



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ  
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA-UNIFOR  
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA-MSC

**ANÁLISE DO ATENDIMENTO PELA ABORDAGEM  
SINDRÔMICA DAS DOENÇAS SEXUALMENTE  
TRANSMISSÍVEIS EM FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL**

Elani Graça Ferreira Cavalcante

Fortaleza - Ceará  
2010

ELANI GRAÇA FERREIRA CAVALCANTE

**ANÁLISE DO ATENDIMENTO PELA ABORDAGEM  
SINDRÔMICA DAS DOENÇAS SEXUALMENTE  
TRANSMISSÍVEIS EM FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Maria Alix Leite Araujo

Fortaleza – CE  
2010

---

C376a Cavalcante, Elani Graça Ferreira.  
Análise do atendimento pela abordagem sindrômica das doenças sexualmente transmissíveis em Fortaleza, Ceará, Brasil / Elani Graça Ferreira Cavalcante. - 2011.  
62 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2011.  
“Orientação: Profa. Dra. Maria Alix Leite Araújo.”

1. Doenças sexualmente transmissíveis. 2. Sorodiagnóstico da AIDS.  
3. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDU 616.97

---

**ELANI GRAÇA FERREIRA CAVALCANTE**

**ANÁLISE DO ATENDIMENTO PELA ABORDAGEM SINDRÔMICA DAS  
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM  
FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL**

Grupo de Pesquisa: Políticas e Práticas na promoção da Saúde

Linha de pesquisa: Análise da Situação de Saúde.

Núcleo Temático: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Alix Leite Araújo – UNIFOR  
Orientadora

---

Prof. Dra. Ana Paula Soares Gondim – UNIFOR  
Membro Efetivo

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Marli T. Gimeniz Galvão – UFC  
Membro Efetivo

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Raimunda Magalhães da Silva – UNIFOR  
Membro Suplente

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Aos meus filhos Luana e Bruno  
que são meus amores e a meu  
marido, Manuelito, que além de ser  
o grande amor da minha vida, tem  
sido um eterno companheiro em  
tudo que faço, sempre me  
transmitindo muita força e  
serenidade.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por me dar forças e esperança em tudo o que faço. Aos meus dois filhos, Bruno e Luana por assumirem suas responsabilidades sempre me deixando com tempo para me dedicar mais aos estudos, e a meu marido que amo muito e está muito presente em tudo que faço, me guiando sempre para tomar um rumo melhor.

À minha mãe, Socorro, que está sempre no meu coração, mas que ao partir me deixou muitos ensinamentos que me acompanham em tudo que faço e penso, sempre transmitindo uma palavra amiga e um sorriso nos lábios, além de muito solidária com o próximo. Agradeço a ela por ter sempre depositado muita confiança em tudo que fazia, segurança esta, que me ajuda a enfrentar os obstáculos e a tomar as decisões da vida.

Ao meu pai, Walter pelas oportunidades que me deu na vida para ser feliz, de aprender e da importância de ser independente, e de agir sempre com muita honestidade e ética.

À professora Maria Alix Leite Araújo por ter me ajudado a concluir esse estudo, sempre apontando uma solução nos momentos mais difíceis do estudo, me incentivando sempre a aprimorá-lo cada vez mais. Além de transmitir muita força e serenidade no que faz.

A professora Marli T. Gimenez Galvão, primeiro pelo incentivo grande que me deu para realizar o mestrado, sempre com seu jeito solidário de ser, me dando apoio na elaboração do projeto inicial e no andamento da pesquisa.

Às acadêmicas de enfermagem da Unifor, Ana Fátima Braga Rocha e Roumayne Fernandes Vieira Andrade, pela enorme contribuição na fase de coleta de dados.

À equipe de profissionais da unidade de saúde do Estado do Ceará pelo empenho e registro diário dos atendimentos realizados, em especial, à Maria das Graças Frutuoso, Neide Maria Vieira Sampaio, Kilvia Maria Barbosa Mesquita, Maria Dizeny Cavalcante Coelho, Teresinha Gomes Teixeira, Francisca Macedo Pontes, Carlos Alberto V. Mont'alverne e Carlos Antonio Soares de Sá.

Um agradecimento especial à direção da unidade de saúde, na pessoa da Dra Lúcia Pamplona Eugênio por ter compreendido o quanto o curso de mestrado é importante não somente para o profissional que o faz, mas para melhorar a qualidade do serviço onde o mesmo atua.

“Educar e educar-se, na prática da liberdade, é tarefa daqueles que pouco sabem - por isto sabem que sabem algo e podem assim chegar a saber mais - em diálogo com aqueles que, quase sempre, pensam que nada sabem, para que estes, transformando seu pensar que nada sabem em saber que pouco sabem, possam igualmente saber mais”.

Paulo Freire

## RESUMO

Esse estudo analisou o uso da abordagem sindrômica de doenças sexualmente transmissíveis em unidade primária de saúde de Fortaleza, Ceará. Analisou as fichas de atendimento e prontuários de 5148 pessoas atendidas com síndromes genitais no período de 1999 a 2008. As síndromes mais frequentes foram corrimento vaginal e/ou cervicite (44,5%) e verruga genital (42,2%). Encontrou-se 8,2% exames de VDRL reagentes e 1,3% de anti-HIV positivo. Dos resultados positivos para o anti-HIV, 65,4% ocorreram em pessoas com verruga genital e 21% nos corrimentos vaginais/cervicite. Análise multivariada revelou associação significativa entre verruga genital e HIV positivo (OR=2,52), sexo feminino (OR=0,35) e faixa etária de 30 a 39 anos (OR=7,81). Encontrou-se associação significativa entre ulcera genital, VDRL reagente (OR=4,00) e escolaridade de cinco a oito anos de estudo (OR=0,68). Tais achados afirmam a importância da implementação da abordagem sindrômica, pois favorece a detecção precoce de casos de sífilis e HIV e reafirma a necessidade de medidas preventivas.

**Palavras chave:** Doenças Sexualmente Transmissíveis; Atenção Primária à Saúde; Prevenção de Doenças Transmissíveis; Sorodiagnóstico da Aids

## ABSTRACT

This study analyzed the use of the syndromic approach of sexually transmitted diseases in a primary health care unit in Fortaleza, Ceará, Brazil. It analyzed the records and the charts of 5,148 patients with genital syndromes from 1999 to 2008. The most frequent syndromes were vaginal discharge and/or cervicitis (44.5%) and genital warts (42.2%). We found 8.2% of VDRL reagents test and 1.3% of anti-HIV positive test. Among the anti-HIV positive results, 65.4% occurred with people with genital warts and 21% with vaginal secretions/cervicitis. The multi-varied analysis showed a significant association among genital warts and anti-HIV positive test (OR=2.52), being female (OR=7.81) and of being in the 30 to 39 age group. We found a significant association among the genital ulcers and the results of the VDRL reagent tests (OR= 4.00) and the participants' five to eight years of academic study (OR=0.68). These findings show the importance of implementing the syndromic approach, because it favors early detection of cases of syphilis and HIV, and reaffirms the need to preventive measures.

**Key words:** Sexually Transmitted Diseases; Primary Health Care; Communicable Disease Prevention; Aids Serodiagnosis

## LISTA DE SIGLAS

DST – Doença Sexualmente Transmissível  
HBV- Vírus da Hepatite B  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana  
HPV – Papiloma Vírus Humano  
HSV- 2 Vírus Herpes Simples tipo 2  
HSV- Vírus Herpes Simples  
KOH- Hidróxido de potássio  
MS – Ministério da Saúde  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPS – Organização Panamericana de Saúde  
OR – Odds Ratio  
SC – Sífilis Congênita  
SPSS - Statistical Package for the Social Science  
SUS – Sistema Único de Saúde  
VB – Vaginose Bacteriana  
VDRL - Venereal Disease Research Laboratory test  
WHO – World Health Organization

## LISTAS DE TABELAS

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas, comportamentais de pessoas atendidas pela 2010 abordagem sindrômica em uma unidade de saúde. Fortaleza-Ce, Brasil, 1999 a 2008

Tabela 2. Síndromes genitais dos pessoas atendidas pela abordagem sindrômica por sexo em uma unidade de saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil, 1999 a 2008

Tabela 3. Resultados VDRL, Anti-HIV por sexo das pessoas atendidas pela abordagem sindrômica em uma unidade de saúde. Fortaleza-Ce, Brasil. 1990 a 2008

Tabela 4. Resultados de VDRL e Anti-HIV por síndromes de pessoas atendidas pela abordagem sindrômica em uma unidade de saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil, 1999 a 2008

Tabela 5. Análise dos resultados VDRL reagentes e variáveis sociodemográficas, nº de parceiros sexuais, síndromes de úlceras, verrugas genitais em pessoas atendidas pela abordagem sindrômica. Fortaleza, Ceará, 1999 a 2008

Tabela 6. Análise dos resultados anti-HIV positivos e variáveis sociodemográficas, nº de parceiros sexuais, síndromes de úlceras e verrugas genitais em pessoas atendidas pela abordagem sindrômica. Fortaleza, Ceará, 1999 a 2008

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2.	OBJETIVOS .....	14
2,1	Objetivo Geral.....	14
2.2	Objetivos Específicos.....	14
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	15
3.1	Origem das doenças sexualmente (DST) no mundo.....	15
3.2	Doenças sexualmente transmissíveis como problema de saúde pública.....	16
3.3	Abordagem sindrômica.....	24
4	MÉTODOLOGIA.....	29
5	RESULTADOS.....	32
6	DISCUSSÃO.....	39
7	CONCLUSÃO.....	42
8	REFERÊNCIAS.....	43
	ANEXO 1– Parecer do comitê de ética em seres humanos.....	53
	ANEXO 2–. Ficha de atendimento.....	55
	ANEXO 3–. Fluxogramas da abordagem sindromica de DST.....	57

## 1 INTRODUÇÃO

A prevenção primária e o controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST) se apresentam como desafios a serem superados em todo o mundo. Apesar de não serem doenças da contemporaneidade, as DST, a exemplo da sífilis, não receberam e ainda não recebem a atenção necessária para o seu controle no contexto da saúde pública, quando comparada ao da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (RAMOS, *et al.*, 2007).

Internacionalmente a vigilância das DST tem sido muito negligenciada e o financiamento para a fiscalização ainda é insuficiente e as melhores estimativas disponíveis indicam que, a cada ano ocorrem cerca de 340 milhões de novos casos de sífilis gonorréia, clamídia e tricomoníase nas pessoas na faixa de 15 a 49 anos (WHO, 2001, 2006). Se fossem incluídas nessa estimativa as infecções virais como o papilomavírus humano (HPV), as causadas pelo vírus herpes simples (HSV) e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), apresentariam um número três vezes maior (WHO, 2005).

No Brasil, apesar dos estudos existentes se reportarem a grupos de populações específicas, há evidências de falhas importantes nas ações de prevenção e controle das DST onde os mesmos são realizados, especialmente em relação à sífilis congênita (SZWARCOWALD *et al.*, 2007; FIGUEIRÓ-FILHO, *et al.*, 2007; LIMA; VIANA, 2009; MACEDO *et al.*, 2009; CAMPOS, *et al.*, 2010).

Outros estudos apontam alta prevalência de infecção por clamídia e gonorréia em mulheres jovens e adolescentes no Brasil (COOK *et al.*, 2004; ARAÚJO *et al.*, 2006; JALIL *et al.*, 2008; FERNANDES, *et al.*, 2009), bem como de sífilis e infecção pelo HIV (COOK *et al.*, 2004), destacando a necessidade de ações destinadas a essa população.

Em um estudo realizado em seis capitais brasileiras (BRASIL, 2008a), a prevalência global de DST bacterianas apresentou-se acima dos padrões internacionais (OPS, 2004), reafirmando a importância de ações mais efetivas para a prevenção e controle dessas doenças, cujas habilidades dos profissionais de saúde no manejo adequado dos casos e o acesso facilitado dos pacientes para o diagnóstico e tratamento precoce na rede de atenção primária constituem como uma das ferramentas essenciais.

Além disso, evidências mostram a existência de dificuldades das pessoas com DST terem acesso aos serviços de saúde (ARAÚJO; LEITÃO, 2005), fazendo com que estas busquem o tratamento em farmácias (NAVES, 2006). Outros estudos revelam não buscarem esse tipo de atendimento, por medo ou vergonha, ou pela falta de preparo e de estrutura dos serviços de saúde (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007; NAVES *et al.*, 2010).

No contexto da saúde reprodutiva, o não tratamento das DST está associado a várias implicações, entre estas, a infertilidade tanto nos homens (KARINEN *et al.*, 2004; ELEY *et al.*, 2005; BEZOLD, *et al.*, 2007), como nas mulheres (MARDH, 2004) e nas gestantes, ao baixo peso ao nascer, natimorto, abortos espontâneos e infecção congênita e perinatal (GUTMAN, 1999), além de câncer cervical (MAUCORT-BOULCH D. *et al.*, 2008; ROSA *et al.*, 2009), anal (NADAL; MANZIONE, 2006) e de pênis (REIS, 2005). Apesar disso, as DST, só readquiriram importância no contexto da saúde pública, após fortes evidências dos seus efeitos como co-fator na transmissão do HIV (COHEN *et al.*, 1997; GHYS *et al.*, 1997; FLEMING; WASSERHEIT, 1999; COHEN, 2004; FREEMAN *et al.*, 2006).

Tradicionalmente o diagnóstico das DST ou é clínico, que muitas vezes são imprecisos, ou laboratorial (etiológico) que é complexo e caro, e pode atrasar o tratamento (VUYLSTEKE, 2004). Assim, no início da década de 70 os médicos, principalmente os que trabalhavam na África, se interessaram em testar ferramentas clínicas mais simples para o tratamento e controle das DST (MEHEUS, 1984; VUYLSTEKE, 2004), que resultou na concepção e orientação da abordagem sindrômica de DST pela Organização Mundial da Saúde em 1991 (WHO, 2001). Essa abordagem foi validada em estudo realizado na África e outros países, inclusive no Brasil (GROSSKURTH *et al.*, 1995; MOHERDAUI; VUYLSTEKE *et al.*, 1998; MAYAUD *et al.*, 1997; MAYAUD, 1998) e consiste na classificação dos principais agentes etiológicos segundo síndromes clínicas pré-estabelecidas com o uso de fluxogramas (BRASIL, 2006). O objetivo é a interrupção da cadeia de transmissão das DST por meio do tratamento imediato das possíveis infecções causadoras da síndrome e também favorecer a troca de informações em relação à adesão ao tratamento e adoção de medidas preventivas, incluindo os parceiros sexuais.

Entretanto, estudos mostram discordância acerca da eficácia da abordagem sindrômica, quando utilizada em diferentes populações (WAWER *et al.* 1999; CORBETTE *et al.*, 2002, GHYS *et al.*, 2002; NAGOT *et al.*, 2002; WOLDAY *et al.*, 2004, KORENROMP *et al.*, 2005, WHITE *et al.*, 2008). Apesar dessa discordância, é consenso que a instituição do tratamento das DST pode contribuir substancialmente para a prevenção do HIV, além de representar economia de custos e a possibilidade de sua utilização na atenção primária, proporcionando dessa forma agilidade no processo de resolução do problema do paciente. Por outro lado, o controle das DST é complexo e a eficácia da abordagem sindrômica está relacionada a diferentes fatores, dentre eles, a própria prevalência das DST em locais ou populações específicas, a magnitude do efeito co-fator da transmissão do HIV e

a eficácia de qualquer programa específico de controle de prevenção (CORBETTE *et al.*, 2002). O sucesso do controle das DST depende também da disponibilidade de medicamentos eficazes e economicamente viáveis e acessíveis aos serviços de saúde, do treinamento e supervisão dos profissionais e de intervenções comportamentais para prevenir novas infecções e promover o sexo seguro (OMS, 2004).

A abordagem sindrômica, desde 1993, tem sido implementada, particularmente em países em desenvolvimento (JAMISON *et al.*, 2006), e entre estes, no Brasil (MOHERDAUI; VUYLSTEKE *et al.*, 1998), com ampla divulgação de protocolos para sua efetiva implementação (BRASIL, 1999, 2006). Na prática, há dificuldades na sua incorporação na rede de atendimento, seja pela falta de qualificação específica dos profissionais (ZAMPIER, 2008) ou de condições operacionais e organizacionais nos serviços (CORDEIRO, 2008). Constatar isso é preocupante, porque indica que os profissionais não estão se utilizando dessa ferramenta que tem sido enfatizada como plenamente exequível no âmbito da atenção primária.

Contudo, apesar da abordagem sindrômica ter sido adotada no Brasil como uma das ferramentas importantes de prevenção do HIV e de outras DST (BRASIL, 2006; WHO, 2007), há escassez de estudos que explorem essa temática no Brasil, sendo imprescindível não somente haver esforços em obter informações sobre as síndromes mais prevalentes e características da demanda atendida, mas os resultados alcançados com a sua implementação na atenção primária, razão pela qual esse estudo foi realizado.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral:**

Analisar os casos atendidos pela abordagem sindrômica de doenças sexualmente transmissíveis em uma unidade de saúde da atenção primária de Fortaleza-CE.

### **2.2 Específicos:**

Apresentar o perfil sócio-demográfico e comportamental de pessoas atendidas com diagnóstico sindrômico de DST;

Correlacionar as síndromes genitais, realização e resultados de VDRL, anti-HIV por sexo;

Analisar a associação entre resultados de VDRL e anti-HIV positivo e as variáveis socio-demográficas, comportamentais e as síndromes genitais.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1 Origem das Doenças sexualmente transmissíveis no mundo**

A variedade de inúmeros microorganismos existentes no mundo, emersos em diferentes ambientes, como água, solo, plantas e animais, fez com que encontrassem no homem condições acolhedoras para sua sobrevivência, incorporando-se a ecossistemas, ora de modo cooperador, ora de indiferença ou de parasitismo (BELDA JUNIOR, 2000). Considerando isso, é importante resgatar alguns aspectos históricos característicos do surgimento das DST que de certa forma explicam a dificuldade do controle dessas patologias no mundo.

Do ponto de vista da microbiologia, Belda Junior (2000) menciona, que concomitante a microbiota vaginal ou entérica necessária à fisiologia humana surgiram processos infecciosos característicos de determinadas áreas afetadas (digestiva, vias áreas, nervosa etc) e entre estes, os ligados principalmente à esfera genital. No entanto, este autor destaca que os mecanismos de eclosão de uma doença e de sua transmissão dependerão da sua maior ou menor adaptabilidade tanto do agente etiológico como do seu hospedeiro, razão pela qual, determinados microorganismos que preferiram as estruturas genitourinárias, por não sobreviverem ao meio externo, passaram a exigir o contato direto, íntimo, obtido através do coito, surgindo a partir daí, as doenças que foram associadas ao ato sexual.

No mencionado percurso histórico, foi constatado que tais doenças estavam fortemente atreladas a ambientes considerados promíscuos, na época denominados, “templo de Vênus” ou “prostíbulos”, ou do “amor proibido”, sendo por isso difícil desvincular as DST desse estigma (BELDA JUNIOR, 2000).

Até o século XVI eram chamadas de doenças indecentes, depois surgiu a terminologia venéreas, em homenagem a Vênus, deusa do amor, pois se imaginava que a transmissão era sexual, embora não conhecessem os agentes etiológicos (NADAL; MANZIONE, 2003).

No século XIX, segundo Nadal e Manzione (2003), com o início da identificação dos microorganismos relacionados à transmissão, as doenças passaram a ser divididas em venéreas quando exclusivamente de transmissão sexual, tais como gonorréia, sífilis, cancroide, linfogranuloma venéreo e a de Nicholas-Favre, e em para-venéreas, aquelas não consideradas de exclusivamente sexuais, como herpes, balanite, condiloma, molusco e tricomoníase.

Nos primeiros períodos pós-guerra, aproximadamente em 1945, Belda Junior (2000) destaca que o incremento do uso de antibióticos fez com que os surtos dessas doenças, fossem dadas como vencidas, sobretudo após a descoberta da penicilina. Somado a essa causa, o autor ressalta outros motivos que podem ter contribuído ainda mais para o aumento dessas afecções, como por exemplo, mudanças de comportamento sexual, o início mais precoce da vida sexual, o aumento da variação de parceiros, e com o surgimento de outras práticas sexuais, como sodomia homo ou heterossexual, anolinguismo, cunilinguismo, felação e outros, são combinações, segundo o autor, que propiciaram um novo mecanismo de transmissão de doenças, classicamente não relacionadas ao contato sexual.

O surgimento também de novas opções de transmissão das doenças venéreas clássicas (sífilis, gonorréia, cancro mole, linfogranuloma venéreo, donovanose fez com que em 1982 essas doenças recebesse a classificação em essencialmente, freqüentemente e eventualmente por contato sexual (BELDA JUNIOR, 2000). Somente um ano depois, Belda Junior (2000) ressalta que foi adotado o nome doenças de transmissão sexual para as afecções de caráter endêmico e de múltipla expressão, que incluem as doenças venéreas clássicas e um número crescente de síndromes e entidades clínicas que têm como traço comum a transmissão sexual.

Posteriormente, no século XX, foi observado o predomínio das doenças bacterianas, ao mesmo tempo acompanhadas ao uso de antibióticos cada vez mais eficazes nos tratamentos, contrastando-se com as tendências mais atuais, de ampla expansão das doenças virais, como herpes, condiloma acuminado, hepatite B e C e a aids (Síndrome da imunodeficiência adquirida), sem contudo, haver perspectivas de cura e com grandes dificuldades para alcançar um efetivo controle (NADAL; MANZIONE, 2003).

Importante que apesar do progresso da ciência alcançado pelas novas descobertas antibióticas, as DST representam ainda um grande desafio a ser enfrentado pela saúde pública. Seu recrudescimento é resultante das transformações sociais, culturais, políticas, econômicas e tecnológicas, decorrentes principalmente das mudanças de hábitos e costumes sexuais, a urbanização desordenada, a migração e a industrialização crescente (PASSOS, 2001).

### **3.2 Doença sexualmente transmissível como problema de saúde pública**

Em diversos contextos em todo mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, as infecções sexualmente transmissíveis constituem um dos principais

determinantes de doenças das populações (JAMILSON *et al.*, 2006). Diversas dessas infecções têm um complexo conjunto de infecções causadas por vários microorganismos com evoluções e expressões clínicas bastante específicas, que podem ter um curso predominantemente ou integralmente assintomático (JAMILSON *et al.*, 2006; BASTOS *et al.*, 2008; PASSOS, 2010). Assim, desde 1999, a OMS passou a recomendar a substituição do termo DST por infecção sexualmente transmissível (IST) por melhor incorporar as infecções assintomáticas (WHO, 2003).

No entanto, o termo DST ainda tem sido de uso habitual no Brasil, adotado pelo Ministério da Saúde, especialmente pelo Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais (BRASIL, 2006, 2007, 2008a, 2008b). Assim, por se tratar de um estudo sobre a abordagem sindrômica de DST que tem como um dos pressupostos a detecção para tratamento especialmente dos casos sintomáticos, considerou-se mais apropriado manter essa designação (BRASIL, 2006)

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam a infecção pelo herpes vírus simples tipo 2 (HSV-2) como a principal causa da doença de úlcera genital nos países em desenvolvimento (WHO, 2007). A elevada prevalência de HSV-2 nos países pode trazer um problema grave para obter o controle da epidemia da aids, porque está associado a essa infecção, um risco de duas a três vezes de aquisição do HIV e de até cinco vezes por ato sexual, podendo ser, inclusive, responsável por cerca de 40 a 60% de novas infecções por HIV em populações de alta prevalência HSV-2 (WALD; LINK, 2002; REYNOLDS; QUIN 2005; LOOKER; GAMETT; SCHIMID, 2008).

Apesar da escassez de estudos de soroprevalência de anticorpos contra o HSV-2 no Brasil, estudo realizado em quatro capitais, encontrou uma soroprevalência geral de 11,3%, sem observar diferença entre os sexos, considerando-se como tipicamente incomum (CLEMENS; FARHAT, 2010). Outro estudo, ao comparar as mulheres do Brasil e das Filipinas no início dos anos de 1990, revelou respectivamente prevalência do HSV-2 de 42% e 9,2% (SMITH *et al.*, 2001).

O aumento crescente das DST sintomáticas e assintomáticas, tem alarmado a comunidade internacional, uma vez que aproximadamente 1 milhão de indivíduos são infectados a cada dia, incluindo-se o HIV, com implicações sérias para a saúde individual e coletiva, como infertilidade, gravidez ectópica, câncer cervical, morte e, ainda, um enorme impacto psicossocial e econômico (WHO, 2007).

No Brasil, dados demonstram 937.000 casos de sífilis, 1.541.800 de gonorréia, 1.937.200 de clamídia, 640.900 de herpes genital e 685.400 de papilomavírus humano (HPV) (BRASIL, 2010a). Entretanto, há pouco conhecimento sobre o perfil epidemiológico das DST no país, pela dificuldade em implementar um sistema adequado de informação e de vigilância em DST (CAMPOS; MOHERDAUI, 2005). Contudo, a inclusão recente da sífilis e da síndrome do corrimento uretral masculino no elenco das DST de notificação compulsória no Brasil, são exemplos de que esforços têm sido envidados para ampliar essas informações. (BRASIL, 2010b). No entanto, a falta de visibilidade sobre o problema das DST acarreta o desinteresse dos profissionais e das autoridades de saúde pública (MIRANDA, MOHERDAUI, RAMOS, 2005).

Entretanto, estudos envolvendo populações específicas no país tem encontrado alta prevalência dessas doenças (COOK *et al.*, 2004; ARAÚJO *et al.*, 2006; JALIL *et al.*, 2008; FERNANDES, *et al.*, 2009), incluindo o HIV (COOK *et al.*, 2004). Outros estudos apontam falhas nas ações de prevenção e controle, especialmente em relação à sífilis congênita (SZWARCOWALD *et al.*, 2007; FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2007; LIMA.; VIANA, 2009; MACEDO *et al.*, 2009; CAMPOS *et al.*, 2010).

Entre as gestantes estudadas em capitais brasileiras, as prevalências das DST bacterianas foram 9,4% para infecção por clamídia, 2,6% para sífilis, 1,5% para infecção gonocócica (Brasil, 2008a). A soma percentual dessas três infecções encontra-se acima de 10%, limite estimado pela OMS (OPS, 2004).

As prevalências globais encontradas nesse estudo entre as pessoas atendidas em clínica de DST foram: 9,0% para clamídia, 7,4% para gonorréia e 3,4% para o diagnóstico laboratorial de sífilis. Entre as virais, a prevalência global de 41,2% para infecção pelo HPV, 0,9% para o HIV e 0,9% para o vírus da hepatite B (HBV) (BRASIL, 2008a). Os homens, em geral, apresentaram as prevalências maiores do que nas mulheres, com exceção para o HPV e sífilis.

As síndromes genitais nas mulheres encontradas nesse estudo foram: 40,2% por corrimento vaginal, 21,5% por verrugas, 8,6% por úlceras e 5,2% por vesículas e 4,2% pelo corrimento cervical. Os achados nos homens foram, 43,3% por corrimento uretral, 36,8% por verrugas, 16,6% por úlceras e 6,2% por vesículas. Entre os casos de úlceras, a sorologia foi positiva para sífilis em 9,2% dos homens e 5,6% das mulheres. Dos 29 casos de sífilis em homens, 41,3% tinham úlceras e 58,6% eram latentes, enquanto nas 70 mulheres com diagnóstico laboratorial de sífilis, somente 5,6% apresentaram ulcera genital (BRASIL, 2008).

Em Vitória, Espírito Santos, um estudo envolvendo 299 mulheres encontrou 7,4% de infecção por clamídia, e 2,0% de infecção por gonorréia, e 2,0% de infecção por tricomonas (BARCELOS *et al.*, 2008). Ressalta-se que a alta prevalência de clamídia (12,2%) e para gonorréia (1,9%) em mulheres adolescentes também foram apontados em outro estudo em Vitória, (MIRANDA, *et al.*, 2004). No Rio de Janeiro a prevalência dessas infecções em mulheres, incluindo o HIV e sífilis, foram 9,5% para gonorréia, 8% para clamídia e infecção pelo HIV, 6,5% para sífilis (COOK *et al.*, 2004).

Em Pelotas, 13,5% das 3.154 pessoas entrevistadas tiveram, pelo menos no último ano, um sinal ou sintoma de DST. A prevalência por síndrome foi de 9,0% de corrimento com características patológicas, 4,9% de ulcera genital, 1,0% de verrugas. A prevalência de corrimento com características patológicas foi maior em mulheres (14,7%) do que em homens (1,7%) e as mulheres tiveram três vezes mais chance de desenvolver os sintomas de DST, do que os homens. No entanto, estudo apontou como dificuldade importante, a falta de estimativas de sintomas de DST na população geral (CARRET, *et al.*, 2004). Apesar da escassez de dados sobre as síndromes genitais mais frequentes nos serviços de saúde, um estudo em Niterói, identificou a frequência de 2,3% de síndrome do corrimento vaginal e 1,7% de corrimento uretral em 145 adolescentes que buscaram o atendimento (SOUZA *et al.*, 2009).

O corrimento vaginal por ser uma queixa muito frequente das mulheres (BARBOSA, *et al.*, 2008), é importante destacar alguns aspectos decorrentes da sua classificação em ser fisiológico ou patológico. O corrimento patológico pode ser determinado por vários agentes causais, podendo ser ou não de transmissão sexual e pode ser acompanhado de prurido, secreção de várias tonalidades com odor, dispareunia e disúria, enquanto que o fisiológico resulta da eliminação de muco cervical, descamação e transudação (AMARAL *et al.*, 1994; BRASIL, 2006a ).

Um dado importante é que se o corrimento vaginal estiver associado as DST, o que ocorre em 25 a 90% das vezes, pode ser um grande problema, sobretudo quando acomete em gestante, por estar relacionada à causa importante de prematuridade e baixo peso ao nascer, corionamnionite e endometrite (MULLICK *et al.*, 2005). Esse dado se torna mais relevante, sobretudo por ser uma queixa comum das mulheres no pré-natal (FONSECA, 2008).

No entanto, o corrimento vaginal associado as DST só se tornou um problema de saúde pública, a partir da descoberta de ser um fator facilitador da transmissão do HIV, cuja evidência revelou que a concentração do HIV quando presente na secreção cervicovaginal,

aumenta em duas vezes entre as mulheres com gonorréia, três vezes na presença de clamídia e quatro vezes se existir ulceração no colo uterino (GHYS *et al.*, 1997).

Um estudo realizado em mulheres infectadas pelo HIV nos Estados Unidos identificou um aumento da carga viral do HIV em secreções cervico-vaginais quando presente alguma inflamação ou ulceração no colo do útero, sem contudo, haver qualquer associação com DST (WRIGHT JUNIOR *et al.*, 2001).

Por outro lado, as dificuldades em se identificar o agente etiológico de muitas DST e de outras infecções do trato reprodutivo, fez com que se recomendasse o tratamento de acordo com os sintomas e sinais característicos (síndromes) a fim de englobar varias infecções (WHO, 2005). Por exemplo, o corrimento vaginal anormal pode ser causado por vaginose bacteriana ou por leveduras que não são sexualmente transmitidas, bem como por outras normalmente de transmissão sexual, como por infecção por tricomonas, ou resultante de cervicite mucopurulenta, causada pela *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*.

Assim, tendo como base de que a vaginose bacteriana, tricomoníase e candidíase são as principais causa do corrimento vaginal, a OMS elaborou um fluxograma, denominado síndrome do corrimento vaginal que auxiliam os profissionais a se conduzirem diante de uma queixa corrimento vaginal, sobretudo com atenção para não deixar de detectar infecções cervicais mais graves, que costumam ser muitas vezes assintomáticas (WHO, 2001). A precisão da detecção da infecção gonocócica cervical e clamídia requerem exames laboratoriais caros nem sempre disponível na maioria das instituições, razão pelo qual foram incluídos critérios de risco (paciente com múltiplos, parceiros sem proteção, ter sido exposto a uma DST, ser proveniente de região de alta prevalência de gonococo e clamídia, parceiro com sintomas ou fluxo cervical mucopurulento ou sangrando fácil) no fluxograma do corrimento vaginal que orienta quando o tratamento deve ser efetuado (WHO,2005).

Em relação a vaginose bacteriana (VB), considerada como uma infecção endógena (WHO, 2005) vem crescendo o entendimento de que esta pode aumentar a susceptibilidade da infecção pelo HIV (SEWANKAMBO *et al.*,1997; SCHMID *et. al.*, 2000; ROTTINGEN.; CAMERON; GARNETT, 2001; ATASHILI *et al.*, 2008). Uma das explicações dada por Schmid *et. al.*, (2000) é a de que Ph elevado provocado pela VB faz com que a vagina se torne mais propensa a aderência e sobrevivência do HIV, além disso há ainda uma proteína estável elaborada pela *gardnerella vaginalis* que aumenta consideravelmente a produção do HIV.

Portanto, estima-se que a VB aumente o risco de HIV aquisição, em cerca de 40 a 60% (ROTTINGEN; CAMERON; GARNETT, 2001; ATASHILI *et al.*, 2008). Além disso, a

VB está também associada ao risco aumentado de prematuridade e infecção puerperal, motivo pelo qual o tratamento de casos sintomáticos podem reduzir o risco de parto prematuro, e a prevenção e o tratamento efetivo dessas infecções na gestação, incluindo pós-parto e pós-aborto pode reduzir a morbimortalidade materna (WHO, 2005).

Entre as implicações para a saúde reprodutiva, a OMS destaca as infecções congênitas por sífilis, a infecção por gonorréia, clamídia, herpes, hepatite B e HIV como causas importantes que podem levar à incapacidade, cegueira e morte neonatal, razão essencial das nações incorporarem as estratégias de prevenção e controle das DST no âmbito da saúde reprodutiva (WHO, 2005).

Vale destacar também a infecção por clamídia como um dos principais agentes etiológicos que pode desencadear infertilidade, tanto nas mulheres, como nos homens (KARINEN *et al.*, 2004, MARDH, 2004; GONZALES *et al.*, 2004; BEZOLD, *et al.*, 2007). Nos homens, há fortes indícios de que a presença de clamídia pode estar associada à diminuição da motilidade dos espermatozoides (HOSSEINZADEH S *et al.*, 2001; ELEY *et al.*, 2005), bem como pode causar epididimite, cuja inflamação pode afetar a fertilidade (ORIEL; RIDGWAY, 1983, ELEY *et al.*, 2005). Considerando-se que aproximadamente 70% a 80% das mulheres e 50% dos homens infectados não têm qualquer sintoma dessa infecção, o seu controle constitui um grande desafio, sobretudo porque as pessoas infectadas não sabem que estão transmitindo a seus parceiros (GONZALES *et al.*, 2004).

Contudo, o não reconhecimento de sintomas de anormalidades nos genitais pode ser problemático no campo das DST, à medida que um estudo realizado em Campinas identificou que mais de 70% das 249 mulheres entrevistadas não associaram o corrimento vaginal com DST (FERNANDES *et al.*, 2000). Entre estas mulheres, somente 3,6% referiram algum antecedente de haver contraído DST, possivelmente pelo médico não abordar o vínculo entre o diagnóstico realizado e a forma de transmissão. Momento este, que seria oportuno não somente para triagem sorológica de outras DST e HIV, mas de esclarecimentos sobre evitar sexo quando na presença de anormalidades nos genitais e de avaliação de riscos pessoais de infecção para DST atual e para o HIV, como forma de compreender a importância da adoção do sexo protegido (BRASIL, 2006).

Apesar do corrimento vaginal ser uma queixa que pode não estar relacionado com DST, um estudo realizado em Vitória, Espírito Santo, identificou uma associação significativa entre esse sintoma e infecção por clamídia em adolescentes, sendo inclusive, encontrado a alta prevalência de clamídia (12,2%) e de gonorréia (1,9%) entre essas mulheres, sugerindo a

necessidade de haver mais ações de prevenção de DST junto as adolescentes (MIRANDA *et al.*, 2004),

Em relação ao *trichomonas vaginalis* (TV), a estimativa é a de que anualmente, haja 170 milhões de casos no mundo, sendo 4,3 milhões desses casos ocorrendo no Brasil (PASSOS, 2006). Apesar da alta prevalência e dos riscos associados a tricomoníase, pouco se conhece sobre a variabilidade biológica do parasito (GOMEZ-BARRIO *et al.*, 2002). Sua transmissão ocorre principalmente através da relação sexual, mas pode sobreviver por mais de uma semana sob o prepúcio do homem sadio após o coito com mulher infectada e mesmo não tendo a forma cística, pode sobreviver no ambiente por um tempo considerável, sob altas condições de umidade. Podendo viver durante três horas na urina coletada e seis horas no sêmen ejaculado (REIN, 1995; DE CARLI, 2000).

No âmbito da saúde reprodutiva, o TV pode estar associado na gestação ao parto prematuro e baixo peso ao nascer (COTCH *et al.*, 2003), bem como pode predispor as mulheres às doenças inflamatórias pélvica e ao câncer cervical (HEINE; MCGREGOR, 1993; DE CARLI, 2004). Entretanto, somente após evidências fortes de que TV pode aumentar de duas a três vezes os risco de transmissão do HIV, esse patogênico passou a ser interesse internacional (SORVILHO *et al.*, 2001). Um estudo mais recente, realizado com mulheres infectadas em ambulatório de Nova Orleans, forneceu ainda mais sustentação a esse achado, quando identificou que houve redução significativa da quantidade de HIV-1 vaginal após o tratamento eficaz do tricomonas (KISSIGER, *et al.*, 2009).

Uma situação de grande dificuldade em obter controle das DST no Brasil, pode ser percebida na problemática em reduzir a sífilis congênita (SC) (BRASIL, 2007), apesar de estar associada a vários desfechos negativos da gestação em mais de 50,0% dos casos, como, aborto, e neomortalidade e complicações precoces e tardias nos nascidos vivos (HIRA *et al.*, 1990; MASCOLA; PELOSI; ALEXANDRE, 1998; GUST *et al.*, 2002; WATSON *et al.*, 2002).

No entanto, apesar da importância de reduzir a SC no Brasil, estudos tem apontado que esta não tem recebido a mesma atenção dos serviços de saúde quando comparada ao da transmissão vertical do HIV, razão pela qual houve maior redução no número de casos de aids em crianças devido a exposição de mãe para filho, do que de sífilis congênita no país (SARACENI; LEAL; HARTZ, 2005; RAMOS JUNIOR *et al.*, 2007),

No campo das DST, vários estudos apontam a ausência de tratamento dos parceiros sexuais de gestantes com sífilis, evidenciando a dificuldade de acesso aos homens aos serviços de

saúde (BRASI,2007; SZWARCOWALD *et al.*, 2007; FIGUEIRÓ-FILHO,*et al.*, 2007; LIMA; VIANA, 2009; MACEDO *et al.*, 2009; CAMPOS, *et al.*, 2010). No entanto, a garantia desse acesso é um processo que ainda está em andamento no país, porque somente a partir de 2008, a saúde do homem passou a ser integrada no elenco de ações prioritárias do processo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008b).

Outra DST importante no contexto das ações e saúde pública se refere à infecção pelo papilomavírus humano (HPV), tanto por ser uma das DST mais comuns, como por causar condilomas acuminados (verrugas) que são considerados como fatores de risco para displasia (PAPACONSTANTINO *et al.*, 2005). Entretanto, apesar de tais lesões verrugosas estarem mais associadas aos HPV de baixo risco oncogênico, como os genótipos 6 e 11 (SUN, 2006), a presença de múltiplos genótipos de HPV, tem sido encontrada em verrugas genitais (MARCOLINO *et al.*, 2008) sendo que as de alto risco oncogênico é mais comum encontrar nas verrugas anogenitais (VANDEPAPELIERE *et al.*, 2005).

No Brasil são escassos os estudos sobre a prevalência desses tipos de lesões nos serviços, porém um estudo realizado em São Paulo identificou a prevalência de verrugas genitais em 38% entre os 1.133 casos atendidos no ambulatório de DST (FAGUNDES; PATRIOTA; GOTLIEB, 2001). No estudo abrangente de prevalências das DST no país, essas lesões foram identificadas em 21,5% das mulheres e em 36,8% homens (BRASIL, 2008a).

Estudos realizados nos Estados Unidos sobre HPV revelam que é mais freqüente em adultos jovens de ambos os sexos, com a prevalência estimada em torno de 20% a 46%, sendo o homem considerado como um importante fator de propagação desse vírus entre as mulheres (REIS, 2005; MAUCORT-BOULCH *et al.*, 2008).

Outra grande dificuldade no controle das DST é a ocorrência comum da automedicação para tratamento das DST, sobretudo por resultar numa infecção não curada e ser causa de resistência dos microorganismos aos antibióticos comuns (WHO, 2005). A maioria das pessoas com DST buscam a automedicação porque não consideram os serviços de saúde locais aceitáveis, podendo ser pelo maior tempo de espera, ou por ausência de privacidade, e que a melhora desse tipo de atendimento, pode restaurar a confiança das pessoas e reduzir a freqüência da automedicação (WHO, 2005)..

No Brasil, evidências apontam a existência de dificuldades das pessoas com DST terem acesso aos serviços de saúde (ARAUJO; LEITÃO, 2005), fazendo com que estas busquem o tratamento em farmácias (NAVES, 2006). Outros revelam não buscarem esse tipo

de atendimento, por medo ou vergonha, ou pela falta de preparo e de estrutura dos serviços de saúde (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007; NAVES *et al.*, 2010).

### 3.3 Abordagem sindrômica de DST

A rápida disseminação do HIV/Aids fez com que a OMS a partir de 1991, recomendasse como estratégia importante de prevenção, o atendimento de pacientes com DST pela abordagem sindrômica, especialmente em países em desenvolvimento (WHO, 2001; REDWOOD-CAMPBELL; PLUMB, 2002). No Brasil esta abordagem tem sido instituída desde 1993(MOHERDAUI; VUYLSTEKE *et al.*, 1998; MENEZES, 2005).

. O método consiste no tratamento dos casos de DST sintomáticos, classificada de acordo com um conjunto de sinais e sintomas clínicos. É uma forma de abordagem que permite que se realize o atendimento, mesmo em locais onde há escassez de recursos laboratoriais, e os pacientes são tratados no momento de sua consulta, de modo não serem perdidos no seguimento pós-consulta. Isto contribui para a prevenção de seqüelas e de futuras transmissões. (WHO, 2001, 2007).

O mais importante dessa estratégia de atendimento é considerar para tratamento, os principais patógenos associados a cada síndrome, no qual o profissional por meio de um fluxograma (arvore de decisão) realiza o atendimento de acordo com cada síndrome. Recomenda-se o uso dos seguintes fluxogramas: úlcera genital e corrimento uretral, desconforto e dor pélvica e corrimento vaginal e cervicite sem microscopia e com microscopia (BRASIL, 2006), conforme podem ser visualizados no anexo 3.

A literatura mostra que os fluxogramas para úlceras genitais e corrimentos uretrais são bastante eficientes, entretanto, não se observa o mesmo desempenho para corrimentos vaginal e cervical (LA RUCHE *et al.*, 2000). Por isso, foi proposto aos casos de corrimento vaginal a inclusão de insumos, como fitas de PH vaginal e hidróxido de potássio (KOH) na diferenciação das causas de corrimento e a utilização de critérios de risco para endocervicite como forma de para aumentar a capacidade preditiva dos verdadeiros casos de infecção (WHO, 2005; BRASIL, 2006).

O principal objetivo é prover em uma única consulta não somente o tratamento imediato, mas estabelecer uma relação de confiança com o(a) cliente suficientemente favorável para a realização de um conjunto de ações essenciais complementares explicitados nos fluxogramas.Considera-se como de aplicação racional para países ou regiões com poucos recursos e laboratório equipado, no entanto, como todo protocolo requer monitoração e avaliação constante, e treinamento de pessoal envolvido (BOSU, 1999; WHO, 2007).

A estratégia partiu do princípio de que o diagnóstico das DST ou é clínico, que muitas vezes são imprecisos, ou laboratorial (etiológico) que é complexo e caro, e pode atrasar o tratamento (VUYLSTEKE, 2004). Assim, no início da década de 70 os médicos, principalmente os que trabalhavam na África, em virtude da existência de muitas pessoas acometidas pelas DST e em condições de extrema pobreza, se interessaram em testar ferramentas clínicas mais simples para o tratamento e controle das DST (MEHEUS, 1984; VUYLSTEKE, 2004). Destinava-se a locais específicos, e posteriormente, em meados de 1990, foi divulgada pela OMS na forma de fluxogramas, e amplamente aceita após sua validação em estudos realizados na África que mostraram ser uma ferramenta eficaz de prevenção do HIV/AIDS que resultou na concepção da abordagem sindrômica de DST (WHO, 2001b).

No entanto, para sua aceitação e validação em diversos países, foram necessários à realização de vários estudos epidemiológicos (GROSSKURTH *et al.*, 1995; MAYAUD *et al.*, 1998; BEHETS *et al.*, 1995; MOHERDAUI *et al.*, 1998). No Brasil, a validação do fluxograma do corrimento genital e de úlcera genital ocorreu em estudo realizado de janeiro a junho de 1995. Nesse estudo foi proposto adicionar um exame laboratorial simples (Gram) no fluxograma do nacional, para aumentar a especificidade e o valor preditivo positivo para gonorréia. A sensibilidade do diagnóstico de infecção cervical aumentou de 16% (abordagem etiológica e clínica) para 68% (abordagem sindrômica) quando foi incluída a avaliação de risco no fluxograma. O estudo foi importante porque contribuiu para convencer aos administradores sobre as vantagens dessa estratégia ser incluída no elenco das ações de saúde pública do país (MOHERDAUI *et al.*, 1998).

Na China, o estudo de validação do fluxograma de corrimento uretral resultou em 95% de sensibilidade, mas se fosse acrescentado a disúria essa sensibilidade aumentaria para 100% (LIU *et al.*, 2003). A abordagem sindrômica foi considerada neste estudo, como uma ferramenta de grande custo-benefício, simples de executar, especialmente na atenção primária, cujos resultados alcançados se sobrepõem as críticas apontadas quanto ao uso excessivo de antibióticos utilizados para o tratamento.

Um estudo na África identificou que mesmo tendo disponível o diagnóstico etiológico, não seria adequado usá-lo, porque mais de 50% das pessoas com diagnóstico laboratorial confirmado não retornaram para o resultado, razão pela qual recomendou manter nessa população o manejo de casos de DST pela abordagem sindrômica (MUKENGE-TSHIBAKA *et al.*, 2002).

No entanto vale resgatar alguns estudos que tornaram as estratégias de tratamento das DST como uma ferramenta importante de prevenção do HIV no mundo. Na década de 90, alguns ensaios randomizados foram realizados na África com o objetivo de avaliar a magnitude do efeito do melhoramento do tratamento de DST sobre o HIV a nível de população (KORENROMP. *et al.*, 2005). Um desses, revelou que a melhoria no manejo de casos pela abordagem sindrômica foi associado a uma redução na incidência pelo HIV em 38%, na população estudada após um curso de 2 anos em Mwanza, na Tanzânia. (GROSSKURTH *et al.*, 1995).

Outro realizado em Côte d'Ivoire (Costa do Marfim) ao avaliar o impacto da abordagem sindrômica em conjunto com outras ações educativas envolvendo trabalhadoras do sexo concluiu que houve queda acentuada da prevalência do HIV e de outras DST, além de mudanças significativas no comportamento (GHYS *et al.*, 2002).

Um estudo em Burkina Faso, na África também encontrou redução da prevalência das DST e do HIV após a introdução da abordagem sindrômica e adoção de comportamentos sexuais mais seguros (NAGOT, N. *et al.*, 2004).

Entretanto, outros estudos de avaliação da eficácia da abordagem sindrômica na redução da epidemia do HIV na África têm encontrado resultados discordantes. Um estudo de intervenção, em que duas comunidades foram comparadas em Mwanza, na Tanzânia, concluiu que somente a comunidade que recebeu a intervenção (manejo sindrômico com atividades educativas para procurar o tratamento precoce), apresentou redução significativa na prevalência de sífilis e corrimento uretral, no entanto não houve comprovação da redução do HIV (MAYAUD *et al.*, 1997)

Outro estudo realizado em Masaka, na Uganda, envolveu três grupos de comunidades, sendo que o primeiro grupo recebeu apenas intervenções comportamentais, o segundo recebeu ações comportamentais e atendimento pela abordagem sindrômica de DST e o terceiro não recebeu qualquer intervenção (controle). No final, o estudo concluiu que além do aumento uso consistente de preservativos, houve apenas redução na prevalência de gonorréia nos grupos que receberam a intervenção quando comparado ao do controle. (KAMALI, A. *et al.*, 2003).

Na análise sobre as tendências das DST curáveis antes e após a introdução da abordagem sindrômica realizada por White *et al.*, (2008), indicou baixa eficácia do tratamento sindrômico das DST nas comunidades estudadas. No entanto, os autores reconhecem que houve limitações importantes nessa análise, quando sugerem a inclusão de novos parâmetros

para melhorar suas estimativas, como por exemplo, informações sobre a qualidade do tratamento desde 1990.

Por outro lado, um estudo avaliou se o tratamento em massa das DST teria algum impacto na redução das DST e HIV em Rakai, Uganda. Após 20 meses, encontrou-se diminuição na prevalência de sífilis, tricomonas, sem no entanto ter havido redução do HIV (WAWER *et al.*, 1999).

Ressalta-se que os resultados discordantes sobre as estratégias centradas no tratamento das DST (prestação contínua de tratamento sintomático e intermitente de massa) para a prevenção do HIV podem ter sido em decorrência dos diferentes tipos de intervenções e das diferenças existentes entre as populações (CORBETT *et al.*, 2002). Avaliar esse impacto na população para Corbett *et al.*,(2002), é algo complexo porque depende entre outros fatores, da prevalência de DST na população estudada, da magnitude do efeito de co-fator na transmissão das DST e HIV e da eficácia de qualquer programa de controle na redução da *prevalência de DST*.

Na análise de Korenromp *et al.*, (2005), tanto o tratamento sintomático com o de massa podem contribuir bastante na prevenção do HIV nas populações de alto comportamento de risco e altas taxas de DST.

No final os próprios autores que encontraram esses resultados discordantes afirmam que intervir cedo para conseguir o máximo de controle das DST e instituir uma melhor gestão centrada nas DST são componentes essenciais de prevenção do HIV (CORBETT *et al.*, 2002; KORENROMP *et al.*, 2005; WHITE *et al.*, 2008)

Internacionalmente afirma-se que não há mais como negar as fortes evidências do efeito cofator entre DST e HIV (WHO 2007). Um estudo realizado em Malawi, na África em que foi encontrado nos homens HIV positivos com uretrites gonocócicas uma concentração de oito vezes maior no plasma seminal do que homens soropositivos sem uretrite, e que após menos de duas semanas do tratamento a concentração de RNA do HIV no sêmen diminuiu significativamente, sem que houvesse qualquer alteração no plasma sanguíneo (COHEN *et al.*, 1997).

Em Abidjan, em Côte d'Ivoire identificou-se uma concentração de HIV duas vezes entre as infectadas por gonorréia e três vezes maior nas infectadas por clamídia (GHYS *et al.*, 1997).

Internacionalmente o modo predominante de transmissão do HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis é por via sexual, e por isso as medidas de prevenção da transmissão sexual desses patógenos devem ser as mesmas, bem como o público alvo e as populações para as intervenções (WHO, 2007). No entanto esse mesmo documento da OMS destaca que alguns países têm concentrado esforços (estrutura financeira e de pessoal) quase exclusivamente nas ações de controle e prevenção da aids. tuação esta, que vem ocorrendo no Brasil pela maior ênfase na prevenção e o controle de transmissão vertical do HIV do que em relação a sífilis congênita (RAMOS *et al.*, 2007).

Assim, é essencial garantir investimentos para infra-estrutura dos sistemas de saúde, com insumos necessários a melhoria da qualidade de acesso aos cuidados das DST e HIV, sendo recomendado o atendimento de casos de DST pela abordagem sindrômica, especialmente em países em desenvolvimento, e maior ampliação de testes para a triagem para identificação de outras DST assintomáticas, além da sífilis e HIV (WHO,2007).

No Brasil, apesar da abordagem sindrômica ser amplamente recomendada desde 1993 (MOHERDAUI, VUYLSTEKE *et al.*, 1998; BRASIL, 1998; BRASIL, 2006), os estudos sobre sua aplicabilidade são escassos, e apontam dificuldades na sua incorporação na rede de atendimento, que varia desde a falta de estrutura para o atendimento, insumos, medicamentos, até a falta de capacitação técnica e insuficiente adesão dos profissionais (ZAMPIER, 2008; CORDEIRO, 2008). Portanto, seria prudente compreender não somente quais as facilidades, dificuldades ou limitações quanto a sua adesão, mas os resultados alcançados com a sua implementação, para quem sabe no futuro ser possível avaliar o seu impacto na redução das DST/HIV nas populações estudadas.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quantitativa. Tendo como base a importância desse tipo de estudo, vale destacar alguns aspectos conceituais que os caracterizam.

Um estudo descritivo objetiva analisar o problema e descrever suas características (COLLIS; HUSSEY, 2005). Por sua vez, a natureza quantitativa de um trabalho se caracteriza pelo emprego de quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento dessas informações por meio de técnicas estatísticas, evitando distorções de análise e interpretação a fim de proporcionar uma maior margem de confiança na pesquisa (TEIXEIRA; PACHECO, 2005).

Por outro lado, a importância de um estudo de corte transversal é obter informações sobre variáveis em diferentes contextos de forma simultânea, ou seja, é um instantâneo de situação em andamento (COLLIS; HUSSEY, 2005).

### **4.2 Local da pesquisa**

O estudo foi desenvolvido em uma unidade primária de saúde de Fortaleza, vinculada à Secretaria de Saúde do estado do Ceará. Trata-se de um serviço de saúde que oferece atividades de ensino e pesquisa para as universidades públicas e privadas de Fortaleza. Tal unidade não desenvolve atividades na lógica da Estratégia de Saúde da Família e apresenta média anual de 120.428 atendimentos, dos quais 687 são casos de DST. Configura-se como espaço privilegiado para o desenvolvimento dessa pesquisa devido à organização do atendimento e a disposição de registros dos casos de DST.

Em meados da década de noventa, foi implantado em Fortaleza o atendimento de DST por meio de um convênio firmado entre a Universidade de Bordeaux e as Secretarias de Saúde do Estado e do Município e o Ministério da Saúde. A parceria trouxe vários benefícios, como: a aquisição de materiais e equipamentos necessários, a capacitação dos profissionais na implementação da abordagem sindrômica em DST e a organização interna do fluxo do paciente com queixa de síndrome genital. A ampla adesão da proposta pelos profissionais foi evidenciada, à medida que foi sendo incorporada a rotina do serviço, o atendimento das queixas genitais por meio da estratégia da abordagem sindrômica (BRASIL, 2006).

### **4.3 Procedimentos adotados no serviço para os casos atendidos pela abordagem sindrômica de DST.**

As pessoas com queixas genitais são examinadas e tratadas, de acordo com as orientações dos fluxogramas da abordagem sindrômica de DST do Ministério da Saúde, que inclui a realização de um conjunto de ações complementares tais como aconselhamento, oferta de sorologia anti-HIV, VDRL e de preservativos, vacinação hepatite B e C, adesão ao tratamento, comunicação de parceiros sexuais, e retorno para resultados de exames e controle de cura (BRASIL, 2006).

A unidade disponibiliza todos os medicamentos necessários para o tratamento, bem como serviço de laboratório para a coleta das amostras para realização dos exames de VDRL e anti-HIV logo após o atendimento. Todas as pessoas atendidas assinam o termo de consentimento informado, autorizando a realização do exame anti-HIV.

Após a confirmação do diagnóstico sindrômico, é solicitado o VDRL e anti-HIV mediante sessão de aconselhamento pré e pós-teste e agendado o retorno. Dois retornos são agendados: o primeiro com 7 dias para avaliação do tratamento e entrega do resultado do VDR; o segundo, com 30 dias para reavaliação do caso e entrega dos resultados do anti-HIV.

O exame VDRL é realizado no laboratório da unidade e o resultado está disponível no prazo de sete dias após a coleta, objetivando coincidir com a data de retorno dos pacientes para avaliação do tratamento. As amostras sorológicas para realização do anti-HIV são enviadas para o Laboratório Central do Estado do Ceará (LACEN-CE) com retorno dos resultados em média com 30 dias.

No Brasil, o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV é regulamentado por meio de portarias do Ministério da Saúde que estabelece a obrigatoriedade da realização de um conjunto de procedimentos seqüenciado para os testes que visam detectar anticorpos anti-HIV em indivíduos com idade acima de 18 meses (BRASIL, 2009). Em 2009, entrou em vigor a Portaria Nº 151, de 14 de outubro de 2009, no entanto, como o período deste estudo é anterior a esta data, a realização dos exames de anti-HIV atendeu as determinações das portarias vigentes na época, que foram respectivamente as Portarias Nº 488 de 17 de junho de 1998 e Nº 59, de janeiro de 2003 (BRASIL, 1998; BRASIL, 2003).

Importante ressaltar que na prática se observa que esta unidade de saúde está entre os poucos serviços de saúde no Brasil que possuem uma estrutura organizada destinada a atender adequadamente os casos de DST.

#### **4.4 Período de estudo**

O período do estudo compreendeu os anos 1999 e 2008. A escolha do início no ano de 1999 ocorreu por ter sido implantado o sistema de preenchimento de fichas e prontuários destinados especificamente para os casos atendidos pela abordagem sindrômica de DST. Estas fichas constam como parte integrante dos prontuários e são sistematicamente preenchidas pelos profissionais de saúde da unidade e digitadas por um profissional designado especificamente para esse fim (anexo 2).

#### **4.5 População**

A população desse estudo correspondeu a 6872 pacientes atendidos pela abordagem sindrômica na unidade de saúde.

#### **4.6 Critério de inclusão**

Foram incluídas todas as pessoas que apresentaram uma síndrome genital (ulceras, corrimentos, verrugas, dor pélvica) e receberam o diagnóstico sindrômico de DST do profissional de saúde.

#### **4.7 Critério de exclusão:**

Excluiu-se 1724 casos que apresentavam mais de uma síndrome genital, perfazendo um total de 5148 casos de DST analisados.

#### **4.8 Coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2010. Os dados foram coletados nas fichas de atendimento, e aqueles que não constavam nas fichas eram complementados nos prontuários dos pacientes. Detalhes das informações contidas nessa ficha podem ser visualizados no anexo 2.

Em face de lacunas observadas após análise preliminar do banco de dados, fez-se necessário o retorno ao campo da pesquisadora e duas bolsista do Curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) para complementação das informações.

As seguintes variáveis foram analisadas:

- Sociodemográficas: sexo, idade (em anos); escolaridade (em anos de estudo); município de residência (Fortaleza ou outra cidade);
- Comportamentais:
  - número de parceiros sexuais nos últimos três meses;

- retorno à consulta - considerou-se os casos que retornaram no prazo máximo de 90 dias após 1º atendimento, tempo considerado para controle e encerramento do caso.

- Resultados de exames: VDRL e Anti-HIV;
- Síndromes clínicas: corrimento vaginal e/ou cervicite, corrimento uretral, dor pélvica, ulcera genital e verrugas. A definição dessas variáveis obedeceu à classificação diagnóstica para o atendimento pela abordagem sindrômica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

Os dados das variáveis que não constavam informações na ficha e nem no prontuário foram consideradas ignoradas.

Para assegurar o controle dos dados coletados, foi organizada uma planilha contendo um numero de ordem, seguido da numeração correspondente da cada prontuário, em que coube a pesquisadora a supervisão e o acompanhamento continuo de que os mesmos estavam sendo colhidos adequadamente.

#### **4.9 Análise dos dados**

Os dados foram digitados no pacote estatístico Epi-Info (6.04) e analisados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0. Inicialmente foi feita uma análise descritiva e para as variáveis quantitativas foram apresentadas as medias e desvio padrão. Foi realizado análise bivariada e multivaridada pela regressão logística. As diferenças entre os grupos foram analisadas pelo qui-quadrado de Pearson. As associações entre resultados de VDRL e anti-HIV foram analisadas pela regressão logística utilizando-se da técnica de Stepwise e a razão de chances pelo Odss Ration. A análise multivariada foi realizada pelo STATA versão 11.0. Para a análise ajustada, permaneceram as variáveis que tiveram o valor de  $p < 0,05$ .

#### **4.10 Aspectos éticos**

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará conforme protocolo nº 126/2008 (Anexo 1).

## **5 RESULTADOS**

Na tabela 1, encontram-se os dados sociodemográficas das fichas e prontuários de 5148 pacientes atendidos pela abordagem sindrômica. Residiam em Fortaleza 97,3% dos

pacientes e a maioria (74,2%) dos casos ocorreu em mulheres. Oitocentos e trinta uma pessoas (16,1%) tinha idade inferior a 19 anos e destas, 11 (1,3%) eram crianças com idade até 12 anos. A média de idade foi de 28,8 anos (DP 9,6). Em relação à escolaridade, 38% tinham entre cinco e oito anos completos de estudo com média de 7,1 anos (DP 3,4). A maior parte (79,2%) referiu um parceiro sexual nos últimos três meses. Entre as crianças menores de 12 anos, cinco (45,4%) referiram ter parceiros sexuais e destas, todas tinham idade entre 11 e 12 anos. Noventa por cento dos pacientes compareceram aos retornos agendados no período de três meses.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas, comportamentais de pessoas atendidas pela abordagem sindrômica em uma unidade de saúde. Fortaleza-Ce, Brasil, 1999 a 2008.

<b>Variáveis</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	1326	25,8
Feminino	3822	74,2
<b>Faixa etária (anos)</b>		
≤19	831	16,2
20 - 29	2416	46,9
30 - 39	1191	23,1
≥40	710	13,8
<b>Escolaridade (em anos de estudo)</b>		
0 - 4	1337	26
5 - 8 anos	1955	38,0
≥ 9 anos	1813	35,2
Ignorado	43	0,8
<b>Município</b>		
Fortaleza	5010	97,3
Outro município do estado do Ceará	138	2,7
<b>Nº de parceiros sexuais nos últimos 3 meses</b>		
Sem parceiro	358	7
Um	4076	79,2
Dois ou mais	627	12,1
Ignorado	87	1,7
<b>Retornou a consulta</b>		
Sim	4631	90,0
Não	517	10,0
<b>Total</b>	<b>5148</b>	<b>100,0</b>

A tabela 2 apresenta a distribuição das síndromes genitais por sexo. A síndrome mais freqüente (44,5%) foi de corrimento vaginal e cervicite, seguida da verruga genital com 42,2% dos casos. As síndromes de verruga e úlcera genital apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação aos sexos sendo as verrugas mais freqüentes nas mulheres e as úlceras nos homens ( $p=0,000$ ).

Tabela 2. Síndromes genitais por sexo em pessoas atendidas pela abordagem sindrômica em unidade de atenção primária de saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil, 1999 a 2008.

Variáveis	Sexo				Total		p**
	Masculino		Feminino		n	%	
	n	%	n	%			
Corrimento vaginal e/ou cervicite*	-	-	2291	(44,5)	2291	(44,5)	-
Dor pélvica*	-	-	75	(1,5)	75	(1,5)	-
Corrimento uretral*	347	(6,7)	-	-	347	(6,7)	-
Verruga genital	848	(39,0)	1326	(61,0)	2174	(42,2)	0,000
Úlcera genital	131	(50,2)	130	(49,8)	261	(5,1)	0,000

\* Síndromes não comuns aos sexos

\*\* teste do qui-quadrado de Pearson

Na tabela 3 estão apresentados por sexo, os resultados dos exames de VDRL e anti-HIV. Realizaram o VDRL 87,5% e o anti-HIV 79,4% dos pacientes. A realização desses exames apresentou diferença estatística entre os sexos, com maior proporção entre as mulheres ( $p=0,000$ ). O resultado positivo do exame anti-HIV apresentou diferença estatisticamente significativa entre os sexos, com maior proporção entre os homens ( $p=0,000$ ).

Considerando ambos os sexos, a prevalência geral encontrada de resultados reagentes de VDRL foi 8,2% e de 1,3% para os de sorologia positiva para o HIV, conforme pode ser verificada na tabela 3.

Tabela 3 – Análise dos exames de VDRL e anti-HIV por sexo em pessoas atendidas pela abordagem sindrômica em uma unidade de atenção primária de saúde, Ceará, Brasil, 1999 a 2008.

Variáveis	Sexo				Total		p*
	Masculino		Feminino		n	%	
	n	%	n	%			
Realizou VDRL							
Sim	1123	(24,9)	33 81	(75,1)	4504	(87,5)	0,000
Não	203	(31,5)	441	(68,5)	644	(12,5)	
Resultados VDRL							
Reagente	97	(26,4)	271	(73,6)	368	(8,2)	0,510
Não Reagente	1026	(24,8)	3110	(75,2)	4136	(91,8)	
Realizou anti-HIV							
Sim	966	(23,6)	3122	(76,4)	4088	(79,4)	0,000
Não/ignorado	360	(34,0)	700	(66,0)	1060	(26,6)	
Resultado anti-HIV							
Reagente	30	(57,7)	22	(42,3)	52	(1,3)	0,000
Não Reagente	922	(23,0)	3088	(77,0)	4010	(98,7)	

\*teste do qui-quadrado de Pearson

Observou-se na tabela 4, que pouco mais da metade dos exames de VDRL reagentes (53%), ocorreram em pessoas com síndrome de corrimento vaginal e/ou cervicite. Somente a síndrome de dor pélvica não apresentou diferença estatisticamente significativa com o resultado de VDRL reagente ( $p=0,57$ ).

Em relação ao exame HIV a maioria dos casos positivos ocorreu em pessoas com síndrome de verruga genital (65,4%) e 21% em pessoas com corrimento vaginal e/ou cervicite. Identificou-se que as síndromes de corrimento vaginal ( $p=0,000$ ) e verruga genital ( $p=0,001$ ) apresentaram diferença estatisticamente significativa com o resultado positivo para o anti-HIV (Tabela 4).

Tabela 4 – Síndromes genitais de acordo com os resultados de VDRL e Anti-HIV de pessoas atendidas pela abordagem sindrômica em unidade primária de saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil, 1999 a 2008.

Síndrome	Resultado VDRL (N=4504 )					Resultado Anti-HIV ( 4062 )				
	Reativo n=368	%	Não Reativo n=4136	%	P	Positivo n=52	%	Negativo n=4010	%	p
Corrimento vaginal e ou cervicite	195	(53,0)	1851	(44,8)	0,002	11	(21,0)	1865	(47,0)	0,000
Verruga Genital	88	(23,9)	1815	(43,9)	0,000	34	(65,4)	1688	(42,1)	0,001
Úlcera Genital	62	(16,8)	170	(4,1)	0,000	5	(9,6)	191	(4,8)	0,105
Corrimento Uretral	19	(5,2)	240	(5,8)	0,013	2	(3,8)	208	(5,2)	0,664
Dor Pélvica	4	(1,1)	60	(1,4)	0,572	-	-	-	-	-

\*teste do qui-quadrado de Pearson

Análise multivariada não ajustada e ajustada encontraram associação estatística significativa com o resultado reagente para o exame de VDRL para as variáveis cinco a oito e mais de nove anos de estudo ( $p=0,001$  e  $p=0,000$  respectivamente), síndromes de verruga genital ( $p=0,000$ ) e úlcera genital ( $p=0,000$ ). Vale destacar que a pessoa com úlcera genital tem quatro vezes mais chances de ter o exame de VDRL reagente (OR: 4,00; IC 95%: 2,83-5,65,  $p=0,000$ ), conforme se observa na tabela 5.

Tabela 5 – Análise multivariada ajustada e não ajustada dos resultados dos exames de VDRL reagentes por sexo, anos de estudo, faixa etária, número de parceiros sexuais nos últimos três meses e síndromes em pessoas atendidas pela abordagem sindrômica em unidade primária de saúde. Fortaleza, Ceará, 1999 a 2008.

Variável	VDRL reagente							
	n/N*	%	OR	Não ajustado (IC 95%)	P**	OR	Ajustado (IC 95%)	p**
Sexo								
Masculino	97/1326	(7,3)	1			1		
Feminino	271/3822	(7,1)	0,96	(0,76-1,23)	0,784	0,88	(0,66-1,18)	0,424
Anos de estudo								
0 - 4	139/1337	(10,3)	1			1		
5 - 8	137/1955	(7,0)	0,64	(0,50-0,83)	0,001	0,68	(0,52-0,88)	0,003
≥ 9	87/1813	(4,7)	0,43	(0,32-0,57)	0,000	0,44	(0,33-0,60)	0,000
Faixa etária (anos)								
≤ 19	60/831	(7,2)	1			1		
20 - 29	162/2413	(6,7)	0,92	(0,67-1,25)	0,612	0,93	(0,67-1,28)	0,674
30 - 39	71/1191	(5,8)	0,81	(0,57-1,16)	0,259	0,69	(0,48-1,00)	0,052
≥ 40	75/710	(10,5)	1,51	(1,03-2,16)	0,021	1,13	(0,77-1,64)	0,517
Nº parceiros nos últimos 3 meses								
Nenhum	21/358	(5,8)	1			1		
Um	293/4076	(7,1)	1,24	(0,78-0,96)	0,351	1,34	(0,84-2,15)	0,211
Dois ou mais	50/627	(7,9)	1,39	(0,82-2,35)	0,220	1,37	(0,78-2,40)	0,261
Síndrome								
Verruga genital	88/2174	(4,0)	0,40	(0,31-0,51)	0,000	0,52	(0,39-0,68)	0,000
Úlcera genital	62/261	(23,7)	4,66	(3,42-6,34)	0,000	4,00	(2,83-5,65)	0,000

\* n/N = número de resultados VDRL reagentes e n° de amostras testadas

\*\*teste do qui-quadrado de Pearson

As variáveis, sexo, faixa etária, anos de estudo, número de parceiros sexuais e síndrome de verruga genital apresentaram associação com o resultado do exame de anti-HIV positivo. No modelo ajustado, foi observado que ser do sexo feminino (OR: 0,35; IC 95%: 0,18-0,64; p=0,001), ter entre cinco e oito anos de estudo (OR: 2,22; IC 95%: 0,95-5,21; p=0,064), faixa etária de 30 a 39 anos (OR: 7,81; IC 95%: 1,77-34,3; p=0,007), ter um único parceiro nos últimos três meses (OR: 0,29; IC 95%: 0,13-0,64; p=0,002) e verruga genital (OR: 2,52; IC 95%: 1,26-5,02; p=0,009) permaneceram associadas a soropositividade para HIV (Tabela 6).

Tabela 6 – Análise multivariada ajustada e não ajustada dos resultados dos exames Anti-HIV positivos por sexo, anos de estudo, faixa etária, número de parceiros sexuais nos últimos três meses e síndromes em pessoas atendidas pela abordagem sindrômica em uma unidade primária de saúde. Fortaleza, Ceará, 1999 a 2008.

Variáveis	Anti-HIV positivo							
	n/N*	%	OR	Não ajustado (IC 95%)	P**	OR	Ajustado (IC 95%)	p**
<b>Sexo</b>								
Masculino	30/952	(3,1)	1			1		
Feminino	22/3110	(0,7)	0,25	(0,14-0,43)	0,000	0,35	(0,18-0,64)	0,001
<b>Anos de estudo</b>								
0 - 4	7/1027	(13,5)	1			1		
5 - 8	27/1535	(51,9)	2,66	(1,15-6,12)	0,021	2,22	(0,95-5,21)	0,064
≥ 9	18/1465	(34,6)	1,90	(0,79-4,57)	0,149	1,28	(0,52-3,15)	0,593
<b>Faixa etária (anos)</b>								
≤ 19	2/662	(0,3)	1			1		
20 - 29	29/1919	(1,5)	5,03	(1,19-21,1)	0,027	5,78	(1,36-24,5)	0,017
30 - 39	16/935	(1,7)	5,64	(1,29-24,6)	0,021	7,81	(1,77-34,3)	0,007
≥ 40	5/546	(0,9)	2,93	(0,56-15,1)	0,198	3,43	(0,61-19,0)	0,158
<b>Nº parceiros nos últimos 3 meses</b>								
Nenhum	8/270	(3,0)	1			1		
Um	32/3257	(1,0)	0,34	(0,16-0,75)	0,008	0,29	(0,13-0,64)	0,002
Dois ou mais	11/468	(2,4)	0,07	(0,31-1,96)	0,599	0,40	(0,15-1,07)	0,070
<b>Síndrome</b>								
Verruga genital	34/1722	(2,0)	2,60	(1,46-4,63)	0,001	2,52	(1,26-5,02)	0,009
Úlcera genital	5/196	(2,6)	2,01	(0,79-5,10)	0,141	2,07	(0,64-6,76)	0,227

\* n/N = numero de resultados anti-HIV reagentes e nº de amostras testadas

\*\*teste do qui-quadrado de Pearson

## 6 DISCUSSÃO

Esse estudo possibilitou conhecer as síndromes genitais mais freqüentes no serviço de atenção primária e a importância do uso abordagem sindrômica das DST considerando que possibilita a identificação precoce dos casos de sífilis e HIV. Essa identificação torna-se relevante, pois não há na literatura brasileira pesquisas que apontem que a captação precoce dos casos de HIV tenham sido em decorrência do uso da abordagem sindrômica nos serviços de atenção primária. Ademais, a abordagem sindrômica recomenda que a oferta dos exames de VDRL e HIV sejam realizadas com aconselhamento, ação que pode contribuir para a prevenção de outras DST e do HIV, pois propicia ao paciente a reflexão sobre suas condições de vulnerabilidade e de riscos (BRASIL, 2006).

Contudo, chama atenção à identificação de diagnósticos sindrômicos de DST em crianças, sobretudo pelas suas implicações quando decorrentes de abuso sexual. No Brasil, o abuso sexual em menores de 12 anos, é apontado como uma das causas mais freqüentes de busca de atendimento por problemas de saúde mental (BASSANI *et al.*, 2009). No entanto, apesar de haver ações destinadas para prevenção e tratamento dos agravos resultantes de violência sexual nos serviços de saúde (BRASIL, 2007), há de uma maneira geral, dificuldades no manejo desses casos tanto por parte das vítimas e familiares, como pelos profissionais, sobretudo pela falta de uma rede organizada destinada a esta demanda no Brasil.

A prevalência de 1,3% casos reagentes para o HIV está próxima da encontrada em outro estudo realizado em Fortaleza, Ceará pelo Ministério da Saúde com pessoas atendidas em clínicas de DST (0,9%) (BRASIL, 2008). Esses casos foram mais freqüentes nos homens, achado semelhante ao encontrado em outros estudos no Brasil (SZWARCOWALD; SOUZA JÚNIOR, 2006; BRASIL, 2008), o que pode estar relacionado à falta de envolvimento dos homens com as práticas preventivas.

Por outro lado, o predomínio pessoas do sexo feminino identificado neste estudo, parece corroborar com a forma cultural de organização dos serviços de saúde no Brasil, que privilegiam as mulheres, dificultando o acesso dos homens (GOMES; NASCIMENTO, 2006, COUTO, 2010). Um exemplo de quanto isso pode ser problemático no campo das DST pode ser observado pela ausência freqüente de tratamento de parceiros nos casos de gestantes com sífilis mencionadas em nos estudos (SZWARCOWALD *et al.*, 2007; FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2007; LIMA; VIANA, 2009; MACEDO *et al.*, 2009; CAMPOS, *et al.*, 2010). Contudo a melhoria da saúde do homem é um processo em andamento no país, porque somente a partir

de 2008, passou a integrar o elenco de ações prioritárias do processo de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2008b).

A síndrome de maior proporção foi de corrimento vaginal e/ou cervicite, no entanto, apesar do corrimento vaginal ser um sintoma muito freqüente nos serviços de saúde (BRASIL, 2008, BARBOSA *et al.*, 2008), o seu fluxograma tem sido objeto de aperfeiçoamento pelas fragilidades em diagnosticar as afecções cérvico-vaginais (MENEZES; FAUNDES, 2004), o que resultou em sua alteração ao longo dos anos (BRASIL, 1999,2006).

Evidências indicam que o corrimento vaginal está mais associado à vaginose bacteriana (VB) e tricomoníase do que com a cervicite e candidíase (MENEZES, 2005) e que ambas, tricomoníase e VB, aumentam a susceptibilidade da infecção pelo HIV (SCHMID *et al.*, ROTTINGEN; CAMERON; GARDNET, 2001; ATASHILI *et al.*, 2008; KISSINGER *et al.*, 2009) e de outras infecções de transmissão sexual (WRIGHT *et al.*, 2001). Esses achados são preocupantes considerando também que é alta a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis entre os casos de corrimentos vaginais (MIRANDA *et al.*, 2004; CARRET *et al.*, 2004) e que os profissionais encontram dificuldade para realizar o manejo adequado dos casos pela abordagem sindrômica (ZAMPIER, 2008; CORDEIRO, 2008).

Assim, diante dessas evidências, reforçadas pelos achados desse estudo, que encontrou a maioria dos resultados reagentes para o exame de VDRL e 21% dos casos de infecção pelo HIV em mulheres com síndrome de corrimento vaginal, torna-se essencial além de tratar imediatamente mulheres com essa síndrome, realizar o aconselhamento e oferecer a testagem para VDRL e HIV, considerados como ferramentas chave do atendimento pela abordagem sindrômica no Brasil (BRASIL, 2006).

Evidenciou-se alta prevalência de verrugas genitais em ambos os sexos, situação semelhante encontrada também nas cidades de Fortaleza (BRASIL, 2008) e São Paulo (FACUNDES; PATRIOTA; GOTLIEB, 2001). Em relação aos sexos, diferentemente dos achados do estudo brasileiro (BRASIL, 2008), esse estudo encontrou que as mulheres apresentaram mais verrugas genitais que os homens.

Assim, tendo como base de que as verrugas genitais são consideradas como um potente preditor de HPV (BRASIL, 2008) e podem estar associadas ao HPV de alto risco oncogênico (MARCOLINO *et al.*, 2008) se torna essencial o acompanhamento e/ou tratamento das pessoas com verrugas genitais. Contudo na prática, observa-se que há dificuldade de acesso desses pacientes aos serviços de saúde, indicando haver resistência dos profissionais em acolher essa demanda.

A associação entre o exame reagente para o HIV e verruga genital, reafirma a importância de se obter precocemente o diagnóstico da infecção pelo HIV a partir dessa síndrome, que pode resultar em um melhor acompanhamento desses casos, uma vez que a imunossupressão causada pelo HIV favorece a progressão das lesões por HPV (SILVERBERG *et al.*, 2006) e da infecção por genótipos oncogênicos de HPV (ENTIAUSPE *et al.*, 2010). Ademais, a presença de DST funciona como co-fator para transmissão do HIV (FLEMING; WASSERHEIT, 1999).

Encontrou-se também alta prevalência de VDRL reagente (8,2%), superior a encontrada em um estudo realizado em clínicas de DST no Brasil (BRASIL, 2008). Esse fato possivelmente ocorreu devido a esse estudo ter analisado os casos reagentes para o exame de VDRL sem confirmação diagnóstica. Apesar do VDRL ser um exame de triagem, é considerado um potente preditor de infecção sífilítica, mesmo nos casos de baixa titulação (CAMPOS *et al.*, 2008). A sua aplicabilidade no âmbito da saúde pública é internacionalmente reconhecida e recomenda-se que, em locais onde não há possibilidade de confirmação diagnóstica, todas as pessoas com VDRL reagente sejam tratadas para sífilis (WHO, 2005, BRASIL, 2006).

Análise de regressão logística ajustada encontrou que as chances de ter HIV aumentam na faixa etária de 20 a 39 anos, que corrobora com outros estudos (FONSECA; BASTOS, 2007; BRASIL, 2008). Ao considerarmos que a captação precoce dos casos de HIV resultou do atendimento pela abordagem sindrômica, esse achado se torna ainda mais relevante, pois em geral no Brasil, o acesso das pessoas ao exame anti-HIV encontra-se limitado aos serviços de pré-natal, aos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) ou aos bancos de sangue (FRANÇA JUNIOR, *et al.*, 2008).

Foi verificado que a maioria das pessoas retornou ao serviço para acompanhamento e aceitou realizar os testes anti-HIV e VDRL. As mulheres realizaram mais os exames que os homens, tendência constatada também em estudo sobre a testagem anti-HIV no Brasil (FRANÇA JUNIOR, *et al.*, 2008). A maior adesão a esses testes pode ter ocorrido em decorrência da forma de organização da unidade, que realiza o procedimento de coleta das amostras de sangue logo após o atendimento, com aconselhamento pré e pós-teste. Esse elevado percentual de retorno aponta para boa aceitabilidade dessa estratégia e pode ser um indicador importante da qualidade do serviço.

## 7 CONCLUSÃO

Considerando-se que a aplicabilidade da abordagem sindrômica de DST na atenção primária ainda é desconhecida no Brasil, conclui-se com esse estudo que o seu uso constitui uma estratégia chave para identificar precocemente os casos de infecção pelo HIV e sífilis, principalmente porque no Brasil, apesar do aumento do acesso à testagem do HIV ao longo dos anos, esse exame ainda está restrito a determinados segmentos da população (FRANÇA-JUNIOR, 2008)..

O elevado percentual de pessoas que retornaram para acompanhamento do tratamento aponta para boa aceitabilidade dessa estratégia e pode ser um indicador importante da qualidade do serviço.

Contudo, a falta de registros dos testes confirmatórios para sífilis, dos dados de notificação de parceiros e da orientação sexual dos pacientes limitaram a análise desse estudo, pois impossibilitou obter informações mais detalhadas sobre a demanda atendida.

No Brasil, as pesquisas sobre DST se concentram na identificação dos agentes etiológicos. Entretanto, a estratégia de atendimento pela abordagem sindrômica não descarta a identificação do diagnóstico etiológico quando disponível, mas preconiza o tratamento imediato, sem que seja necessário esperar pelos resultados dos exames laboratoriais, incluindo no seu elenco de ações, abordagens educativas, triagem sorológica para identificação de outras DST e do HIV e ações preventivas.

Por outro lado, a falta de estudos sobre o uso da abordagem sindrômica no Brasil, além de poder gerar desinteresse nos profissionais em implementá-la nos serviços, impossibilita identificar quais as limitações e/ou as facilidades para a sua inserção no cotidiano das práticas de saúde. Assim, mais esforços nesse sentido devem ser realizados como forma de visualizar como essa estratégia está sendo incorporada pelos profissionais na rede de atendimento.

Importante considerar que o uso da abordagem sindrômica de DST na atenção primária exige pessoal treinado e motivado, disponibilidade de medicamentos, serviços de saúde acessíveis e aceitáveis. Exige ainda que haja controle e registros dos casos, com informações que forneçam subsídios para realização de novas pesquisas, contribuindo para uma avaliação posterior do seu impacto na redução de DST e HIV no Brasil.

## 8 REFERÊNCIAS

AMARAL A.L.P. et al. Corrimento genital. In: Halbe HW, organizador. **Tratado de ginecologia**. 2 ed. São Paulo: Roca; 1994. p. 501-511.

ARAÚJO, M.A.L.; LEITÃO, G.C.M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.396-403, mar-abr, 2005.

ARAÚJO, M.A.L.; SILVEIRA C.B. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível – DST. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.11, n.3, p. 479 – 86, set. 2007.

ARAÚJO, R. S. C et al. Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection in adolescent females and young women in central Brazil. **Eur J Clin Microbiol Infect Dis**, v. 25, p.: 397–400, 2006.

ATASHILI , J. et al. Bacterial vaginosis and HIV acquisition: a meta-analysis of published studies. **AIDS**, v.22, n.12, p.1493-1501, 2008.

BARBOSA, R. et al. Desafios da saúde da mulher na Baixada Santista: acesso ao diagnóstico anti-HIV e o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 32, n.4, p.474– 485, 2008.

BARCELOS, M.R.B. et. al. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 30, n.7, p. 349-354, 2008.

BASSANI D.G. et al. Child sexual abuse in southern Brazil and associated factors: a population-based study. **BMC Public Health**, v. 3, n. 133, p. 1-11, 2009.

BASTOS, F. I. et al. Sinais e sintomas associados às doenças sexualmente transmissíveis no Brasil, 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, p. 98-108, June, 2008. Suplemento 1.

BEHETS, F. et. al, Management of vaginal discharge in women treated at a Jamaica sexually transmitted disease clinic: use of diagnostic algorithms versus laboratory testing. **Clinic Infect Dis**, n. 21, p. 1450 -1455, 1995.

BELDA JR.,W. **Doenças sexualmente transmissíveis**. São Paulo: Atheneu, 2000.

BEZOLD, G. et al.Prevalence of sexually transmissible pathogens in semen from asymptomatic male infertility patients with and without leukocytospermia. **Fertility and Sterility**, v.87, n.5, , p.1087-97, may, 2007.

BOSU, W.K. Syndromic management of sexually transmitted diseases: is it rational or scientific? **Trop Med Int Health**, n.4, p.114-149, february, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, 1999. 142p.

\_\_\_\_\_. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.** Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. **Departamento de DST, aids e hepatites virais: números em DST.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/dst-em-numeros-0>. Acesso em: 11 out. 2010a.

\_\_\_\_\_. **Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde.** Portaria nº 2472, de 31 de agosto de 2010. Diário Oficial da União. Brasília, 1/set/2010b, seção 1, p.50-51.

\_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST.** Brasília, DF. Ano VI - nº 1 - 27<sup>a</sup> a 52<sup>a</sup> - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2008 e - 01<sup>a</sup> a 26<sup>a</sup> - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2009.

\_\_\_\_\_. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso.** Brasília, 2007. 180p.

\_\_\_\_\_. **Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras.** Brasília, 2008a. 224p.

\_\_\_\_\_. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis: DST.** Brasília, 2006. 138p.

\_\_\_\_\_. **Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.** Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Brasília, 2008b.

BRASIL. Portaria n. 488 de 17 de junho de 1998. **Dispõe sobre os procedimentos seqüenciados para detecção de anticorpos anti-hiv em indivíduos com idade acima de 2 anos.** Disponível em:

[http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12950](http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12950).

Acesso em: 2 dez. 2010.

BRASIL. Portaria n. 59, de janeiro de 2003. **Dispõe sobre o novo algoritmo do diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV e programa de controle da qualidade analítica do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV.** Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/pagina/regulamentacao-de-testes> Acesso em 2 dez. 2010.

BRASIL. Portaria n. 151, de 14 de outubro de 2009. **Agiliza e amplia normas para a realização de testes anti-HIV.** Disponível em:

Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/regulamentacao-de-testes> Acesso em 2 dez. 2010.

CAMPOS, A.L.A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravo sem controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.9, p.1747-1755, set. 2010.

CAMPOS, J. B. C. et al. Significado laboratorial dos baixos títulos de VDRL para o diagnóstico da sífilis em gestantes, à luz das provas treponêmicas. **J. bras Doenças Sex Transm**, v.20, n.1, p. 12-17. 2008.

CAMPOS R. B.; MOHERDAUI. O papel do programa nacional no controle das DST e AIDS. In: PASSOS M. R. L. **Deesetologia, DST 5**. 5 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.1104p. Cap.73, p. 895-911.

CARRET, M. L. V. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n.1, p. 76-84, 2004.

CLEMENS, S. A. C.; FARHAT C. K. Soroprevalência de anticorpos contra vírus herpes simples 1-2 no Brasil, **Rev Saúde Pública**, v.44, n.4, p. 726-734, 2010.

COHEN ,M.S. Perspective - HIV and Sexually Transmitted Diseases. **International AIDS Society –USA**, v.12 n.4 October/November, 2004

COHEN, M.S. et al. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. AIDSCAP Malawi Research Group. **Lancet**, v. 349, n. 9069, p. 1868-1873, 28 Jun, 1997.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração**: um guia prático para alunos de pós-graduação 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

COOK, R. L. et al. High Prevalence of Sexually Transmitted Diseases in Young Women Seeking HIV Testing in Rio de Janeiro, Brazil. **Sexually Transmitted Diseases**, v.31, n. 1, p.67-72, January. 2004.

CORBETT, E.L. et. al. HIV-1/AIDS and the control of other infectious diseases in Africa. **Lancet**, v. 359, p. 2177- 218, jun., 2002.

CORDEIRO, T. M.O. **Avaliação da assistência às Doenças Sexualmente Transmissíveis na rede básica de saúde do município de Ilhéus/Ba**. 2008. 111 f. Dissertação (Mestrado em Vigilância em Saúde e Avaliação de Programas de Controle de Processos Endêmicos) - Escola Nacional de Saúde Publica Sergio Arouca. 2008.

COTCH, M. F. et. al. Trichomonas vaginalis associated with low birth weight and preterm delivery. **Sexually transmitted Diseases**, v. 24, n. 6 , July, 1997

COUTO, M.T. et al. Men in primary healthcare: discussing (in)visibility based on gender perspectives. Interface - **Comunic., Saúde, Educ**, v.14, n.33, p.257-70, abr./jun. 2010

DE CARLI, G. A. Tricomonas. In: NEVES, D. P. **Parasitologia humana**. São Paulo: atheneu, 2000. p.101-105.

\_\_\_\_\_.**Parasitologia humana**. São Paulo: Atheneu, 2004. p.101-105.

ELEY, A. et al. Can Chlamydia trachomatis directly damage your sperm? **The lancet Infect Dis**, v. 5, n.1, p. 53-57, jan, 2005.

ENTIAUSPE L.G. et al. Papilomavírus humano: prevalência e genótipos encontrados em mulheres HIV positivas e negativas, em um centro de referência no extremo Sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 3, p. 260-263, 2010.

FAGUNDES, J.L.; PATRIOTA R. C. R.; GOTLIEB, S.L.D. Avaliação da demanda no ambulatório de Doenças sexualmente transmissíveis do C.S. Geraldo de Paula Souza – Faculdade de Saúde Pública – USP, Brasil, no período de 1994 a 1998. **An bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v.76, n.2, mar/abr, 2001.

FERNANDES, A. M. S. et al. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, p.103-112, 2000. Supl 1.

\_\_\_\_\_. Infecção por Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae em mulheres atendidas em serviço de planejamento familiar. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.31, n. 5, p. 235-40, 2009.

FLEMING, D. T.; WASSERHEIT, J. N. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. **Sexually Transmitted Infections**, v. 75, n. 1, p. 3-17, feb. 1999.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Sífilis congênita como fator de assistência pré-natal no município de campo grande – MS. **J bras Doenças Sex Transm**, v. 19, n.3-4, p.: 139-143, 2007.

FONSECA, M. G. P.; BASTOS, F. I. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, p.S333-S344, 2007. Supl 3.

FONSECA, T. M.V. et al. Corrimento vaginal referido entre gestantes em localidade urbana no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p. 558-566, mar, 2008.

FRANÇA JUNIOR, I. et al. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, n.42, p.84-97, 2008. Supl 1.

FREEMAN, E. E. et al. Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **AIDS**, v. 20, n.1, p. 73-83, 2006.

GHYS, P.D et al. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Cote d'Ivoire 1991-1998. **AIDS**, 2002.

\_\_\_\_\_. The associations between cervicovaginal HIV shedding sexually transmitted diseases and immunosuppression in female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire. **AIDS**, v. 11, n. 12, p. 1885-1893, 1997.

GOMES, R.; NASCIMENTO E. F.A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v; 22, n.5, p.:901-911, mai, 2006.

- GÓMEZ-BARRIO, A. et. al. Biological Variability in Clinical Isolates of *Trichomonas vaginalis*. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 97, n. 6, p. 893-896, September, 2002
- GONZALES, G. F. et. al. Update on the impact of *Chlamydia trachomatis* infection on male fertility. **Andrologia**, v.36, p. 1–23 ,2004.
- GROSSKURTH ,H. et al. Impact of improved treatment of STD on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. **The lancet**, v. 346, p.530-536, aug. 1995.
- GUST, D. A. et. al. Mortality associated with congenital syphilis in the United States, 1992-1998. **Pediatrics**, v.109, n.5, may, 2002.
- GUTMAN, L. Gonococcal diseases in infants and children. In: Holmes KK, Mardh P-A, Sparling PF, Weisner PJ, Cates W Jr, Lemon SM, et al., eds. **Sexually transmitted diseases**. New York: McGraw-Hill Inc; 1999. p.1146
- HEINE, P.; MCGREGOR, J.A. *Trichomonas vaginalis*: reemerging pathogen. **Clin. Obstet Gynecol**, v.36, p.137-144, 1993.
- HIRA, S.K; BHART, G; CHIKAMATA, D.M.;et al . A. Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project. **Genitourinary Medicine**, v.66, n. 3, p:159-64, 1990.
- HOSSEINZADEH, S. et al. Co-incubation of human spermatozoa with *Chlamydia trachomatis* serovar ecauses premature sperm death. **Hum Reprod**, v.16, p. 293-29, 2001.
- JALIL, E. M. et al. Prevalência da infecção por clamídia e gonococo em gestantes de seis cidades brasileiras. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.30, n. 12, p.614-9, 2008.
- JAMISON, D T. et.al. **Disease control priorities in developing countries**. Washington, The International Bank for reconstruction and Development/The World Bank, 2006. Disponível em: [http:// www.worldbank org](http://www.worldbank.org). acesso em: 13/10/2010.
- KAMALI, A. et al. Syndromic management of sexually-transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. **The lancet**, v.361, n. 22, 2003.
- KARINEN, L. et al. Association between *Chlamydia trachomatis* antibodies and subfertility in the Northern Finland Birth Cohort 1966 (NFBC 1966), at the age of 31 years. **Epidemiol. Infect**, v.132, p. 977–984, 2004.
- KISSIGER, P.et. al. *Trichomonas vaginalis* treatment reduces vaginal HIV-1 shedding. **Sex transmitted diseases**, v.36, n.1, p. 11-16, 2009.
- KORENROMP, E. L. et. al. Determinants of the impact of sexually transmitted infection treatment on prevention of HIV infection: a synthesis of evidence from the Mwanza, Rakai, and Masaka intervention trials. **JID**, n.191, p.S178-S177, 2005.
- LA RUCHE, G.et al. Surveillance of STD syndromes: contributing to the STD programme in Cote d'Ivoire. **Health Policy Planning**, v.15, n.4, p.441-446, 2000.

LIMA, L.H.M., VIANA, M.C. Prevalência e fatores de risco para infecção por HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C e HTLV-I/II em parturientes e gestantes de baixa renda atendidas na Região Metropolitana de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.25, n.3, p. 668-676, 2009.

LIU ,H. et. al. Is syndromic management better than the current approach for treatment of STDs in China? Evaluation of the cost-effectiveness of syndromic management for male STD patients. **Sex trans diseases**, v.30, n.4, april, 2003.

LOOKER ,J. K; GAMETT G. P.; SCHIMID, G. P. An estimate of the prevalence and incidence of herpes simplex virus type 2 infection. **Bulletin of Word Health Organization**, Geneva, v.86, n.10, october, 2008.

MACEDO, V. C. et al. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.8, p.1679-1692, ago. 2009.

MACIEL, G. P.;TASCA T.; DE CARLI, G. A. et al., Aspectos clínicos, patogênese e diagnostico de trichomonas vaginalis. **J. Bras Patol Méd. Lab**, v.40, n.3, p.152-160, junho 2004.

MARCOLINO, L. D. et al. Coinfecção de chamydia trachomatis e HPV em mulheres com condiloma acuminado. **J.Bras. Doenças Sex. Transm**, v.20, n.2, p. 87-92, 2008.

MARDH, P.A. Tubal factor infertility, with special regard to chlamydial Salpingitis. **Current Opinion in Infectious Diseases**, v,17, p, 49-52, 2004.

MASCOLA, L; PELOSI, R; ALEXANDRE, C.E. Inadequate treatment of syphilis in pregnancy. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v.1 (50):945-947, 1984.

MAUCORT-BOULCH ,D. et.al. International Correlation between Human Papillomavirus Prevalence and Cervical Cancer Incidence. **Câncer Epidemiol Biomarkers Prev**, v.17, n.3, p.717-720, 2008.

MAYAUD, P. et. al. Improved treatment services significantly reduce the prevalence of sexually transmitted diseases in rural Tanzania: results of a randomized controlled trial. **AIDS**, v.11, p.1873-1880, 1997.

\_\_\_\_\_. Validation of WHO algorithm with risk assessment for the clinical management of vaginal discharge in Mwanza, Tanzânia. **Sex. Transm inf**, v.74, p.77-84,1998. Supl 1.

MAYAUD, P, MABEY, D. Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges. **Sexually Transmitted Infections**, v. 80, p. 174-182, 2004.

MEHEUS A.Z. Pratical appraches in developing nations. In Holmes K.K. M; MARDH P-A.; SPARLING P.F.et al. **Sexually Transmitted Deseases**, 1 ed. New York: MacGraw-Hill, p. 998-1008, 1984.

MENEZES M.L.B, FAÚNDES A.E. Validação do fluxograma de corrimento vaginal em gestantes. **J.bras Doenças Sex Transm**, v. 16, n. 1, p. 38-44, 2004.

- MENEZES, M. L. B. Abordagem sindrômica das DST: uma visão crítica. In: In: PASSOS M. R. L. **Deesetologia, DST 5**. 5 ed. Rio de Janeiro: Cultura médica, 2005.1104p. Cap.8, p. 103-112.
- MIRANDA, A.E. et al. Prevalence and Risk Behaviors for Chlamydial Infection in a Population-Based Study of Female Adolescents in Brazil. **Sexually Transmitted Diseases**, v.31, n.9, September, 542-546. 2004 p.
- MIRANDA A.E.; MOHERDAUI F.; RAMOS M.C. Epidemiologia das DST. In: PASSOS M. R. L. **Deesetologia, DST 5**. 5 ed. Rio de Janeiro: Cultura médica, 2005.1104p. Cap.5, p. 55-72.
- 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 -391, jul/ago, 2009.
- MIRANDA A.E.; MOHERDAUI F.; RAMOS M.C. Epidemiologia das DST. In: PASSOS M. R. L. **Deesetologia, DST 5**. 5 ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.1104p. Cap.5, p. 55-72.
- MOHERDAUI, F. VUYLSTEKE, B. et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of STD in Brazil: results from a multicentre study. **Sexually Transmitted infections**, v.74, p.38 -43. 1998. Supl1.
- MUKENGE-TSHIBAKA ,L. et al. Syndromic vesus laboratory-based diagnosis of cervical infections among female sex works in Beni. **Sex transm diseases**, v. 29, n.6, 2002.
- MULLICK, S. et.al. Sexually transmitted infections in pregnancy: prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries. **Sex. transm infect**, v.82, p. 294-302. 2005.
- NADAL, R. N.; MANZIONE C. R., Identificação dos grupos de risco para as doenças sexualmente transmitidas. **Rev Bras. Coloproct**, v.23. n.2, p.128-129, 2003.
- NADAL S. R., MANZIONE. C. R. Papilomavirus humano e o câncer anal. **Rev bras Coloproct**, v.26, n.2, Abril/Junho, 2006.
- NAGOT ,N. et al. Review of STI and HIV epidemiological data from 1990 to 2001 in urban Burkina Faso: implications for STI and HIV control. **Sex Transm Infect**, v.80, p.124-129, 2004.
- NAVES, J.O.S. **Orientação farmacêutica para DST nas farmácias do DF: um estudo de intervenção**. Dissertação (doutorado em ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2006.
- NAVES, J.O.S. et al Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, p.751 -1761, 2010.Suplemento 1.
- NOGUERES, I. B et al. Associação entre a infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e outras infecções genitais femininas. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 36, n. 1, p. 19-28, jan./mar. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE. **Consulta sobre as intervenções nas DST para evitar o HIV: qual a evidência?** Genebra, 2004.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.** Genebra, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Infecciones de transmisión sexual: marco de referencia para la prevención, atención y control de las ITS y herramientas para su implementación.** Washington, D.C, 2004.120 p.

ORIEL, J.D.; RIDGWAY G.L. Genital infections in men. **Br Med Bull**, v.39, n.2, p.133-137, 1983.

PAPACONSTANTINOU, H. T. et al. Screening methods for high-grade dysplasia in patients with anal condyloma. **Journal of Surgical Research**, v.127, p. 8-13, 2005.

PASSOS, M. R. L. **Deesetologia de bolso: o que deve saber um profissional que atende DST.** 2.ed. Niterói, 2006. 172 p.

PASSOS, M. R. L. **Doenças sexualmente transmissíveis: se educar, dá para evitar!.** Rio de Janeiro: Revinter, 2001. 75p.

PASSOS, M. R. L et al. Há aumento de DST no carnaval? Série temporal de diagnósticos em uma clínica de DST. **Rev Assoc Med Bras**, v.56, n.4, p.420-437, 2010.

RAMOS JUNIOR., A. N. et. al. Control of mother-to-child transmission of infecciosas no Brasil: avanços na infecção pelo HIV/AIDS e descompasso na sífilis congênita. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 5370-5378, 2007. Suplemento 3.

REDWOOD-CAMPBELL, L.; PLUMB, J. The syndromic approach to treatment of sexually transmitted diseases in low-income countries: issues, challenges, and future directions. **J. Obstet Gynaecol Can**, v.24, n. 5, p. 417-424, may, 2002.

REIN, M. F. *Tricomonas vaginalis*. In: MANDELL, DOUGLAS, BENNET. **Principles and practice of infectious diseases**. New York: Churchill Livingstone, 1995. p.2493-2494.

REIS, A A S. **O papel do papilomavírus humano na carcinogênese dos tumores de pênis: uma abordagem epidemiológica e molecular.** 134 f. Dissertação.(Mestrado em ciências biológicas) Goiânia (GO): Universidade Federal de Goiás, 2005.

REYNOLDS, S.; QUIN, T.C. Developments in STD/HIV Interactions:The Intertwining Epidemics of HIV and HSV-2. **Infect Dis Clin N Am**, v.19, p. 415-425, 2005.

ROSA, M. I. et. al. Papilomavírus humano e neoplasia cervical. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.5, p.953-964, maio, 2009.

ROTTINGEN, J.A, CAMERON, D.W, GARNETT, G.P. A systematic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted diseases and HIV: how much really is known? **Sex Transm Dis**, n. 28, p.579-597, 2001.

- SANTOS ,N. J. S. et al. Contexto de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, p. S321- S333, 2009. Suplemento 2.
- SARACENI ,V.; LEAL, M. C.; HARTZ, Z. M.A. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, Recife, v.5 , n.3, p: 263-273, jul./set., 2005.
- SCHMID G. et al. Bacterial vaginosis and HIV infection. **Sex. Transm. Infect**, v.76, p.3-4, 2000.
- SEWANKAMBO, N. et al. Infection associated with abnormal vaginal flora morphology and bacterial vaginosis. **Lancet**, n.350, p.546-550, 1997.
- SILVA, K. C. Risk factors associated with human papillomavirus infection in two populations from Rio de Janeiro, Brasil. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v.104, n.6, p.885 – 891, september, 2009.
- SILVERBERG M.J et al. Serological Detection of Human Papillomavirus Type 16 Infection in Human Immunodeficiency Virus (HIV)-Positive and High-Risk HIV-Negative Women. **Clin Vac Immunol**, v.13, n.4, p.511-519.2006.
- SMITH, J. S. et al. Prevalence and risk factors for herpes simplex virus type 2 infection among middleage women in Brazil and the Philippines. **Sex Transm Dis**, v.28. n.4, p. 187-194, 2001.
- SORVILHO F. et al. **Trichomonas vaginalis, HIV and African-Americans**. *Emerging infectious Diseases*, v.7, n.6, nov/dez, 2001.
- SOUZA, L. R. et al. Perfil sexual de infecções genitais em adolescentes atendidos em uma clinica universitária. **DST-J. bras. Doenças Sex. Transm**, v.21, n.2, 2009.
- SUN, A.H. Study on the frequency of human papillomavirus type 6 and type 11 infection and L1 gene expression of the virus in biopsy samples of pointed condyloma patients. **Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi**, v. 27, n.2, p. 150-153, feb, 2006.
- SZWARCWALD ,C.L; SOUZA-JÚNIOR ,P.R.B. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**, Brasília, ano III, n. 1. p. 11-15. nov, 2006.
- SZWARCWALD ,C. L. et al. Resultados do estudo sentinela-parturiente, 2006: desafios para o controle da sífilis congênita no Brasil. **DST – J bras Doenças Sex Trans**, v.19, n.3-4, p. 128-13, 2007.
- TEIXEIRA R.F.; PACHECO M. E. C. Pesquisa social e a valorização da abordagem qualitativa no curso de administração: a quebra de paradigmas científicos. **Cadernos de pesquisa em administração**, São Paulo, v.12, n.1, p. 55-68, jan./mar. 2005.
- UNAIDS/WHO. **Sexually transmitted diseases: policies and principles for prevention and care**. Geneva.1999.

VANDEPAPELIERE, P. et. al. Randomized controlled trial of an adjuvanted human papillomavirus (HPV) type 6 L2E7 vaccine: infection of external anogenital warts with multiple HPV types and failure of therapeutic vaccination. **J Infect Dis**, v.192, n.12, 2005.

VUYLSTEKE, B. Current status of syndromic management of sexually transmitted infections in developing countries. **Sexually Transmitted Infections**, v. 80, n. 5, p. 392-394, Oct. 2004.

WALD, A.; LINK, K. Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus type 2-seropositive persons: a meta-analysis. **J Infect Dis**, v.185, p. 45-52, 2002.

WATSON, J.D.; CHANGALUGA, J.; GUMODOKA, B. et al. Syphilis in Pregnancy in Tanzânia. I. Impact of maternal syphilis on outcome of pregnancy. **Journal Infectology Diseases**, v.186, n.7, p.940-947,2002.

WAWER, M. J. et al. Control of sexually transmitted diseases for AIDS prevention in Uganda: a randomised community trial. **The lancet**, v.353, february, 1999.

WHITE, R.G. et al. Low effectiveness of syndromic treatment services for curable sexually transmitted infections in rural South Africa. **Sex transm infect**, v.84, p.528-534, aug, 2008.

WRIGHT JUNIOR, T.C. et al. Human immunodeficiency virus 1 expression in the female genital tract in association with cervical inflammation and ulceration. **Am J Obstet Gynecol**, v. 84, n.3 p. 279-285, 2001.

WOLDAY, D. et al. Risk factors associated with failure of syndromic treatment of sexually transmitted diseases among women seeking primary care in Addis Ababa. **Sex transm infect**, n 80, p. 392 -394. 2004

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections**. Geneva, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Global strategy for prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015 – key messages**. Geneva, 2006.

\_\_\_\_\_. **Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006–2015: breaking the chain of transmission.**, Geneva, 2007.

\_\_\_\_\_. **Guidelines for the management of sexually Transmitted infections**. Geneva, 2001b.

\_\_\_\_\_. **Guidelines for the management of sexually Transmitted infections**. Geneva, 2003.

\_\_\_\_\_. **Sexually transmitted and other reproductive tract infections**. Geneva, 2005. 186p.

ZAMPIER, V. S. B. **Abordagem das DST: consulta de enfermagem em pré-natal: consulta de enfermagem em pré-natal estratégia saúde da família** Juiz de Fora. 2008. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2008.

**ANEXO 1**  
**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA**

Escola de Saúde Pública do Ceará  
Comitê de Ética em Pesquisa

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/ESP****Protocolo CEP/ESP-CE Nº 126/2008**

**Projeto:** Avaliação das Demandas de Doenças Sexualmente Transmissíveis Atendidas no Contexto Ambulatorial.

**Pesquisadoras:** Marli Teresinha Gimenez Galvão e Elani Graça Ferreira Cavalcante.

**Instituição:** Centro de Saúde Escola Meireles

**Objetivo Geral:** Avaliar as DST atendidas no ambulatório do Centro de Saúde Escola Meireles. Constituem os **Objetivos Específicos:** 1. Identificar os tipos de DST atendidas no ambulatório; 2. Caracterizar a população atendida, quanto aos fatores socioeconômicos, demográficos e de risco; 3. Identificar para cada tipo de DST as características dos indivíduos ou grupos de indivíduos; 4. Avaliar o retorno dos pacientes ao longo do tratamento das DST; 5. Avaliar a participação do parceiro no tratamento das DST; 6. Avaliar o sistema de convocação dos parceiros; 7. Analisar os resultados dos exames oferecidos aos clientes atendidos no ambulatório de DST; 8. Avaliar a percepção de risco dos clientes em contrair DST/HIV.

**SUMÁRIO:**

**Introdução/revisão de Literatura:** Discorre sobre as DSTs, a importância do tratamento e a escassez de dados estatísticos sobre o assunto no Brasil. Na referência bibliográfica cita trabalhos recentes, com reconhecido valor acadêmico e que dão o embasamento necessário para justificar a realização da pesquisa.

**Materiais e métodos:** O estudo proposto apresentará abordagem quanti-qualitativa, sendo dividido em duas fases: uma retrospectiva e outra prospectiva. Será desenvolvido no ambulatório de DST do Centro de Saúde Meireles. Constituirão as fontes de dados as fichas dos atendimentos realizados de agosto de 1999 a dezembro de 2009 para a parte quantitativa. Para a parte qualitativa será realizado um corte com número inicial previsto de 15 participantes, porém será determinado pela saturação das falas durante a entrevista, sendo a mesma feita de julho a outubro de 2008. Os dados obtidos serão processados no EPI INFO, sendo as mesmas analisadas utilizando-se o STATA. Para a fase qualitativa será utilizado o agrupamento em categorias proposto por Bardin.

**CONSIDERAÇÕES:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 considerou o projeto **Aprovado**, na reunião do dia 09 de julho de 2008.

Esclarecemos sobre a obrigatoriedade do envio do relatório final da pesquisa ao CEP/ESP-CE, assim como da comunicação de qualquer alteração no desenvolvimento do referido projeto.

Fortaleza, 09 de julho de 2008.

*Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida*

Nádia Maria Girão Saraiva de Almeida  
Coordenadora do CEP/ESP-CE

**ANEXO 2:**  
**FICHA DE ATENDIMENTO EM DST**

## ANEXO 2:

## FICHA DE ATENDIMENTO EM DST

CECAD - Projeto HIV/DST  
Fone: 261.0299 Fax:261.6440  
email: hivdst@secret.com.br

Nº

### Ficha de atendimento em DST

**Dados Gerais**

1 Unidade de Saúde  2 N° do Prontuário  3 Iniciais do Paciente  4 Data de Nascimento  5 (ou) Idade

6 Sexo  7 Anos de escolaridade  8 Município de residência do paciente  9 Bairro ou localidade de residência

1-Homem 2-Mulher

**Anamnese/Exame Físico**

10 Data do atendimento  11 Origem do Paciente (encaminhado por)

1-Parceiro com DST 2-Parceiro com DST consultado na unidade 3-Demanda Espontânea  
4-Outro serviço de Saúde 5-Profissionais da Unidade 6-Farmácia 9-Ignorado

12 N° de parceiros sexuais nos últimos 3 meses  0 - nenhum parceiro

13 Marque com um "X" os sintomas, lesões ou motivo da consulta do paciente

Verrugas genitais  Cervicite  Vesícula genital  Colpo-citológico sugestivo de DST.  
 Lesão acetobranca  Dor pélvica  Sorologia reativa p/sifilis  Contactante de DST.  
 Corrimento vaginal  Corrimento uretral (homem)  Rash Cutâneo (susp. de sífilis)  
 Corrimento cervical  Úlcera genital  Bulbão inguinal  Outros

14 Data do início dos sintomas  15 Uso de antimicrobiano(s) para tratamento da doença atual  1-Sim 2-Não 9-Ignorado

Se sim, especifique quais e a data de utilização

**Laboratório**

16 Microscopia:

Exame direto a fresco   1 - Leveduras em brotamento ou hifas (micélios) 2 - Trichomonas sp  
3 - Exame realizado (não detectada anormalidade) 4 - Exame não realizado

Gram     1 - Diplococos gram negativos intracelulares 2 - Coco bacilos gram negativos (Sugest. H. Dúcreyi)  
3 - Exame realizado (não detectada anormalidade) 4 - Exame não realizado  
5 - Polimorfonucleares (PMN) > 5 por campo 6 - Trichomonas sp  
7 - Células-alvo (clue cells) 8 - Bacilos curvos móveis (sugest. de Mobiluncus sp)

Giemsa   1 - Células gigantes multinucleadas (Tzanck) 2 - Corpúsculos de Donovan  
3 - Exame realizado (não detectada anormalidade) 4 - Exame não realizado

Campo Escuro  1 - Espiroquetas (Treponema Pallidum)  
3 - Exame realizado (não detectada anormalidade) 4 - Exame não realizado

17 Cultura  1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não realizada 9 - Ignorado

Gonococo (Thayer Martin)  Beta Lactamase  Outros

18 Exames sorológicos 1 - Reativo 2 - Não reativo 3 - Não realizado 9 - Ignorado

VDRL Título 1   RPR Título 1   FTA - ABS  
 Anti-HIV ELISA  Anti-HIV W Blot  Anti-HIV IFI  Outro

19 Outros Exames 1 - Reativo 2 - Não reativo 3 - Não realizado 9 - Ignorado

Elisa p/ Clamídia  IFD p/ Clamídia  PCR ou LCR p/ Clamídia  PCR ou LCR p/ Gonococo

20 Resultados de outros testes de laboratório

**Diagnóstico**

21 Conclusão diagnóstica (Marque com um "X" cada diagnóstico confirmado por laboratório)

Sífilis Recente  Outra etiologia de uretrite  Candidíase  Cicatriz sorológica de sífilis  
 Outras formas de sífilis  Cervicite Gonocócica  Tricomoníase  Linfgranuloma Venéreo  
 Cancro Mole  Cervicite por Clamídia  Vaginose Bacteriana  DIP  
 Uretrite Gonocócica  Outra etiologia de Cervicite  Herpes Genital  Outro(s)   
 Uretrite por Clamídia  Infecção por HPV  Donovanose

22 Responsável pelo preenchimento (carimbo e assinatura)

23 Consulta de retorno?  Sim  Não

24 Data do fechamento da ficha

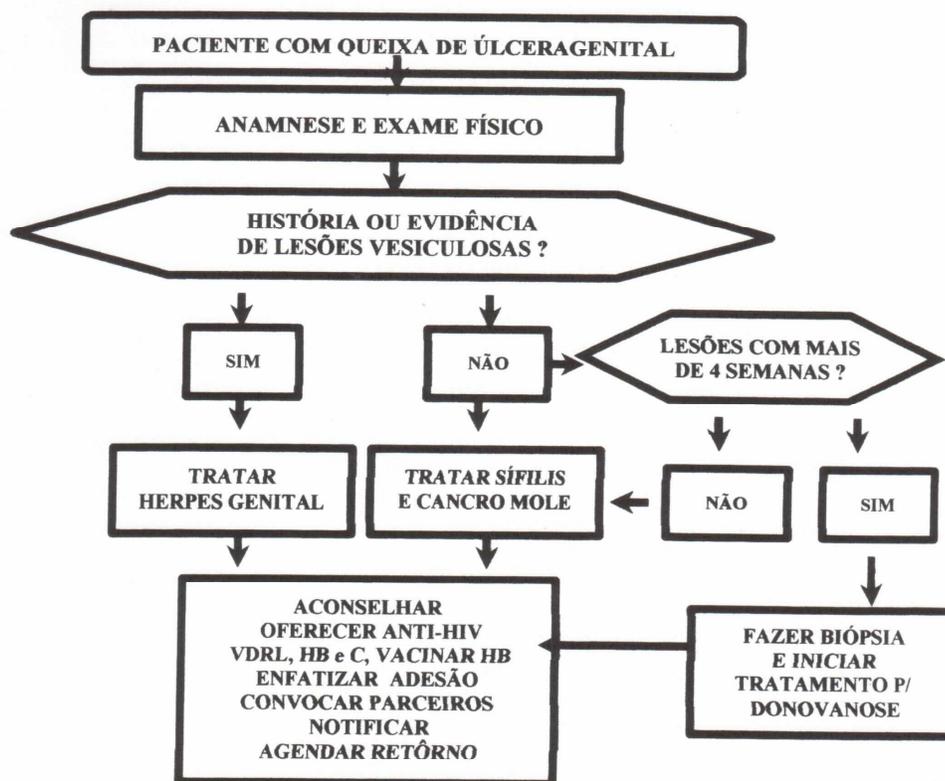
**ANEXO 3:**  
**FLUXOGRAMA DA ABORDAGEM SINDRÔMICA DE DST**

## ANEXO 3: FLUXOGRAMA DA ABORDAGEM SINDRÔMICA DE DST

FLUXOGRAMA DE ÚLCERA GENITAL

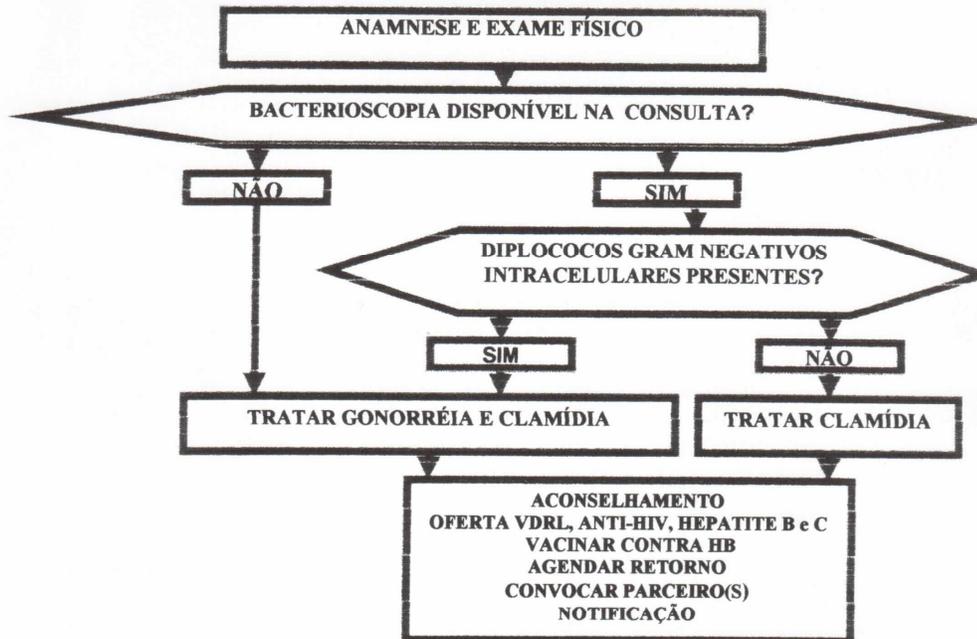
## Úlceras genitais - Abordagem sintomática

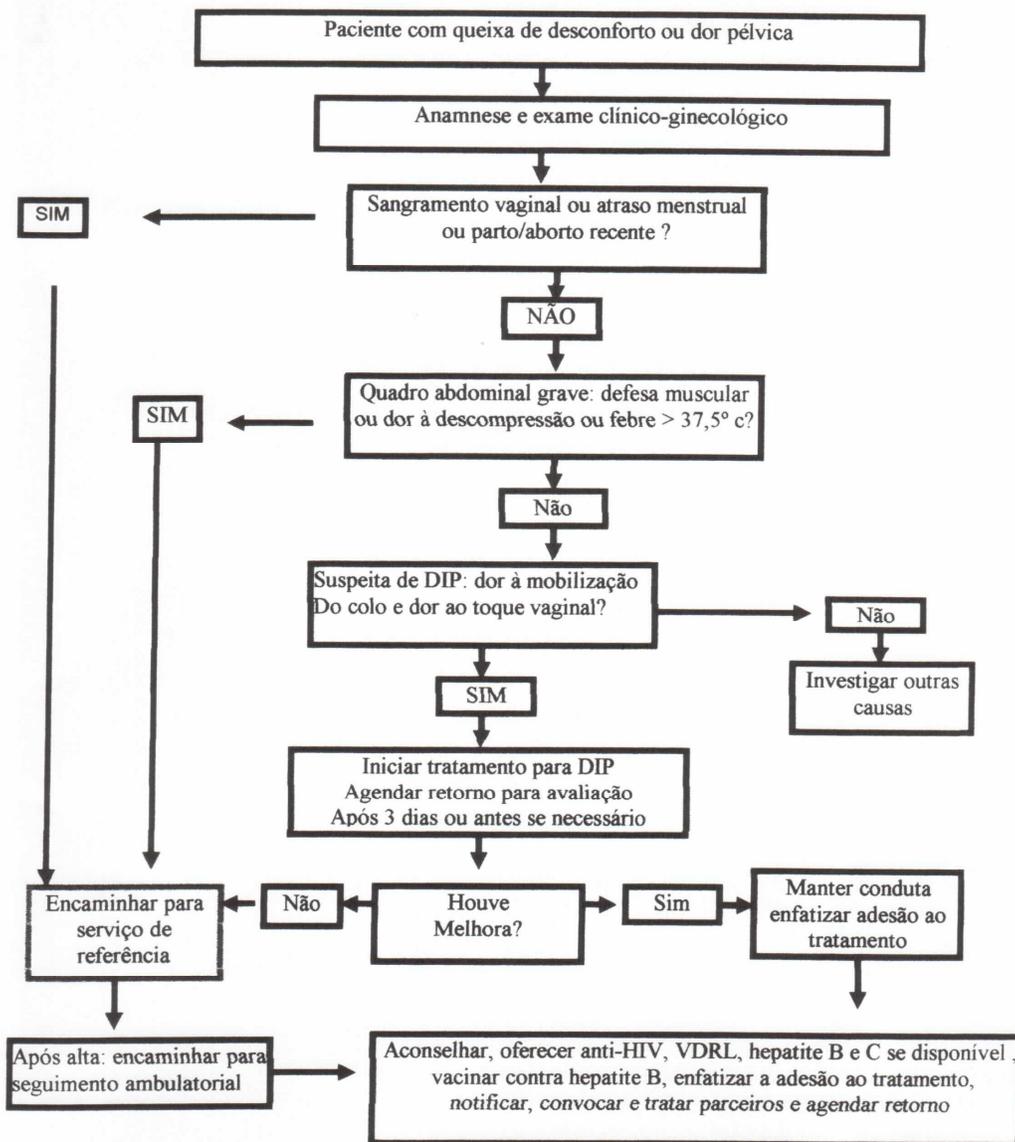
Figura 1:– Fluxogram de úlceras genitais



\*Em caso de herpes, tratar sífilis se VDRL ou RPR forem reagentes, o que será visto no retorno. Se o quadro não é sugestivo de herpes, tratar sífilis e cancro mole.

\*\*Se forem lesões ulcerosas múltiplas e soroprevalência de herpes for igual ou maior que 30% na região, deve-se tratar herpes concomitantemente à sífilis e cancro mole.

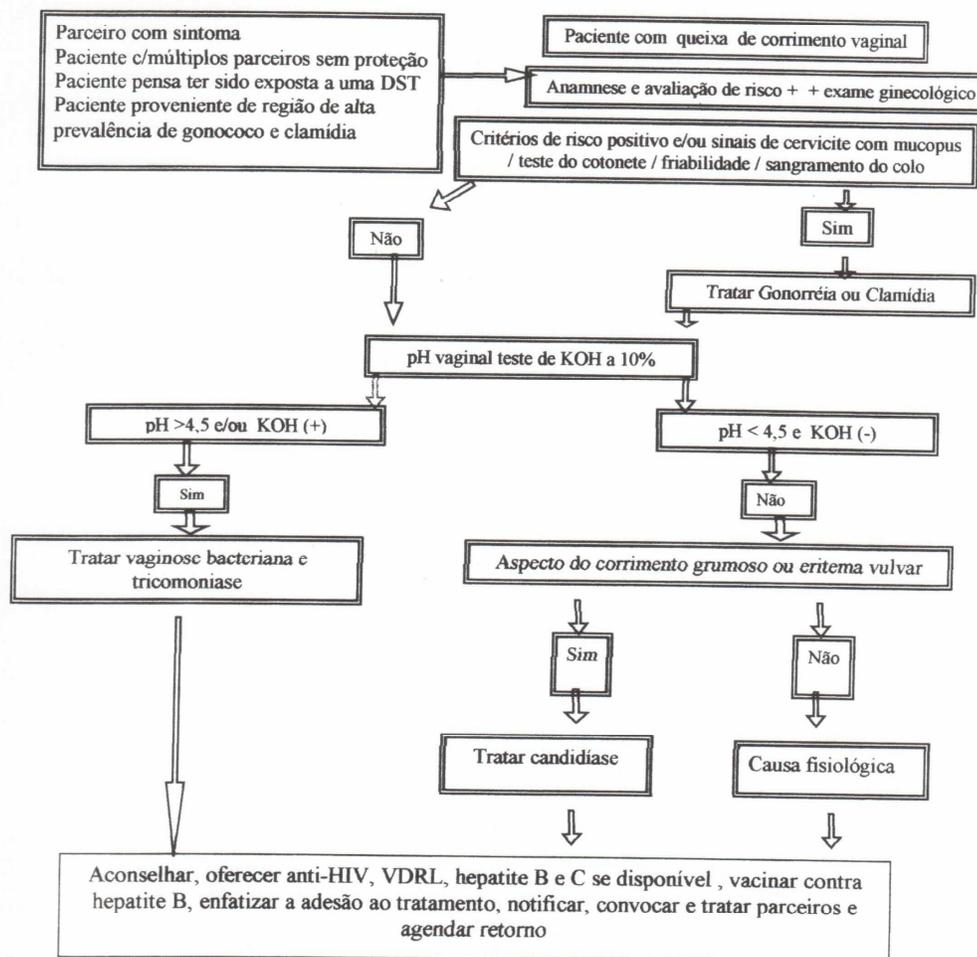
**FLUXOGRAMA DE CORRIMENTO URETRAL****Corrimento Uretral - Abordagem Síndrômica****Figura 2: Fluxograma de corrimentos uretrais**

**FLUXOGRAMA DE DOR PÉLVICA****Dor Pélvica - Abordagem sindrômica****Figura 3: Fluxograma para desconforto e dor pélvica**

**FLUXOGRAMA DE CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE**  
**SEM MICROSCOPIA**

**Corrimento vaginal e cervicite – Abordagem sintômica**

**Figura 4: Fluxograma de corrimento vaginal *sem microscopia***



**FLUXOGRAMA DE CORRIMENTO VAGINAL E CERVICITE**  
**COM MICROSCOPIA**

Figura 5: Fluxograma de corrimento vaginal *com microscopia*

