemiológicas e comportamentais .....	52
<b>QUADRO 5</b> - Operacionalização da variável “co-infecções” .....	53
<b>QUADRO 6</b> - Operacionalização das variáveis sobre casos de Sífilis ao teste rápido (casos positivos e negativos) .....	53

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CRDBPF	Centro de Referência Dr. Bruno Piacanstele Filho
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DDAHV	Departamento de DST, aids e hepatites virais
DST	Doença Sexualmente Transmissível
FTA-Abs	<i>Fluorescent Treponemal Antibody Absorption</i>
HBC	Hepatite C
HBV	Hepatite B
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
HSH	Homens que fazem sexo com homem
HURNP	Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IgG	Imunoglobulina G
IM	Intra-muscular
LGV	Linfogranuloma venéreo
Mg	Miligramas
OMS	Organização Mundial de Saúde
PR	Paraná
RPR	<i>Rapid Plasma Reagin Test</i>
SI-CTA	Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TNP	Teste não treponêmico
TR	Teste Rápido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UI	Unidades internacionais
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>23</b>
2.1	HISTÓRICO .....	24
2.2	AGENTE ETIOLÓGICO .....	25
2.3	TRANSMISSÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS .....	25
2.3.1	SÍFILIS PRIMÁRIA .....	26
2.3.2	SÍFILIS SECUNDÁRIA .....	29
2.3.3	SÍFILIS LATENTE (RECENTE E TARDIA) .....	30
2.3.4	SÍFILIS TERCIÁRIA .....	30
2.4	DIAGNÓSTICO .....	33
2.4.1	PROVAS DIRETAS .....	36
2.4.2	MÉTODO NÃO TREPONÊMICO/ VDRL .....	37
2.4.3	MÉTODO TREPÔNEMICO/ FTA-Abs .....	39
2.4.4	TESTE RÁPIDO .....	39
2.5	TRATAMENTO .....	42
2.5.1	CONTROLE DE CURA E CRITÉRIOS PARA O RETRATAMENTO .....	46
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>46</b>
3.1	OBJETIVO GERAL .....	47
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	47
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b> .....	<b>48</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	49
4.2	LOCAL DO ESTUDO .....	49
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA .....	50
4.3.1	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	50
4.4	OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS .....	51
4.4.1	VARIÁVEIS INDEPENDENTES .....	51

4.4.2	VARIÁVEIS DEPENDENTES .....	53
4.5	COLETA DOS DADOS .....	54
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	55
4.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	56
5	<b>RESULTADOS</b> .....	58
6	<b>DISCUSSÃO</b> .....	77
7	<b>CONCLUSÃO</b> .....	93
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	96
	<b>APÊNDICES</b> .....	107
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS/ ANÁLISE PRONTUÁRIOS .....	108
	APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO .....	109
	<b>ANEXOS</b> .....	110
	ANEXO A – FICHA DE INVESTIGAÇÃO SINAN.....	111
	ANEXO B – FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA .....	113
	ANEXO C – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	115

# 1 Introdução

A sífilis constitui-se em um dos grandes desafios para a saúde pública devido ao aumento expressivo dos casos diagnosticados. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2010, a estimativa era de 11 milhões de novos casos de Sífilis por ano no mundo (WHO, 2010). No Brasil as estimativas de infecções de transmissão sexual apontam 937.000 novos casos ao ano (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a).

Estimativas da OMS, em 2013, revelaram que mais de um milhão de pessoas adquiriram uma Doença Sexualmente Transmissível (DST) diariamente, e a cada ano 500 milhões de pessoas contraem uma dessas infecções curáveis, entre as quais gonorréia, clamídia, tricomoníase e sífilis (BRASIL, 2015a). A Figura 1 ilustra a incidência estimada de DST curáveis no mundo.

**FIGURA 1** – Distribuição mundial da incidência estimada de DST curáveis por região.



**Fonte:** Organização Mundial da Saúde, 2008.

No contexto da vulnerabilidade, estudos consideram algumas populações mais susceptíveis a adquirir sífilis como indivíduos que vivem em

reclusão, moradores de rua, usuários de drogas, homens que fazem sexo com homens, co-infectados pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e gestantes (NOKHODIAN et al., 2012; PINTO et al., 2014a; PINTO et al., 2014b; ADOLF et al., 2012; CHANG et al., 2014; BRIGNOL, et al., 2015; CAMPOS et al., 2012).

A sífilis é uma doença sexualmente transmissível, de evolução crônica, sistêmica, caracterizada por manifestações cutâneas e marcada por períodos sintomáticos e assintomáticos (TALHARI; CORTEZ, 2009).

Existem duas classificações para a sífilis adquirida. Uma pondera o tempo da infecção assim classificada: sífilis adquirida recente (menos de um ano de evolução) e sífilis adquirida tardia (mais de um ano de evolução). A outra considera os tipos de manifestações clínicas e a fase da infecção, denominadas: primária, secundária e terciária (BRASIL, 2015a).

A maioria dos sintomas ocorre nas duas primeiras fases, período considerado de maior contágio. O terceiro estágio pode não apresentar sintomas dando a falsa impressão de cura da doença, porém as sequelas podem estar presentes. Com duração de aproximadamente um ano, encontra-se a fase recente que engloba as fases primária, secundária e o início do estágio latente; a fase tardia caracteriza-se pelas manifestações da sífilis terciária (TALHARI; CORTEZ, 2009).

Na sífilis adquirida a transmissão ocorre predominantemente por via sexual afetando principalmente a região gênito-anal. Na sífilis congênita a transmissão acontece pela via transplacentária ou hematogênica a partir do contato com fluidos que contêm a bactéria *Treponema pallidum* em qualquer fase gestacional ou estágio clínico da doença materna (SANTOS et al., 2007; BRASIL, 2004).

Considerando-se a importância do diagnóstico precoce da sífilis, o que possibilita maior agilidade no tratamento e minimiza as consequências no indivíduo, foi instituído o Teste Rápido nos serviços de saúde brasileiros.

O teste rápido para sífilis é um teste imunocromatográfico, treponêmico, de uso único para detecção de anticorpos específicos para *Treponema pallidum*. Pode ser realizado com amostra de sangue total, soro ou plasma. É um exame eficaz e rápido que disponibiliza o resultado em até 30 minutos. Pode ser utilizado em situações especiais ou como triagem com o intuito de ampliar o acesso ao diagnóstico (BRASIL, 2011b; BRASIL 2015a).

Estão disponíveis prioritariamente na Atenção Básica, nas unidades básicas de saúde, maternidades, serviços de urgência, centros de testagem e hospitais.

Em Centros específicos é possível não só diagnosticar sífilis, mas também a infecção pelo HIV e hepatites por meio desses testes, os quais foram regulamentados, inicialmente, pela Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011, e, posteriormente, reformulada e revogada pela Portaria nº 77 de 12 de Janeiro de 2012, que dispõe sobre a realização de testes rápidos na atenção básica para detecção de HIV e sífilis, e testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012b).

Segundo os preceitos da Vigilância Epidemiológica brasileira, a sífilis congênita é de notificação compulsória nacional desde 1986; gestante HIV positiva e criança exposta ao HIV, desde 2001; a sífilis em gestantes, desde 2005, e a sífilis adquirida, desde 2010 (BRASIL, 2015 a). Contudo, a sífilis passou a ser um agravo de Notificação Obrigatória Semanal a partir de 2014. E, de acordo com a Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014, determina aos profissionais de saúde a notificação dos casos de sífilis adquirida, congênita e em gestantes ao serviço de Vigilância Epidemiológica, o que deve ocorrer em até sete dias a partir da ocorrência do caso (BRASIL, 2014) (Anexo A). Pelo fato dessa normatização ser implementada recentemente, não há dados disponíveis referentes à prevalência de sífilis adquirida no Brasil nem por região, nem por estado. Tampouco a prevalência de sífilis associada a outras infecções.

Para a sífilis congênita e em gestantes, o Ministério da Saúde publicou recentemente um boletim epidemiológico que retrata alguns dados de

notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Em relação aos casos de sífilis em gestantes, de 2005 a 2014 foram notificados 100.790 casos, dos quais 42,1% situavam-se na região Sudeste, 23,5% no Nordeste, 12,4% no Norte, 11,6% no Sul, e 10,3% no Centro-Oeste. Em menores de um ano foram notificados 104.853 casos de sífilis congênita, entre 1998 e 2014, dos quais 45,8% encontravam-se na região Sudeste, 31,4% no Nordeste, 8,5% no Sul, 8,4% no Norte e 5,9% no Centro-Oeste (BRASIL, 2015e). Dessa forma, pode-se inferir que o número de casos de sífilis adquirida deve ser expressivo, considerando-se que o acometimento de gestantes é alto.

Com o intuito de padronizar o diagnóstico e facilitar a notificação da sífilis adquirida, o Ministério da Saúde formulou um protocolo de definição de caso (BRASIL, 2015a):

Caso confirmado de sífilis adquirida: Todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, OU indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente (p.9).

Trata-se de uma doença de fácil prevenção e tratamento simples, mediante o acesso precoce ao diagnóstico graças à disponibilidade dos testes rápidos e do provimento de medicação nas unidades básicas de saúde (UBS). A Portaria nº 3.161/2011 dispõe, inclusive, sobre o uso da penicilina para a prevenção da sífilis para a população em geral e vulneráveis como as gestantes e seus parceiros (BRASIL, 2011d).

A despeito da eficácia e da facilidade no uso da penicilina benzatina para o tratamento da sífilis, vivencia-se um momento de escassez desse medicamento nos serviços públicos de saúde brasileiros. Estuda-se a possibilidade de importação desse fármaco em parceria com a OMS, o que permitiria aos municípios proverem o tratamento aos indivíduos acometidos pela infecção. Diante dessa situação, o Ministério da Saúde recomenda priorizar o uso da penicilina benzatina para as gestantes, devendo-se substituir o medicamento em pacientes não gestantes (BRASIL, 2015d).

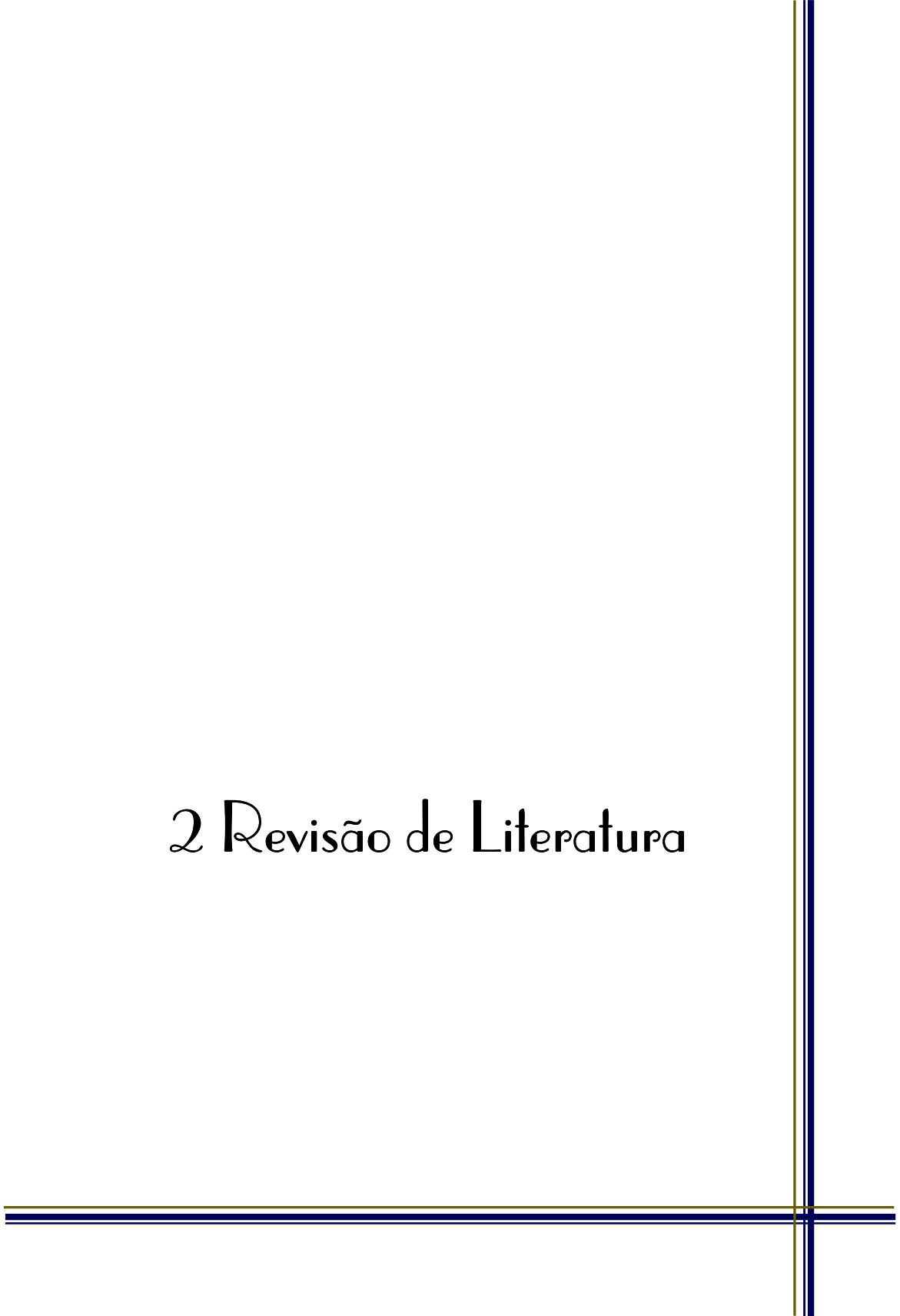
Considerando-se a necessidade da realização de diagnóstico e tratamento precoces da sífilis adquirida, justificada pelas consequências que uma infecção não tratada pode acarretar, tanto em gestantes quanto na população em geral ou em grupos específicos, é imperativa a realização do teste rápido para atender essa demanda. Para tanto, deve-se facilitar o acesso dos indivíduos ao teste, buscando-se alcançar populações mais vulneráveis. Conhecer a prevalência, as características e os fatores de risco associados à sífilis da população que procura o CTA para realizar o teste rápido auxilia a implementação de medidas preventivas para grupos específicos. A busca, na literatura, de estudos que se centram nos aspectos acima mencionados, direcionou-se a pesquisas sobre sífilis mais voltadas, em sua prevalência, a gestantes e às consequências para o feto (Manyahi et al., 2015; Hebmuller; Fiori; Lago, 2015; Domingues et al., 2014), cujos autores ressaltam a importância da cobertura pré-natal para o controle da sífilis congênita. Em outros estudos, alguns autores abordam a prevalência e fatores de risco em indivíduos com infecção pelo HIV (Pinto et al., 2014b; Shimelis et al., 2015; Adolf et al., 2012), mostrando taxas de prevalência de sífilis de 6,2%, 7,3% e 20,5%, respectivamente. Algumas populações específicas também têm sido contempladas nos temas de estudo: homens que fazem sexo com homens (Chang et al., 2014; Brignol, 2015), população privada de liberdade (Nokhodian et al., 2012; Albuquerque et al., 2014), usuários de drogas (Rossi et al., 2008); moradores de rua (Grangeiro, 2012); profissionais do sexo (Pogetto; Silva; Parada, 2011), demonstrando altas taxas de prevalência e fatores de risco que levam à maior vulnerabilidade desses indivíduos.

O diagnóstico da sífilis por meio do teste rápido tem sido abordado, em alguns estudos, em relação a parturientes (Hernandez-Trejo, 2006; Miranda et al., 2009), a populações indígenas (Ruffinem et al., 2015), à população de rua (Pinto et al., 2014a), aos profissionais do sexo (Silveira et al., 2009). Entretanto, observa-se carência de estudos que abordem a prevalência e os fatores de risco relacionados às características sociodemográficas e comportamentais dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento que se submetem ao teste rápido para o diagnóstico de sífilis, assim como a caracterização dos casos positivos.

Em Londrina-PR, os testes rápidos para o diagnóstico da sífilis foram implantados em junho de 2012, no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), observando-se um índice elevado de positividade para sífilis, quando comparado às infecções pelo HIV e hepatites B e C, o que nos inquietou e motivou para a realização deste estudo, na tentativa de desvelar a seguinte pergunta: Qual a prevalência e os fatores associados aos casos de sífilis diagnosticados em um Centro de Testagem e Aconselhamento em um município da região Sul, por meio de testes rápidos?

Desta forma, o estudo da prevalência da sífilis, a partir dos testes rápidos e os fatores que lhe são associados, pode proporcionar um olhar ampliado sobre as necessidades da população e o planejamento de ações de controle mais efetivas.

## 2 Revisão de Literatura



## 2.1 HISTÓRICO

A sífilis é uma enfermidade conhecida desde o século XV. Desde então recebeu várias denominações: lues venérea, doença gálica, italiana, francesa, polonesa, tornando-se, há décadas, conhecida internacionalmente pela nomenclatura sífilis, assim permanecendo até os dias atuais (SINGH; ROMANOWSKI, 1999). A variação de nomenclatura dessa enfermidade deveu-se às adversidades políticas vividas naquele século, quando cada nação atribuía a doença ao seu adversário (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Em 1530 surgiu pela primeira vez o termo Sífilis citado por Girolamo Fracastoro, médico e poeta, que escreveu um poema com 1.300 versos intitulado “*Syphilis Sive Morbus Gallicus*” (“A Sífilis ou Mal Gálico”) no qual o protagonista era um pastor chamado “Syphilus” que apresentava as principais manifestações da doença, sofrida como castigo pelo Deus Apolo ao amaldiçoá-lo (SINGH; ROMANOWSKI, 1999).

Com a origem sendo discutida há mais de cinco séculos, a primeira documentação de que se tem relato foi na Europa, em 1495, quando uma praga se disseminou entre a tropa em queda de Nápoles. No retorno da tropa para a Itália os autores acreditam que a doença se disseminou pela Europa. Esse fato ocorreu concomitantemente ao retorno de Colombo e seus homens do Novo Mundo o que levanta a hipótese de sua origem ter sido na América. Nessa mesma época, indígenas sofriam de uma doença similar e os mesmos sintomas foram observados na tripulação de Colombo, levantando questionamentos sobre a real origem da doença (HARPER et al., 2008).

Diante desse cenário várias teorias foram propostas, são elas: “Teoria do Velho Mundo” ou “Teoria Pré-Colombiana”, “Teoria do Novo Mundo” ou “Teoria Colombiana” e “Teoria Unitária”. A primeira fundamenta que a Sífilis originou na África Central e foi disseminada pela Europa antes de Colombo. A segunda ou Teoria Colombiana acredita que Sífilis era uma doença endêmica no Haiti e foi para Europa por Colombo e sua tropa. A Teoria Unitária descrevia a Sífilis e as demais treponematoses oriundas de uma mesma infecção com algumas

diferenças clínicas causadas por fatores ambientais (SINGH; ROMANOWSKI, 1999).

Assim, devido às inúmeras especulações de cunho político e religioso vividos no passado, até os dias atuais a origem da sífilis continua desconhecida.

## 2.2 AGENTE ETIOLÓGICO

Trata-se de uma bactéria gram-negativa, tipo espiroqueta de alta patogenicidade, denominada *Treponema pallidum*, subespécie *pallidum*, que pertence à ordem *Spirochaetales*, da família *Spirochaetaceae*. Apresenta filamento espiral, com 4 a 14 espirais regulares e iguais, medindo aproximadamente 0,1 a 0,2 micras de largura por 6 a 20 micras de comprimento (PASQUALOTTO; SCHWARZBOLD, 2006) .

Possui movimento característico, ondulante e repetitivo. Pode ser visualizada sob microscopia de campo escuro, imunofluorescência direta ou coloração pela prata. Não é cultivável. Quando exposta ao meio ambiente, tem baixa resistência, resseca-se rapidamente até a morte (BRASIL, 2009).

## 2.3 TRANSMISSÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

A sífilis adquirida é uma doença de transmissão predominantemente sexual (cerca de 60%) nos estágios iniciais (sífilis primária e secundária e sífilis latente recente), com declínio gradual com o passar do tempo (sífilis latente tardia e sífilis terciária). Essa alta transmissibilidade explica-se devido à intensa multiplicação do *Treponema pallidum* e ao fato das lesões possuírem inúmeros treponemas comuns nessa fase. No segundo ano da doença as lesões são raras ou não existem (BRASIL, 2015a).

Uma questão importante é interromper a cadeia de transmissão das IST, ou seja, é necessário identificar e tratar as parcerias sexuais. Para fins de

comunicação, consideram-se as parcerias sexuais conforme o tempo. Na sífilis secundária avaliam-se os contatos nos últimos seis meses; na sífilis latente os contatos no último ano. Vários métodos de busca dos parceiros são sugeridos pelo Ministério da Saúde aos serviços, prezando sempre pela confidencialidade, ausência de coerção, proteção contra discriminação e legalidade da ação (BRASIL, 2015a).

### **2.3.1 SÍFILIS PRIMÁRIA**

Nessa fase, o *Treponema* penetra na pele por meio das mucosas ou da pele, principalmente quando houver microperfurações ou presença de soluções de continuidade. Atinge a corrente sanguínea e o sistema linfático, disseminando-se com rapidez. Após um período de incubação de 10-90 dias (média três semanas), ocorre o surgimento da lesão. O período de transmissibilidade nessa fase leva em média 21 dias, com taxa de 100% de transmissibilidade (TALHARI; CORTEZ, 2009).

Inicialmente, se apresenta em forma de pápula antecedendo a formação da lesão ulcerada única denominada cancro duro ou também nomeado de protossifiloma altamente contagioso (TALHARI; CORTEZ, 2009; BRASIL, 2009).

O tamanho da lesão pode variar de um milímetro até dois centímetros. O cancro sífilítico é uma lesão superficial, bem definida, indolor, de base rasa e limpa e com bordas endurecidas e elevadas, acompanhada de linfadenopatia local e muitos treponemas (TALHARI; CORTEZ, 2009).

Normalmente, a localização mais comum é na genitália e região anal. Nos homens acomete mais frequentemente o prepúcio e glândula e nas mulheres os grandes e pequenos lábios seguidos pela uretra e períneo. No entanto, outras regiões podem ser atingidas como os lábios e língua. Em homossexuais a lesão pode iniciar no reto e ânus com aspectos de fissuras, descaracterizando a lesão típica da doença e gerando dúvidas em relação ao diagnóstico (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Contudo, a presença de úlcera genital está associada a um elevado índice de transmissão e aquisição do vírus HIV, portanto, um diagnóstico ágil e tratamento precoce dessas lesões são fundamentais não somente para o controle da disseminação da epidemia do HIV, mas também como medida de prevenção. As úlceras genitais representam síndrome clínica produzida por agentes infecciosos sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2015a).

A prevalência dos agentes etiológicos sofre influência de diversos fatores, dentre os quais os geográficos, socioeconômicos, gênero e comportamentais, como o uso de preservativos, número e tipo de parcerias sexuais, uso de drogas e uso do sexo como profissão (BRASIL, 2015 a).

É importante destacar algumas especificidades de outras coinfeções que apresentam úlcera genital, conforme destacado no Quadro 1, a seguir.

**QUADRO 1 – Características específicas de lesões apresentadas em diferentes co-infecções e diagnóstico diferencial**

	<b>CARACTERÍSTICAS DA LESÃO</b>	<b>DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL</b>
<b>SÍFILIS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Primária - úlcera geralmente única, indolor, de base endurecida e fundo limpo.</li> <li>2. Secundária - erupção cutânea em formas de máculas (roséola) em tronco; eritemato-escamosas palmo-plantares; placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas.</li> </ol>	Cancro mole, herpes genital, LGV, donovanose, câncer, leishmaniose e trauma.
<b>HERPES GENITAL</b>	Lesões em qualquer parte do corpo (tipo 2- lesões genitais e tipo 1- lesões periorais).	Cancróide, sífilis, LGV, donovanose e ulcerações traumáticas.
<b>CANCRO MOLE (CANCRÓIDE)</b>	Lesões dolorosas, geralmente múltiplas, borda irregular, fundo irregular recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido.	Cancro duro (sífilis primária), herpes genital, LGV, donovanose, erosões traumáticas infectadas.
<b>LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV)</b>	Inicia-se por pápula, pústula ou ulceração indolor seguida por linfadenopatia inguinal e/ou femoral.	Cancróide, sífilis, LGV, donovanose adenite inguinal, elefantíase genital, estenose uretral ou retal.
<b>DONOVANOSE</b>	Ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil.	Sífilis, cancroide, tuberculose cutânea, amebíase cutânea, neoplasias ulceradas, leishmaniose tegumentar americana e outras doenças cutâneas ulcerativas e granulomatosas.

**Fonte:** Ministério da Saúde, 2015 a.

O cancro regride espontaneamente, em média quatro semanas, sem deixar cicatriz. Após esse período, quando não tratado ou tratado inadequadamente ocorre a evolução para a sífilis secundária descrita a seguir.

### 2.3.2 SÍFILIS SECUNDÁRIA

A sífilis secundária inicia na iminência do cancro ou mais comumente após a involução deste por disseminação na corrente sanguínea dos treponemas. Não existe um período exato entre a regressão da sífilis primária e a evolução da sífilis secundária descrito na literatura, porém o período de transmissibilidade mais citado é de seis semanas até seis meses após a regressão da lesão, com 90% de transmissibilidade (BRASIL, 2009).

A primeira manifestação clínica é constituída por roséola sífilítica ou erupção macular, sendo facilmente confundida com outras doenças dermatológicas, quadro alérgico ou viral. Podem desenvolver posteriormente lesões papulosas palmo-plantares (afetando a palma das mãos e planta dos pés) bem características nessa fase da doença, seguidas por placas mucosas, adenopatia generalizada, alopecia em clareira ou difusa, madarose, condilomas planos (atingindo a região perianal e genital, virilhas, axilas) e raramente lesões pustulosas. Lesões orais ou também placas mucosas sinalizadas por manchas avermelhadas ou azuladas também podem acometer o indivíduo. Esses sinais e sintomas podem vir acompanhados de mal-estar geral, inapetência, rouquidão, perda de peso e febre baixa desaparecendo em aproximadamente seis meses (BRASIL, 2009; PASQUALOTTO; SCHWARZBOLD, 2006).

Em concomitância, várias outras complicações podem ocorrer: alterações ungueais, oftalmológicas, auditivas, musculoesqueléticas, renais, hepáticas, gástricas e cardiopulmonares. Com caráter mais grave, o Sistema Nervoso Central também está susceptível a alterações como cefaléia, meningite e paralisia de um ou mais nervos cranianos (TALHARI; CORTEZ, 2009).

Vale ressaltar a preocupação em isolar a possibilidade de outras comorbidades diante da realização do diagnóstico diferencial. Nessa fase, as lesões da sífilis podem ser confundidas com fármacodermias, doenças exatêmáticas não vesiculosas, hanseníase e colagenoses (BRASIL, 2009).

As marcas características dessa fase da doença, mesmo não tratadas, desaparecem espontaneamente, e esse ciclo é denominado período de latência.

### **2.3.3 SÍFILIS LATENTE (RECENTE E TARDIA)**

A sífilis latente ou assintomática é dividida em recente e tardia e nesse estágio as lesões cutâneas, as manifestações sistêmicas e alterações radiológicas não são percebidas. O diagnóstico é realizado exclusivamente por meio de testes sorológicos (BRASIL,2015a).

A fase latente recente compreende desde o fim dos sinais e sintomas da Sífilis secundária até o final do primeiro ano da doença, período em que acontece a maioria das recorrências. A fase latente tardia caracteriza-se por ter duração maior que um ano a contar da infecção primária (GARCIA, 2009).

As sorologias são positivas apresentando títulos variáveis de acordo com o tempo de evolução desde o início da infecção (TALHARI; CORTEZ, 2009).

No primeiro ano de latência, sem tratamento, aproximadamente 25% dos pacientes intercalam lesões do estágio secundário com os períodos de latência. A infecção é controlada, porém não eliminada pelo sistema imunológico (BRASIL, 2015a).

### **2.3.4 SÍFILIS TERCIÁRIA**

Analisando-se a história natural da sífilis, observou-se que casos não tratados, cerca de 37%, evoluíram para a sífilis terciária. Destes, 16% apresentaram lesões tegumentares, 10% cardiovasculares, e 6% neurosífilis. Esse tempo é variável, e a sífilis terciária pode acometer o indivíduo em um prazo de dois a trinta anos (LAFOND; LUKEHART, 2006). Entretanto, outros autores afirmam que um terço dos acometidos por sífilis latente não tratada desenvolverá a sífilis terciária e os demais dois terços permanecerão latentes por toda a vida (TALHARI; CORTEZ, 2009).

Esse período da doença caracteriza-se por ser tardio, de evolução lenta e de caráter destrutivo. Ocorre devido ao tratamento inadequado ou não

realizado acarretando lesões graves e irreversíveis. Apresenta transmissibilidade de 30% e são classificados em três tipos principais: gomosa ou cutânea, cardiovascular e neurosífilis (PASQUALOTTO; SCHWARZBOLD, 2006; BRASIL, 2009).

As lesões cutâneas surgem após três a sete anos do contágio com aspecto de gomas e nódulos subcutâneos que se iniciam com um ou vários, geralmente indolores localizados na face, couro cabeludo e tronco. Podem acometer o trato respiratório, gastrointestinal e ósseo. Na face provocam perfurações no septo nasal e palato desfigurando o indivíduo. No estômago, podem simular carcinoma ou linfoma; no fígado pode causar hepatomegalia, icterícia, entre outros (PASQUALOTTO; SCHWARZBOLD, 2006).

Nas complicações cardiovasculares, a aortite sífilítica ou insuficiência aórtica é o mais freqüente, entretanto podem ocorrer também aneurisma e estenose de coronárias. Os sinais são os mesmos das insuficiências aórticas de outras etiologias (BRASIL, 2009).

A complicação mais grave e com seqüelas devastadoras é a Neurosífilis, caracterizada como assintomática ou sintomática, pode ocorrer em 10 a 25% desses pacientes. É dividida em quatro grupos: assintomática, meningovascular, *tabes dorsalis* e paresia geral (PASQUALOTTO; SCHWARZBOLD, 2006):

- ▶ Neurosífilis assintomática: é diagnosticada por meio de alterações do líquido em pacientes com sífilis, na ausência de sinais e sintomas de agravo neurológico.
- ▶ Meningovascular: manifesta-se como meningite aguda ou subaguda em qualquer fase após o estágio primário e em 10% dos casos, o início coincide com o exantema da sífilis secundária. O comprometimento das meninges pode ser menos proeminente, mas pode haver endarterite (proliferação de tecido fibroso) e inflamação perivascular resultando em

trombose e infarto vascular cerebral. O VDRL no líquido geralmente é reativo.

- ▶ *Tabes dorsalis*: é uma degeneração lenta e progressiva que acomete a coluna, resultando em perda progressiva dos reflexos periféricos. Acomete os membros inferiores. É comum apresentar incontinência urinária e impotência, além de dores intensas. As pupilas tornam-se pequenas e não mais se contraem em resposta à luz. Cerca de 10% dos acometidos com sífilis terciária e 40% dos acometidos com neurosífilis podem apresentar sinais de *tabes dorsalis*.
  
- ▶ Paresia geral: consiste em meningoencefalite crônica com perda progressiva da função cortical. Na fase inicial sinais inespecíficos são identificados como irritabilidade, cefaléia, esquecimento e alterações de personalidade. Em estágios mais avançados, há comprometimento da memória, perda da compreensão, confusão e frequentemente depressão ou exaltação exagerada. Apresentam delírios e convulsões e podem acontecer perdas de outras funções corticais como paralisia ou afasia. O VDRL apresenta-se positivo no líquido.

O diagnóstico nessa etapa é feito por meio da reação de VDRL no líquido e soro, de imagens radiológicas alteradas e histologia no qual as gomas aparecem como granuloma. Deve-se atentar para o diagnóstico diferencial pois essas lesões são similares a tuberculose cutânea, leishmaniose, aneurismas congênitos, cromomicose, sarcoidose, esporotricose, tumor intracraniano, distúrbios psiquiátricos e emocionais (BRASIL, 2009).

Descrevem-se a seguir as recomendações para o diagnóstico laboratorial.

## 2.4 DIAGNÓSTICO

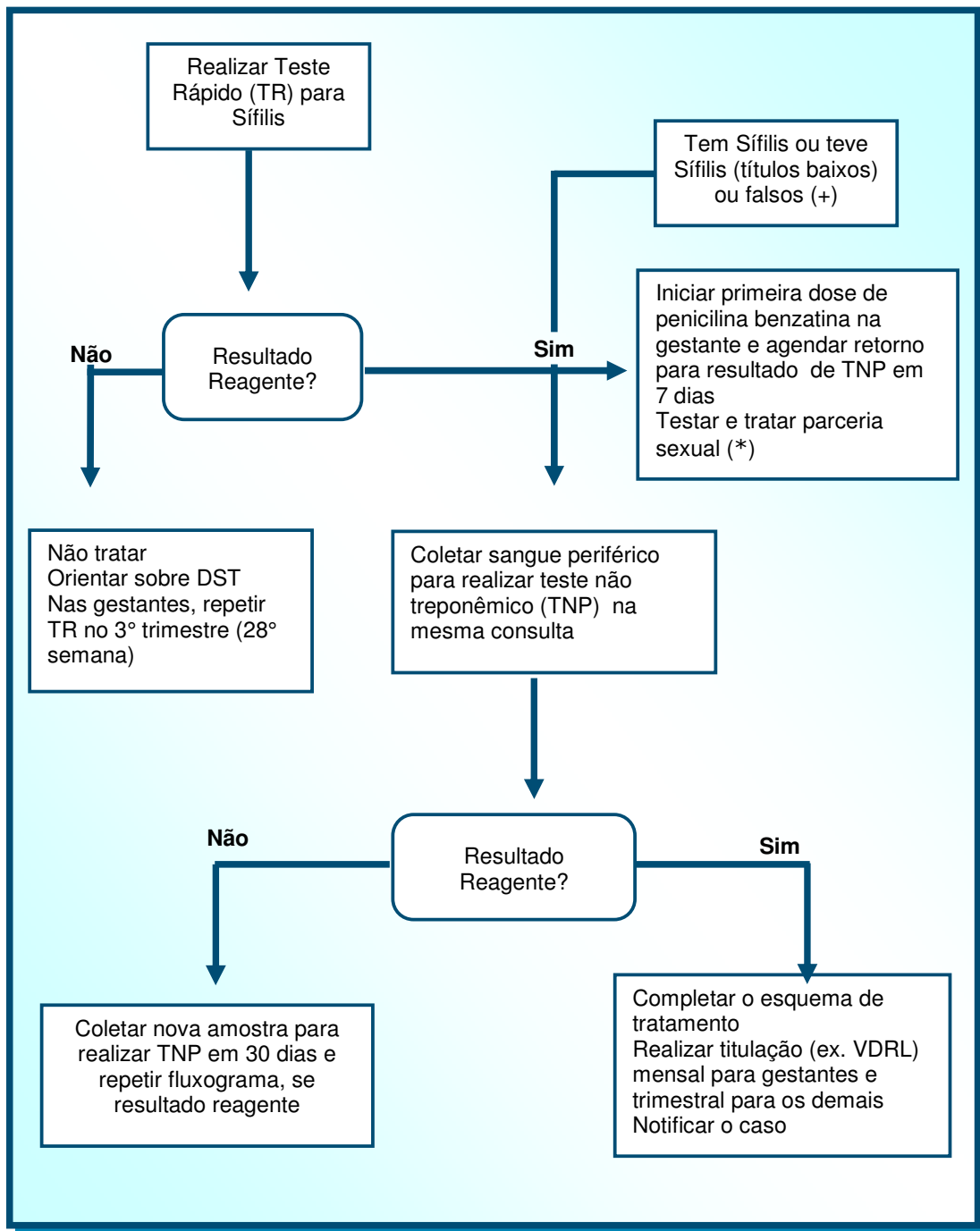
O diagnóstico laboratorial da sífilis é dividido em duas categorias: as provas diretas e as provas sorológicas. As provas diretas são aquelas que buscam a identificação do agente etiológico ou patógeno em amostras coletadas diretamente da lesão. As provas sorológicas caracterizam-se por realizarem a pesquisa de anticorpos anti-*T.pallidum*. Os testes sorológicos são divididos em duas classes: os treponêmicos e os não treponêmicos (BRASIL, 2015a).

O método mais utilizado para a identificação direta do *Treponema pallidum* é a microscopia de campo escuro, e para as sorologias são mais utilizados o VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) e o Teste Rápido ou RPR (*Rapid plasma reagin test*) por serem de baixo custo, de fácil execução e por estarem disponíveis na maioria dos serviços. Quanto ao exame específico e confirmatório, o mais utilizado é o FTA-Abs (*Fluorescent treponemal antibody absorption*) (BRASIL, 2009).

Devido à capacidade do *Treponema pallidum* induzir o organismo a formar dois tipos de anticorpos, os não treponêmicos ou reaginas (inespecíficos) e os treponêmicos (específicos) faz-se necessário o uso dos dois tipos de testes para detecção e início do tratamento que serão esclarecidos mais adiante (BRASIL, 2015a).

O Ministério da Saúde brasileiro apresenta algumas possibilidades para realização do diagnóstico de sífilis, estando na dependência do tipo de teste disponível para cada serviço. A Figura 2 ilustra o diagnóstico com teste rápido confirmado por VDRL, que é o modelo adotado no local do presente estudo. E as Figuras 3 e 4 ilustram outras possibilidades.

**FIGURA 2** – Fluxograma para o manejo da Sífilis, utilizando teste rápido com teste não treponêmico confirmatório.

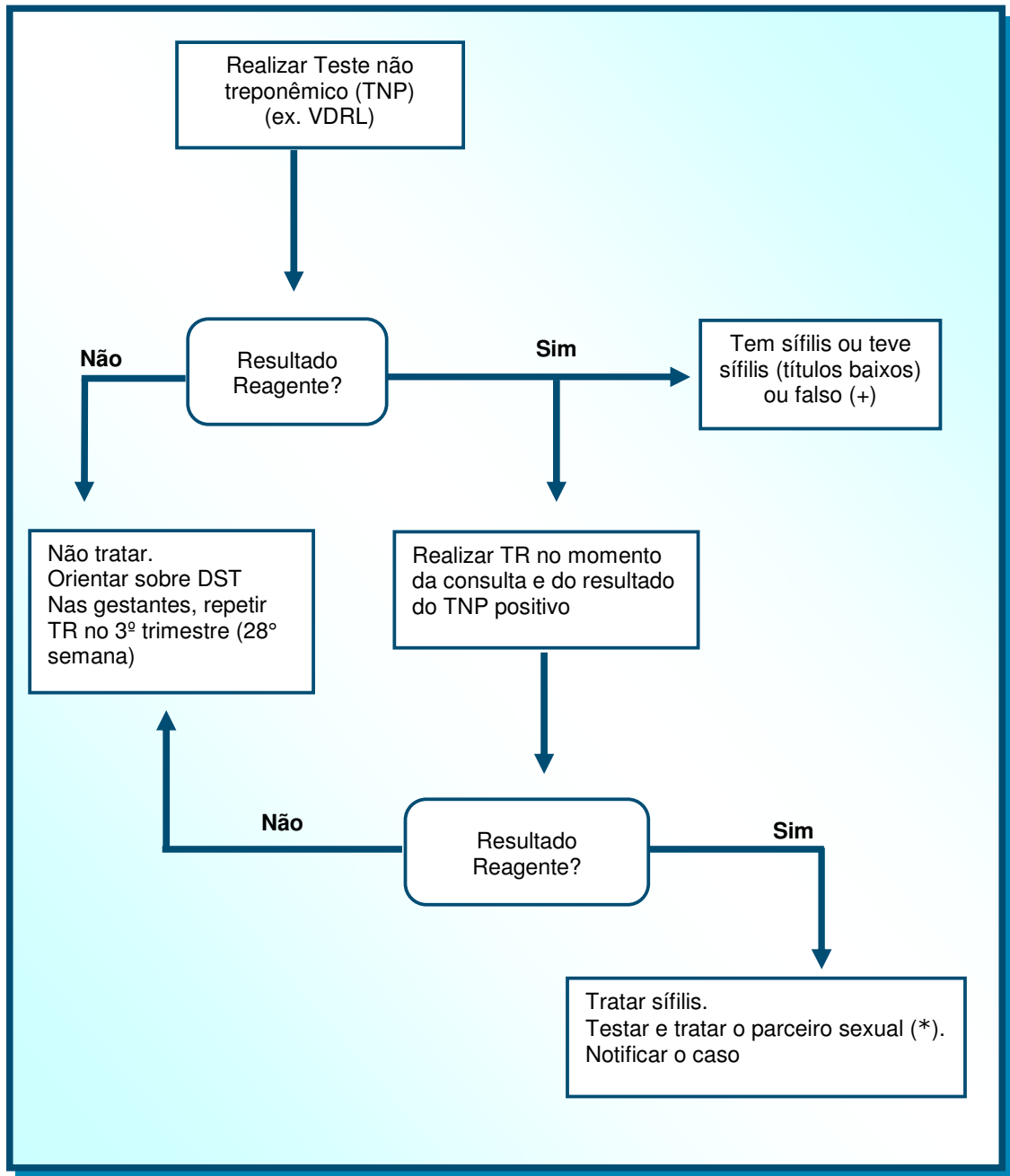


**Fonte:** Ministério da Saúde/Relatório de Recomendação, 2015 a.

(\*) As parcerias sexuais com TR positivo deverão: (1) realizar TNP; (2) tratar com esquema de Sífilis latente tardia na ausência de sintomatologia ou história clínica de úlcera genital.

O não tratamento da parceria sexual implica “tratamento inadequado da mãe” e conceito será considerado como “Sífilis congênita”.

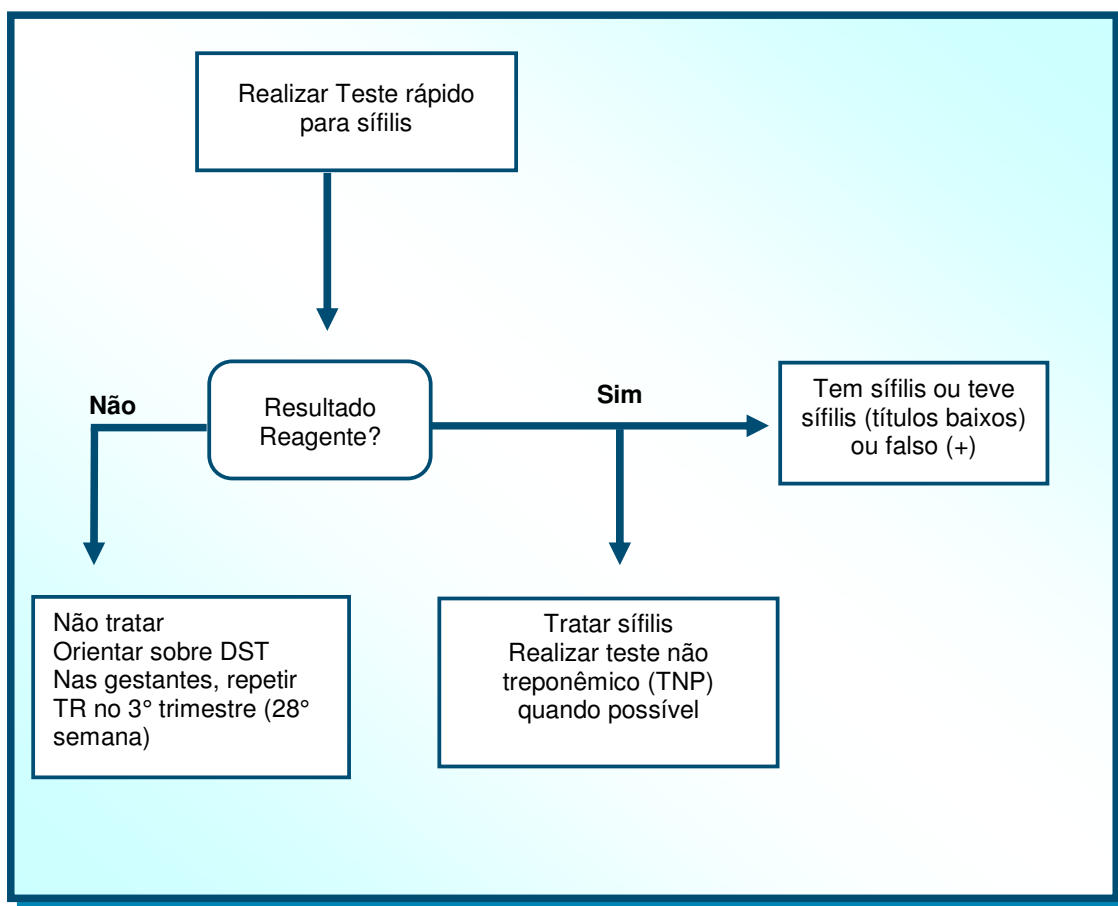
**FIGURA 3** – Fluxograma para o manejo da sífilis, utilizando teste não treponêmico com teste rápido confirmatório.



**Fonte:** Ministério da Saúde/Relatório de Recomendação, 2015a.

(\*) As parcerias sexuais com TR positivo deverão: (1) realizar TNP; (2) tratar com esquema de Sífilis latente tardia na ausência de sintomatologia ou história clínica de úlcera genital.

O não tratamento da parceria sexual implica “tratamento inadequado da mãe” e conceito será considerado como “Sífilis congênita”.

**FIGURA 4** – Fluxograma para o manejo da Sífilis, utilizando apenas teste rápido.

**Fonte:** Ministério da Saúde/Relatório de Recomendação, 2015a.

### 2.4.1 PROVAS DIRETAS

Considerado rápido e fácil para o diagnóstico da sífilis primária e secundária e por apresentarem sensibilidade de 74% a 86%, a microscopia de campo escuro depende da presença de lesões para que seja feita uma escarificação para coletar a serosidade resultante desse processo e assim realizar a análise de treponemas vivos em lâmina mediante observação realizada por microscopista experiente. O exame histopatológico também é importante para a confirmação do diagnóstico, mas ambos não são ofertados em grande parte dos serviços de saúde (TALHARI; CORTEZ, 2009).

Quando esses métodos não estão disponíveis a pesquisa do *Treponema* pode ser realizada por outros métodos diferentes como a imunofluorescência direta, pesquisa direta com material corado aplicada a esfregaços e biópsias (BRASIL, 2015a).

## 2.4.2 MÉTODO NÃO TREPONÊMICO/VDRL

O teste VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), método não treponêmico, é capaz de detectar anticorpos inespecíficos presentes no soro de pacientes com infecção sífilítica, o que permite seu amplo uso como prova de triagem sorológica, pois, exceto na fase imediata ao contágio, as demais fases da sífilis produzem anticorpos inespecíficos, e também para controle e seguimento terapêutico (BRASIL, 2009).

Os testes podem ser qualitativos ou quantitativos. O teste qualitativo indica a presença ou ausência de anticorpos na amostra. Em contrapartida, o teste quantitativo determina o título de anticorpos das amostras que obtiveram resultados positivos nos testes qualitativos (BRASIL, 2015a).

A amostra é diluída em proporção geométrica (1:2; 1:4; 1:8 e assim por diante), tendo como resultado ou título a maior diluição em que se verifica a aglutinação. A reatividade aparece após 4-5 semanas após a infecção. Apresenta sensibilidade de 78% na fase primária, 100% na fase secundária, e 96% na fase latente. Acima de um ano de evolução, a sensibilidade decresce e permanece em média 70%. A especificidade do teste é de 98% (BRASIL, 2009; TALHARI; CORTEZ, 2009).

Resultados falso-negativos podem ocorrer devido ao fenômeno de Prozona, principalmente na sífilis secundária, na qual há grande produção de anticorpos e ausência de reatividade mesmo contendo anticorpos não treponêmicos na amostra. Isso acontece devido à relação desproporcional de antígenos e anticorpos presentes na reação não treponêmica (BRASIL, 2010).

Resultados falso-positivos tendem a aparecer com baixos títulos

em diversas patologias como lúpus e outras doenças auto-imunes ou do colágeno, doenças infecciosas como HIV, malária, infecção bacteriana, pneumonias virais e hanseníase, hepatopatias, imunizações e neoplasias (BRASIL, 2010).

A partir do exposto, de que outras patologias podem induzir a formação de anticorpos inespecíficos, para toda e qualquer amostra reagente ao VDRL com títulos baixos, igual ou menor que 1:8, recomenda-se a pesquisa de anticorpos específicos, como a prova do FTA-Abs para a confirmação diagnóstica (TALHARI; CORTEZ, 2009).

Considerado importante papel no monitoramento terapêutico, o VDRL, por ser quantificável, indica, por meio dos títulos, a evolução da doença em resposta ao tratamento, ou seja, a queda do título é indicação de sucesso do tratamento (BRASIL, 2015a).

Na sífilis primária, os títulos caem quatro vezes em seis meses, podendo negativar em seis meses. Na sífilis secundária, caem oito vezes em 12 meses, negativando em 12 meses. Na sífilis terciária os títulos podem ficar positivos indefinidamente, sendo a eficácia terapêutica nessa situação avaliada pelos sinais clínicos. O reaparecimento ou aumento nos títulos (dois ou mais títulos) posterior ao tratamento podem ser analisados como falhas terapêuticas ou reinfecção, porque a infecção pelo *T. Pallidum* não confere imunidade. (PASQUALOTTO; SCHWARZBOLD, 2006; BRASIL, 2010).

Com o tratamento realizado, o VDRL apresenta declínio progressivo nas titulações, podendo perdurar na condição de reagente por anos, mesmo após ser considerado curado, denominado de cicatriz sorológica (AZULAY; AZULAY; NERY, 2013).

### 2.4.3 MÉTODO TREPÔNEMICO/FTA-Abs

Dentre as provas treponêmicas destaca-se o FTA-Abs como método mais específico contra os componentes celulares do *T. pallidum* e empregado para confirmação diagnóstica da sífilis (BRASIL, 2015a).

Capaz de detectar anticorpos antitreponêmicos, o método usa como antígeno o próprio *T. pallidum*, sendo o primeiro exame a positivar após a infecção, em torno de três semanas. Na sífilis primária, esse exame apresenta sensibilidade de 84%, na sífilis secundária e latente, de 100%, e na sífilis terciária, de 96% (BRASIL, 2009).

Resultados falso-positivos podem aparecer na cirrose hepática, balanite e doenças autoimunes (PASQUALOTTO; SCHWARZBOLD, 2006).

Pode permanecer positivo por longo período em pacientes tratados e por toda a vida em doentes não tratados ou tratados em etapas tardias em virtude da permanência dos anticorpos do tipo IgG de memória, razão pela qual esse exame se torna inadequado para avaliar a eficácia do tratamento (GARCIA, 2009).

### 2.4.4 TESTE RÁPIDO

Com a implementação dos Testes Rápidos (TR) no Brasil, vigente desde dezembro de 2011, surge uma nova perspectiva para a população. Dados de 2014 revelam que o laboratório Bio-Manguinhos, empresa parceira do Ministério da Saúde, disponibilizou 5,84 milhões de testes e a demanda para o ano de 2015 é estimada em cerca de 10,5 milhões (BRASIL, 2015b).

Os testes rápidos são práticos, podem ser realizados com amostras de sangue total colhidas por punção venosa ou por punção digital, não necessitam de suporte laboratorial, são de fácil execução e com leitura em até 30 minutos. Com o intuito de ampliar o acesso, permitindo o diagnóstico precoce da infecção e consequente agilidade no tratamento, surge como uma medida de controle em nível coletivo (BRASIL, 2015 a).

Assim, a fim de regulamentar o emprego dos testes rápidos o Ministério da Saúde publicou várias medidas. A primeira delas foi a Portaria n° 3.242, de 30 de dezembro de 2011, que dispõe sobre o fluxograma laboratorial da sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem em situações especiais como em localidades e serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou em regiões de difícil acesso; CTA; segmentos populacionais mais vulneráveis às IST, de acordo com situação epidemiológica local; população indígena; gestantes e seus parceiros em unidades básicas de saúde, particularmente no âmbito da Rede Cegonha; e outras situações especiais definidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, além de outras recomendações (BRASIL, 2011c).

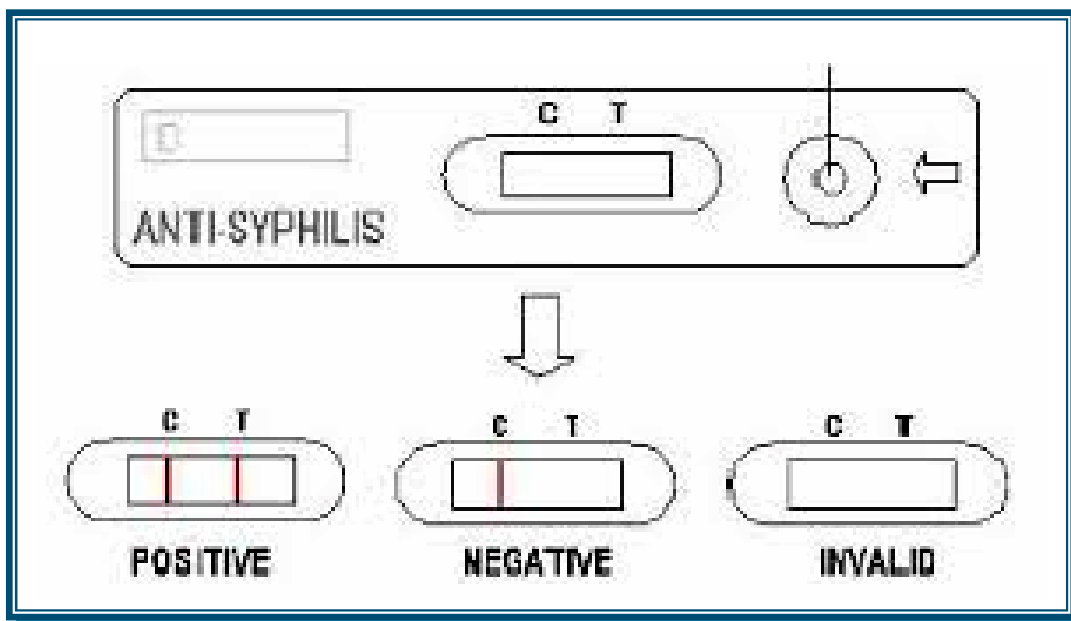
No início de janeiro do ano de 2012, a Portaria n° 77 GM/MS, estabeleceu a realização dos testes rápidos também na Atenção Básica para detecção não somente de sífilis, mas inclui HIV e outros agravos como as hepatites B e C, estendendo-os às parcerias sexuais (BRASIL, 2012b).

Considerando-se a necessidade de constante atualização dos procedimentos no que tange à realização de testes rápidos, em especial no tocante à vigilância em saúde, foi publicada a Portaria n° 1.044 GM/MS, em julho de 2015, em substituição à Portaria n°77 GM/MS, de 2012 (BRASIL, 2015c).

O teste rápido para sífilis é um teste imunocromatográfico, treponêmico, de uso único para detecção de anticorpos específicos para *Treponema pallidum*. Pode ser realizado com amostra de sangue total, soro ou plasma. É um exame eficaz e rápido que disponibiliza o resultado em até 30 minutos. Pode ser utilizado em situações especiais ou como triagem (BRASIL, 2011b).

Para interpretação e análise do resultado deve-se compreender como funciona a leitura (Figura 5). O resultado do teste é composto por duas linhas verticais: a linha amostra, também nomeada de linha teste, e a linha controle (Figura 6). De acordo com o fabricante, para avaliar a reatividade deve aparecer uma alteração de cor em uma das linhas verticais. Para testes positivos as duas linhas verticais devem colorir, e quando negativo somente será reativa a linha controle (BRASIL, 2011c).

**FIGURA 5** – Desenho esquemático de leitura e interpretação do Teste Rápido de Sífilis.



Fonte: AccuBioTech Co., Ltd. Estados Unidos, 2015.

**FIGURA 6** – Teste Rápido comparativo: leitura positiva e negativa.



Fonte: Bio- Manguinhos/Fiocruz. Brasil, 2014.

Em conformidade com a legislação, deverão constar nos laudos dos resultados: o nome do teste, a metodologia utilizada, as informações sobre lote, validade, e o resultado da amostra expresso em reagente ou não reagente.

Esses testes estão disponíveis prioritariamente na Atenção Básica, nas Unidades Básicas de Saúde, maternidades, serviços de urgência, CTAs e hospitais.

Cabe ressaltar que o Conselho Federal de Enfermagem, aprovou a competência do Enfermeiro para realizar testes rápidos para diagnósticos de HIV, sífilis e outros agravos (COFEN, 2013).

## **2.5 TRATAMENTO**

Apesar do tratamento ser considerado simples, eficaz e de baixo custo, a sífilis continua sendo problema de saúde pública (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

A interpretação dos resultados de exames realizados e a avaliação clínica dos pacientes darão subsídios ao profissional para a definição da melhor conduta terapêutica. No entanto, a droga de escolha para tratar a sífilis ainda é a Penicilina benzatina. As doses recomendadas para sífilis primária atingem a quantidade de 2.400.000UI, IM, dose única. Em casos de sífilis secundária e latente recente, deve-se utilizar penicilina benzatina 4.800.000UI, IM, em duas doses semanais de 2.400.000UI. Na sífilis terciária e latente tardia recomenda-se penicilina benzatina 7.200.000UI, IM, em três doses semanais de 2.400.000UI, conforme mostra o Quadro 2, a seguir (BRASIL, 2015a).

**QUADRO 2** – Resumo dos esquemas terapêuticos preconizados e controle de cura.

ESTADIAMENTO	PENICILINA BENZATINA	INTERVALO ENTRE AS SÉRIES	CONTROLE DE CURA (SOROLOGIA)
Sífilis primária	1 série (1) Dose total: 2.400.000UI IM	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000UI IM	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de 1 ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000UI IM	1 semana	VDRL mensal

(1)- 1 série de Penicilina benzatina = 1 ampola de 1.200.00UI IM aplicada em cada glúteo.

**Fonte:** Ministério da Saúde/Relatório de Recomendação, 2015 a.

Para os casos de Neurosífilis o tratamento é hospitalar. A medicação de escolha é a Penicilina G cristalina, 18-24.000.000 UI por dia, via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões de UI, de quatro em quatro horas por infusão contínua durante quatorze dias. Salvo em casos assintomáticos, o tratamento pode ser ambulatorial com Penicilina G procaína, 600.000 U, intramuscular, em dose única diária durante vinte dias. Na ocorrência de alergia utiliza-se Cloranfenicol 500mg, de seis em seis horas, via oral, pelo período de quinze dias, ou Doxiciclina 100mg, de 12 em 12 horas, via oral, durante quinze dias. Para obter o controle de cura é necessária a realização do exame de líquido de seis em seis meses até a normalização (BRASIL, 2015a).

Já, em relação às mulheres grávidas o tratamento instituído é o mesmo preconizado pelo Ministério da Saúde, com ressalva para o uso das Tetraciclina.

A penicilina age interferindo na síntese do peptidoglicano, componente da parede celular do *T. pallidum*. O resultado é a entrada de água no treponema, o que acaba por destruí-lo (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

Quanto às reações, pode ocorrer a Reação de Jarisch-Herxheimer em pacientes em uso de Penicilina, a qual se caracteriza pela exacerbação das lesões cutâneas, com eritema, dor e/ou prurido acompanhada de febre, artralgia e mal-estar logo após a primeira dose da Penicilina. Porém, normalmente, essas reações regredem espontaneamente após 12-24 horas, não sendo necessário interromper o tratamento. Essa reação não configura alergia à Penicilina (BRASIL, 2015a).

### **2.5.1 CONTROLE DE CURA E CRITÉRIOS PARA O RETRATAMENTO**

Em relação ao retorno às atividades sexuais, devido a cura bacteriológica ocorrer antes da cura clínica, em apenas 24 horas após a administração da primeira dose de penicilina, o indivíduo poderia reiniciar suas atividades sexuais, mas recomenda-se, como margem de segurança, que espere mais um dia. Nos pacientes tratados com outras drogas — a tetraciclina ou eritromicina — recomendam-se cinco dias após o início do tratamento para que deixem de serem considerados transmissores (AZULAY; AZULAY; NERY, 2013).

O controle de cura é feito por meio de verificações do VDRL, conforme recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde que, recentemente, publicou o roteiro de monitoramento e avaliação denominado “seguimento da sífilis adquirida”, em que são considerados alguns aspectos (BRASIL, 2015a):

1. Em gestantes, o teste não treponêmico (VDRL) deve ser realizado mensalmente e na população geral a cada três meses no primeiro ano e a cada seis meses no segundo ano;
2. A redução em quatro títulos do teste não treponêmico ou a negativação de seis meses a nove meses após o tratamento demonstra a cura da infecção;

3. No caso de Sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de duas diluições em três meses e três diluições em seis meses. Exemplo: de 1:32 para 1:8, após três meses, e para 1:4, após seis meses. Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após dois anos, pode-se dar alta;
4. A elevação de títulos dos testes não treponêmicos em duas diluições (ex. 1:16 para 1:64) em relação ao último exame realizado, justifica um novo tratamento;
5. Considerar a necessidade de oferecimento de testes periódicos em pessoas com vulnerabilidade aumentada.

Assim, o retratamento deve ser considerado quando houver persistência ou recorrência de sinais clínicos, aumento nos títulos de VDRL ou quando não apresentar declínio do título inicial no período de um ano. Desse modo, deve-se considerar provável reinfecção ou falha terapêutica (AZULAY; AZULAY; NERY, 2013).

## 3 Objetivos



### **3.1 OBJETIVO GERAL**

- ▶ Analisar a prevalência e fatores associados à Sífilis em um Centro de Testagem e Aconselhamento, do Sul do Brasil.

### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ▶ Calcular a prevalência de casos positivos de Sífilis ao teste rápido entre os usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento;
- ▶ Verificar a associação entre as características sociodemográficas e comportamentais entre os casos positivos e negativos de Sífilis;
- ▶ Realizar uma análise comparativa entre os sexos para as variáveis comportamentais;
- ▶ Identificar a presença de co-infecções e/ou comorbidades entre os casos positivos de Sífilis;
- ▶ Analisar os casos de Sífilis em relação ao diagnóstico, fase da infecção, tratamento e investigação de parceiros.

## 4 Método

## 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal que segundo Hulley et al. (2008) caracteriza-se pelas observações e ou medições realizadas em uma única ocasião.

## 4.2 LOCAL DO ESTUDO

Elegeram-se como cenário desta investigação a cidade de Londrina, situado no norte do estado do Paraná, região sul do Brasil com uma população de 515.707 habitantes (IBGE, 2012). Este município conta com o Centro de Referência para DST/HIV/Aids denominado Doutor Bruno Piancastelli Filho (CRDBPF), implantado em novembro de 1995, sendo referência para a 17ª Regional de Saúde. Os serviços ofertados neste local incluem o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para realização de testes rápidos e o ambulatório de DST, referência para o município (LONDRINA, 2014).

Os CTAs são serviços de saúde que ofertam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. É possível realizar testes para HIV, sífilis e hepatites B e C gratuitamente. O atendimento neste local é sigiloso. No caso de resultado positivo, o CTA é responsável pelo encaminhamento das pessoas para acompanhamento e tratamento nos serviços especializados. Nos casos específicos de sífilis o acompanhamento pode ser realizado nos próprios ambulatórios do Centro de Referência (urologia e ginecologia) ou encaminhado para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município (LONDRINA, 2014).

Ao usuário que procurar este serviço é ofertado sessões de Aconselhamento individual ou coletivo, com o intuito de oferecer apoio emocional e prevenção por meio de esclarecimentos de dúvidas sobre DST e HIV/aids, avaliação dos riscos expostos e as formas de prevenir-se. Os CTA também disponibilizam insumos de prevenção para a população como preservativos femininos e masculinos e gel de lubrificação e kits de redução de danos para usuários de drogas (BRASIL, 2011e).

No CRDBPF funciona o ambulatório de DST que está inteiramente ligado ao Programa DST/Aids. Todos os testes rápidos são realizados no próprio local, quando positivos seguem como rotina, encaminhar as amostras de sangue total ao Hospital Universitário (HURNP) para confirmação diagnóstica.

O CTA é coordenado pela gerência municipal de DST/Aids e vinculado hierarquicamente à Diretoria de Epidemiologia e Informações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina.

### **4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA**

A população do estudo foi constituída por todos os indivíduos que se submeteram ao teste rápido de sífilis desde 01 de Junho de 2012 a 31 de Dezembro de 2014, totalizando 5.509 casos, os quais serviram de base para análise das associações de casos de sífilis (346) e não sífilis (5163). Para a análise específica dos casos positivos, houve perda de nove prontuários, considerando-se os critérios de exclusão, o que totalizou 337 indivíduos, configurando uma amostra por conveniência. A amostragem por conveniência é utilizada em pesquisa clínica e frequentemente composta por indivíduos que atendem os critérios de entrada. São de fácil acesso ao investigador, apresenta vantagens de custo e logística e também com seu uso pode-se minimizar o voluntarismo e outros tipos de viés de seleção (HULLEY et al., 2008).

#### **4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Os critérios adotados para seleção dos participantes da pesquisa contemplaram indivíduos de ambos os sexos e de todas as faixas etárias. Para os casos positivos de sífilis, os critérios de exclusão foram prontuários não encontrados e/ou com anotações insuficientes.

## 4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

### 4.4.1 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Variáveis independentes são definidas como capazes de causar, influenciar ou afetar os resultados, também chamadas de variáveis preditoras (CRESWELL, 2009).

Os quadros a seguir retratam as variáveis sociodemográficas e comportamentais elegíveis por meio do formulário do Si-CTA (Anexo B) que evidencia a natureza, as diferentes escalas e os domínios considerados para as análises.

**QUADRO 3** – Operacionalização das variáveis sociodemográficas .

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	TIPO	ESCALA	DOMÍNIO
<b>SEXO</b>	Indica o sexo do indivíduo	Qualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Masculino</li> <li>▶ Feminino</li> </ul>
<b>IDADE</b>	Indica o grupo etário a que pertence o indivíduo	Qualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 0-12 anos</li> <li>▶ 13-24 anos</li> <li>▶ 25-34 anos</li> <li>▶ 35-44 anos</li> <li>▶ 45-54 anos</li> <li>▶ 55-59 anos</li> <li>▶ 60-90 anos</li> </ul>
<b>RAÇA/COR</b>	Indica a etnia do indivíduo	Qualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Branco</li> <li>▶ Não branco (Preta, Amarela, Parda e Indígena)</li> </ul>
<b>ESCOLARIDADE</b>	Indica os anos de escolaridade completos do indivíduo	Qualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 0-3 anos</li> <li>▶ 4 a 11 anos</li> <li>▶ 12 ou mais anos</li> </ul>
<b>ESTADO CIVIL</b>	Indica a situação conjugal do indivíduo	Qualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ União estável (Casado/Amigado)</li> <li>▶ Não união estável (Solteiro; Separado e Viúvo)</li> </ul>

QUADRO 4 – Operacionalização das variáveis comportamentais

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	TIPO	ESCALA	DOMÍNIO
<b>RECORTE POPULACIONAL</b>	Indica a população que buscou o serviço	Qualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ População geral</li> <li>▶ Homem que faz sexo com homem</li> <li>▶ Usuários de drogas</li> </ul>
<b>ATIVIDADE SEXUAL</b>	Indica a presença de DST nos últimos 12 meses	Qualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sim</li> <li>▶ Não</li> </ul>
	Indica o tipo de parceria sexual	Qualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Heterossexual</li> <li>▶ Homossexual</li> <li>▶ Bissexual</li> </ul>
	Indica o tipo de exposição sexual	Qualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sexual</li> <li>▶ Não sexual (Transfusão de sangue/hemoderivado; Compartilhamento seringas/agulhas; Hemofilia; Ocupacional; Transmissão vertical)</li> </ul>
	Indica o número de parceiros (as) sexuais	Qualitativa	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 1</li> <li>▶ 2-10</li> <li>▶ 11 ou mais</li> <li>▶ 0</li> </ul>
<b>USO DE PRESERVATIVOS</b>	Indica o uso de preservativo nos últimos 12 meses com parceiro fixo e/ou eventual	Qualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Não risco (Uso regular)</li> <li>▶ Risco (Uso irregular/não uso)</li> </ul>
	Indica o uso de preservativo na última relação com parceiro fixo e/ou eventual	Qualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Não risco (Uso regular)</li> <li>▶ Risco (Uso irregular/não uso)</li> </ul>
<b>USO DE DROGAS</b>	Indica o uso de drogas nos últimos 12 meses	Qualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Não</li> <li>▶ Sim</li> </ul>
	Uso de droga (Álcool, Maconha, Cocaína e Crack) e a frequência utilizada	Qualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Nunca usou ( Nunca usou)</li> <li>▶ Usa/usou (Já usou, mas não usa mais; Usa vez em quando</li> <li>▶ Usa frequentemente)</li> </ul>

**QUADRO 5** – Operacionalização da variável “coinfecções”

VARIÁVEL	DESCRIÇÃO	TIPO	ESCALA	DOMÍNIO
<b>CO-INFECÇÕES</b>	Indica se o indivíduo foi acometido por outra doença (HIV, Hepatite B, Hepatite C, HPV* e Herpes Genital*)	Qualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sim</li> <li>▶ Não</li> </ul>

\*As co-infecções como HIV, Hepatites B e C foram coletadas por meio do formulário do SI-CTA (Anexo B) e as demais como HPV e Herpes genital dos prontuários médicos.

#### 4.4.2 VARIÁVEIS DEPENDENTES

Variáveis dependentes são aquelas que dependem das variáveis independentes; elas são os resultados da influência das variáveis independentes, também chamadas de variáveis de efeito (CRESWELL, 2009).

Para a pesquisa, assumiram-se como variáveis dependentes ter sífilis ou não ter sífilis, esta diagnosticada por meio do teste rápido (treponêmico) e confirmada pelo teste não treponêmico qualitativo (VDRL).

**QUADRO 6** – Operacionalização das variáveis sobre casos de Sífilis ao teste rápido (casos positivos e negativos)

CONSTRUTOS	DESCRIÇÃO	TIPO	ESCALA	DOMÍNIO
<b>CASOS DE SÍFILIS AO TESTE RÁPIDO</b>	Classifica o resultado do teste rápido para Sífilis nos indivíduos, confirmados com VDRL qualitativo	Qualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Positivo</li> <li>▶ Negativo</li> </ul>

## 4.5 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados e compilados em quatro etapas pela própria pesquisadora.

Primeiramente diante da necessidade foram digitalizados os cadernos de registros com dados de identificação (Número do instrumento, sexo e idade) e informações de todos os testes rápidos (HIV, Hepatites B e C e Sífilis) dos pacientes que procuraram o serviço no período de junho de 2012 a dezembro de 2014 para que fosse possível identificar o número de casos positivos e investigá-los. Essa fase teve início em Novembro de 2014 e término em Janeiro de 2015.

Posteriormente foram levantados os formulários padrão de atendimento do SI-CTA (Anexo B), proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), dados secundários, somente dos casos positivos para sífilis diagnosticados por meio do teste rápido, totalizando 337 fichas. Esses dados foram digitados na íntegra diretamente na planilha eletrônica *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Essa etapa teve início em Fevereiro de 2015 e término em Abril de 2015.

Visto que alguns prontuários possuíam dados incoerentes, inconclusivos ou mesmo insuficientes ou até não tinham anotação em relação aos resultados de exames, mais especificamente a titulação do VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*), responsável por orientar a fase da infecção, se é reinfecção ou cicatriz sorológica, observou-se a necessidade de consultar o Sistema de Resultados Laboratoriais (Sistema Labos) do Hospital Universitário de Londrina-PR (HURNP), local de referência para os exames complementares.

Visando responder aos objetivos da pesquisa, achou-se necessário estender a coleta para sua quarta etapa que consistiu em levantar um a um todos os pacientes que compuseram a amostra de casos positivos. Procedeu-se ao levantamento por meio de análise dos prontuários nos serviços especializados do Ambulatório de DST/Aids do CTA-Londrina (Urologia, Ginecologia e Infectologia) avaliando se esses pacientes possuíam registro de atendimento com esses

profissionais. Em caso afirmativo, levantou-se o número de atendimentos, a hipótese diagnóstica, a conduta realizada, o tratamento proposto, se houve adesão ou abandono do tratamento, coinfeções e/ou comorbidades associadas e outros. Essa etapa teve início em Maio de 2015 e término em Junho de 2015 (Apêndice A).

## 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram obtidos do número total de exames, resultados e informações de caracterização, por meio do Sistema de Informações do CTA (SI-CTA), ou seja, incluindo todos os testes rápidos realizados no período de 01/06/2012 a 31/12/2014. Foram realizadas análises univariadas e bivariadas, de acordo com a natureza dos dados, por meio dos programas OpenEpi (versão 3.03a) e SPSS (20.0). Maiores detalhes foram organizados de acordo com as análises, conforme descrito a seguir.

### ☐ ANÁLISES DE PREVALÊNCIA

Considerando a população de todos os indivíduos que realizaram teste para sífilis, realizaram-se análises de prevalência de resultados positivos para sífilis (0: sim, 1: não). A referida análise também foi realizada de modo estratificado pelo sexo, ou seja, calculado a prevalência em homens e em mulheres de modo separado. Para as referidas análises foi utilizado o programa OpenEpi (versão 3.03a).

### ☐ ANÁLISES DE FATORES ASSOCIADOS AOS CASOS POSITIVOS PARA SÍFILIS

Ainda considerando a população de todos os indivíduos que se submeteram ao teste para sífilis, realizaram-se análises por meio do cruzamento das variáveis associadas (variáveis independentes) à presença de sífilis (variável dependente). Nessa etapa procedeu-se o teste qui-quadrado com correção de Yates e verificação da medida de associação *Odds Ratio* (OR) com estimador de verosimilhança e seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Para essas

análises foram cruzadas variáveis independentes sexo, idade, raça/cor, escolaridade, estado civil, recorte populacional, uso de drogas nos últimos 12 meses, uso de álcool, maconha, cocaína e crack (considerando apenas o uso nos últimos 12 meses de todas as substâncias). As análises foram realizadas por meio do programa OpenEpi (versão 3.03a).

#### **□ ANÁLISES DE FATORES ASSOCIADOS ENTRE OS CASOS POSITIVOS PARA SÍFILIS**

Objetivando maior aprofundamento das análises, os dados dos casos positivos, obtidos do SI-CTA e dos prontuários foram organizados e digitados. A análise desses resultados ocorreu no programa SPSS (20.0), em que foram verificados dados univariados (medidas de tendência central e dispersão para a variável idade; frequência absoluta e relativa para as demais variáveis) e análise bivariada (regressão binária logística) com o objetivo de verificar possível diferença de chances (OR e IC 95%) entre o sexo dos indivíduos e variáveis comportamentais. Para as referidas análises foram consideradas as variáveis: histórico de DST e número de parceiros nos últimos 12 meses, tipo de exposição e uso de drogas nos últimos 12 meses, uso de álcool, maconha, cocaína e crack (considerando apenas o uso nos últimos 12 meses de todas as substâncias). Dados não informados foram excluídos das análises.

Como parte da análise do acompanhamento clínico dos pacientes com resultado positivo para sífilis, no programa SPSS (20.0), foi realizada análise de regressão binária logística (OR e IC 95%) tendo como variável dependente se a doença permaneceu ativa ou se evoluiu para cicatriz sorológica (0: ativa; 1: cicatriz), e como variáveis independentes: idade, sexo, raça/cor, escolaridade e estado civil. Todas as análises estatísticas foram verificadas com nível de confiança de 95%, considerando-se valor de  $\alpha < 0,05$  como estatisticamente significativo.

Análises univariadas também foram realizadas para as variáveis de co-infecções com HIV, HBV, HCV, HPV e Herpes, com os títulos do exame VRDL, fase da infecção, classificação, tratamento e acompanhamento dos pacientes.

### **4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS**

Este estudo é derivado do Projeto intitulado “Centro de Testagem e Aconselhamento: Diagnóstico de Infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatites B e C, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, em 19/09/14 com CAAE no. 35357914.0.0000.5231 em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013) (Anexo C).

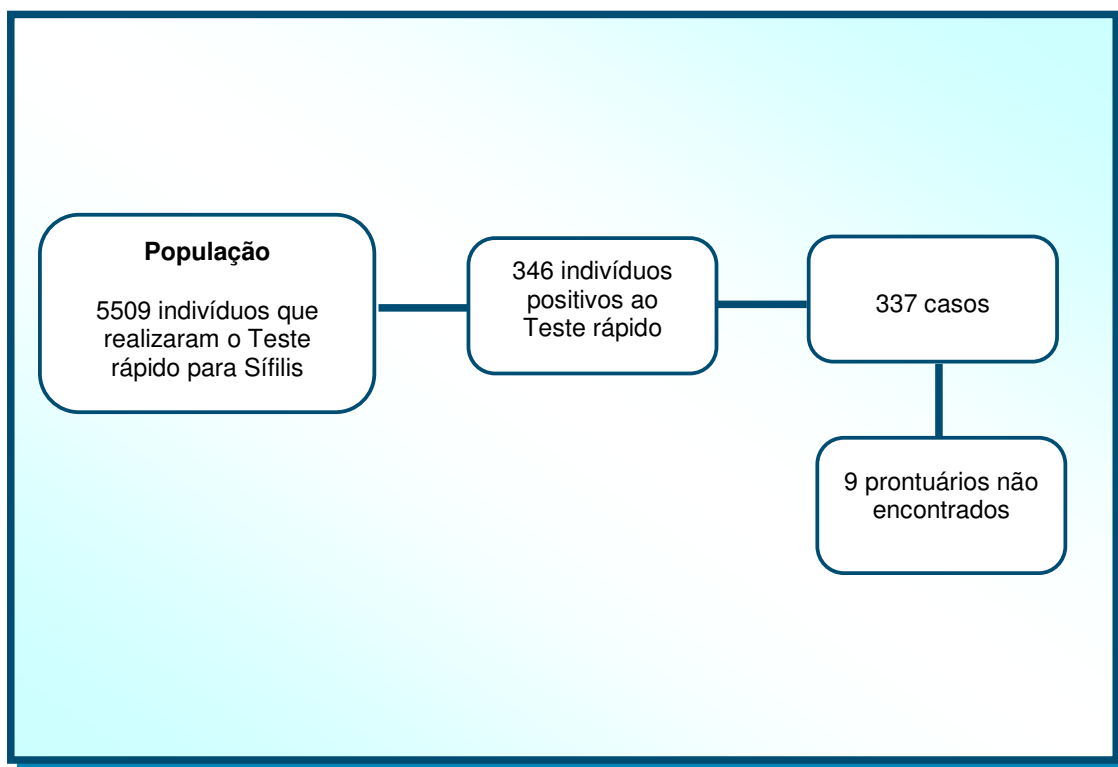
Por utilizar somente dados secundários em que não houve abordagem pessoal de indivíduos, o trabalho não necessitou de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Porém o termo de Confidencialidade e Sigilo foi assinado por ambas (Apêndice B).

## 5 Resultados

No período de estudo foram realizados 5.509 testes rápidos para sífilis, sendo que a maioria eram indivíduos do sexo masculino (62,5%) e raça/cor branca (80,9%). A faixa etária predominante foi de 13 a 34 anos de idade (55,6%), seguida de 35 a 54 anos (31,6%). Ainda, 41,1% tinham até três anos de estudo, 35,9% de 4 a 11 anos e 23,0% 12 ou mais anos. A maioria dos casos (67,3%) não apresentava união estável, ou seja, eram solteiros, separados ou viúvos.

Do total de 5509 testes rápidos, 346 foram positivos ao teste rápido, que serviram de base para análise das associações de casos de sífilis e não sífilis. Para análise dos casos de sífilis, houve perda de nove prontuários não encontrados, totalizando 337 indivíduos (Figura 7).

**FIGURA 7 -** Fluxograma da população de estudo.



Observou-se prevalência de sífilis de 6,3% sendo maior no sexo masculino (7,5%) do que no feminino (4,3%), com diferença estatisticamente significativa ( $p$ -valor < 0,001). Em relação a faixa etária, as maiores prevalências

foram observadas nas faixas de 25 a 34 anos (7,4%;  $p < 0,05$ ), 60 a 90 anos (7,0%) e 35 a 44 anos (6,4%). Para a variável raça/cor a prevalência foi maior entre os não brancos (7,2%) do que entre os brancos (6,1%), entretanto, não se observou diferença estatisticamente significativa. Os indivíduos com baixa escolaridade (0 a 3 anos) tiveram prevalência de 7,7% em contraposição a escolaridade 12 ou mais anos de estudo que foi de 4,4% ( $p < 0,001$ ). Constatou-se diferença significativa entre os indivíduos que não mantinham união estável com taxa maior de prevalência (6,6%) do que aqueles com união estável (5,0%) (Tabela 1).

A idade mínima dos casos positivos de sífilis foi de 14 anos (mulher) e a máxima de 90 anos (homens), com média de 36,41 anos (DP=14,44). Os homens apresentaram resultados de exame positivo para sífilis em idade mais precoce (mediana de 31 anos), com 50% dos casos entre 25 e 42 anos. Entre as mulheres, a mediana foi de 37 anos, com 50% dos casos entre 28 e 50 anos de idade. Observa-se, ainda, que indivíduos de ambos os sexos tiveram diagnóstico de sífilis acima da faixa da terceira idade.

As variáveis sociodemográficas que apresentaram associação com sífilis foram o sexo masculino, a faixa etária entre 25 e 34 anos, a baixa escolaridade e a não união estável (Tabela 1).

**TABELA 1** – Resultado do teste rápido para Sífilis dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento, segundo as variáveis sociodemográficas. Londrina- PR, 2012-2014.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	CASOS POSITIVOS DE SÍFILIS		CASOS NEGATIVOS DE SÍFILIS		p	OR (IC95%)
	TOTAL	%	TOTAL	%		
<b>SEXO (n = 5509)</b>						
Feminino	88	4,3	1980	95,7		Referência
Masculino	258	7,5	3183	92,5	<b>&lt;0,001</b>	1,82 (1,42-2,34)
<b>IDADE (n = 5463)*</b>						
0-12	0	0,0	35	100,0		-
13-24	69	4,8	1368	95,2		Referência
25-34	118	7,4	1485	92,6	<b>0,003</b>	1,57 (1,16-2,13)
35-44	65	6,4	957	93,6	0,09	1,35 (0,95-1,91)
45-54	42	5,9	664	94,1	0,26	1,25 (0,84-1,86)
55-59	12	5,5	207	94,5	0,65	1,15 (0,62-2,16)
60-90	31	7,0	410	93,0	0,07	1,49 (0,97-2,32)
<b>RAÇA/COR (n = 5502)*</b>						
Branco	271	6,1	4188	93,9		Referência
Não branco	75	7,2	968	92,8	0,23	1,17 (0,89-1,53)
<b>ESCOLARIDADE (anos de estudo) (n = 5493)*</b>						
12 ou mais	55	4,4	1207	95,6		Referência
4 a 11	115	5,8	1855	94,2	0,06	1,36 (0,98-1,89)
0 a 3	175	7,7	2086	92,3	<b>&lt;0,001</b>	1,84 (1,35-2,51)
<b>ESTADO CIVIL (n = 5505)</b>						
União estável	90	5,0	1710	95,0		Referência
Não união estável	243	6,6	3462	93,4	<b>0,01</b>	1,33 (1,04-1,72)

\*Retirado valores ignorados e que não se aplicavam

\*\* OR: Odds ratio. IC95%: Intervalo de confiança à 95%.

A Tabela 2 apresenta a prevalência de sífilis e o odds ratio de acordo com o recorte populacional. A prevalência foi maior entre os portadores de DST (26,1%), homens que fazem sexo com homens (15,2%) e usuários de drogas (11,9%), mostrando-se fortemente associados a sífilis.

**TABELA 2** – Resultado do teste rápido para Sífilis dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento, segundo recorte populacional. Londrina- PR, 2012-2014.

VARIÁVEIS	CASOS POSITIVOS DE SÍFILIS		CASOS NEGATIVOS DE SÍFILIS		p	OR (IC95%)
	TOTAL	%	TOTAL	%		
<b>RECORTE POPULACIONAL</b>						
<b>(n = 5509)</b>						
População geral*	113	2,8	3939	97,2	<0,001	Referência
Homem que faz sexo com homem**	107	15,2	595	84,8	<0,001	6,27 (4,74-8,28)
Usuário de drogas**	35	11,9	259	88,1	<0,001	4,71 (3,16-7,02)
Portador de DST**	36	26,1	102	73,9	0,004	12,3 (8,05-18,79)
Outros***	19	5,9	304	94,1	<0,001	2,18 (1,32-3,59)

\*Recorte populacional- Anexo B, item 55.

\*\*Retirado valores ignorados e que não se aplicavam.

\*\*\*Mulher que faz sexo com mulher, bissexualidade, portador de sífilis e gestantes.

OR: Odds ratio. IC95%: Intervalo de confiança à 95%.

DST: Doença Sexualmente Transmissível.

Analisando o uso de drogas nos últimos 12 meses entre os indivíduos com sífilis, observou-se uma prevalência de 9,7%, ressaltando-se o uso de crack, cocaína aspirada, maconha e álcool, que apresentaram forte associação com o diagnóstico positivo da doença.

**TABELA 3** – Resultado do teste rápido para Sífilis dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento, segundo variáveis relacionadas ao uso de drogas. Londrina-PR, 2012-2014.

VARIÁVEIS	CASOS POSITIVOS DE SÍFILIS		CASOS NEGATIVOS DE SÍFILIS		p	OR (IC95%)
	TOTAL	%	TOTAL	%		
<b>USO DE DROGAS NOS ÚLTIMOS 12 MESES</b>						
Não	186	4,7	3745	95,3	<b>&lt;0,001</b>	Referência
Sim	151	9,7	1410	90,3		2,16 (1,72-2,69)
<b>USO DE ÁLCOOL</b>						
Nunca usou	182	4,5	3873	95,5	<b>&lt;0,001</b>	Referência
Usa/usou	155	10,8	1282	89,2		2,57 (2,06-3,22)
<b>USO DE MACONHA</b>						
Nunca usou	267	5,4	4681	94,6	<b>&lt;0,001</b>	Referência
Usa/usou	70	12,9	474	87,1		2,59 (1,95-3,41)
<b>USO DE COCAÍNA (aspirada)</b>						
Nunca usou	282	5,4	4893	94,6	<b>&lt;0,001</b>	Referência
Usa/usou	55	17,4	262	82,6		3,64 (2,64-4,96)
<b>USO DE CRACK</b>						
Nunca usou	292	5,5	4993	94,5	<b>&lt;0,001</b>	Referência
Usa/ usou	45	21,7	162	78,3		4,75 (3,32-6,71)

A prevalência de sífilis foi maior entre os indivíduos que usaram preservativo com parceiro eventual nos últimos 12 meses e na última relação e com parceiro fixo na última relação ( $p < 0,05$ ). Observou-se ainda que o uso irregular ou não uso com parceiro fixo nos últimos 12 meses apresentou maior prevalência do que o uso regular, entretanto sem diferença estatisticamente significativa ( $p = 0,10$ ). A presença de DST nos últimos 12 meses mostrou forte associação com a infecção pelo *Treponema pallidum*, com uma taxa de prevalência de 37,7% (Tabela 4).

**TABELA 4** – Resultado do teste rápido para Sífilis dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento, segundo relato de DST nos últimos 12 meses e variáveis relacionadas ao uso de preservativos. Londrina-PR, 2012-2014.

VARIÁVEIS	CASOS POSITIVOS DE SÍFILIS		CASOS NEGATIVOS DE SÍFILIS		p	OR (IC95%)
	TOTAL	%	TOTAL	%		
<b>USO DE PRESERVATIVO NOS ÚLTIMOS 12 MESES COM PARCEIRO FIXO (n = 3903)*</b>						
Uso regular	34	4,7	694	95,3	0,10	Referência 1,36 (0,94-1,99)
Uso irregular/não uso	198	6,2	2977	93,8		
<b>USO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO COM PARCEIRO FIXO (n= 3125)*</b>						
Sim	46	11,1	367	88,9	<b>0,001</b>	Referência 0,55 (0,39-0,77)
Não	174	6,4	2538	93,6		
<b>USO DE PRESERVATIVO NOS ÚLTIMOS 12 MESES COM PARCEIRO EVENTUAL (n= 5505)*</b>						
Uso regular	44	6,8	599	93,2	<b>&lt;0,001</b>	Referência 0,44 (0,32-0,63)
Uso irregular/não uso	154	3,2	4708	96,8		
<b>USO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO COM PARCEIRO EVENTUAL (n= 1863)*</b>						
Sim	53	11,3	414	88,7	<b>0,04</b>	Referência 0,69 (0,49-0,98)
Não	114	8,2	1282	91,8		
<b>DST NOS ÚLTIMOS DOZE MESES (n=5492)*</b>						
Não	174	3,4	4896	96,6	<b>&lt;0,001</b>	Referência 17,66 (13,78-22,69)
Sim	159	37,7	263	62,3		

\*Retirado valores ignorados e que não se aplicavam.

Observa-se que não houve diferença entre os sexos em relação ao acometimento de DST nos últimos 12 meses (Tabela 5). Em 50,4% desses casos não havia anotação de busca por tratamento. Entre os demais (n=167), 52% dos homens e 69% das mulheres procuraram por algum serviço de saúde; entretanto em 46,4% dos prontuários dos homens e em 31,0% das mulheres não havia anotação de busca de tratamento.

Quanto ao tipo de exposição, a maioria dos indivíduos com sífilis da presente pesquisa foi acometida por exposição sexual apresentando forte associação para esta variável (Tabela 5).

Comparando-se o número de parceiros, a maioria dos homens apresentou dois ou mais parceiros (68,8%), enquanto que 51,2% das mulheres relataram parceiro único. Ressalta-se maior probabilidade quando o número de parceiros é maior, ou seja, para 2 a 10 parceiros o OR= 2,72 (IC95%: 1,59-4,77) aumentando para 6,06 (IC95%: 2,03-18,13) quando o número de parceiros eleva para 11 ou mais (Tabela 5).

**TABELA 5** – Casos positivos de Sífilis em indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento segundo variáveis relacionadas ao sexo e a atividade sexual. Londrina-PR, 2012-2014.

VARIÁVEIS	CASOS POSITIVOS DE SÍFILIS					p	OR (IC95%)
	MASCULINO (n = 254)		FEMININO (n = 83)				
	TOTAL	%	TOTAL	%			
<b>DST NOS ÚLTIMOS DOZE MESES (n=333)*</b>							
Sim	130	52,0	44	53,0	0,873	0,96 (0,58-159)	
Não	120	48,0	39	47,0		Referência	
<b>TIPO DA EXPOSIÇÃO (n= 331)*</b>							
Não sexual	7	2,8	8	9,8	<b>0,014</b>	Referência	
Sexual	242	97,2	74	90,2		3,73 (1,31-10,65)	
<b>NÚMERO DE PARCEIROS NOS ÚLTIMOS 12 MESES (n= 329)*</b>							
1	71	28,7	42	51,2	<b>&lt;0,001</b>	Referência	
2-10	129	52,2	28	34,1		2,72 (1,59-4,77)	
11 ou mais	41	16,6	4	4,9		<b>0,001</b>	6,06 (2,03-18,13)
0	6	2,4	8	9,8			

\*Retirado valores ignorados.

Outra variável comportamental analisada foi em relação ao tipo de parceria dos casos positivos de sífilis. Dentre os 323 indivíduos em que havia identificação do tipo de parceiro, 75 (98,7%) mulheres e 113 (45,8%) homens relataram parceria heterossexual. Foi referido entre os homens que 112 (45,3%) mantinham parcerias homossexuais e 22 (8,9%) bissexuais. Apenas uma mulher (1,3%) relatou parceria homossexual e nenhuma bissexual. Ressalta-se que, para esta variável, não foi possível realizar análises estatísticas em função da baixa frequência ou ausência em algumas parcerias, o que levaria a interpretações não confiáveis.

Em relação ao uso de drogas nos últimos 12 meses, a maior chance de apresentar sífilis foi entre o sexo masculino, o que ocorreu também entre os usuários de álcool e maconha. Não houve diferença estatística entre os sexos para uso de cocaína (injetável ou aspirada) e crack (Tabela 6).

**TABELA 6** – Casos positivos de Sífilis em indivíduos atendidos em um Centro de Referência segundo variáveis relacionadas ao sexo e ao uso de drogas. Londrina-PR, 2012-2014.

VARIÁVEIS	CASOS POSITIVOS DE SÍFILIS					p	OR (IC95%)
	MASCULINO (n = 254)		FEMININO (n = 83)				
	TOTAL	%	TOTAL	%			
<b>USO DE DROGAS</b>							
Não	123	48,4	63	75,9	<b>&lt;0,001</b>	Referência	
Sim	131	51,6	20	24,1		3,35 (1,91-5,87)	
<b>USO DE ÁLCOOL</b>							
Nunca usou	126	49,6	56	67,5	<b>&lt;0,001</b>	Referência	
Usa/usou	128	50,4	27	32,5		2,79 (1,58-4,92)	
<b>USO DE MACONHA</b>							
Nunca usou	192	75,6	75	90,4	<b>0,006</b>	Referência	
Usa/usou	62	24,4	8	9,6		3,02 (1,38-6,62)	
<b>USO DE COCAÍNA (injetável ou aspirada)</b>							
Nunca usou	208	81,9	74	89,2	0,102	Referência	
Usa/usou	46	18,1	9	10,8		2,78 (0,82-9,49)	
<b>USO DE CRACK</b>							
Nunca usou	218	85,8	74	89,2	0,255	Referência	
Usa/ usou	36	14,2	9	10,8		1,78 (0,66-4,79)	

Com relação ao uso de preservativo, não foi verificada diferença entre os sexos para uso de preservativo nos últimos 12 meses com parceiro fixo ou eventual, e na última relação com parceiro fixo. Observou-se maior chance de apresentar sífilis as mulheres que não usaram preservativo na última relação com parceiro eventual embora com p valor limítrofe ( $p=0,049$ ).

**TABELA 7** – Casos positivos de Sífilis em indivíduos atendidos em um Centro de Referência, segundo o sexo e informações do uso de preservativos. Londrina-PR, 2012-2014.

VARIÁVEIS	CASOS POSITIVOS DE SÍFILIS					p	OR (IC95%)
	MASCULINO (n = 254)		FEMININO (n = 83)				
	TOTAL	%	TOTAL	%			
<b>USO DE PRESERVATIVO NOS ÚLTIMOS 12 MESES COM PARCEIRO FIXO (n= 232)*</b>							
Uso regular	27	16,1	7	10,9	0,326	Referência	
Uso irregular/não uso	141	83,9	57	89,1		0,64 (0,26-1,56)	
<b>USO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO COM PARCEIRO FIXO (n= 220)*</b>							
Sim	36	22,9	10	15,9	0,247	Referência	
Não	121	77,1	53	84,1		0,64 (0,29-1,37)	
<b>USO DE PRESERVATIVO NOS ÚLTIMOS 12 MESES COM PARCEIRO EVENTUAL (n= 196)*</b>							
Uso regular	40	23,3	4	15,4	0,372	Referência	
Uso irregular/não uso	132	76,7	22	84,6		0,60 (0,19-184)	
<b>USO DE PRESERVATIVO NA ÚLTIMA RELAÇÃO COM PARCEIRO EVENTUAL (n= 167)*</b>							
Sim	50	34,7	3	13,0	<b>0,049</b>	Referência	
Não	94	65,3	20	87,0		0,28 (0,08-0,99)	

\*Retirado valores ignorados e que não se aplicavam.

Observaram-se anotações de presença ou ausência de outras DST em 113 prontuários, havendo referência a 44 indivíduos (13,1%) que apresentaram uma ou mais co-infecções. A tabela 8 apresenta o número e percentagem de co-infecções em relação ao número de prontuários em que havia anotações (primeira coluna) e em relação ao total de pacientes, considerando-se a ausência de co-infecções quando não havia nenhuma anotação (segunda coluna).

A infecção pelo HIV foi a mais frequente entre os indivíduos com sífilis, correspondendo a 15,0% dos casos em que foi encontrada anotação a respeito de co-infecções, representando uma prevalência de 5,0% sobre o total de casos de sífilis (Tabela 8).

**TABELA 8** – Presença de co-infecções entre os indivíduos com diagnóstico positivo de Sífilis atendidos em um Centro de Referência. Londrina-PR, 2012-2014. (n=112)

VARIÁVEIS	TOTAL DE ANOTAÇÕES ( n = 113)		TOTAL DE CASOS ( n = 337)	
	N	%	N	%
<b>INFEÇÃO PELO HIV*</b>				
Não	96	85,0	320	95,0
Sim	17	15,0	17	5,0
<b>HEPATITE B*</b>				
Não	111	98,2	335	99,4
Sim	2	1,8	2	0,6
<b>HEPATITE C*</b>				
Não	107	94,7	331	98,2
Sim	6	5,3	6	1,8
<b>CONDILOMATOSE GENITAL (HPV)*</b>				
Não	104	92,0	328	97,3
Sim	9	8,0	9	2,7
<b>HERPES GENITAL*</b>				
Não	107	94,7	331	98,2
Sim	6	5,3	6	1,8
<b>OUTRAS/NÃO ESPECIFICADAS**</b>				
Não	102	90,3	326	96,7
Sim	11	9,7	11	3,3

\*Retirado valores ignorados e que não se aplicavam.

\*\*Balanopostite (3), Donovanose (1), Cancro mole (1) e Úlcera genital não especificada (6)

A Tabela 9 mostra os testes não treponêmicos quantitativos (VDRL) realizados nos indivíduos com resultado positivo do teste rápido. Os resultados apontam alguns casos não reagentes (34,1%) e diluições variadas, podendo indicar desde cicatriz sorológica até sífilis ativa ou latente.

No acompanhamento por meio da realização do VDRL, verificou-se que 110 (67,5%) indivíduos realizaram um segundo exame de controle, com

resultados que variaram de não reagente até diluição de 1:512. Um terceiro teste não treponêmico de controle foi realizado por 50 (30,7%) pacientes, resultando em não reagentes e diluição até 1:256. Para a quarta coleta do VDRL, apenas 23 (14,1%) indivíduos retornaram e, embora, a maioria apresentava-se não reagente, ainda identificou-se titulação de 1:128 (Tabela 9).

**TABELA 9** – Resultado de teste não treponêmico (VDRL) entre os indivíduos com resultado do teste rápido (treponêmico) positivo atendidos em um Centro de Referência. Londrina-PR, 2012-2014 (n=337).

RESULTADO VDRL	TOTAL DOS ATENDIDOS	
	n	%
Não reagente	115	34,1
Diluição 1:1 a 1:4	52	15,4
Diluição 1:8 a 1:32	83	24,7
Diluição 1:64 a 1:256	54	16,0
Diluição 1:512 ou mais	4	1,2
Resultado sem titulação anotada	5	1,5
Ignorado/Não realizado	24	7,1
<b>TOTAL</b>	<b>337</b>	<b>100,0</b>

Observa-se que as anotações contidas nas fichas do SI-CTA e nos prontuários são escassas em relação a algumas variáveis de interesse, como por exemplo, a classificação da sífilis em que em 30,2 % dos casos não foi identificada. O mesmo ocorreu em relação ao tratamento e acompanhamento. Apenas em 16,6 % dos casos havia anotação de alta (Tabela 10).

Em relação ao diagnóstico e tratamento de parceiros não havia anotações na maioria dos casos (97,3%); identificou-se apenas sete parceiros tratados no mesmo serviço e dois encaminhados.

**TABELA 10** – Dados relacionados aos casos positivos de Sífilis diagnosticados em um Centro de Testagem e Aconselhamento e acompanhados no Centro de Referência para doenças transmissíveis. Londrina-PR, 2012-2014.

VARIÁVEIS	N	%
<b>FASE DA INFECÇÃO (n = 337)</b>		
Ativa	163	48,4
Cicatriz sorológica	151	44,8
Não identificada	23	6,8
<b>CLASSIFICAÇÃO (n = 337)</b>		
Primária	72	21,4
Secundária	11	3,3
Terciária	01	0,3
Cicatriz sorológica	151	44,8
Não identificada	102	30,2
<b>TRATAMENTO ANOTADO (n = 163)</b>		
Sim	99	60,7
Não	11	6,8
Não anotado/Ignorado	53	32,5
<b>ACOMPANHAMENTO (n = 163)</b>		
Sim, até a alta	27	16,6
Sim, até o primeiro retorno	85	52,1
Ignorado/não anotado	51	31,3

Analisando-se a fase da infecção da sífilis, notou-se um maior número de casos de doença ativa nas faixas etárias que se situam entre 13 e 44 anos de idade, sexo feminino, não brancos e em indivíduos com união estável. Os percentuais de escolaridade foram semelhantes nos três níveis apresentados. Contudo, apresentaram associação estatística as mesmas faixas etárias citadas anteriormente e a raça/cor não brancos (Tabela 11).

**TABELA 11** – Classificação da Sífilis (Doença ativa e cicatriz sorológica) dos indivíduos atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento segundo variáveis sociodemográficas. Londrina-PR, 2012-2014.

VARIÁVEIS	DOENÇA ATIVA (n = 163)		CICATRIZ SOROLÓGICA (n = 151)		p	OR (IC95%)
	n	%	n	%		
<b>IDADE (anos)</b> (n = 337)						
13-24	39	61,9	24	38,1	<b>0,007</b>	3,61 (1,41-9,21)
25-34	59	55,1	48	44,9	<b>0,024</b>	2,73 (1,14-6,54)
35-44	38	62,3	23	37,7	<b>0,007</b>	3,67 (1,43-9,42)
45-54	14	35,9	25	64,1	0,675	1,24 (0,45-3,46)
55-59	1	9,1	10	90,9	0,180	0,22 (0,02-2,01)
60-90	9	31,0	20	69,0		Referência
<b>SEXO</b> (n = 337)						
Feminino	43	53,8	37	46,2		Referência
Masculino	117	50,9	113	49,1	0,657	0,89 (0,53-1,48)
<b>RAÇA/COR</b> (n = 317)*						
Branco	111	48,9	116	51,1		Referência
Não branco	41	63,1	24	36,9	<b>0,045</b>	1,78 (1,01-3,15)
<b>ESCOLARIDADE</b> (n = 331)*						
Médio completo	31	50,0	31	50,0		Referência
Médio incompleto	58	51,8	54	48,2	0,821	1,07 (0,58-1,99)
Fundamental incompleto	67	51,5	63	48,5	0,842	1,06 (0,58-1,95)
<b>ESTADO CIVIL</b> (n = 333)*						
União estável	49	58,3	35	41,7		Referência
Não união estável	110	49,5	112	50,5	0,171	0,70 (0,42-1,16)

\*Retirado valores ignorados e que não se aplicavam.

## 6 Discussão

A sífilis, agravo de diagnóstico e tratamento não complexo e facilmente evitável, apresenta, ainda hoje, um expressivo número de casos, a despeito da disponibilidade de insumos de proteção gratuitos.

O teste rápido para o diagnóstico da sífilis, cuja realização é acompanhada do aconselhamento para essas e outras DST, possibilita o acesso rápido ao resultado e às informações sobre cada patologia, medidas de prevenção e obtenção de insumos, entre os quais os preservativos. Neste estudo apontam-se, além da prevalência, os fatores de risco para a sífilis, os quais podem ser estendidos a outras DST, mostrando-se a vulnerabilidade de alguns grupos populacionais a essas infecções.

A prevalência geral de sífilis, identificada neste estudo (6,3%), apresentou índice menor do que o observado em estudo multicêntrico realizado em 10 cidades brasileiras, o qual revelou a prevalência de 13,9%, com ênfase em duas cidades: Rio de Janeiro (23,5%) e Belo Horizonte (13,9%) (GUIMARÃES et al., 2013).

Especificamente em população de rua, estudo realizado no estado de São Paulo, Brasil, avaliou a prevalência de sífilis e fatores associados utilizando o teste rápido em 1.405 indivíduos, apontando a prevalência de 7% (PINTO et. al, 2014a).

Outro estudo, realizado em Angola-África, com indivíduos atendidos em um Centro de Referência e Testagem para HIV, demonstrou positividade maior de sífilis (15%) entre os 431 sujeitos pesquisados (NEBENZAHL et al., 2013).

No presente estudo, analisando-se a prevalência por gênero, observou-se que foi maior nos homens do que nas mulheres, com diferença estatisticamente significativa.

Em um estudo voltado a analisar casos de sífilis adquirida em uma capital brasileira, os autores constataram que o predomínio (73,8%) era do sexo masculino e em idade sexualmente ativa (58,9% dos casos entre 20 e 39 anos) (GUIMARÃES et al., 2013).

No tocante à idade, na presente pesquisa observou-se prevalência maior entre indivíduos sexualmente ativos, com maior significância estatística entre 25 e 34 anos. Entretanto, ressalta-se o diagnóstico de sífilis em indivíduos em grupos etários extremos, ou seja, entre 14 e 90 anos.

A precocidade na iniciação sexual tem sido considerada fator de risco para DST (PAIVA et al., 2008). Em conformidade com a Pesquisa Nacional de Saúde do Adolescente, que entrevistou mais de cem mil adolescentes entre 13 e 15 anos, de escolas públicas e privadas, 28,7% relataram que já tiveram uma relação sexual. Esse índice atinge patamares semelhantes a outras pesquisas internacionais realizadas pela OMS (OLIVEIRA-CAMPOS et al., 2012). Vale ressaltar que além do risco de adquirir DST e desenvolver uma gravidez não planejada, o código Penal Brasileiro dispõe que as relações sexuais abaixo dos 14 anos constituem crime sexual contra vulnerável, sujeito a penalidades (CÓDIGO PENAL, 1940).

Em contrapartida, é preocupante a presença de sífilis na terceira idade, observada em ambos os sexos em alguns estudos. Os autores ponderam que as inovações farmacêuticas têm contribuído para prolongar a vida sexual dos indivíduos, propiciando um aumento da promiscuidade principalmente por parte dos homens. Por questões culturais, esses indivíduos não aceitam fazer uso de insumos de prevenção, tornando-se vulneráveis para adquirir sífilis ou outra DST, mantendo relações sexuais desprotegidas, mesmo com sua parceira fixa (SILVA; LOPES; VARGENS, 2010; SILVA; VARGENS, 2009).

Segundo Lazarini et al. (2012), em estudo ecológico retrospectivo que analisou a tendência e características da epidemia da aids no município de Londrina-PR, nos anos de 1986 a 2008, foi constatado que, no início desse período, a prevalência de aids entre a população com 50 anos ou mais era de 8,1%, e no fim do período esse índice havia dobrado (16,5%).

Outro ponto de relevância que se aponta no presente estudo é a baixa escolaridade que pode interferir na compreensão das orientações em relação às medidas preventivas, corroborando os resultados de pesquisa realizada em São Paulo e Recife, em que os menos escolarizados possuíam informações incorretas

sobre formas de prevenção e contágio, refletindo-se no aumento de DST (GARCIA; SOUZA, 2010).

Entende-se que algumas questões de natureza educacional podem interferir na adoção de medidas preventivas, por exemplo, a baixa escolaridade, a qual pode contribuir para o aumento de casos dessas infecções. Considerando-se que tanto a sífilis quanto as demais DST são transmitidas predominantemente por via sexual, vários aspectos devem ser considerados, entre os quais o nível de entendimento e a capacidade do autocuidado.

Contudo, alguns autores afirmam que a escolaridade perdeu o seu destaque como fator de risco frente ao HIV/DST devido à existência atual de diversos meios de veiculação de informações básicas sobre as formas de transmissão — televisão, jornais, revistas, folhetos, campanhas de saúde, entre outros (GERMANO et al., 2008). Porém, o nível de compreensão dessas mensagens educativas está diretamente vinculado ao fator nível educacional no que tange a tomada de decisão, por exemplo, aquisição de insumos (preservativos e seringas) e tratamento das DST (FONSECA; SZWARCOWALD; BASTOS, 2002).

Outro estudo aponta que a baixa escolaridade e o estado civil não apresentaram associação estatística com o HIV, nem com a sífilis (MANYHI et al., 2015).

Em relação ao estado civil, e corroborando o achado da atual pesquisa, estudo realizado em Cuba, com 120 indivíduos com sorologia positiva para sífilis, constatou que 76,7% mantinham relações não estáveis. Acredita-se que indivíduos que não possuem parceria fixa tendem a trocar mais de parceiros e, conseqüentemente, aumentam as possibilidades de adquirirem DST (DOMÍNGUEZ; ENRÍQUEZ; IZQUIERDO, 2011).

Conhecer o perfil da população que procura o CTA é essencial, pois permite identificar as fragilidades e as necessidades dos serviços, possibilitando melhor direcionamento para as campanhas de prevenção (GERMANO et al., 2008).

Em relação ao recorte populacional observou-se diferença estatisticamente significativa e forte associação para sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas e portadores de DST. Também identificaram-se outros aspectos associados: mulher que faz sexo com mulher, bissexualidade, portador de sífilis e gestante.

Várias pesquisas têm apontado a população de HSH com risco aumentado para DST. Em uma revisão sistemática internacional em HSH a prevalência de sífilis foi de 7,5% (ZONI; GONZALEZ; SJOGREN, 2013), bem menor do que a identificada no presente estudo.

No Brasil, estudo realizado em Salvador aponta que a prevalência de sífilis em HSH é muito maior (14%) em comparação com a prevalência na população geral de homens (1,3%) (BRIGNOL et al., 2015). Contudo, ações de prevenção e intervenções diretas aos HSH devem ser realizadas incluindo políticas sociais que visam melhorar as condições de vida e reduzir o estigma, facilitando maior aproximação com os serviços de saúde (BRIGNOL et al., 2015).

Quanto às gestantes, poucas procuraram o CTA para realizar o teste rápido, o que é justificado pela cobertura do exame nas Unidades Básicas de Saúde, onde é realizado o pré-natal. Pondera-se sobre a necessidade de haver rigoroso controle da sífilis durante a gestação, pois, quando não tratada implica graves consequências, tanto para a gestante quanto para o feto ou recém-nascido. A transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação, normalmente entre a 16<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup> semana. Na sífilis primária e secundária a incidência de transmissão vertical varia de 70 a 100%. Na sífilis latente tardia e terciária a incidência diminui para 30% (CARVALHO; BRITO, 2014; BRASIL, 2015a).

Em qualquer fase da gravidez, em mulheres infectadas, pode ocorrer aborto, morte fetal, mortalidade neonatal, parto prematuro e baixo peso ao nascer (EMERSON, 2009). O Departamento de DST, aids e hepatites virais (DDAHV) do Ministério da Saúde, na tentativa de controlar a sífilis congênita, tem lançado protocolos específicos de atendimento à gestante, tendo publicado recentemente o “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): atenção

integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)”, ampliando as formas de tratamento das DST, incluindo a sífilis congênita e adquirida (BRASIL, 2015a).

A sífilis congênita tem sido muito discutida, pois se trata de um agravo que depende, em grande parte, da implementação de políticas públicas associadas a uma boa assistência pré-natal. É preciso garantir exames diagnósticos e tratamento adequado, não apenas para a gestante, mas também para o seu parceiro, visando minimizar as consequências.

O Boletim Epidemiológico da Sífilis retrata, com excelência, a situação epidemiológica da sífilis congênita e em gestantes, no Brasil, por meio de dados obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), até o ano de 2014, com protocolos e portarias atualizadas a respeito do manejo da doença (BRASIL, 2015e).

O uso de drogas e o relato de DST mostraram-se fortemente associados à sífilis. Um estudo realizado em Recife, com 400 usuários de drogas, avaliou a vulnerabilidade e a prevalência não somente de sífilis, mas também do HIV nessa população, constatando-se que a maioria eram homens (71%), jovens e sem união estável. Usavam crack (quatro dias por semana) e consumiam múltiplas drogas. Metade desses usuários havia iniciado o uso de drogas ilícitas há mais de seis anos e a maconha em idade ainda mais precoce, antes dos 18 anos (SANTOS, 2013). O consumo de drogas em idade precoce, associado à iniciação sexual precoce, possivelmente potencializa a vulnerabilidade dos jovens à sífilis e às demais DST.

Estudos apontam a história prévia de DST associadas à sífilis em diferentes populações; em gestantes foram demonstradas taxas elevadas de DST (MIRANDA et al., 2009), e em mulheres profissionais do sexo a prevalência de DST foi de 71,6% e, dentre estes casos, 4,05% eram de sífilis, sendo os maiores valores encontrados nas infecções por HPV (67,7%) e clamídia (20,5%) (POGETTO; SILVA; PARADA, 2011).

Outra pesquisa realizada com usuários de drogas em 10 cidades brasileiras constatou a influência do uso de álcool e drogas sobre a vulnerabilidade e exposição ao HIV e outras DST, assumindo uma importância central na dinâmica de disseminação da epidemia do HIV/aids e DST. O estudo mostra a necessidade da implementação de programas de redução de danos de apoio individual e coletivo (OLIVEIRA, 2012).

Observou-se na presente pesquisa, associação com a sífilis o relato de DST nos últimos doze meses. Confirma-se esse achado com estudo que aponta um caso de sífilis em cada 10 indivíduos com história prévia de DST (PINTO et al., 2014a).

Algumas inconsistências foram encontradas no presente estudo em relação ao uso do preservativo, identificando-se associação de sífilis com o uso de preservativo nos últimos doze meses com parceiro eventual e na última relação com parceiro fixo ou eventual. Pondera-se sobre a possibilidade de falhas no preenchimento das fichas do CTA referidas anteriormente, tanto devido à falta de compreensão dos usuários em relação às terminologias quanto à falta de padronização do registro das informações pelos profissionais. Acrescenta-se ainda o julgamento do próprio indivíduo sobre o seu entendimento acerca do que significa parceiro fixo ou eventual.

De modo geral, os estudos apontam que o uso do preservativo impede a transmissão das DST quando usados regularmente. Avaliando as vulnerabilidades frente ao HIV/DST, estudo realizado em duas capitais brasileiras revelou que a motivação em relação ao uso do preservativo ainda ocorre de maneira errônea. A declaração de uso entre os entrevistados foi relativamente baixa em ambas as cidades, associando o uso ao tipo de relação e à fase do relacionamento. Em relação ao uso de preservativos, a preocupação da maioria dos jovens foi o controle de reprodução. Jovens com alta escolaridade, moradores de São Paulo, relataram que assim que obtinham certa estabilidade no relacionamento recorriam à testagem anti-HIV, desobrigando-os de usarem o preservativo nas relações. Homens mais velhos, especialmente os de Recife, declararam não usar preservativos nem nos relacionamentos extraconjugais. A expressão confiança

esteve presente nos depoimentos de ambos os sexos, porém com conotações distintas. Para os homens confiança na parceira (namorada, esposa/companheira) significa exclusividade sexual. Para elas, confiar no parceiro (namorado, marido/companheiro) não é acreditar na fidelidade ou exclusividade sexual, mas sim que eles se protejam nas relações extraconjugais. Mulheres mais velhas disseram não usar preservativos por estarem resguardadas de risco devido à estabilidade da união, demonstrando preocupação com os filhos em relação ao uso de preservativo. Muitas mulheres alegam o não uso do preservativo devido à negativa do parceiro (GARCIA; SOUZA, 2010).

Em relação às mulheres adultas, principalmente as idosas, outro estudo enfatiza a fragilidade no que se refere a não negociação por sexo seguro presente nas relações duradouras. O casamento é destacado como fator de proteção às doenças. O amor, fidelidade, respeito, confiança e cumplicidade gera uma visão romântica, podendo levar ao abandono do uso de preservativos, acreditando estarem realmente protegidas (SILVA; LOPES; VARGENS, 2010; SILVA; VARGENS, 2009). Constata-se, assim, que o uso de preservativos envolve questões socioculturais, diferenciando-se entre os gêneros, faixa etária e tipo de parcerias.

A mesma situação é constatada entre os adolescentes em uma análise da influência das relações assimétricas de gênero que mostrou a exposição do sexo feminino às DST/aids no nordeste brasileiro, apontando a dificuldade em negociar com o parceiro o uso do preservativo. Também denunciou a falta de ações de saúde preventivas voltadas ao público adolescente em várias localidades do país, falha essa que gera repercussões acerca da saúde sexual e reprodutiva em todo o decorrer da vida (SAMPAIO et al., 2011).

Segundo Callegari et al. (2014), dos 438 indivíduos estudados de ambos os sexos, 326 (74,4%) mencionaram que sempre fizeram uso de preservativo no último ano, e 112 (25,6%) disseram usá-lo às vezes ou nunca nesse mesmo período.

Os resultados obtidos com esses estudos sinalizam que, apesar das inúmeras orientações educativas, o uso de preservativo apresenta dificuldade em ser incorporado na prática sexual dos indivíduos.

Em relação à forma de contágio da sífilis, a análise de regressão logística bivariada mostrou associação para exposição sexual e em relação ao número de parceiros. Confirmando esse achado, estudo realizado na Etiópia – África, afirma que a presença de sífilis ocorreu principalmente por meio de relações sexuais desprotegidas, e que a exposição por transfusão sanguínea era insignificante devido à rigorosa seleção e testes dos doadores (SHIMELIS et al., 2015).

O número de parceiros foi fortemente associado à sífilis, mostrando que quanto maior o número, maior é a probabilidade de adquirir a infecção. Callegari et al. (2014) também demonstraram maior número de casos de sífilis em indivíduos com maior número de parceiros sexuais, ou seja, a prevalência da doença foi de 13,9% entre os que tiveram menos de cinco parceiros, aumentando para 86,1% para os casos com cinco ou mais parceiros nos últimos doze meses.

Notam-se algumas diferenças de gênero em relação ao número e tipo de parcerias sexuais nos últimos doze meses; as mulheres relataram parceria única enquanto que a maioria dos homens apresentou duas ou mais parcerias. Estudo realizado com mulheres mostrou percentual semelhante (56,5%) em relação à parceria única nos últimos doze meses (PINTO et al., 2014 b), enquanto que outro apontou percentual mais baixo (34,3%) para parceria fixa, seguida por parceria só eventual (19,2%), fixo e eventual (17,7%) e sem parceria (28,8%). Em contrapartida, possuir parcerias eventuais esteve presente em 56,3% dos homens (PINTO et al., 2014a).

No presente estudo, enquanto a maioria das mulheres relatou parceria heterossexual, entre os homens os valores foram semelhantes para as categorias heterossexual e homossexual. Segundo Nascimento; Sousa e Pinto (2014), após análise do perfil de 547 usuários soropositivos também de um CTA, os achados em relação às preferências sexuais foram similares tanto para as

mulheres (predominantemente heterossexuais - 96,7%) quanto para os homens (heterossexuais - 43,3% e homossexuais - 43,0%).

Entre homens que fazem sexo com homens identificam-se várias categorias de parcerias como o estudo realizado por Li et al. (2010), em que 54,2% se declararam exclusivamente homossexuais, 38,7% predominantemente homossexuais, e 7,1% disseram ser predominantemente heterossexuais com atividades homossexuais incidentais.

Outro fator de relevância encontrado no presente estudo é em relação ao uso de drogas entre os casos positivos de sífilis, de acordo com o sexo. Após análise bivariada, a maior chance de apresentar a infecção foi entre os homens usuários de álcool e maconha.

Diversos estudos indicam associação com o uso de diferentes drogas. O uso de crack foi o principal fator de risco associado à sífilis (PINTO et al., 2014 a). Em população de rua, a maconha foi identificada como a droga mais usada, seguida por cocaína inalada, crack e cocaína injetável. Nessa pesquisa os autores não coletaram dados referentes ao uso de álcool (PINTO et al., 2014 a).

Em conformidade com o observado nesta pesquisa, outro estudo revela a ingestão de álcool e mostra, como fator preditor somente para sífilis, o consumo de álcool quando comparado ao HIV e HBV. Ainda, indivíduos que bebem são mais propensos a ter múltiplos parceiros sexuais e menos propensos a usar preservativo de forma consistente (Li et al., 2010).

No que se refere ao uso de preservativo, nos casos positivos de sífilis, foram considerados “Não risco” o uso regular e “Risco” o uso irregular ou não uso. Na análise bivariada não foi constatada diferença entre os sexos para uso de preservativo nos últimos 12 meses com parceiro fixo ou eventual, e na última relação com parceiro fixo. A única diferença foi constatada para uso de preservativo na última relação com parceiro eventual, em que pessoas do sexo masculino tiveram menor probabilidade em adquirir a sífilis quando não usaram preservativos na última relação com parceiro eventual.

Duas hipóteses que justificariam tal “proteção ao não uso de preservativo na última relação com parceiro eventual em homens”. A primeira é que, em virtude de essa informação ser autorrelatada, pode ter ocorrido falha no momento de coletar e/ou anotar esse dado. A outra seria devido ao resultado ter sido *borderline* (OR: 0,28; IC95%:0,08 – 0,99;  $p = 0,049$ ), o que pode ser um achado estatístico que perderia a significância quando analisado um número maior de indivíduos.

Sabe-se que o uso consistente de preservativo contribui para a prevenção de DST, mas quando analisada a informação de “proteção ao não uso” remete a um entendimento controverso, conforme já discutido anteriormente.

Ressalta-se a importância epidemiológica e clínica da presença de coinfeções como HIV, Hepatites B e C, HPV e Herpes, pois a presença de lesão, como é o caso da sífilis, favorece a instalação de outras DST.

No presente estudo constata-se alta prevalência de HIV. Entretanto, essa taxa foi menor do que o observado por Adolf et al. (2012) (20,5%) e, após análise multivariada, apresentou associação com o sexo masculino e HSH.

A prevalência da sífilis em indivíduos infectados pelo HIV varia nos diversos grupos populacionais: gestantes (0,3%); mulheres (6,2%), em ambulatório especializado (5,3%) e em HSH (39,6%) (MANYHI et al., 2015; PINTO et al., 2014b; CALLEGARI et al., 2014; JANSEN et al., 2015).

Outras coinfeções também têm sido observadas em indivíduos com sífilis, como hepatite B (3,3%) e HIV (2,6%) (Li et al., 2010). Em um centro de testagem sorológica na África foi avaliada não apenas a prevalência de infecções como HIV, Hepatites B e C e sífilis, mas também a presença de coinfeções associadas a algumas das doenças referidas, demonstrando que em 6% dos casos havia um agravo associado, e em 1,2% mais de três agravos (NEBENZAHL et al., 2013).

Recomenda-se que o diagnóstico da sífilis seja realizado por dois exames laboratoriais, um de triagem e outro confirmatório. O de triagem, realizado

pelo estudo proposto, foi o teste rápido (treponêmico) e o confirmatório foi o VDRL (não treponêmico) (BRASIL, 2010).

Em um primeiro exame de VDRL realizado foram observadas diferentes diluições, mais da metade variando desde 1:1 até 1:1024 (57,3%) e uma porcentagem considerável não reagente (34,1%). Esses achados precisam ser associados à história clínica e epidemiológica para que se possa estabelecer a fase da infecção.

O controle dos casos positivos de sífilis ao teste rápido pode ser realizado no próprio serviço de referência ou encaminhar o paciente às UBS ou outras instituições particulares. Entretanto, falta uma política de seguimento desses casos, pois não se tem informações se os indivíduos encaminhados realmente foram tratados. Assim, poucos pacientes realizaram VDRL de controle, a maioria limitando-se a um único retorno e poucos foram acompanhados até a alta.

Um dos importantes fatores relacionados a não adesão ao tratamento pelo indivíduo é o temor de que outras pessoas descubram o seu diagnóstico. Para manter sigilo do seu *status*, o paciente recusa o tratamento, consequência do medo de discriminação, rejeição e estigma (CAVALCANTE et al., 2012).

Na análise bivariada deste estudo não se observou diferença entre os sexos em relação ao acometimento de DST nos últimos 12 meses. A maioria das mulheres e homens procurou o serviço de saúde para o tratamento. Entretanto, cabe ressaltar que muitos indivíduos — tanto homens quanto mulheres — não realizaram o tratamento. Essa postura, segundo Germano et al., (2008), de desvalorizar seu estado de saúde, é denominada de população-ponte, expondo outras pessoas à infecção

Na maioria dos prontuários analisados não havia menção à classificação da sífilis (primária, secundária ou terciária), o que dificulta a análise em relação ao acompanhamento e desfecho dos casos.

Indivíduos com VDRL e teste rápido positivos podem sugerir sífilis ativa, latente ou tratada. Nos casos de VDRL negativo e teste rápido positivo, podem significar sífilis primária ou tratada, associando-a sempre à história clínica e epidemiológica atual e pregressa (BRASIL, 2010).

Segundo recomendação do Ministério da Saúde, define-se como Cicatriz sorológica indivíduos comprovadamente tratados que apresentam positividade no teste treponêmico (TR) e baixos títulos no teste não treponêmico (VDRL) (BRASIL, 2010).

Na classificação da sífilis em doença ativa e cicatriz sorológica, definidas no decorrer deste estudo, pode-se observar alta predominância da doença ativa nas faixas etárias mais jovens e em indivíduos que se autorreferem não brancos.

No que se refere à raça/cor, alguns estudos em diferentes populações associam a sífilis a não brancos (BRIGNOL et al., 2015; NASCIMENTO; SOUSA; PINTO, 2014; GUIMARÃES et al., 2013).

Em relação ao acompanhamento da sífilis, somente os testes não treponêmicos quantitativos são aconselháveis para avaliar a fase da doença e resposta ao tratamento. Propõe-se sua realização a cada seis meses até o fim do segundo ano de tratamento. Em indivíduos coinfectados pelo HIV recomenda-se o exame a cada três meses (BRASIL, 2010; NADAL; FRAMIL, 2007).

Percebe-se que as recomendações de acompanhamento e controle de cura foram pouco incorporadas, seja por parte do paciente, seja por parte do serviço que não realizou a busca dos casos. Considerando-se que o estudo foi realizado em 30 meses (junho de 2012 a dezembro de 2014), se tivesse ocorrido um acompanhamento adequado, segundo o que foi proposto (um exame de controle a cada seis meses, durante 24 meses), teria sido possível avaliar diversos desfechos e até a cura.

Cabe ressaltar que ao se avaliar o tratamento, constatou-se que 99 indivíduos (60,7%) realizaram o tratamento, 11 (6,8%) não trataram e 53 (32,5%) foram ignorados ou não anotados. Não quer dizer que necessariamente esses indivíduos não tenham se tratado, pois podem ter realizado o tratamento em serviço particular ou na Unidade Básica de Saúde de sua localidade, no entanto, o CTA perdeu a contrarreferência. Segundo Pinto et al. (2014a), todos os indivíduos

diagnosticados com sífilis em seu estudo foram encaminhados para tratamento e acompanhamento de cura na UBS.

Em relação ao tratamento de parceiros observou-se a falta de anotação deste dado nas fichas dos pacientes, pois foram identificados apenas sete (2,1%) casos em que os parceiros receberam tratamento no mesmo serviço e dois (0,6%) foram encaminhados para tratamento em outro serviço.

Um estudo realizado com 56 parturientes avaliou aspectos relacionados ao parceiro sexual. Destas, todas tinham parceiro fixo, e 50% delas alegaram desconhecer a importância do tratamento do parceiro. Iniciaram o tratamento 31 parceiros e receberam pelo menos uma dose de penicilina. Apenas seis foram adequadamente tratados; 19 parceiros recusaram o tratamento, alegando não se sentirem doentes, não acreditar no tratamento e tinham medo de injeção. Sabe-se que a gestante para ser considerada devidamente tratada deve receber as doses de acordo com a fase clínica da doença, tratamento concluído com 30 dias antes do parto e que seu parceiro tenha sido concomitantemente tratado (CAMPOS, 2012).

Enfatiza-se que o tratamento do parceiro se torna um determinante para a cura eficaz da mulher e para o fim do agravo, visando ao controle da doença e a detecção precoce. As mulheres em idade fértil apresentam riscos de reinfecção, problemática abordada como um possível agravante para a prevalência da sífilis (CAVALCANTE et al., 2012).

No que se refere a falhas no sistema de referência e contrarreferência, um estudo realizado em um centro obstétrico, com 56 gestantes infectadas (43 com HIV, 11 com sífilis e duas coinfetadas por sífilis e HIV), em São Paulo, revelou que essa lacuna persiste. Apenas quatro das gestantes com sífilis foram encaminhadas com as informações corretas e necessárias, e somente duas tinham anotações referente às sorologias e tratamento do parceiro. Em relação ao diagnóstico e tratamento, cinco das 13 gestantes com sífilis (38,5%) não receberam tratamento durante o acompanhamento pré-natal; duas foram tratadas após o diagnóstico no parto, e três (um caso de óbito fetal, um caso de aborto e um

nativo) conheceram o resultado da sorologia após a alta hospitalar (RAMOS; FIGUEIREDO; SUCCI, 2014).

Algumas limitações deste estudo referem-se ao uso de dados secundários do SI-CTA e dos prontuários. O sistema de registro utilizado para os indivíduos que procuram o serviço para realização dos testes rápidos está obsoleto, não permitindo compatibilidade com outros programas, por exemplo, Excell e SPSS. Os relatórios gerados pelo sistema permitiram a análise dos casos de sífilis e não sífilis apenas no programa OpenEpi, o que limitou algumas análises, especificamente a multivariada. Além disso, o preenchimento das fichas e a transcrição dos dados no SI-CTA podem apresentar algumas falhas, incluindo-se a possibilidade de divergências no correto preenchimento, o que pode justificar um razoável número de respostas como “não informado” e “não se aplica” em algumas variáveis.

Algumas falhas no SI-CTA têm sido apontadas em estudos, ressaltando-se dificuldades, divergências e falta de padronização no preenchimento das fichas entre os profissionais e também na compreensão dos usuários sobre algumas terminologias adotadas na ficha (SOUZA, CARDOSO, NAHASS, 2011; SOUZA, CZERESINA, 2010).

A escassez de anotações nos prontuários impede a interpretação de alguns dados importantes para se avaliar o desfecho dos casos, por exemplo, a titulação do VDRL, tanto na primeira coleta quanto nas demais fases para o controle de cura, classificação da sífilis e investigação e tratamento dos parceiros sexuais.

A despeito de todas as limitações, os resultados obtidos na presente pesquisa são de extrema relevância para os serviços públicos de saúde, permitindo identificar alguns fatores que levam à maior vulnerabilidade de alguns grupos populacionais, e para traçar estratégias de prevenção e controle da sífilis e de outras DST.

A falta de anotações na maioria dos prontuários sobre a investigação e tratamento de parceiros sexuais também deixa dúvidas se realmente

não houve controle desses casos. Assim, o teste rápido para o diagnóstico da sífilis tem se mostrado importante para o controle da doença, entretanto, falta uma estrutura de referência e contrarreferência para o acompanhamento dos casos e controle do(s) parceiro(s). Acreditar que o paciente procurou outro serviço, público ou privado, para o tratamento da doença não denota uma boa estratégia para o controle da sífilis.

As políticas públicas instituídas devem priorizar as populações mais vulneráveis, identificadas neste estudo como os indivíduos mais jovens, sexualmente ativos, do sexo masculino, HSH, usuários de drogas e os menos escolarizados.

## 7 Conclusão

No presente estudo buscou-se analisar a prevalência e fatores de risco associados à sífilis em um CTA. E durante a investigação pôde-se perceber uma considerável prevalência de sífilis na população que realizou o teste rápido, com maior acometimento do sexo masculino.

Dentre as características sociodemográficas associadas aos casos de sífilis observou-se predominância da população jovem, em idade sexualmente ativa, porém com algumas ressalvas de extremos de idade. Ficou evidente, ainda, a baixa escolaridade e a não união estável como fatores de risco à infecção. No recorte populacional, observou-se associação à sífilis dos portadores de DST, homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas.

Os fatores comportamentais mais relacionados aos casos de sífilis foram o uso de drogas nos últimos doze meses, especificamente o crack, a cocaína aspirada, a maconha e o álcool. Algumas inconsistências foram encontradas em relação ao uso do preservativo, possivelmente devido a falhas no preenchimento da ficha do CTA, identificando-se associação de sífilis com o uso de preservativo nos últimos doze meses com parceiro eventual e na última relação com parceiro fixo ou eventual.

Na análise dos casos de sífilis relacionados ao sexo, observou-se maior vulnerabilidade para os homens, associada à exposição sexual, maior número de parceiros (as) e ao uso de drogas, especialmente o álcool e a maconha.

Algumas coinfeções foram identificadas entre os casos de sífilis, como a infecção pelo HIV, papilomavírus humano, herpes e hepatites B e C.

Constatou-se, mediante análise das fichas do CTA e prontuários, a falta de preenchimento de alguns dados, como titulação de VDRL, essencial para o acompanhamento da doença, fase da infecção (primária, secundária ou terciária), tratamento proposto e sua adesão, alta, entre outros. Quase metade dos casos de sífilis se encontrava na fase ativa da doença, estando associada a indivíduos jovens e não brancos. Dados sobre a investigação de parceiros não foram encontrados na maioria dos prontuários.

A realização do teste rápido para sífilis, implantado nos serviços públicos brasileiros, constitui-se estratégia para melhorar o acesso da população ao diagnóstico e tratamento precoce. Entretanto, a despeito da possibilidade de identificação de fatores de risco associados à doença na população que procura pelo serviço, nota-se que muitas ações ainda devem ser implementadas para o controle da infecção. Políticas públicas de saúde voltadas para grupos mais vulneráveis devem ser instituídas, e, do mesmo modo, um sistema de referência e contrarreferência para os casos de doença ativa e para o controle dos parceiros.

# Referências

ADOLF, R. et al. **Prevalence and risk factors associated with syphilis in a cohort of HIV positive individuals in Brazil.** AIDS Care. V.24, n.2, p. 252-58, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21780954> Acesso em: 16 Nov. 2015.

ALBUQUERQUE, Ana Cecília Cavalcanti de et al. **Soroprevalência e fatores associados ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e sífilis em presidiários do Estado de Pernambuco, Brasil.** Ciênc. saúde coletiva. V. 19, n. 7, p. 2125-32. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000702125&lng=en&nrm=isohttp://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.08602013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702125&lng=en&nrm=isohttp://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.08602013). Acesso em: 29 Nov. 2015.

AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. **Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle.** Anais Brasileiros de Dermatologia, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, p. 111-126, 2006.

AZULAY, R.D.; AZULAY, R.D.; NERY, J.A.C. **Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias.** Seção 4. Pg. 1610-19. 2 ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL. **Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso.** Volume II. 3ª edição, pág. 129 - Ministério da Saúde Brasília/DF - junho 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Brasília, 2015 d. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/2015/tecnicos-do-ministerio-da-saude-e-parceiros-de-21-estados-brasileiros-se-reunem-por-vid> Acesso em: 20 set. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST/AIDS e hepatites virais. **Portal sobre AIDS, Doenças Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais:** centro de testagem e aconselhamento. Brasília, DF, 2011e. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/tipo\\_endereco/centro-de-testagem-e-aconselhamento](http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/centro-de-testagem-e-aconselhamento)>. Acesso em: 5 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Novo Teste Rápido de HIV/Sífilis obtém registro da ANVISA.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/02/novo-teste-rapido-de-hiv-sifilis-obtem-registro-da-anvisa>. Brasília, DF, 2015 b. Acesso em: 5 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.161 de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da Penicilina nas Unidades de Atenção Básica à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, 2011d. Disponível em: [www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs) Acesso em: 02 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.044 de 23 de Julho 2015**. Revoga a Portaria nº 77/GM/MS de 12 de janeiro Brasília, DF, 2015c. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/233/pt\\_n1\\_044\\_23072015\\_revoga\\_a\\_portaria\\_n\\_77\\_de\\_12\\_de\\_31353.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/233/pt_n1_044_23072015_revoga_a_portaria_n_77_de_12_de_31353.pdf) Acesso em: 26 ago. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 77 de 12 de Janeiro de 2012**. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077\\_12\\_01\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0077_12_01_2012.html). Acesso em: 25 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre o fluxograma laboratorial da sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/233/portaria\\_3242\\_12\\_pdf\\_28838.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2010/233/portaria_3242_12_pdf_28838.pdf). Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Protocolo clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Relatório de Recomendação. Abril, 2015. 121 pg. Brasília, 2015a. Acesso em: 02 set. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento. Manual de utilização. Série A- Normas e Materiais técnicos**. Formulário padrão de atendimento do SI-CTA. Brasília, DF, 2002. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/si\\_cta\\_0.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/si_cta_0.pdf) Acesso em: 1 set. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais. **Teste rápido HIV, sífilis e hepatites B e C**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/apresentacao\\_tr\\_hiv\\_sifilis\\_e\\_hepatites\\_pdf\\_22046.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/apresentacao_tr_hiv_sifilis_e_hepatites_pdf_22046.pdf). Acesso em: 12 abril 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. 7ª edição Série A. Normas e Manuais Técnicos AIDS, Hepatites Virais, Sífilis Congênita e Sífilis em Gestantes. Caderno 6. Brasília, 2009. Pg. 55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais: DST no Brasil. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/dst-no-brasil> >. Acesso em: 14 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília, 2015e. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58033/\\_p\\_boletim\\_sifilis\\_2015\\_final\\_pdf\\_p\\_\\_15727.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58033/_p_boletim_sifilis_2015_final_pdf_p__15727.pdf) Acesso em: 10 Out. 2015.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico sífilis. Ano I, n. I. Brasília, 2012a.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. 2010. 100 p.(Série TELELAB) Brasília, 2010.

BRASIL. Portaria Nº 1.271, de 6 de Junho de 2014. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências**. Brasília, 2014. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/hotsite/cruzeiros/documentos/2013/lista\\_nacional\\_de\\_doenças\\_de\\_notificacao\\_compulsoria\\_.pdf](http://www.anvisa.gov.br/hotsite/cruzeiros/documentos/2013/lista_nacional_de_doenças_de_notificacao_compulsoria_.pdf) Acesso em: 07 Out. 2015.

BRASIL. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em 01 set. 2015.

BRIGNOL, S.; DOURADO I.; AMORIM L.D.; KERR L.R.F.S. **Vulnerabilidade no contexto da infecção por HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil**. Cad. Saúde Pública. Vol. 31. N. 5. Pg. 1035-1048. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000500015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500015&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 23 Set. 2015

CALLEGARI, F.M.; PINTO-NETO, L.F.S.; MEDEIROS, C.J.; SCOPEL, C.B.; MIRANDA, A.E. **Syphilis and HIV co-infection in patients Who attend an AIDS outpatient clinic in Vitoria, Brazil**. AIDS Behavior. Vol. 18, Pg. 104-09, 2014.

CAMPOS, Ana Luiza de Araújo et al. **Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual**. Rev. Bras. Ginecologia Obstetrícia. V. 34, n. 9, p. 397-402. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032012000900002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000900002&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 09 Out. 2015.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. **Sífilis congênita no Rio Grande do Norte: estudo descritivo do período 2007-2010**. Epidemiol. Serv. Saúde. Vol. 23. Pg. 287-94. Brasília, 2014. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742014000200010&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000200010&lng=pt&nrm=iso) Acesso em: 03 Out. 2015.

CAVALCANTE, A. E. S. et al. **Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção básica em Sobral, Ceará**. DST - J bras Doenças Sex Transmissíveis. V.24, n. 4, p. 239-45, 2012. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista24-4-2012/4-Diagnostico%20e%20Tratamento%20da%20Sifilis.pdf> Acesso em: 29 Nov. 2015.

CHANG, Y.H. et al. **Associated factors with syphilis among human immunodeficiency virus-infected men who have sex with men in Taiwan in the era of combination antiretroviral therapy**. Journal of Microbiology, immunology and infection. N. 47, p. 533-41, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24388575> Acesso em: 20 Nov. 2015.

CÓDIGO PENAL. **Decreto-Lei N.o 2.848, de 7 de dezembro de 1940**. Disponível em: [http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp\\_DL2848.pdf](http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf). Acesso em: 04 Oct. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Parecer normativo n. 001 de 2013**. Aprova como competência do profissional Enfermeiro realizar testes rápidos para diagnósticos de HIV, sífilis e outros agravos. Disponível em: [http://novo.portalcofen.gov.br/enfermeiro-passa-a-realizar-testes-rapidos-de-hiv-sifilis-e-hepatites-virais\\_18177.html](http://novo.portalcofen.gov.br/enfermeiro-passa-a-realizar-testes-rapidos-de-hiv-sifilis-e-hepatites-virais_18177.html) >. Acesso em: 10 maio 2015.

CRESWELL, J. W. **Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches**. 3 ed. P. 132-36. SAGE Publications. London-UK, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25884178> Acesso em: 27 Nov. 2015.

DOMÍNGUES, I.D.; ENRÍQUEZ, O.S.; IZQUIERDO, A.R. **Caracterización de un grupo poblacional con diagnóstico de infección por *Treponema pallidum***. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. V. 37, n. 1, 2011. Disponível em: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37\\_01\\_11/gin08111.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol37_01_11/gin08111.htm) Acesso em: 22 Nov. 2015.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. **Prevalência de sífilis na gestação e testagem pré-natal: Estudo Nascer no Brasil**. Rev. Saúde Pública. V.48, n. 5, p. 766-74. São Paulo, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000500766&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000500766&lng=en&nrm=iso)<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005114>. Acesso em: 01 Dez. 2015.

EMERSON, C. Syphilis: **A Review of the Diagnosis and Treatment**. The Open Infectious Diseases Journal Vol. 3, Pg. 143-47, 2009. Disponível em: [http://www.researchgate.net/publication/228342780\\_Syphilis\\_A\\_Review\\_of\\_the\\_Diagnosis\\_and\\_Treatment](http://www.researchgate.net/publication/228342780_Syphilis_A_Review_of_the_Diagnosis_and_Treatment) Acesso em: 28 Set. 2015

FONSECA, M. G. P.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. **Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997**. Rev. Saúde Pública. Vol. 36, n. 6, p. 678-85. São Paulo, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102002000700004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700004&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 04 Out. 2015.

GARCIA F. L. B. **Prevalência de sífilis em adolescentes e jovens do sexo feminino no estado de Goiás**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública. 78 f. Goiânia-GO, 2009. Pg.7

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. **Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração**. Saúde sociedade. Vol. 19, supl. 2, p. 9-20. São Paulo, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600003&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 Out. 2015.

GERMANO, F. N.; SILVA T.M.G; MENDOZA-SASSI R.; MARTINEZ A.M.B. **Alta prevalência de usuários que não retornam ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para o conhecimento do seu status sorológico: Rio Grande, RS, Brasil**. Ciênc. saúde coletiva. Vol. 13, n. 3, p. 1033-1040. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413) Acesso em: 24 Set. 2015

GRANGEIRO, Alexandre et al. **Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP**. Rev. Saúde Pública. V. 46, n. 4, p. 674-84. São Paulo, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000400012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400012&lng=en&nrm=iso)<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000037>. Acesso em: 30 Nov. 2015.

GUIMARÃES M.D.C. et al. **Vulnerabilidade e fatores associados a HIV e sífilis em homens que fazem sexo com homens**. Revista médica de Minas Gerais. Vol. 28. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/403> Acesso em 02 Out. 2015.

HARPER K. N., OCAMPO P. S., STEINER B. M., GEORGE R. W., SILVERMAN M. S., BOLOTIN S., PILLAY A., SAUNDERS N. J., ARMELAGOS G. J. **On the origin of the treponematoses: a phylogenetic approach**. PLoS Negl Trop Dis Rev 2: p.148, 2008

HEBMULLER, M. G.; FIORI, H. H.; LAGO, E. G. **Gestações subsequentes em mulheres que tiveram sífilis na gestação.** Ciênc. saúde coletiva. V. 20, n. 9, p. 2867-78. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000902867&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902867&lng=en&nrm=iso)<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.20332014> Acesso em: 01 Dez. 2015.

HERNANDEZ-TREJO, María et al. **Sífilis materna y congénita en dos hospitales mexicanos: evaluación de una prueba diagnóstica rápida.** Rev. invest. clín. México. V. 58, n. 2, p. 119-25, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-83762006000200005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000200005&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 30 Nov. 2015.

HULLEY, S. B et al. Delineando estudos transversais. In: HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEUMAN, T. B. **Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem epidemiológica.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. P. 127-30

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades@.** **O Brasil município por município.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 18 abril 2015.

JANSEN, K. **High Prevalence and High Incidence of Coinfection with Hepatitis B, Hepatitis C, and Syphilis and Low Rate of Effective Vaccination against Hepatitis B in HIV-Positive Men Who Have Sex with Men with Known Date of HIV Seroconversion in Germany.** PLOS ONE. V.10, n. 11, 2015. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/metrics/info:doi/10.1371/journal.pone.0142515> Acesso em: 28 Nov. 2015.

LAFOND, Rebecca E.; LUKEHART, Sheila A. **Biological basis for syphilis.** **Clinical Microbiology Reviews**, v. 19, n. 1, p. 29-49, 2006.

LAZARINI, F. M. **Tendência da epidemia de casos de aids no Sul do Brasil no período de 1986 a 2008.** Rev. Saúde Pública. V. 46, n. 6, p. 960-8, 2012. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n6/ao4046.pdf> Acesso em: 20 Nov. 2015.

LI, D. et.al. **Correlates of incident infections for HIV, Syphilis, and Hepatitis B Virus in a cohort of men who have sex with men in Beijing.** AIDS Patient Care and STDs. Vol. 24 Pg. 595-601. 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20731610> Acesso em: 02 Out. 2015.

LONDRINA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Centro de referência.** 2014. Disponível em: [http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13142:centro-de-referencia-dr-bruno-piancastelli-filho&catid=9:saude&Itemid=1510](http://www.londrina.pr.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13142:centro-de-referencia-dr-bruno-piancastelli-filho&catid=9:saude&Itemid=1510)

- MANYAHI, J. et al. **Prevalence of HIV and syphilis infections among pregnant women attending antenatal clinics in Tanzania, 2011.** BMC Public Health. V. 15. 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25994129> Acesso em: 24 Nov. 2015.
- MIRANDA, A. E. et. al. **Risk factors for syphilis in young women attending a family health program in Vitória, Brazil.** An. Bras. Dermatologia. Vol. 87. N1.Pg. 76-83. Rio de Janeiro 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962012000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962012000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 05 Out. 2015.
- MIRANDA, A.E. et al. **Prevalência de Sífilis e HIV utilizando testes rápidos em parturientes atendidas nas maternidades públicas de Vitória, Estado do Espírito Santo.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. V.42,n. 4, p.386-91, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822009000400006&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822009000400006&script=sci_abstract&lng=pt) Acesso em: 22 Nov. 2015.
- NASCIMENTO, R.G.; SOUSA, R. C. M.; PINTO, D.S. **Aspectos sociodemográficos e comportamentais dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST/AIDS da Rede Municipal de Belém, Pará, com sorologia positiva para o HIV.** Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção. V. 4,n. 2, p. 132-38, 2014. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/4210/3784> Acesso em: 29 Nov. 2015.
- NEBENZAHL H.G.; LOPES A.; CASTRO R.; PEREIRA F. **Prevalence of human immunodeficiency virus, hepatitis C virus, hepatitis B virus and syphilis among individuals attending anonymous testing for HIV in Luanda, Angola** SAMJ: Medical Journal Sul-Africano. Vol. 103 Issue 3, Pg.186. 2013 Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23472697> Acesso em: 29 Set. 2015.
- NOKHODIAN, Z. et al., **Prevalence and risk factors of HIV, Syphilis, Hepatitis B and C among female prisoners in Isfahan, Iran.** HapatMon. V. 12, n. 7, p. 442-47. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23008724> Acesso em: 21 Nov. 2015.
- OLIVEIRA, Max Moura de. **Estudo das redes sociais entre usuários de drogas como fator de vulnerabilidade ou proteção às infecções sexualmente transmissíveis.** Dissertação (Mestrado) – 76 f. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2765> Acesso em: 29 Nov. 2015.
- OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. **Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012).** Rev. bras. epidemiologia. Vol. 17. Supl. 1. Pg. 116-130. São Paulo, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2014000500116&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000500116&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 07 Oct. 2015.

PAIVA V.; CALAZANS G.; VENTURI G.; DIAS R. **Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros.** Rev. Saúde Pública. Vol. 42. Supl. 1. Pg. 45-53. São Paulo, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000800007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000800007&lng=en&nrm=iso) <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000800007> Acesso em: 28 Set. 2015

PASQUALOTTO, A. C.; SCHWARZBOLD, A. V. **Doenças Infecciosas: consulta rápida.** 1 ed. Porto Alegre, 2006. p. 686.

PINTO, V. M. et al. **Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido.** Rev. bras. epidemiologia. Vol. 17, n. 2, p. 341-354. São Paulo 2014 a. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2014000200341&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000200341&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Out. 2015.

PINTO, V.M.; TANCREDI, M.V.; BUCHALLA, C.M.; MIRANDA, A.E. **History of syphilis in women living with AIDS and associated risk factors in São Paulo, Brazil.** Rev. Assoc. Med. Brasileira. Vol. 4 Pg. 342-348, 2014 b.

POGETTO, M.R.B.; SILVA, M.G.; PARADA, C.M.L. **Prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres profissionais do sexo, em um município do interior paulista, Brasil.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. V.19, n. 3,p. 493-99. Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692011000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300007&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 24 Nov. 2015.

RAMOS, V. M.; FIGUEIREDO, E. N.; SUCCI, R. C. M. **Entraves no controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV no sistema de atenção à saúde do município de São Paulo.** Rev. bras. epidemiologia. V. 17, n. 4, p. 887-898. São Paulo, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2014000400887&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2014000400887&lng=en&nrm=iso) <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400040008>. Acesso em: 10 Out. 2015.

ROSSI, Diana et al. **Multiple infections and associated risk factors among non-injecting cocaine users in Argentina.** Cad. Saúde Pública. V. 24, n. 5, p. 965-74. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000500003&lng=en&nrm=iso)<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500003>. Acesso em: 30 Nov. 2015.

RUFFINEN et al. **Point-of-care screening for syphilis and HIV in the borderlands: challenges in implementation in the Brazilian Amazon.** BMC Health Serv Res. V. 15, n. 1, p.495-98, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26541668>. Acesso em: 29 Nov. 2015.

SAMPAIO, J. et al. **Ele não Quer com Camisinha e eu Quero me Prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino.** He does not Want it with Condom and I Want to Protect Myself: exposure of female adolescents to STD/AIDS in the semi-arid region of the Brazilian northeast. *Revista Saúde e Sociedade*. V., 20,n. 1, p. 171-81, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100019) Acesso em: 27 Nov. 2015.

SANTOS, M. O. et al. **Comparação de testes não treponêmicos utilizados no diagnóstico da sífilis e interferência da inativação do soro.** *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 135-137, 2007.

SANTOS, N. T. V. **Vulnerabilidade e prevalência de HIV e sífilis em usuários de drogas no Recife: resultados de um estudo respondent-driven sampling.** Tese de Doutorado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2013. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2013santos-ntv.pdf> Acesso em: 22 Nov. 2015.

SHIMELIS, T. et al. **Syphilis among people with HIV infection in southern Ethiopia: ser-prevalence and risk factors.** *BMC Infectious Diseases*. V. 15, 2015.

SIGNORINI, D. J. H. P. et al. **Prevalência da co-infecção HIV-sífilis em um hospital universitário da cidade do Rio de Janeiro no ano de 2005.** *Rev. Soc. Bras. Med. Tropical*. Vol. 40, n. 3, p. 282-285, Uberaba, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822007000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822007000300006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 Set. 2015.

SILVA, C. M.; LOPES, F. M. do V. M.; VARGENS, COSTA, O. M. **A vulnerabilidade da mulher idosa em relação à AIDS.** *Rev. Gaúcha Enfermagem*. Vol. 31. N.3. Pg. 450-457. Porto Alegre, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000300007&lng=en&nrm=iso) Acesso em: 04 Oct. 2015.

SILVA, C. M.; VARGENS, O.M.C. **A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV.** *Rev. esc. Enfermagem USP*. Vol.43. N.2. Pg. 401-406. São Paulo, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200020&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 04 Oct. 2015.

SILVEIRA, M. F. et al. **Conhecimento sobre sorologia para sífilis e HIV entre profissionais do sexo de Pelotas, Brasil.** *DST J Bras Doenças Sex Transmissíveis*. V. 21, n. 1, p. 27-33, 2009. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista21-1-2009/6> Conhecimento%20sobre%20sorologia-JBDST%2021(1)%202009.pdf. Acesso em: 28 Nov. 2015.

SINGH A. E., ROMANOWSKI B. **Syphilis: review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features.** Clin Microbiol Rev 12: 187-209, 1999.

SOUZA, V.; CARDOSO, J.S.R.; NAHASS, J.P. **Sistema de informação dos centros de testagem e aconselhamento: dificuldades, divergências e padronização no preenchimento.** Reme- Revista Mineira de Enfermagem. V.14, n. 4, p. 530-38, 2011. Disponível em : URL: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/67> Acesso em: 25 Nov. 2015.

SOUZA, V.S.S.; CZERESNIA D. **Demandas e expectativas de usuários de centro de testagem e aconselhamento anti-HIV.** Revista Saúde Pública. V. 44, n. 3, p. 1-7, 2010. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/AO1526.pdf> Acesso em: 24 Nov. 2015.

TALHARI, S.; CORTEZ C. C. T. Sífilis. In: VERONESI, R. **Tratado de infectologia.** 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. v. 2. p.1405-1411.

WELLINGS, Kaye et al. **Sexual behaviour in context: a global perspective.** The Lancet. Vol. 368, n. 9548, Pg. 1706-1728, 2006. Disponível em: [https://scholar.google.com.br/scholar?q=Sexual+behaviour+in+context:+a+global+perspective.&hl=ptBR&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0CBs](https://scholar.google.com.br/scholar?q=Sexual+behaviour+in+context:+a+global+perspective.&hl=ptBR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart&sa=X&ved=0CBs) Acesso em: 05 Oct. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Progress report 2010.** Disponível em: < <http://www.who.int/> >. Acesso em 29 jun. 2015.

ZONI, A.C; GONZALEZ, M.A; SJOGREN H. W. **Syphilis in the most at-risk populations in Latin America and the Caribbean: a systematic review.** PLoS One, Vol. 17, Issue 2, Pg.84-92, 2013. Disponível em: [http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(12\)01250-7/fulltext](http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(12)01250-7/fulltext) Acesso em: 30 Set. 2015

# Apêndices

## APÊNDICE A

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS/ ANÁLISE PRONTUÁRIOS

FICHA N° \_\_\_\_\_

N° CTA \_\_\_\_\_

N° GO \_\_\_\_\_

N° URO \_\_\_\_\_

1. DATA ÚLTIMO ATENDIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. OUTROS ATENDIMENTOS  Sim  Não

#### 2.1 Data e motivo

(   /   /   ) \_\_\_\_\_

(   /   /   ) \_\_\_\_\_

(   /   /   ) \_\_\_\_\_

#### 3. TITULAÇÃO VDRL

VDRL: \_\_\_\_\_ (   /   /   )

VDRL: \_\_\_\_\_ (   /   /   )

VDRL: \_\_\_\_\_ (   /   /   )

4. COINFEÇÕES Sim  Não

Qual (is): \_\_\_\_\_

5. HD \_\_\_\_\_

6. CONDUTA \_\_\_\_\_

7. TRATAMENTO \_\_\_\_\_

8. RETORNO Sim  Não

9. Alta Sim  Não

10. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE B**

### **TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO**

A pesquisadora e orientadora professora Dra Elma Mathias Dessunti da Universidade Estadual de Londrina: portadora do RG 21078085, residente na Alameda Angelim, 151, Londrina- PR, e a orientanda do Programa de Mestrado em Enfermagem Natália C. R. Colombo Gomes, vinculadas ao projeto de pesquisa “Centro de Testagem e Aconselhamento: Diagnóstico de Infecção pelo HIV, Sífilis, Hepatites B e C” cadastrado na Universidade Estadual de Londrina e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, parecer No 35357914.0.0000.5231 se comprometem a manter o anonimato dos sujeitos da pesquisa, o sigilo e confidencialidade dos dados, assim como o uso específico para os objetivos propostos neste estudo. Nestes termos, assinam o documento.

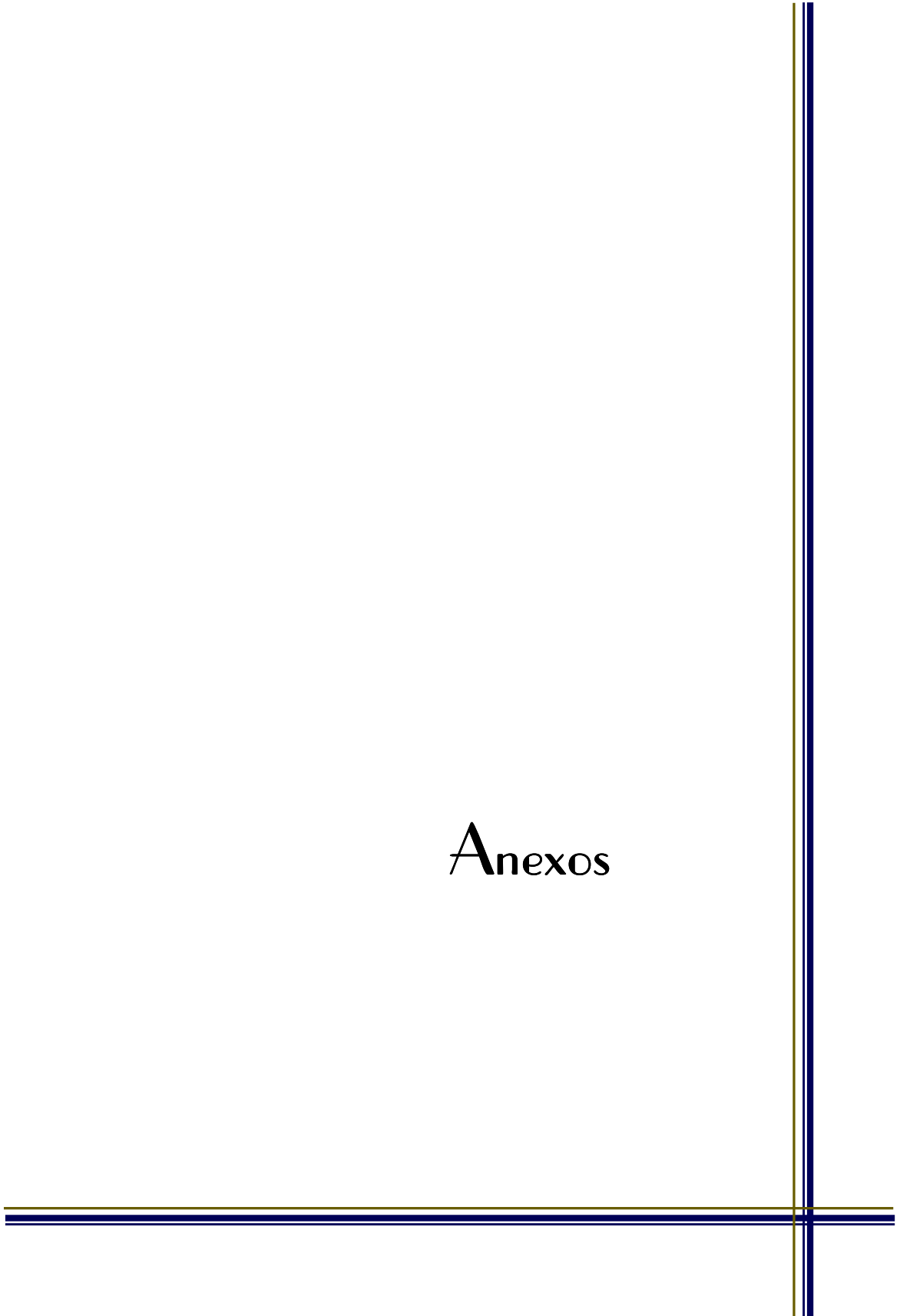
---

**PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> ELMA MATHIAS DESSUNTI**  
**(43) 9996-1026**

---

**ENF. MESTRANDA NATÁLIA C. R. COLOMBO GOMES**

# Anexos



## ANEXO A

## FICHA DE INVESTIGAÇÃO SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
<b>FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS ADQUIRIDA</b>					
<b>CASO SUSPEITO DE SÍFILIS ADQUIRIDA:</b> indivíduo com evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente.					
<b>CASO CONFIRMADO DE SÍFILIS ADQUIRIDA:</b> indivíduo com sorologia treponêmica reagente.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/ença		Código (CID10)	3 Data da Notificação	
	<b>SÍFILIS ADQUIRIDA</b>		A53.9		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	6 13 Raça/Cor	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	<input type="checkbox"/>	6 - Não se aplica	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14 Escolaridade				
	0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		
			Código		
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		
	27 CEP				
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		
		1 - Urbana 2 - Rural <input type="checkbox"/> 3 - Periurbana 9 - Ignorado			
		30 País (se residente fora do Brasil)			
<b>Dados Complementares do Caso</b>					
Dados clínicos e epidemiológicos	31 Ocupação				
	32 Antecedente de sífilis		33 Se sim, o tratamento foi realizado?		
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
34 Comportamento Sexual					
1 - Relações sexuais com homens 2 - Relações sexuais com mulheres 3 - Relações sexuais com homens e mulheres 9 - Ignorado					
Dados clínicos e laboratoriais	Resultado dos Exames				
	35 Teste não treponêmico		36 Título		
	1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		1: _____		
38 Teste treponêmico					
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado					
39 Classificação Clínica					
1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado					
Tratamento	40 Esquema de tratamento realizado			41 Data do início do tratamento	
	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 4 - Outro esquema 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 5 - Não realizado 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 9 - Ignorado				
Conclusão	42 Classificação Final do caso				
	1 - Confirmado 2 - Descartado				

Observações adicionais			
Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
<p><b>OBSERVAÇÕES:</b>          Considera-se a data de notificação como sendo data de preenchimento da ficha de notificação e a data de diagnóstico como sendo a data da coleta de material para exame laboratorial ou da evidência clínica.</p> <p><b>INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO:</b> Nenhum campo deverá ficar em branco.</p> <p>31 - Informar a ocupação do indivíduo no momento do diagnóstico. Refere-se à atividade exercida pelo paciente no setor formal, informal ou autônomo ou sua última atividade exercida quando paciente for desempregado. O ramo de atividade econômica do paciente refere-se às atividades econômicas desenvolvidas nos processos de produção do setor primário (agricultura e extrativismo); secundário (indústria) ou terciário (serviços e comércio).</p> <p>32 - Informar se o paciente no passado já teve sífilis. O relato do paciente será considerado.</p> <p>33 - Caso tenha antecedente, informar se o tratamento foi realizado.</p> <p>34 - Informar o comportamento sexual.</p> <p>35 - Teste de sorologia não treponêmica indicada para triagem (VDRL - Venereal Diseases Research Laboratory ou RPR - Rapid Plasma Reagin)</p> <p>36 - Informar a titulação do teste VDRL ou RPR.</p> <p>37 - Informar a data da coleta do teste</p> <p>38 - FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody-absorption), MHA-Tp (Microhemagglutination Treponema pallidum Assay), TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination Assay), ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay), testes rápidos para diagnóstico de sífilis (testes imunocromatográficos).</p> <p>39 - Registrar a classificação clínica para sífilis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 - sífilis primária - cancro duro;</li> <li>2 - sífilis secundária – lesões cutâneo-mucosas (roséolas, sífilides papulosas, condiloma plano, alopecia);</li> <li>3 - sífilis terciária – lesões cutâneo-mucosas (tubérculos ou gomas); alterações neurológicas (tabes dorsalis, demência); alterações cardiovasculares (aortite sífilítica, aneurisma aórtico); alterações articulares (artropatia de Charcot);</li> <li>4 - sífilis latente - fase assintomática o diagnóstico apenas é obtido por meio de reações sorológicas.</li> </ol> <p>40 - Esquema de tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhão U.I. em cada glúteo).</li> <li>· Sífilis secundária e latente recente: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, repetida após 1 semana. Dose total de 4,8 milhões U.I.</li> <li>· Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Dose total de 7,2 milhões U.I.</li> </ul> <p>41 - Informar a data do início do tratamento.</p> <p>42 - Informe a classificação final do caso. Considera-se caso <b>confirmado</b> o indivíduo com <b>sorologia treponêmica reagente</b>. Somente considera-se descartado com sorologia treponêmica não reagente</p> <p>Para fins de vigilância no nível local atentar para:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evidências de outras DST;</li> <li>2. Abordagem das parcerias, visando à quebra da cadeia de transmissão, considerando abordagem consentida</li> </ol>			
Sífilis Adquirida		Sinan NET	
		05/10/2010	

## ANEXO B

## FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA

Ministério da Saúde		CTA - CENTROS DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO		Nº PRONTUÁRIO		
PN-DSTAIDS		FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO DO SI-CTA				
Dados Orientação	1 Local (instituição) de Origem / Encaminhamento	2 Data Atendimento	3 Tipo de Orientação (Pré-Teste) [ 1 ] Individual [ 3 ] Nenhuma [ 2 ] Coletiva [ 4 ] Individual e Coletiva			
	4 Orientador(es)/Profissional	5 1º Atendimento no CTA [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	6 Vai Fazer Coleta [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	7 1ª Amostra [ 1 ] Sim [ 2 ] Não		
	8 Nº Requisição Anterior (obrigatório p/ 2ª Amostra)	9 Teste Nominal [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	10 Mostra Nome Etiqueta [ 1 ] Sim [ 2 ] Não			
Dados do Usuário	11 RG/ CPF	12 Nome do Usuário ou Senha				
	13 Sexo [ 1 ] Masc. [ 2 ] Fem.	14 Gestante [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	15 Idade Gestacional (Meses)	16 Data Nascimento	17 Estado Civil (Situação conjugal) [ 1 ] Casado/Amigado [ 3 ] Separado [ 2 ] Solteiro(a) [ 4 ] Viúvo [ 99 ] Não infor	
	18 Raça/Cor [ 1 ] Branca [ 3 ] Amarela [ 5 ] Indígena [ 2 ] Preta [ 4 ] Parda [ 99 ] Ignorado	19 Escolaridade (anos estudos concluídos) [ 1 ] Nenhuma [ 3 ] De 4 a 7 [ 5 ] De 12 a mais [ 2 ] De 1 a 3 [ 4 ] De 8 a 11 [ 99 ] Ignorado		20 Ocupação		
	21 CNS	22 Nome da mãe				
	23 Permite Contato * [ 1 ] Sim [ 2 ] Não	24 Tipo de Contato [ 1 ] Telefone [ 3 ] e-mail [ 5 ] Outros: [ 2 ] Correio [ 4 ] Visita Domiciliar				
Assinatura do Usuário						
* Caso não venha buscar o resultado, autorizo este serviço de saúde a entrar em contato comigo, respeitando o meu direito a privacidade e sigilo das informações.						
Dados de Residência	25 Logradouro (rua, avenida...)		26 Complemento (apto, casa ...)	27 Número		
	28 Município	29 Bairro		30 UF		
	31 CEP	32 (DDD) Telefone	33 Zona [ 1 ] Urbana [ 2 ] Rural	34 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares					
Dados da Requisição	35 Motivo da Procura [ 1 ] Exposição a situação de risco [ 10 ] Janela imunológica [ 2 ] Encaminhado por serviço de saúde [ 11 ] Suspeita de DST [ 3 ] Encaminhado por banco de sangue [ 12 ] Prevenção [ 4 ] Encaminhado por clínicas de recuperação [ 13 ] Exame pré-nupcial [ 5 ] Sintomas relacionados a AIDS [ 14 ] Testagem para hepatite [ 6 ] Admissão em emprego/Forças Armadas [ 15 ] Contato domicil. p/ hepatites [ 7 ] Conhecimento de status sorológico [ 16 ] Oficina em escola [ 8 ] Exame pré-natal [ 97 ] Outros: [ 9 ] Conferir resultado anterior [ 99 ] Não Informado			36 Origem da Clientela (como ficou sabendo do serviço) [ 1 ] Material de divulgação [ 7 ] ONG [ 2 ] Amigos/Usuários do serviço [ 8 ] Internet [ 3 ] Jornais/Rádio/Televisão [ 9 ] Campanha [ 4 ] Banco de sangue [ 10 ] Escola [ 5 ] Serviço/Profissional de Saúde [ 97 ] Outros: [ 6 ] Serviços de informação telef. [ 99 ] Não informado		
	37 Encaminhamento Pré-Teste (até 3 opções) [ 1 ] Nenhum [ 6 ] Tratamento de DST [ 11 ] Realizar hepatite C [ 2 ] Repeti Exame/Inconclusivo [ 7 ] Orientações Gerais [ 12 ] Realizar hepatite D [ 3 ] Repeti Ex./Janela imunológica [ 8 ] Realizar ex. HIV [ 13 ] Realizar todos os Exames [ 4 ] Repeti Exame /2ª amostra [ 9 ] Realizar Ex. Sífilis [ 97 ] Outros [ 5 ] Assistência Psicossocial [ 10 ] Realizar hepatite B			38 Local Encaminhamento		
	39 Notas da Orientação Pré-Teste / Observações:					
Notas da Orientação						

Continuação da Requisição -Página 2

**Antecedentes Epidemiológicos**

40 Procurou Banco de Sangue para se testar nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não

41 Apresentou DST nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não

42 Se apresentou DST nos últimos 12 meses, como tratou  
 [ 1 ] Serviço de saúde [ 3 ] Auto-medicação [ 5 ] Não tratou [ 99 ] Não informado  
 [ 2 ] Farmácia [ 4 ] Não lembra [ 98 ] Não se aplica

43 Usou Drogas nos últimos 12 meses [ 1 ] Sim [ 2 ] Não

44 Se Fez uso de drogas nos últimos 12 meses, Especifique Quais e Suas Frequências  
 [ 1 ] Alcool [ 3 ] Cocaína Aspirada [ 5 ] Crack [ 7 ] Anfetaminas  
 [ 2 ] Maconha [ 4 ] Cocaína Injetável [ 6 ] Heroína [ 8 ] Outras

45 Compartilhou Seringas/Agulhas nos últimos 12 meses  
 [ 1 ] Sim [ 2 ] Não [ 3 ] Não lembra [ 98 ] Não se aplica [ 99 ] Não informado

46 Tipo de Parcerias Sexuais e Quantidade (em números) nos últimos 12 meses  
 [ 1 ] Homens [ 4 ] Travestis/Transsexuais [ 99 ] Não informado  
 [ 2 ] Mulheres [ 98 ] Não se aplica

47 Tipo de Exposição (marque com X até 2 opções de resposta)  
 [ 1 ] Relação Sexual [ 3 ] Compart. seingas/agulhas [ 5 ] Ocupacional (exp. mat. biológico) [ 7 ] Não relata risco Biolog. [ 99 ] Não informado  
 [ 2 ] Transf. de sangue/hemod. [ 4 ] Hemofilia [ 6 ] Transmissão vertical [ 97 ] Outros

**Informações de Uso de Preservativos**

48 Uso do Preservativo c/ Parceiro Fixo (atual) nos últimos 12 meses  
 [ 1 ] Não usa [ 4 ] Usou mais da metade das vezes  
 [ 2 ] Não usou [ 98 ] Não se aplica  
 [ 3 ] Usou menos da metade das vezes [ 99 ] Não informado

49 Uso do Preservativo na Última Relação com Parceiro Fixo  
 [ 1 ] Sim [ 4 ] Sim, mas rompeu  
 [ 2 ] Não [ 98 ] Não se aplica  
 [ 3 ] Não lembra [ 99 ] Não informado

50 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Fixo  
 [ 1 ] Não gosta [ 6 ] Confia no parceiro [ 11 ] Negociou não usar [ 17 ] Disfunção sexual  
 [ 2 ] Não acredita na eficácia [ 7 ] Sob efeito de drogas/álcool [ 12 ] Não tinha informação [ 18 ] Violência sexual  
 [ 3 ] Não sabe usar [ 8 ] Não consegue negociar [ 13 ] Não tem condições de comprar [ 19 ] Alergia ao Produto  
 [ 4 ] Parceiro(a) não aceita [ 9 ] Achou que o outro não tinha HIV [ 14 ] Não deu tempo/tesão [ 97 ] Outros  
 [ 5 ] Não dispunha no momento [ 10 ] Acha que não vai pegar [ 15 ] Desejo de ter filho [ 98 ] Não se aplica  
 [ 16 ] Tamanho do preservativo pq/gd [ 99 ] Não informado

51 Risco do Parceiro Fixo  
 [ 1 ] Relações bissexuais [ 3 ] Usuário de drogas injetáveis [ 5 ] Soropositivo p/ HIV [ 7 ] Outros [ 99 ] Não informado  
 [ 2 ] Transfusão de sangue/hemofílico [ 4 ] Uso de outras drogas [ 6 ] Tem ou teve DST [ 98 ] Não se aplica

52 Uso do Preservativo c/ Parceiro(s) Eventual(is) nos últ. 12 meses  
 [ 1 ] Usou todas as vezes [ 4 ] Usou mais da metade das vezes  
 [ 2 ] Não usou [ 98 ] Não se aplica  
 [ 3 ] Usou menos da metade das vezes [ 99 ] Não informado

53 Uso do Preservativo na Última Relação c/ Parceiro Eventual  
 [ 1 ] Sim [ 4 ] Sim, mas rompeu  
 [ 2 ] Não [ 98 ] Não se aplica  
 [ 3 ] Não lembra [ 99 ] Não informado

54 Motivo de Não Usar Preservativos com Parceiro Eventual  
 [ 1 ] Não gosta [ 6 ] Confia no parceiro [ 11 ] Negociou não usar [ 17 ] Disfunção sexual  
 [ 2 ] Não acredita na eficácia [ 7 ] Sob efeito de drogas/álcool [ 12 ] Não tinha informação [ 18 ] Violência sexual  
 [ 3 ] Não sabe usar [ 8 ] Não consegue negociar [ 13 ] Não tem condições de comprar [ 19 ] Alergia ao Produto  
 [ 4 ] Parceiro(a) não aceita [ 9 ] Achou que o outro não tinha HIV [ 14 ] Não deu tempo/tesão [ 97 ] Outros  
 [ 5 ] Não dispunha no momento [ 10 ] Acha que não vai pegar [ 15 ] Desejo de ter filho [ 98 ] Não se aplica  
 [ 16 ] Tamanho do preservativo pq/gd [ 99 ] Não informado

**Recorte**

55 Recorte Populacional (marque com X até 3 opções de resposta)  
 [ 1 ] População em geral [ 4 ] Profissional do sexo [ 7 ] Usuário de outras drogas [ 12 ] Travesti/Transsexual  
 [ 2 ] População confinada [ 5 ] Homem que faz sexo com homem [ 8 ] Pessoa vivendo com HIV/aids [ 13 ] Pessoa em exclusão social  
 [ 3 ] Caminhoneiro [ 6 ] Usuário de drogas injetáveis [ 9 ] Portador de DST [ 14 ] Portador Hepatite B/C/D  
 [ 10 ] Hemofílico e politransfundido [ 15 ] Estudante  
 [ 11 ] Profissional de saúde [ 97 ] Outros:

**Encaminhamentos Pós-Teste**

56 Encaminhamento(s) Pós-Teste (até 3 opções)  
 [ 1 ] Nenhum [ 7 ] Tratamento para hepatites  
 [ 2 ] Repetir exame HIV/Inconclusivo [ 8 ] Tratamento para HIV  
 [ 3 ] Repetir/Janela imunológica [ 9 ] Repetir ex. Hepatite/Incon.  
 [ 4 ] Repetir exame/2ª amostra [ 10 ] Tratamento de Sífilis  
 [ 5 ] Assistência psicossocial [ 11 ] Vacina Hepatite B  
 [ 6 ] Tratamento de DST [ 97 ] Outros:

57 Local (is) de Encaminhamento (s) Pós-Teste

58 Orientador da Entrega

59 Materias / Preser. fornecidos:

Dados de Resultado

**Resultado Laboratorial**

60 Data da Entrega

61 HIV : Tipo de Teste Realizado Triagem:  
 [ 1 ] Elisa [ 2 ] Teste rápido

Resultado Triagem

Resultado Final

62 Hepatite  
 B  
 C Anti-HCV HBsAg  
 Anti-HBc total  
 D Anti-HDV ANTI-HBs

63 SIFILIS  
 TR VDRL  
 FTA-ABS  
 Doença Ativa  
 Cicatriz Sorológ.

Notas da Orientação Pós-Teste / Observações:

Legendas de Resultados:  
 1-Não Reagente 4-Ignorado  
 2-Reagente 5-Discordante  
 3-Indeterminado 6-Não realizado

## ANEXO C

### APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA ENVOLVENDO  
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL/ HOSPITAL  
REGIONAL DO NORTE DO



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO: DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO HIV, SÍFILIS, HEPATITES B E C

**Pesquisador:** Elma Mathias Dessunti

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 35357914.0.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 798.092

**Data da Relatoria:** 08/09/2014

##### Apresentação do Projeto:

O estudo pretende analisar os casos atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento e ambulatório de DST/HIV/Aids do Município de Londrina-PR em relação ao diagnóstico e desfecho dos casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, Sífilis e Hepatites B e C. Para tanto, irá fazer uma coleta de caráter transversal, quantitativo, cujos dados serão levantados no Sistema de Informações do CTA (SI-CTA), nas fichas do Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e nos prontuários dos pacientes atendidos no ambulatório de DST/HIV/Aids do Centro de Referência do município de Londrina, PR. Serão analisadas todas as fichas de notificação do SI-CTA para caracterização da população atendida e para o cálculo da prevalência dessas infecções no período de junho de 2012 a maio de 2015.

##### Objetivo da Pesquisa:

Analisar os casos atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento e ambulatório de DST/HIV/Aids do Município de Londrina-PR em relação ao diagnóstico e desfecho dos casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, Sífilis e Hepatites B e C.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os pacientes não serão abordados pessoalmente, não havendo risco de qualquer natureza aos

**Endereço:** Rodovia Celso Garcia Cid, Km 380 (PR 445)

**Bairro:** Campus Universitário

**CEP:** 86.057-970

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br