



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ELANI GRAÇA FERREIRA CAVALCANTE

EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS DE NOTIFICAÇÃO DE PARCEIROS SEXUAIS
DE PESSOAS COM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

FORTALEZA

2018

ELANI GRAÇA FERREIRA CAVALCANTE

EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS DE NOTIFICAÇÃO DE PARCEIROS SEXUAIS DE
PESSOAS COM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão.

FORTALEZA
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- C364e Cavalcante, Elani Graça Ferreira.
Efetividade de estratégias de notificação de parceiros sexuais de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis / Elani Graça Ferreira Cavalcante. – 2018.
70 f. : il.
- Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Prof. Dr. Marli Teresinha Gimenez Galvão .
1. Busca de Comunicante. 2. Doenças Sexualmente Transmissíveis. 3. Parceiros Sexuais. I. Título.
CDD 610.73
-

ELANI GRAÇA FERREIRA CAVALCANTE

EFETIVIDADE DE ESTRATÉGIAS DE NOTIFICAÇÃO DE PARCEIROS SEXUAIS DE
PESSOAS COM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Promoção da Saúde.

Aprovada em: 18/12/2018

BANCA EXAMIDORA

Prof.^a Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão (orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Maria Lucia Duarte Pereira (2º membro)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.^a Dra. Maria Albertina Rocha Diógenes (3º membro)
Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Prof.^a Dra. Melissa Soares Medeiros (4º membro)
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof.^a Dra. Gilmara Holanda da Cunha (5º membro)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Ivana Cristina Vieira de Lima Maia (Suplente)
Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.^a Dra. Elucir Gir (Suplente)
Universidade de São Paulo (USP)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado força, coragem e saúde para enfrentar mais este desafio e, assim, poder me aperfeiçoar como profissional.

Ao meu esposo, Manuelito Cavalcante Júnior, pelo apoio e compreensão em tudo que faço, sempre com palavras de ânimo durante todos os anos de convívio.

Aos meus filhos, Bruno Ferreira Cavalcante e Luana Ferreira Cavalcante, por se alegrarem a cada conquista da minha vida, e por serem muito responsáveis e atentos em não trazer problemas para seus pais.

À minha orientadora, profa. Marli Galvão, pelo enorme incentivo a seguir a trajetória acadêmica, e assim buscar mais conhecimentos para exercer com competência as minhas atividades profissionais, como também pelos ensinamentos e compreensão durante todo esse período de vida acadêmica.

Ao professor Paulo Cesar de Almeida, pelas suas contribuições valiosas no campo da estatística.

À amiga de doutorado Ivana Cristina Vieira de Lima Maia, primeiro pelo seu jeito lindo de ser, ajudando a todos que precisam, e por ter sido sempre muito presente nas minhas atividades do doutorado, ora motivando, ora ajudando a dar andamento ao percurso da minha tese.

A todos do Núcleo de Estudos em HIV/aids e Doenças Associadas (NEAIDS), pelos momentos de aprendizagens, e em especial aos amigos João Guilherme Silva Milhomens e Samyla Citó Pedrosa, por sempre estarem disponíveis em me ajudar nessa trajetória do doutorado.

Aos profissionais do Centro de Saúde Meireles, pelo apoio dado à realização desta pesquisa, especialmente a Maria Tereza Menezes Albuquerque, pelo esforço em me ajudar durante a pesquisa de campo.

À equipe de saúde do Centro de Saúde Carlos Ribeiro, Natália, Josiane, Rosangela, Ilka, e especialmente Veronica Linhares da Ponte, por tornarem viável o encaminhamento de pacientes para a pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, principalmente aos professores que contribuíram com a minha formação.

Aos membros da banca examinadora, pelas valiosas opiniões emitidas nos momentos de planejamento e execução da minha tese.

RESUMO

Para a interrupção do ciclo de transmissão de infecções sexualmente transmissíveis é essencial o tratamento das pessoas envolvidas nos relacionamentos sexuais. Para tanto, é necessária a notificação de parceiros sexuais, processo pelo qual os contatos sexuais de um paciente-índice são identificados e informados (de forma verbal ou mediante entrega de um cartão de notificação) de sua exposição, e convidados a realizar testes, aconselhamento e, se necessário, tratamento. Nesse contexto, objetivou-se comparar a efetividade de estratégias de notificação de parceiros, verbal e com uso do cartão de notificação, no comparecimento de parceiros sexuais de pessoas com infecção sexualmente transmissíveis. Realizou-se um estudo de intervenção, com desenho prospectivo, controlado e randomizado. A intervenção consistiu no oferecimento de um cartão de notificação para os pacientes-índices entregarem aos seus parceiros. Realizou-se em um centro de referência em infecções sexualmente transmissíveis da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. O estudo foi constituído por dois grupos: a) Grupo 1 (GI) – Grupo Intervenção, formado por pessoas com IST que levaram o cartão de notificação aos seus parceiros sexuais como forma de convite para atendimento; b) Grupo 2 (GC) – Grupo Controle, formado por pessoas com IST que convidaram verbalmente os parceiros sexuais para procurar atendimento de saúde. O período de coleta de dados ocorreu de agosto de 2016 a julho de 2017, com amostra final composta por 189 participantes, sendo 94 do grupo controle e 95 do grupo intervenção. Dois formulários foram utilizados, sendo um destinado a obtenção de informações dos pacientes-índices e outro de parceiros que compareceram ao atendimento, para caracterização sociodemográficas, hábitos de saúde, comportamento sexual e tipo de infecções sexualmente transmissíveis de ambos. Os dados quantitativos foram inseridos em planilha do Excel, analisados por frequência absoluta e relativa. O *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) foi utilizado para análise estatística bivariada. A associação entre variáveis categóricas foi realizada pelo teste qui-quadrado (χ^2) para variáveis independentes, sendo calculado o valor da razão de chances e o Intervalo de Confiança (IC) de 95%. Foi considerado estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$. Apesar do maior percentual de parceiros ter comparecido por notificação por cartão (52,6%) do que verbalmente (43,6%), essa diferença não foi estatisticamente significativa. Verificou-se como fatores associados ao não êxito no comparecimento de parceiros, o fato de não residir com o parceiro, não ter parceiros fixo, ter parceria casual e usar preservativo com parceiro fixo. Embora o tipo de infecções sexualmente transmissíveis do pacientes-índices não tenha sido identificado como um fator significativo associado ao comparecimento de parceiros, houve destaque na vinda de parceiros de pacientes com sífilis, tricomonas e HIV, e na identificação de casos novos de infecções sexualmente transmissíveis a partir dessa ação. Face a ausência de maior efetividade na notificação por cartão, recomenda-se o desenvolvimento de um modelo de cartão contendo informações destinadas a parceiros para ser usado combinado a outros métodos. Os resultados alcançados negaram a tese de que “O cartão de notificação de parceiros aumenta o comparecimento de parceiros sexuais de pessoas com IST ao serviço de saúde”.

Palavras-Chave: Busca de Comunicante. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Parceiros Sexuais.

ABSTRACT

The treatment of people involved in sexual relationships is essential for the interruption of the transmission cycle of sexually transmitted infections. To do so, notification of sexual partners is required, a process whereby the sexual contacts of an index patient are identified and informed (verbal or by delivery of a notification card) of their exposure, and invited to perform tests, counseling and, if necessary, treatment. In this context, the objective was to compare the effectiveness of partner notification strategies, verbal and with the use of the notification card, in the presence of sexual partners of people with sexually transmitted infections. An intervention study was carried out, with a prospective, controlled and randomized design. The intervention consisted of offering a notification card for index patients to deliver to their partners. It was carried out in a reference center in sexually transmitted infections of the Secretary of Health of the State of Ceará. The study consisted of two groups: a) Group 1 (GI) - Intervention Group, formed by people with STIs who took the notification card to their sexual partners as a form of invitation to attend; b) Group 2 (CG) - Control Group, formed by people with STIs who verbally invited sexual partners to seek health care. The data collection period occurred from August 2016 to July 2017, with a final sample composed of 189 participants, 94 of the control group and 95 of the intervention group. Two forms were used, one of which was used to obtain information from index patients and another from partners who attended the study, for sociodemographic characterization, health habits, sexual behavior and type of sexually transmitted infections of both. The quantitative data were inserted in Excel spreadsheet, analyzed by absolute and relative frequency. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was used for bivariate statistical analysis. The association between categorical variables was performed using the chi-square test (χ^2) for independent variables, and the odds ratio and 95% Confidence Interval (CI) were calculated. The value of $p < 0.05$ was considered statistically significant. Although the highest percentage of partners reported by card (52.6%) rather than verbally (43.6%), this difference was not statistically significant. Factors associated with non-success in partner attendance, not residing with the partner, not having a fixed partner, having a casual partnership, and using a condom with a fixed partner were found to be factors associated with non-success in partner attendance. Although the type of sexually transmitted infections of index patients has not been identified as a significant factor associated with partner attendance, there was prominence in the coming of partners of patients with syphilis, trichomonas and HIV, and in the identification of new cases of sexually transmitted infections from this action. In view of the lack of effectiveness in card notification, it is recommended to develop a card template containing information for partners to be used in combination with other methods. The results obtained denied the thesis that "The notification card of partners increases the attendance of sexual partners of people with STIs to the health service".

Keywords: Contact Tracing. Sexually Transmitted Diseases. Sexual Partners.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma com os pacientes-índices que participaram do estudo e que trouxeram os parceiros sexuais. Fortaleza-Ceará, 2018.....	32
Figura 2 – Fluxograma dos parceiros sexuais dos pacientes-índices com IST 1 que compareceram à unidade de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018.....	39
Figura 3 – Fluxograma dos parceiros sexuais dos pacientes-índices com IST 2 que compareceram à unidade de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pacientes-índices conforme tipo de notificação de parceiros(as) e o comparecimento de parcerias sexuais à unidade de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018.....	33
Tabela 2 – Variáveis sociodemográficas e de hábitos de saúde de pacientes-índices. Fortaleza-Ceará, 2018.....	34
Tabela 3 – Dados de comportamentos sexuais dos pacientes-índices de acordo com o comparecimento de parcerias sexuais à unidade de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018.....	35
Tabela 4 – Tipo de diagnósticos de IST1, IST 2 e IST3 dos pacientes-índices conforme comparecimento de parceiros sexuais na unidade de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018.....	36
Tabela 5 – Variáveis sociodemográficas dos parceiros que compareceram ao serviço de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018.....	37
Tabela 6 – Variáveis sociodemográficas dos parceiros que compareceram ao serviço de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018.....	38
Tabela 7 – Tipo de diagnósticos de IST dos parceiros sexuais que compareceram ao serviço de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CID	Código Internacional de Doenças
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
ECDC	<i>European Centre for Disease Prevention and Control</i>
GC	Grupo Controle
GI	Grupo Intervenção
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus humano
HSH	Homens que Fazem Sexo com Homens
IC	Intervalo de Confiança
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
NCCID	<i>National Collaborating Centre for Infectious Disease</i>
NEAIDS	Núcleo de Estudos em HIV/aids e Doenças Associadas
NP	Notificação de Parceiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
O-ASO	Antiestreptolisina
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIG	Teste Imunológico da Gravidez
TSH	Hormônio Estimulante da Tireoide
T3	Triiodotironina
T4	Tiroxina
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Questões, hipóteses e tese da pesquisa.....	15
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Geral.....	16
2.2	Específico.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
4	METODOLOGIA.....	25
4.1	Tipo de estudo.....	25
4.2	Casuística/população.....	26
4.3	Cálculo amostral.....	27
4.4	Período do estudo.....	28
4.5	Local.....	28
4.6	Instrumento de coleta de dados.....	29
4.6.1	<i>Informações sobre o Cartão de notificação de parceiros.....</i>	30
4.7	Análise de dados.....	31
4.8	Aspectos éticos.....	31
5	RESULTADOS.....	32
5.1	Tipo de notificação realizada pelo paciente-índice e comparecimento do parceiro à unidade de saúde.....	32
5.2	Caracterização do paciente-índice e fatores relacionados ao comparecimento do parceiro à unidade de saúde.....	33
5.3	Caracterização do parceiro sexual que compareceu à unidade de saúde.....	37
6	DISCUSSÃO.....	43
7	CONCLUSÃO.....	53
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS.....	55
	APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE PESQUISA DO PACIENTE-ÍNDICE.....	60
	APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE PESQUISA DO PARCEIRO.....	62
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO(A) PACIENTE-ÍNDICE.....	64

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO (A) PARCEIRO(A).....	66
ANEXO A - CARTÃO DE NOTIFICAÇÃO DE PARCEIROS.....	68
ANEXO B - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	69

1 INTRODUÇÃO

Os objetivos de um programa de prevenção e controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são prevenir, interromper a transmissão e impedir as suas complicações decorrentes, muitas vezes, da falta, inadequação ou demora do tratamento de pessoas diagnosticadas e/ou seus parceiros sexuais que não tiveram acesso ao tratamento (ALAM *et al.*, 2010; WARD; BELL, 2014).

Nos casos de IST curáveis (gonorreia, clamídia, tricomoníase e sífilis), é informado ao paciente-índice (pessoa com IST) que para obter a cura é necessário incluir os (as) parceiros (as) sexuais no tratamento, cuja ação denomina-se Notificação de Parceiros (NP) (WARD; BELL, 2014). Mediante o uso dessa estratégia há uma possibilidade maior de reduzir as reinfecções sexualmente transmissíveis (BRILL, 2010; HEINE *et al.*, 2011). Trata-se de uma ação que beneficia os parceiros sexuais de um paciente-índice a acessar a unidade de saúde a fim de que sejam informados de sua exposição a uma IST, com oferta de exames de diagnóstico, ou da necessidade de receberem o tratamento (ALAM *et al.* 2010; WARD; BELL, 2014).

Para o paciente-índice com IST curável, a NP visa interromper a cadeia de transmissão, prevenir a reinfecção e, conseqüentemente, reduzir os riscos de complicações e maior disseminação; e para os parceiros sexuais objetiva especialmente identificar e tratar as IST não diagnosticadas (ALAM *et al.* 2010; SCHWEBKE; DESMOND, 2010; ESTCOURT *et al.*, 2015).

Nos casos de IST virais (herpes genital, papilomavírus humano, hepatite B e C), incluindo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), a NP visa rastrear as infecções desde as fases assintomáticas, no intuito de ajudar a prevenir a transmissão (FERREIRA *et al.*, 2013). Portanto, implica o desenvolvimento de ações para ampliar o acesso dos casos diagnosticados ao atendimento, que não deveria ser restrito aos pacientes-índices que buscaram atendimento.

Entre as dificuldades de implementação da NP, ressaltam-se a falta de condições de estrutura física, carência de métodos de diagnósticos de IST válidos e acessíveis, pessoal qualificado para esse fim, e especialmente de instruções específicas nos serviços de saúde para orientação no desenvolvimento dessa ação (ALAM *et al.*, 2010; LUZ; MIRANDA; TEIXEIRA, 2010; CAVALCANTE *et al.*, 2016, 2017). Exemplos de investimentos na elaboração de protocolos NP bem definidos, serviços organizados e pessoal capacitados no

manejo desses casos são apontados nos serviços de IST nos Estados Unidos e Canadá (BROWN *et al.*, 2011; CDC, 2015; NCCID, 2014).

No Brasil, a falta de visibilidade da NP se dá pela evidente insegurança dos profissionais em desenvolver essa estratégia, sobretudo pela ausência do apoio institucional necessário à condução dos casos e do detalhamento de como essa ação pode ser desenvolvida pelos profissionais dos serviços de saúde (LUZ; MIRANDA; TEIXEIRA, 2010; CAVALCANTE *et al.*, 2016, 2017). Outros estudos divulgam dificuldades no desempenho da NP, tanto na perspectiva dos profissionais em desenvolver a ação quanto na perspectiva do paciente-índice em revelar o seu diagnóstico ao(a) parceiro(a) (CAMPOS *et al.*, 2012; BARROS; SCHRAIBER; FRANÇA-JUNIOR, 2011; PAIVA; SEGURADO; FELIPE, 2011).

Do mesmo modo, são frequentes a não revelação do status sorológico dos pacientes com HIV aos seus parceiros sexuais (SENN *et al.*, 2009; PAIVA; SEGURADO; FELIPE, 2011). Dessa forma, torna-se necessário o desenvolvimento de estudos para investigar essa questão no Brasil, como forma de implementar estratégias para lidar com essas situações difíceis (LUZ; MIRANDA; TEIXEIRA, 2010). A comunidade científica solicita atenção para a criação de novos ambientes favoráveis a essa revelação, como abordagem do assunto com os próprios pacientes em reuniões de grupos (PAIVA; SEGURADO; ECDC, 2013). Propõe, ainda, estudo de avaliação da efetividade do aconselhamento nas abordagens dos parceiros sexuais (ALAM *et al.*, 2010).

Nos países desenvolvidos a NP é uma prática incorporada no atendimento e há esforços contínuos em testar diferentes métodos de notificação, visando identificar aqueles que facilitam o acesso dos contatos sexuais de pacientes-índices (ECDC, 2013; WARD; BELL, 2014).

No tocante ao Brasil, face à evidenciação de prevalências elevadas de IST bacterianas (14,4%) e virais (42,9%), emergem ações efetivas de prevenção e controle das IST (BRASIL, 2015). Contudo, estudos apontam fragilidades em adotar a NP como medida efetiva importante para interromper a cadeia de transmissão dessas infecções (CAVALCANTE *et al.*, 2016, 2017). Esta situação pode ser evidenciada especialmente nos casos de sífilis na gestação, dado o relato frequente de não inclusão de parceiros no tratamento de gestantes nos serviços de pré-natal (FIGUEIRÓ-FILHO *et al.*, 2012; CAMPOS *et al.*, 2012; MAGALHAES *et al.*, 2013). Ademais, tendo como base os pressupostos amplos da prevenção e da promoção da saúde, mais esforços em instituir protocolos específicos de notificação de parceiros são recomendados para orientar os profissionais a se conduzir diante

dos casos, possibilitando, assim, que essa ação seja mais efetiva nas instituições de saúde (ECDC, 2013).

Em países desenvolvidos da América do Norte e da Europa a NP tornou-se uma das principais estratégias de prevenção das IST. Os investimentos de pessoal e de serviços levaram à ampliação da testagem e do aconselhamento dos parceiros sexuais, sobretudo de pessoas com HIV recém-diagnosticadas (ECDC, 2013). Nesses locais, em geral, são utilizados três métodos de NP. O primeiro denomina-se NP pelo paciente-índice, quando o mesmo é encorajado a revelar seu diagnóstico ao(s) seu(s) parceiro(s). O segundo método é a notificação por meio de contrato. Nesse caso o profissional estabelece com o paciente-índice um acordo no qual em um curto período de tempo ele vai informar e encaminhar os parceiros sexuais ao serviço de aconselhamento. Não conseguindo sucesso nessa ação, o profissional intervém, mantendo o anonimato. O terceiro método, a NP pelo profissional, se dá quando o profissional de saúde realiza diretamente o contato com o parceiro sexual, mantendo o anonimato do paciente-índice (CDC, 2015).

Por se tratar de questões éticas e sigilosas, a NP deve ser implementada pelo profissional e no serviço, de uma forma que possa garantir o respeito, o sigilo e a confidencialidade das informações (BRASIL, 2015). A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam que a NP seja feita de forma voluntária, dentro de ambientes propícios, sociais e legais, e de apoio para a divulgação (BRASIL, 2015; CDC, 2015). Contudo, a revelação do diagnóstico de uma pessoa com IST, especialmente com HIV, é complexa e pode gerar situações de violência e/ou depressão, por estar associada a infidelidade, quebra da confiança no relacionamento e medo das possíveis reações do(a) parceiro(a) (PAIVA; SEGURADO; FELIPE, 2011; BARROS; SCHRAIBER; FRANÇA-JUNIOR, 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde (2015) recomenda que a abordagem de parcerias sexuais faça parte da rotina de profissionais que atendem pessoas com IST, podendo ser desenvolvida pelo próprio paciente-índice ou pelo profissional de saúde, desde que garantidos o respeito, o sigilo das informações e a confidencialidade da ação.

No que concerne aos aspectos legais da NP, vale destacar a ausência de consenso quanto à necessidade de tornar essa ação obrigatória entre os países da Europa. Observa-se que apesar de a OMS recomendar que NP seja voluntária, alguns países na Europa a consideram obrigatória. Na Suécia essa obrigação é válida somente para HIV, sífilis, *Neisseria gonorrhoea*, *Chlamydia trachomatis*, hepatite B e C. Outro ponto polêmico se

refere à criminalização da transmissão do HIV ou de outras IST. A criminalização significa que a lei condena especificamente indivíduos que sabendo que estão infetados com uma IST não informam o parceiro e o expõem ao risco de infecção. Essa criminalização tem sido apontada como contraproducente, por fazer com que as pessoas se recusem a nomear seus contatos sexuais, especialmente quando se trata de infecção pelo HIV. Contudo, em nove países da Europa (Áustria, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Grécia, Malta, Noruega, Suécia e Reino Unido) há leis que criminalizam a transmissão de IST, com ênfase maior nos casos de infecção pelo HIV (ECDC, 2013; LAAR; DEBRUIN; CRADDOCK, 2015; MIROUX-CATARINO; BORGES-COSTA, 2018).

No caso da escolha do próprio paciente-índice em notificar as parcerias sexuais, recomenda-se que o profissional oriente para que isso seja realizado de duas maneiras. Na primeira, o próprio paciente-índice pode comparecer à unidade acompanhado de seus contatos sexuais. Na segunda, este entrega um cartão de notificação de parceiros cujos dados existentes no cartão sejam suficientes para identificá-lo como parceiros(as) convidados(as) a comparecer ao serviço, sem que seja necessária a presença de quem originou a vinda do mesmo à unidade de saúde. Diante do insucesso no comparecimento do(a) parceiro(a), após o prazo de 15 dias utiliza-se o método no qual o profissional realiza a comunicação, por meio de correspondência (ex: aerogramas) ou outros meios de comunicação (telefônico e/ou eletrônico, ou redes sociais) que garantam a confidencialidade da informação (BRASIL, 2015).

Na literatura brasileira há escassez de detalhamento sobre como a NP é realizada pelo profissional de saúde, sobretudo por meio de cartão de notificação de parceiros (CAVALCANTE *et al.*, 2016, 2017). O cartão de notificação foi idealizado com o intuito de ser um meio mais viável de notificar por causar menos constrangimento do que a notificação verbal. Os dados e ou senhas contidas no cartão possibilitam o profissional saber os motivos que geraram a notificação sem haver mais indagações (BRASIL, 2015). Além disso, o cartão representa um meio de o profissional de saúde identificar o contato sexual do paciente-índice para ser prontamente atendido, respeitando o sigilo e a confidencialidade das informações do mesmo e de quem gerou a notificação. Os registros contidos no cartão possibilitam obter mais controle dos casos notificados que compareceram ou não ao serviço.

Face ao exposto, o presente estudo tem como objetivo comparar a efetividade da estratégia de notificação de parceiros, verbal e com o uso do cartão de notificação, no comparecimento de parceiros (as) sexuais de pacientes com IST numa unidade de referência em IST no Estado do Ceará.

Trata-se de um estudo inédito no Brasil. Tais dados fornecerão subsídios para indicação da melhor maneira de intervenção para desenvolver a notificação de parceiros, objetivando auxiliar os profissionais na perspectiva de facilitar o acesso aos contatos sexuais de pessoas IST na rede de atenção à saúde. Essa estratégia é essencial para a interrupção da cadeia de transmissão, prevenção de complicações e surgimento de novas infecções na população.

1.1 Questão, hipóteses e tese da pesquisa

Considerando os diferentes fatores que podem influenciar o paciente-índice a adotar um determinado tipo de estratégia para comunicar sua infecção à sua parceria sexual e a importância que essa ação representa para a prevenção e controle das IST, no avanço da promoção da saúde individual e coletiva, surge a seguinte questão da pesquisa: O uso de cartão de NP entregue ao (a) paciente-índice aumenta ou não o comparecimento das parcerias sexuais ao serviço?

Assim, para a realização deste estudo consideram-se como hipóteses:

- a) O uso do cartão de notificação de parceiros aos paciente-índice aumenta o comparecimento de parceiros sexuais de pessoas com IST ao serviço de saúde;
- b) Não há diferença entre o tipo de notificação verbal e o uso de cartão quanto ao comparecimento de parceiros sexuais à unidade.

Neste sentido, defende-se a seguinte tese:

O cartão de NP aumenta o comparecimento de parcerias sexuais de pessoas com IST ao serviço de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Comparar a efetividade de estratégias de notificação de parceiros, verbal e com uso do cartão de notificação, no comparecimento de parceiros (as) sexuais de pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis.

2.2 Específicos

- Comparar as características sociodemográficas, hábitos de saúde e de comportamento sexual dos pacientes-índices que trouxeram e não trouxeram o parceiro.
- Comparar os diagnósticos de IST (sindrômico ou etiológico) entre os pacientes índices que trouxeram e não trouxeram o parceiro.
- Apresentar as características sociodemográficas, hábitos de saúde e de comportamento sexual e os diagnósticos de IST entre os parceiros que compareceram ao serviço de saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O termo IST se refere a uma variedade de síndromes clínicas e infecções causadas por agentes patogênicos que podem ser adquiridos e transmitidos através da atividade sexual. O efetivo controle dessas infecções depende de ações que visem interromper a cadeia de transmissão, dentre as quais se inclui o tratamento dos contatos sexuais das pessoas infectadas. Para isso, os departamentos de saúde são incentivados a identificar e ampliar o acesso de parceiros de pessoas infectadas, visando que estes sejam submetidos a avaliação médica e tratamento (CDC, 2015).

Neste sentido os organismos internacionais têm recomendado a promoção de programas denominados “Serviços de Parceiros de Saúde Pública”, com o objetivo de evitar a transmissão e progressão das IST mediante a NP e da realização de triagem e encaminhamento para o tratamento de parceiros identificados. O trabalho consiste em entrevistar e encorajar as pessoas infectadas a notificar os seus parceiros passados e atuais, obtendo informações sobre parceiros sexuais ou pessoas com quem tenha compartilhado seringas, para, assim, poderem ser confidencialmente notificados da possibilidade de exposição de risco. Essa ação é realizada sempre de forma voluntária, confidencial e centrada no livre desejo do cliente, bem como de seu (sua) parceiro (a). Para tanto, envolve a implementação de um trabalho integrado e em equipe destinado a prover avaliação clínica, aconselhamento, testes de diagnóstico e tratamento, visando aumentar o número de parceiros trazidos pelas pessoas infectadas (CDC, 2015; ECDC; 2013).

Nos Estados Unidos, apesar dos esforços em disponibilizar serviços de NP, estima-se que menos de 20% dos pacientes com gonorreia e clamídia recebam ações específicas destinadas a notificar as suas parcerias sexuais, o que é preocupante, porque o sistema de saúde necessita que os pacientes-índices revelem seus diagnósticos aos parceiros sexuais a fim de que estes possam ser encaminhados para o tratamento (GURSAHANEY *et al.*, 2011).

Assim, os esforços despendidos em captação dos contatos, além de representarem um meio de os parceiros sexuais terem acesso a testes de triagem para diagnóstico e tratamento das IST, são também um componente essencial para reduzir o risco de reinfeção dos casos-índices (HEINE *et al.*, 2011).

Contudo, a maneira como são conduzidas as abordagens de parceiros sexuais varia de um país para outro, em razão de diferenças políticas, culturais, socioeconômicas, aspectos legais, estruturas de governo, modelo adotado de prestação dos serviços de saúde,

regulamentos e diretrizes clínicas, e sobretudo de alocação de recursos destinados para esse fim (ALAM *et al.*, 2010; ECDC, 2013). A variação de métodos de NP se complica à medida que não há consenso sobre qual a abordagem mais eficaz, o que indica a necessidade de ter disponível nos serviços uma variedade de métodos como recurso que possa ampliar o êxito da captação dos contatos (ECDC, 2013).

Assim, objetivando conhecer com profundidade o tema, especialmente no campo da avaliação e comparação de estratégias de NP, foi realizada uma revisão de literatura na qual foram analisadas publicações feitas entre os anos 1970 e 2015. Foram selecionados os artigos completos disponíveis eletronicamente no momento da pesquisa, no idioma português ou inglês. Foram excluídos da revisão os estudos que apresentavam o formato de editorial, cartas ao editor, artigos de revisão, estudos de caso, relatos de experiência, e estudos descritivos que abordavam somente um tipo de estratégia de notificação.

O levantamento dos artigos foi realizado nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE); *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL); SCOPUS.

Observou-se após a seleção a implementação nos serviços de sete tipos de estratégias de NP que foram utilizadas em conjunto ou separadamente: notificação mediante aconselhamento; notificação e aconselhamento com adição de cartões de notificação para os pacientes entregarem aos parceiros sexuais, contendo informações sobre a necessidade de tratamento (MONTESINOS *et al.*, 1990); notificação pelo(a) paciente-índice (paciente se responsabiliza em comunicar sua infecção ao parceiro); notificação pelo profissional (profissional comunica com consentimento do paciente (LANDIS *et al.*, 1992; PATTMAN *et al.*; 1993; BROWN *et al.*; 2011; KNIGHT *et al.*, 2014, OLALLA *et al.*, 2015); notificação mediante entrega do tratamento do parceiro pelo paciente-índice (também conhecida como tratamento acelerado de parceiros (NUWAHA *et al.*, 2001; GOLDEN *et al.*, 2005, SCHWEBKE; DESMOND, 2010; GURSAHANEY *et al.*, 2011); NP mediante contrato (expirado o prazo combinado entre o paciente e o profissional, este faz a notificação); NP via internet (EHLMAN *et al.*, 2010; KERANI *et al.*; 2011; HIGHTOW-WEIDMAN *et al.*, 2014; UDEAGU *et al.*, 2014) ou por meio de mensagens de texto via celulares (UDEAGU *et al.*, 2014).

Na vigência de uma variedade de métodos de NP, surge a necessidade de apontar alguns resultados verificados após a implementação dessas estratégias, especialmente

comparando-as quanto ao sucesso na captação de contatos sexuais de paciente nos serviços de saúde, apresentados a seguir.

Quanto ao surgimento das primeiras estratégias de notificação, em 1990 um estudo realizado nos Estados Unidos, com pacientes com gonorreia e clamídia, os métodos de notificação eram compostos de três modalidades: aconselhamento do paciente-índice reforçando a necessidade de trazer as parcerias sexuais, aconselhamento com a inclusão de entrega de um cartão de notificação (com informações para dar ao parceiro quanto à importância de o mesmo comparecer ao atendimento), e NP realizada pelo profissional nos casos de insucesso do paciente-índice realizar a notificação após o prazo de uma semana. A avaliação entre essas modalidades mostrou que o sucesso da NP não está na escolha de um método, mas na realização conjunta das estratégias, ou seja, aconselhamento com adição da entrega de cartões para os(as) pacientes darem às parcerias sexuais com o intuito de reforçar a importância do comparecimento à unidade de saúde e a notificação realizada diretamente pelo profissional (MONTESINO *et al.*, 1990).

Posteriormente, em 1993, uma pesquisa na Inglaterra envolvendo 79 parceiros notificados por 114 pessoas recém-diagnosticadas com infecção pelo HIV, concluiu que o tipo de NP realizado pelo próprio paciente-índice (também conhecida como método padrão) foi o método que mais possibilitou acessar os parceiros, quando comparado com a realizada pelo profissional (PATTMAN *et al.*, 1993). Além disso, foi ressaltado nesse estudo que a estratégia de notificar parcerias sexuais possibilitou a identificação de 25 casos novos de HIV.

A avaliação do método de NP realizada pelo próprio paciente-índice também está associada à maior adesão dos parceiros notificados às testagens de HIV quando comparado aos demais métodos (mediante contrato ou pelo profissional ou pela internet) (BROWN *et al.*, 2011; UDEAGU *et al.*, 2014). Contudo, considerando casos de pessoas com infecção pelo HIV, a principal desvantagem da NP realizada pelo próprio paciente é a falta de segurança do profissional do serviço de saúde em garantir que os parceiros sexuais tenham sido informados da exposição ao risco, de determinar que estes foram realmente testados, e se o resultado relatado pelo paciente-índice é real (OLALLA *et al.*, 2015).

Quanto à NP praticada pelo profissional (conhecida como estratégia ativa), um estudo realizado na Austrália com pacientes com IST curáveis considerou essa forma de notificação ineficaz e de uso limitado entre os profissionais, por exigir consentimento de pacientes (KNIGHT *et al.*, 2014). Outro, realizado na Espanha com pessoas com HIV, ao comparar essa estratégia com o método padrão (o próprio paciente notifica seu parceiro),

apontou ser a notificação do profissional de uso muito restrito, porque a maioria dos casos-índices notificou pessoalmente seus parceiros (OLALLA *et al.*, 2015).

Entre os motivos associados às dificuldades de os profissionais escolherem estratégias ativas no manejo de casos de parceiros estão as discrepâncias quanto às decisões políticas e legais da ação de rastrear contatos de pessoas com HIV inerentes a cada distrito de saúde (ECDC, 2013). Os profissionais também alegam como causa de não serem proativos nas abordagens de parceiros sexuais o tempo insuficiente, necessidade de instruções específicas e de apoio institucional, além de se sentirem “bloqueados” em realizar essa ação impulsionados pela pena e o desejo de ajudar o cliente a lidar com a demanda de sentimentos, especialmente diante de casos de infecção pelo HIV (LUZ; MIRANDA; TEIXEIRA, 2010; ALAM *et al.*, 2010; CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Por outro lado, na África, um estudo com pacientes HIV, além de não indicar dificuldades do profissional em notificar diretamente os contatos, apontou maior acesso dos parceiros ao aconselhamento e testagens do HIV nos serviços. A intervenção direta do profissional em notificar os contatos apontou maior êxito na ação do que o método padrão, ou seja, o(a) paciente se responsabiliza por notificar a parceria sexual (BROWN *et al.*, 2011).

Da mesma forma, outro estudo realizado na Carolina do Norte (Estados Unidos), com pacientes com HIV, mostrou ter sido mais efetivo a NP realizada pelo profissional, quando comparada com a estratégia de os próprios casos-índices comunicarem a sua infecção aos contatos sexuais. Contudo, isso pode ter ocorrido por existir na Carolina do Norte uma legislação rigorosa sobre a obrigatoriedade de as pessoas infectadas pelo HIV informarem seu status sorológico, sob pena de sofrer multa, mandado de prisão ou ambos (LANDIS *et al.*, 1992).

No que se refere ao método no qual o tratamento do parceiro é entregue ao paciente-índice, três estudos, um realizado em Washington, com pessoas com diagnóstico de gonorreia e clamídia (GOLDEN *et al.*, 2005), outro em Uganda (NUWAHA *et al.*, 2001), com pacientes com síndromes associadas às IST (GOLDEN *et al.*, 2005), e um na Inglaterra, com pessoas com infecção por tricomoníase (SCHWEBKE; DESMOND, 2010), mostraram ser este um método viável e eficaz para reduzir os riscos de reinfecções. Importante atentar que sua utilização é de uso restrito a pacientes com infecção por tricomoníase, gonorréia e clamídia ou uretrite não gonocócica em países onde a legislação vigente o permita (SCHWEBKE; DESMOND, 2010; ESTCOURT *et al.*, 2015).

Em contrapartida, um estudo realizado na Pensilvânia, com pessoas com diagnósticos semelhantes (gonorreia, clamídia, tricomoníase e uretrite não gonocócica),

indicou ser mais eficiente o comparecimento para uma consulta médica do que levar o tratamento para seus parceiros sexuais (GURSAHANEY *et al.*, 2011).

Um aspecto importante que mostrou aumentar a eficácia do método de entrega do tratamento de parceiros pelo paciente foi evidenciado em dois estudos, ambos realizados na Inglaterra (ESTCOURT *et al.*, 2012, 2015). Tais estudos incluíram acompanhamento para avaliar se o parceiro recebeu ou não o tratamento, ou se este interrompeu o medicamento por algum efeito adverso. Para esse fim os pacientes-índices e respectivos parceiros contam com a ajuda adicional de um profissional da equipe para acompanhar o andamento do caso por telefone ou é disponibilizado ao parceiro o tratamento na farmácia, e assim ele passa a ser avaliado e acompanhado por farmacêuticos treinados.

O tipo de estratégia denominada NP por meio de contrato consiste em um pacto estabelecido entre o paciente e o profissional, de tal forma que se permite que os pacientes-índices entrem em contato e referenciem seus(suas) parceiros(as) em um curto período de tempo (cerca de sete dias), após o qual, não havendo sucesso, o profissional realiza a intervenção mantendo o anonimato do paciente-índice (HENLEY *et al.*, 2013).

Quanto à eficácia da notificação por contrato, dois estudos (BROWN *et al.*, 2011; HENLEY *et al.*, 2013) apresentaram resultados discordantes quanto à eficácia desse método, quando comparada aos demais métodos (próprio paciente notifica ou realizada pelo profissional). Um destes, realizado em Malawi, com pacientes HIV, ao comparar as três modalidades (o paciente-índice assume comunicar sua infecção ao parceiro, notificação mediante contrato, notificação pelo profissional), apontou ser duas vezes maior a probabilidade de os contatos comparecerem tanto pelo método de contrato como a realizada pelo profissional quando comparado com o realizado pelo próprio paciente (BROWN *et al.*, 2011). No entanto, outra pesquisa em Camarões, na África, considerou o método de contrato ineficaz, pelo baixo comparecimento de parceiros de pessoas com HIV quando comparado aos demais métodos (notificação pelo paciente-índice ou pelo profissional) (HENLEY *et al.*, 2013).

Constatam-se como características fundamentais de bom funcionamento de captação dos contatos sexuais de pessoas com IST, especialmente HIV, dispor de uma comunicação eficaz com pacientes. Por exemplo, entrevistas que provoquem nomes e informações de contatos sexuais, oportunizando o comparecimento dos parceiros para realização de testagens e, com isso, minimiza-se o risco subsequente de transmissão das pessoas que desconhecem sua condição de infectada pelo HIV (UDEAGU *et al.*, 2014).

Verifica-se que no passado as únicas formas de NP adotadas pela maioria dos serviços de saúde baseavam-se em visitas domiciliares, telefones fixos e entrega de correio postal, situação que mudou em razão da incorporação de novas tecnologias de comunicação. Surge então, após 2010, a alternativa de incluir a internet, o uso de aplicativos e de mensagens de texto via celulares como ferramentas para ampliar o leque de opções existentes de notificação de parceiros nos serviços (EHLMAN *et al.*, 2010; KERANI *et al.*, 2011; HIGHTOW-WEIDMAN *et al.*, 2014).

Apesar do avanço, os resultados de estudos sobre a aplicabilidade dessas novas tecnologias têm se mostrado contraditórios. Uma experiência de uso da internet de pessoas diagnosticadas com gonorreia e clamídia desenvolvida em Washington, além de ter indicado pouco uso da internet como meio de contactar os parceiros, resultou numa diminuição de testes de anti-HIV entre os parceiros notificados quando comparado aos métodos tradicionais (KERANI *et al.*, 2011).

Contraditoriamente aos resultados dos estudos anteriores, pesquisas com pacientes diagnosticados com sífilis e com infecção pelo HIV em Carolina do Norte, ocorridas entre 2010 e 2011, constataram um aumento de 600% de sucesso após a implantação do sistema de notificação de parceiros pela internet (e-mail) e em mensagens de textos via celulares (HIGHTOW-WEIDMAN *et al.*, 2014). Tal sucesso consistiu no envio de informações ao cliente sobre a sua possível exposição à infecção (pelo HIV ou sífilis), proporcionando meio de este responder as mensagens (e-mail ou via celulares) de forma segura, incluindo também informações de como proceder, caso a pessoa desejasse ser atendida pessoalmente pelo serviço. Observou-se, ainda, que o uso de mensagens de textos permitiu constatar casos de parceiros que não responderam a notificação tradicional, além de novos casos de sífilis e de pessoas infectadas pelo HIV, que embora já soubessem previamente dessa condição necessitavam ser reintegradas aos cuidados em função da ausência do acompanhamento regular no serviço, além da apresentação dos resultados da carga viral elevada que poderia resultar em risco aumentado na transmissão da infecção.

Observou-se em outra pesquisa com pacientes-índices com HIV, em Nova York, que apesar de apontar uma maior frequência de parceiros contactados por mensagens de textos via celulares e pela internet do que pelos métodos tradicionais (pessoalmente, por telefone fixo ou endereço postal), uma menor realização de testagens para o HIV nos casos contactados com uso dessas tecnologias do que nos notificados pessoalmente (UDEAGU *et al.*, 2014).

Importante acrescentar a experiência do uso de Facebook para NP de pacientes com sífilis realizada por uma equipe de profissionais de saúde em Atlanta (HUNTER *et al.*, 2014). O uso de Facebook combinado com outros métodos (o próprio paciente comunica ao(a) parceiro(a) ou autoriza o profissional realizá-lo diretamente) aumenta a captação de parceiros com sífilis, ajudando a equipe a alcançar parceiros mais rapidamente do que por telefone, encurtando assim o tempo para o teste e tratamento. Aponta-se essa estratégia como um meio de contatar indivíduos que mudam de endereço e número de telefone com frequência, mas que mantêm e sempre acessam suas contas no Facebook, por vezes através de computadores em bibliotecas ou nas escolas. Outro benefício apontado foi o de permitir a identificação de indivíduos pela visualização de fotos *on-line*, bem como acessar amigos e familiares que poderiam ajudar no contato com o indivíduo, ambos realizados em conjunto com o paciente-índice.

No Brasil, considera-se fundamental para interromper a cadeia de transmissão das IST que os profissionais de saúde realizem a comunicação, o diagnóstico e o tratamento de parceiros sexuais de pessoas com IST (mesmo assintomáticas). Para fins de comunicação, são considerados casos-índices com diagnóstico etiológico: tricomoníase (parceria atual), e sífilis secundária e latente, correspondendo a parcerias sexuais dos últimos três meses e um ano, respectivamente. Nas situações em que o manejo de casos ocorra por síndromes, recomenda-se a notificação de parceiros de pessoas que apresentem úlceras genitais (parceiros dos últimos três meses), corrimento uretral e cervical, e doença inflamatória pélvica (contatos sexuais dos últimos dois meses) (BRASIL, 2015).

A abordagem de parceiros sexuais no Brasil pode ser realizada pela própria pessoa que recebeu o diagnóstico de IST, denominado paciente-índice, ou pelo profissional de saúde. A comunicação pelo paciente-índice ocorre quando este, ao ser encorajado pelo profissional, assume a responsabilidade de comunicar o seu diagnóstico ao parceiro para comparecimento ao serviço de saúde. A comunicação pode ser realizada de forma verbal ou mediante entrega de um cartão de comunicação de parcerias sexuais fornecido pela unidade de saúde. A NP realizada pelo profissional de saúde pode ser efetuada mediante envio de correspondência, contato telefônico, eletrônico ou busca ativa, desde que respeitados os princípios do sigilo e da confidencialidade dessa ação (BRASIL, 2015).

Entretanto, apesar da existência de métodos de recomendação nacional, a NP não é sistematicamente monitorada no Brasil, com poucos estudos que explorem quais os métodos preferidos pelos profissionais e pacientes nos serviços de saúde (JONES *et al.*, 2006; CAVALCANTE *et al.*, 2016, 2017).

No Brasil, apesar da escassez de estudos sobre NP, a investigação envolvendo casos de gonorreia, clamídia e tricomoníase em São Paulo mostrou sucesso na NP mediante fornecimento do tratamento do parceiro ao paciente-índice, resultando em altas taxas de tratamento de parceiros de mulheres com relacionamentos sexuais fixos. Ao indagar as mulheres sobre qual método seria de sua preferência, 56% escolheram levar o medicamento ao parceiro, 28% optaram pela abordagem profissional, e 18% preferiam que a própria mulher notificasse (JONES *et al.*, 2006).

Outro estudo recente, em Fortaleza, envolvendo pacientes-índices com síndrome do corrimento uretral masculino, com verruga anogenital associada à infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV), e com infecção pelo HIV e sífilis, indicou que ficou a cargo dos próprios pacientes a notificação de seus parceiros, informando que o fizeram de diferentes maneiras, ora de forma verbal, por telefone, ora mediante a entrega de um cartão de comunicação (CAVALCANTE *et al.*, 2016).

Quanto à avaliação de NP que inclui o recebimento de um cartão de comunicação para o(a) paciente-índice entregar ao seu contato sexual, um estudo com 219 pacientes-índices (130 homens, 89 mulheres) com diagnóstico de infecção por clamídia, gonorreia, sífilis, realizado numa província da Espanha, concluiu ter havido baixa aceitação do cartão (45% dos pacientes o recusaram), devido especialmente à alta frequência de pacientes-índices com relacionamentos sexuais anônimos e casuais. Outro achado importante nesse estudo foi o fato de as mulheres aceitarem mais entregar os cartões para seus parceiros do que os homens heterossexuais, o que pode ter ocorrido pela maior frequência de relacionamentos estáveis no grupo das mulheres quando comparado ao dos homens (TUNEU *et al.*, 2013).

É relevante haver mais investimentos no processo de captação dos contatos sexuais, pois a falta de acesso aos parceiros sexuais de pessoas com IST é um dos principais motivos associados à dificuldade de controle dessas infecções nos países em desenvolvimento (BROWN *et al.*, 2011; ALTHAUS *et al.*, 2014), especialmente no Brasil, onde o não tratamento de parceiros de gestantes com sífilis é frequentemente citado como uma das causas do descontrole da sífilis congênita no país (MAGALHÃES *et al.*, 2013).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Foi desenvolvido um estudo de intervenção. Esse tipo de investigação envolve de forma geral estudos nos quais o pesquisador manipula o fator de exposição “a intervenção”, ou seja, provoca uma modificação intencional em algum aspecto, através da introdução de um esquema profilático ou terapêutico (MEDRONHO *et al.*, 2009). O presente estudo foi realizado com pessoas com diagnóstico de IST acompanhadas em serviço de saúde, para verificar a influência do uso do cartão de notificação na vinda do parceiro sexual para avaliação de sua saúde sexual, com ênfase no controle das IST.

O presente estudo teve desenho prospectivo, controlado e randomizado, considerado a melhor fonte de determinação da eficácia de uma intervenção. O principal objetivo de estudos randomizados é fazer com que as variáveis que possam influenciar no desfecho em estudo sejam distribuídas de forma homogênea, tornando os grupos comparáveis (MEDRONHO *et al.*, 2009). A intervenção foi realizada mediante o oferecimento de um “cartão de notificação de parceiros” para os pacientes-índices entregarem aos seus parceiros sexuais.

O estudo foi composto de dois grupos, assim definidos:

a) Grupo 1 (GI) = Grupo Intervenção – formado por pessoas com IST que levaram o cartão de notificação ao parceiro sexual como forma de convite para atendimento. Esperava-se que esse cartão de notificação servisse como um reforço/apoio adicional para que os pacientes do grupo 1 negociassem a vinda do parceiro sexual ao serviço.

b) Grupo 2 (GC) = Grupo Controle – formado por pessoas com IST que convidaram verbalmente o parceiro sexual para procurar atendimento de saúde. Os pacientes alocados no grupo 2 receberam, apenas, informações verbais para convidar/estimular o parceiro sexual para a vinda ao serviço.

Para randomizar os pacientes nos grupos (GI e GC) foi utilizado envelope lacrado cujo conteúdo escrito informou o tipo de intervenção entregue pelo auxiliar de pesquisa. O estudo teve como desfecho: a vinda do parceiro sexual ao serviço de saúde utilizando o “cartão de notificação”.

O prazo máximo para espera/avaliação do comparecimento dos parceiros sexuais para ambos os grupos foi de um mês.

4.2 Casuística/população

Fizeram parte do estudo todos os pacientes diagnosticados com uma IST (cl clinicamente ou por testes sorológicos ou laboratoriais) durante 11 meses consecutivos. Considerou-se como diagnóstico clínico de IST as pessoas com: 1. Síndromes anogenitais de úlceras; 2. Verrugas; 3. Corrimento uretral ou cervical; 4. Síndrome de Doença Inflamatória Pélvica (DIP); e 5. Diagnóstico laboratorial de DIP, sífilis, tricomoníase e HIV, e hepatite B e C, conforme determina o protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com IST (BRASIL, 2015).

Os critérios de inclusão foram: 1. Pessoas com idade ≥ 18 anos, independentemente do sexo, com diagnóstico sorológico de IST, hepatites B e C e/ou com síndrome associada a IST (úlceras genitais, corrimento uretral, verrugas genitais), diagnosticados durante atendimento realizado na unidade de saúde, denominados pacientes-índices, que possuíssem parceiros sexuais a serem notificados (BRASIL, 2015), qualquer que fosse o vínculo afetivo-sexual, e que manifestassem desejo em realizar a comunicação de seus parceiros; 2. Parceiros sexuais notificados pelos pacientes-índices e que compareceram às unidades de saúde para atendimento. Considerou-se como relacionamento estável aquele com vínculo afetivo, independentemente do relacionamento conjugal, e como relacionamento causal o contato sexual com pessoa sem vínculo de proximidade e/ou de afetividade, sem intenção de ter novo encontro sexual. Pacientes que foram diagnosticados durante consulta realizada na unidade de saúde.

Considerou-se como critérios de exclusão no estudo pacientes-índices que não concordassem em notificar seus contatos sexuais ou não aceitassem encaminhar os parceiros sexuais no prazo de um mês após o diagnóstico da IST, e os pacientes que já tinham conhecimento prévio do diagnóstico. Também foram excluídas as mulheres diagnosticadas com síndrome de corrimento vaginal pela possibilidade de alterações por outras causas não associadas às IST (DUNCAN *et al.*, 2013).

4.3 Cálculo amostral

Para cálculo da amostra foi utilizada a fórmula para estudos com grupos comparativos (JEKEL; ELMORE; KATZ, 2005), descrita a seguir:

$$N = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 \times 2 \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra;

α = Nível de significância (Coef. confiança=95%; α =5%, conseqüentemente **$Z\alpha=1,96$**)

β - **$Z\beta$** = Poder (β =20%; $Z\beta = 0,84$)

p = Proporção de ocorrência do desfecho;

d = Diferença clinicamente importante.

A proporção de ocorrência do desfecho foi definida tendo como base estudos prévios que indicam uma taxa média de aceitação da notificação de parceiros de 30% (ALAM *et al.*, 2010; ESTCOURT *et al.*, 2012; AAR *et al.*, 2012; UDEAGU *et al.*, 2014).

Adotaram-se os seguintes valores na aplicação da fórmula: $Z\alpha=1,96$, $Z\beta=0,84$, $p=30\%$, $d=20\%$. A fórmula indicou a necessidade de realizar a investigação com 82 pessoas com IST por grupo, totalizando 164 participantes. Adicionando-se a um percentual de segurança de 10% para eventuais perdas, sugeriu-se uma amostra de 90 pessoas para cada grupo. Por se tratar de dois grupos totalizou-se uma amostra de 180 pessoas (GI=90 e GC=90), compostos da seguinte forma:

a) Grupo Controle (GC): formado por pacientes-índices que convidaram verbalmente o parceiro sexual para procurar atendimento de saúde (n=90).

b) Grupo Intervenção (GI): grupo de pacientes-índices que levaram o cartão de notificação ao parceiro sexual, como forma de convite para atendimento (n=90).

Ressalta-se que após o recrutamento a amostra final foi constituída de 189 participantes, sendo 94 do grupo controle e 95 do grupo intervenção.

4.4 Período do estudo

A coleta de dados foi desenvolvida entre os meses de agosto de 2016 e julho de 2017, totalizando 12 meses, correspondendo ao tempo que foi necessário para completar o cálculo amostral de cada grupo.

4.5 Local

O estudo foi realizado no Centro de Referência para IST da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Trata-se de um serviço estadual que atende casos de demanda espontânea e referenciados da Rede Municipal de Saúde de Fortaleza e dos demais municípios do Estado, encaminhados para tratamento e acompanhamento de casos. Assim, a unidade realiza atendimento da atenção primária por demanda espontânea, e de serviços especializados como ginecologia, nutrição, pneumologia, clínica médica, pequenas cirurgias, cardiologia, pediatria e psicologia, atuando assim como referência para essas especialidades.

No ano de 2015, a média mensal de atendimento da unidade foi de 7.125 atendimentos primários em saúde por demanda espontânea e/ou referenciada, com uma média mensal de 362 consultas destinadas ao atendimento de casos de IST. Dispõe também de um laboratório no qual são realizados exames bioquímicos, hormonais (Triiodotironina (T3), tiroxina (T4), tireoestimulante (TSH), Estradiol, progesterona, etc.), e de eletrólitos (sódio e potássio), de imunologia (Antiestreptolisina - O-ASO, fator reumatoide-Latex, Teste laboratorial imunológico da Gravidez (TIG), proteína C reativa, *Venereal Disease Research Laboratory* -VDRL), com uma realização média de cerca de 3.100 exames mensais.

A unidade também desenvolve atividades de ensino e pesquisa e recebe alunos de universidades públicas e privadas para estágio curricular obrigatório do município de Fortaleza e do Estado do Ceará.

Importante destacar que no âmbito da atenção às pessoas com IST esse serviço foi implantado em meados da década de 1990, por meio de um convênio firmado entre a Universidade de Bordeaux e as Secretarias de Saúde do Estado e do Município, além do Ministério da Saúde. A parceria trouxe vários benefícios, como aquisição de materiais e equipamentos, capacitação dos profissionais no manejo de casos de IST etiológico e sintomático, bem como a organização interna do fluxo de pacientes nesse tipo de atendimento.

Quanto aos procedimentos adotados no serviço diante do atendimento de casos de IST, as pessoas com queixas genitais são examinadas e tratadas de acordo com o PCDT de

Atenção Integral às Pessoas com IST do Ministério da Saúde, bem como é oferecido um conjunto de ações complementares, tais como aconselhamento, oferta de testagens rápidas de anti-HIV, sífilis, hepatites B e C, e de VDRL (casos reagentes de testes rápidos de sífilis), preservativos, vacinação contra hepatite B, orientações, comunicação de parceiros sexuais, e retorno para resultados de exames e controle de cura (BRASIL, 2015). Para esse atendimento dispõe de uma equipe formada por 4 (quatro) enfermeiras, 2 (dois) médicos, 1 psicólogo, 2 (duas) bioquímicas, 1 (um) farmacêutico, 2 (dois) técnicos de laboratório, 3 (três) auxiliares de enfermagem, 1 (um) assistente social.

Para os casos de IST, a unidade disponibiliza os medicamentos necessários para o tratamento, oferta testes rápidos para diagnóstico de sífilis, anti-HIV, hepatite B e C, e um serviço de laboratório para a coleta das amostras para realização dos exames de VDRL.

Diante da confirmação do diagnóstico sindrômico ou etiológico, são ofertados testes rápidos (HIV, sífilis, hepatites B e C) mediante sessão de aconselhamento pré e pós-teste e aprazamento de retorno. Dois retornos são agendados: o primeiro com 7 (sete) dias para avaliação do tratamento ou para entrega do resultado do VDRL (somente nos casos reagentes de sífilis pelas testagens rápidas). O exame VDRL é realizado no laboratório e coletado logo após o atendimento e o resultado está disponível no prazo de 7 (sete) dias após a coleta, objetivando coincidir com a data de retorno dos pacientes para avaliação do tratamento.

Os casos reagentes de sífilis e de HIV mediante testagens rápidas são acompanhados na própria unidade e os de hepatites B e C referenciados. O atendimento às pessoas com HIV foi implantado em 2014, com o ingresso no serviço de 120 pacientes até julho de 2018.

4.6 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados dois formulários de pesquisa elaborados pela pesquisadora, sendo um destinado a obter informações dos pacientes-índice e outro do parceiro que compareceu à unidade de saúde. O objetivo dos dois formulários foi realizar a caracterização sociodemográfica, dos hábitos de saúde e de comportamento sexual dos pacientes-índices (APÊNDICE A) e dos parceiros (APÊNDICE B), considerando-se os seguintes blocos: I) Tipo de notificação: verbal ou por cartão; II) Caracterização sociodemográfica: sexo, idade, cor, escolaridade, se reside com parceiro, religião, renda *per capita*, opção sexual, ocupação, procedência; III) Hábitos de saúde: consumo de bebida

alcoólica, uso de drogas ilícitas, se atualmente fuma; IV) *Comportamento* sexual: orientação sexual, número de parceiros sexuais nos 12 últimos meses, tipo de parceria (estável ou casual), se tem parceria casual para trazer ao serviço, frequência de uso de preservativo nos relacionamentos estáveis e/ou casuais; V) Dados clínicos: tipo de IST 1 dos pacientes-índices, forma de diagnóstico para IST 1, tipo de IST 2 dos pacientes-índices, forma de diagnóstico para IST 2, tipo de IST 3 dos pacientes-índices.

4.6.1 Informações sobre o cartão de notificação de parceiros

Foi empregado o cartão de notificação de parceiros proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), e utilizado no serviço de saúde investigado (ANEXO A).

O cartão de notificação de parceiros é uma estratégia elaborada pelo Ministério da Saúde e consiste em um recurso a mais a ser ofertado pelos profissionais ao paciente-índice, para que este aceite notificar suas parcerias sexuais após seu consentimento e esclarecimentos das informações contidas no mesmo (BRASIL, 2015).

O cartão de notificação é composto de duas partes. A primeira parte (Parte A) apresenta o nome da unidade de saúde, de uso restrito do profissional que realizou a notificação. A parte B é destinada ao cliente para entregar aos seus contatos sexuais. Tanto a parte A como a B tem a mesma numeração, e serão unidas com a vinda dos contatos. A finalidade do cartão é saber se houve ou não êxito no processo de notificação. A sequência numérica funciona com uma "senha" de uso confidencial do profissional para acessar as informações do prontuário do paciente-índice, um meio idealizado para assegurar o total sigilo da pessoa que motivou a notificação (BRASIL, 2015).

Os dados da parte A (restrito ao serviço) são: Código Internacional de Doenças (CID) da IST, sequência numérica da notificação, número do prontuário, nome do paciente-índice, endereço, escolaridade, idade, sexo e identificação do profissional que o atendeu (ANEXO A).

Os dados da parte B (a ser entregue ao contato) são: CID, sequência numérica da notificação, nome do contato (se mais de um é dado outro cartão contendo a mesma numeração do paciente-índice), endereço, escolaridade, idade, sexo, nome do profissional que atendeu, e informação de horários em que possa comparecer à respectiva unidade. No caso de mais de um (a) parceiro(a), cada um recebe um cartão, contendo a mesma numeração do paciente-índice. Tal procedimento permite posteriormente saber quais dos contatos compareceram (ANEXO A).

Não houve rigor no agendamento prévio de dia e hora para o contato comparecer à unidade, por ser garantido ao usuário desse cartão um atendimento prioritário no serviço. Portanto, na parte do cartão correspondente aos contatos não houve como estes acessarem os dados pessoais do paciente que o (a) notificou.

Deste modo, à medida que ocorre a procura do serviço pela pessoa notificada (sem precisar o tempo), confere-se como concluída a notificação do parceiro. Só assim pôde-se estabelecer um caso para inclusão no estudo.

4.7 Análise de dados

Os dados quantitativos foram inseridos em planilha do Excel e transferidos para o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Realizou-se análise descritiva dos dados a partir do cálculo da frequência absoluta e relativa. Para associações estatísticas foi considerada como variável dependente a resposta à pergunta “Trouxe o parceiro?”. As demais variáveis foram elencadas como independentes. A associação entre variáveis categóricas foi realizada pelo teste qui-quadrado de Pearson para variáveis independentes, sendo calculado o valor da *Odds Ratio* (OR) e o intervalo de confiança (IC) de 95%. Foi considerado estatisticamente significante o valor de $p < 0,05$.

4.8 Aspectos éticos

Em razão do cumprimento das normas para pesquisa com seres humanos, da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi encaminhado à Plataforma Brasil para apreciação ética e aprovado mediante o Parecer nº 1.482.593 (ANEXO B).

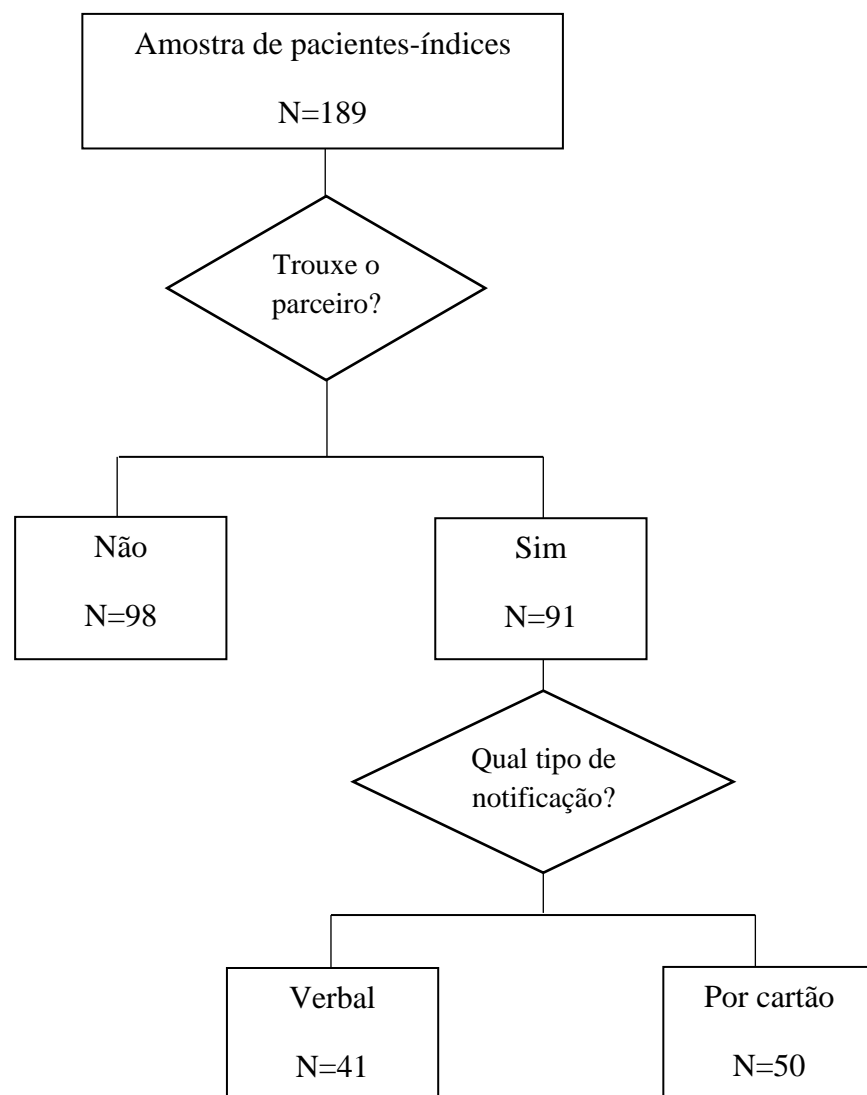
Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, e quando de acordo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para o paciente-índice (APÊNDICE C) e para o parceiro (APÊNDICE D), sendo-lhes assegurado o anonimato na divulgação das informações e a liberdade de participar ou não do estudo. Foi ainda esclarecido que o acompanhamento e tratamento das pessoas diagnosticadas com IST e seus respectivos parceiros já fazia parte da rotina desse serviço, motivo pelo qual foi dada a continuidade da assistência de saúde aos pacientes e parceiros, independentemente de aceitarem ou recusarem a participação na pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 Tipo de notificação realizada pelo paciente-índice e comparecimento do parceiro à unidade de saúde

Um total de 189 pacientes-índices participaram do estudo, de forma que 94 convidaram verbalmente o parceiro sexual para procurar atendimento de saúde e 95 levaram o cartão de notificação ao parceiro sexual, como forma de convite para atendimento. Após a notificação, os parceiros de 91 pacientes-índices compareceram à unidade de saúde, sendo 41 parceiros que provieram de pacientes-índices que aceitaram realizar a notificação verbal, e 50 parceiros eram resultantes de pacientes-índices que consentiram em realizar a notificação por cartão (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma com os pacientes-índices que participaram do estudo e que trouxeram os parceiros sexuais. Fortaleza-Ceará, 2018



Em relação ao tipo de notificação, 50,3% dos pacientes-índices realizaram a notificação por cartão, e 49,7% fizeram a notificação verbal. Observou-se que dentre os pacientes que realizaram a notificação por cartão, o percentual de comparecimento do parceiro ao serviço de saúde foi de 52,6%, enquanto entre aqueles que fizeram a notificação verbal esse percentual foi de 43,6%. Porém, não houve diferença estatisticamente significativa entre os tipos de notificação verbal e mediante uso de cartão em relação ao sucesso no comparecimento de parceiros ($p=0,215$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Pacientes-índices conforme o tipo de notificação de parceiros(as) e o comparecimento de parcerias sexuais à unidade de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018

Variáveis	Trouxe parceiro?				Total	OR	(IC 95%)	p*
	Não (N=98)		Sim (N=91)					
	N	%	N	%	N	%		
Tipo de notificação								0,215
Notificação verbal	53	(56,4)	41	(43,6)	94	(49,7)	1,43	(0,81-2,54)
Notificação por cartão	45	(47,4)	50	(52,6)	95	(50,3)	1	
Total	98	(51,8)	91	(48,2)	189	(100,0)		

*Teste qui-quadrado de Pearson

5.2 Caracterização do paciente-índice e fatores relacionados ao comparecimento do parceiro à unidade de saúde

Com relação às características sociodemográficas dos pacientes-índices, verificou-se o predomínio de pessoas do sexo masculino (74,1%), com faixa etária ≤ 39 anos (86,0%), de cor parda (74,0%), com escolaridade ≥ 10 anos de estudo (75,0%), de religião católica (65,1%), com renda *per capita* de até 1/2 salários mínimos (55,0%). Mais da metade dos pacientes-índices informou morar com o parceiro (65,1%). Quanto aos hábitos de saúde, a maioria dos pacientes-índices relatou o consumo de bebida alcoólica (72%), com frequência semanal (74,0%). Além disso, um percentual de 47,1% referiu uso de drogas ilícitas e 9,5% afirmaram que fumavam (Tabela 2).

Quanto às características sociodemográficas e os hábitos de saúde do paciente-índice que favoreceram a vinda do parceiro à unidade de saúde, houve destaque para o sexo masculino (50,7%), faixa etária ≥ 40 anos (63,0%), de cor parda (49,3%), escolaridade ≤ 9 anos (59,6%), residir com o parceiro (68,2%), ter outra religião que não a católica (53,2%), consumir drogas ilícitas (50,6%), e não fumar (48,5%). Contudo, nenhum desses fatores teve associação estatisticamente significativa com a vinda do parceiro à unidade de saúde, com exceção do fato de não residir com o parceiro ($p=0,000$; IC 95%=1,90-6,76), que aumentou

em 3,58 vezes as chances de o paciente-índice não trazer o parceiro à unidade de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 - Variáveis sociodemográficas e de hábitos de saúde de pacientes-índices. Fortaleza-Ceará, 2018

Variáveis	Trouxe o parceiro?				Total	OR	IC 95%	p*
	Não (N=98)		Sim (N=91)					
	N	%	N	%	N	%		
Sexo								0,233
Feminino	29	(59,2)	20	(40,8)	49	(25,9)	1,42	(0,77-2,88)
Masculino	69	(49,3)	71	(50,7)	140	(74,1)	1	
Faixa etária								0,096
≤ 39 (20 a 39)	88	(54,3)	74	(45,7)	162	(86,0)	2,02	0,87-4,683
≥ 40 (40-63)	10	(37,0)	17	(63,0)	27	(14,0)	1	
Cor								0,597
Outra	27	(55,1)	22	(44,9)	49	(26,0)	1,19	0,62-2,29
Parda	71	(50,7)	69	(49,3)	140	(74,0)	1	
Escolaridade (anos de estudo)								0,070
≥ 10	79	(55,6)	63	(44,4)	142	(75,0)	1,84	0,94-3,61
≤ 9	19	(40,4)	28	(59,6)	47	(25,0)	1	
Reside com parceiro(a)								0,000
Não reside	77	(62,6)	46	(37,4)	123	(65,1)	3,58	1,90-6,76
Reside com parceiro(a)	21	(31,8)	45	(68,2)	66	(34,9)	1	
Religião (n=136)								0,298
Católica	50	(56,2)	39	(43,8)	89	(65,1)	1,45	0,71-2,96
Outra	22	(46,8)	25	(53,2)	47	(35,0)	1	
Renda per capita (salários mínimos)								
>1	13	(65,0)	7	(35,0)	20	(11,0)	1,66	0,61-4,48
>1/2	30	(46,2)	35	(53,8)	65	(34,0)	0,76	0,41-1,42
Até 1/2	55	(52,9)	49	(47,1)	104	(55,0)	1	
Consumo de bebida alcoólica (N=134)								0,146
Uma vez por mês	23	(65,7)	12	(34,3)	35	(26,0)	1,80	0,80-4,02
Uma vez por semana	51	(51,5)	48	(48,5)	99	(74,0)	1	
Consumo droga ilícita								0,531
Sim	44	(49,4)	45	(50,6)	89	(47,1)	0,83	0,47-1,47
Não	54	(54,0)	46	(46,0)	100	(52,9)	1	
Fuma								0,741
Sim	10	(55,6)	8	(44,4)	18	(9,5)	1,17	0,44-3,13
Não	88	(51,5)	83	(48,5)	171	(90,5)	1	

*Teste qui-quadrado de Pearson

Acerca da associação entre os dados comportamentos sexuais e o comparecimento do parceiro à unidade de saúde, os fatores estatisticamente significativos foram não ter parceiro fixo/estável ($p=0,001$; IC 95%=1,95-18,04), ter parceria casual ($p=0,028$; IC 95%=1,08-5,14), e usar preservativo com o parceiro fixo ($p=0,045$; IC 95%=1,01-3,86). A chance de não trazer o parceiro entre os pacientes-índices que não têm parceiro estável é 5,93

vezes maior em comparação àqueles que têm parceiro estável. Por sua vez, a chance de o paciente-índice que tem parceiro casual trazê-lo à unidade de saúde é 2,35 vezes maior do que entre aqueles que não têm parceiro estável. Além disso, a chance dos pacientes-índices que usam preservativo sempre/às vezes com parceiro estável de não o trazer à unidade de saúde é 1,97 vezes maior em comparação com aqueles que não usam preservativo (Tabela 3).

Tabela 3 - Dados de comportamentos sexuais dos pacientes-índices de acordo com o comparecimento de parcerias sexuais à unidade de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018

Variáveis	Trouxe parceiro?		Total	OR	IC 95%	p*	
	Não (N=98)	Sim (N=91)					
	N	%	N	%	N	%	
Orientação sexual							0,433
Heterossexual	57	(49,6)	58	(50,4)	115	(61,0)	0,79 0,44-1,42
Homossexual ou bissexual	41	(55,4)	33	(44,6)	74	(39,0)	1
Nº parceiros nos últimos 12 meses							0,103
2 ou mais parceiros	87	(54,4)	73	(62,1)	160	(85,0)	1,95 0,86-4,39
1 parceiro	11	(37,9)	18	(45,6)	29	(15,0)	1
Parceiro(a) estável							0,001
Não	21	(84,0)	4	(16,0)	164	(86,8)	5,93 1,95-18,04
Sim	77	(47,0)	87	(53,0)	25	(13,2)	1
Tem parceria sexual casual para trazer ao serviço							0,028
Sim	24	(68,6)	11	(31,4)	35	(18,5)	2,35 1,08-5,14
Não	74	(48,1)	80	(51,9)	154	(81,5)	1
Uso de preservativo com parceiro fixo (N=183)							0,045
Sempre ou às vezes	32	(64,0)	18	(36,0)	50	(27,0)	1,97 1,01 - 3,86
Não usa	63	(47,4)	70	(52,6)	133	(73,0)	1
Uso de preservativos com parceiro(s) casual(ais) (N=178)							0,345
Sempre ou às vezes	82	(54,3)	69	(45,7)	151	(85,0)	1,48 0,65-3,38
Não usa	12	(44,4)	15	(55,6)	27	(15,0)	1

*Teste qui-quadrado de Pearson

Quanto ao diagnóstico de IST no paciente-índice, identificou-se maior prevalência de sífilis (49,2%) entre as IST principais (IST 1) dos pacientes-índices que originaram a vinda do parceiro, e maior frequência de diagnóstico por meio do teste rápido ou laboratorial (52,0%). No segundo tipo de IST identificado em um mesmo paciente-índice (IST 2) predominou a infecção pelo HIV (41,0%) e a forma de diagnóstico realizado foi por meio do teste rápido ou laboratorial (70,6%). Contudo, a análise bivariada, considerando as IST e a forma como o paciente-índice foi diagnosticado, não mostrou associação estatisticamente significativa com o comparecimento de parceiros à unidade de saúde (Tabela 4).

No tocante ao diagnóstico de IST do paciente-índice e a vinda do parceiro à unidade de saúde, houve um percentual maior de comparecimento do parceiro no caso da IST

1 sífilis (50,5%) e da IST2 tricomonas (100%), seguida pela infecção pelo HIV (85,7%). Ressalta-se que nos casos em que a IST 1 ou 2 do paciente-índice era a hepatite B, não ocorreu a vinda do parceiro à unidade de saúde.

Em todos os casos predominou o comparecimento do parceiro após diagnóstico da IST no paciente-índice por meio do teste rápido ou laboratorial, tanto na IST 1 (50,0%) quanto na IST 2 (66,7%). Apesar desses resultados, verificou-se que o tipo de IST e a forma de diagnóstico não apontou associação estatisticamente significativa com o comparecimento do parceiro à unidade de saúde (Tabela 4).

Houve somente um caso-índice com diagnóstico de uma terceira infecção (IST 3), sendo classificada como verruga anogenital associada ao HPV. Contudo, não foi confirmada essa mesma infecção no parceiro que compareceu à unidade de saúde.

Tabela 4 - Tipo de diagnósticos de IST1, IST 2 e IST3 dos pacientes-índices conforme o comparecimento de parceiros sexuais na unidade de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018

Variáveis	Trouxe parceiro?		Total	OR	(IC 95%)	p*	
	Não (N=98)	Sim (N=91)					
Tipo de IST principal (IST 1) ** de pacientes-índices	N	%	N	%	N	%	0,717
Sífilis	46	(49,5)	47	(50,5)	93	(49,2)	
HIV	3	(60,0)	2	(40,0)	5	(2,7)	
Hepatite B	1	(100,0)	0	(0,0)	1	(0,5)	
Síndrome associada às IST****	48	(53,3)	42	(46,7)	90	(47,6)	
Para IST 1, forma de diagnóstico							0,597
Teste rápido ou laboratorial	49	(50,0)	49	(50,0)	98	(52,0)	0,86
Sindrômico	49	(53,8)	42	(46,2)	91	(48,0)	1
Segundo tipo de IST do paciente-índice (IST 2) (N=17) ****							0,214
Sífilis	1	(50,0)	1	(50,0)	2	(11,8)	
HIV	1	(14,3)	6	(85,7)	7	(41,0)	
Hepatite B	2	(100,0)	0	(0,0)	2	(11,2)	
Tricomonas	0	(0,0)	1	(100,0)	1	(6,0)	
Síndrome associada às IST	2	(40,0)	3	(60,0)	5	(29,4)	
Para IST 2, forma de diagnóstico (N=17)							0,793
Teste rápido ou laboratorial	4	(33,3)	8	(66,7)	12	(70,6)	0,80
Sindrômico	2	(40,0)	3	(60,0)	5	(29,4)	1

*Teste qui-quadrado de Pearson

** IST principal de paciente-índice que originou a vinda do mesmo à unidade.

***Úlcera genital, corrimento uretral, dor pélvica associada DIP, verruga anogenital.

****Segundo tipo de IST identificado no mesmo paciente que originou a vinda do(a) parceiro(a).

5.3 Caracterização do parceiro sexual que compareceu à unidade de saúde

Considerando os parceiros que compareceram à unidade de saúde (n=91), 54,9% corresponderam aos parceiros de pacientes que aceitaram realizar a notificação por cartão, e 45,1% decorreram da forma de notificação verbal.

Quanto às características sociodemográficas dos parceiros que compareceram à unidade de saúde, predominou o sexo masculino (58,2%), com faixa etária ≤ 39 anos (81,3%), de cor parda (25,3%), com escolaridade ≥ 10 anos de estudo (66,0%), outra religião que não a católica (46,1%), renda *per capita* entre 1/2 a 1 salário mínimo (60,4%). Mais da metade dos parceiros relatou não residir com o parceiro (51,6%). Quanto aos hábitos de saúde, a maioria dos parceiros relatou o consumo de bebida alcoólica (70,3%), com frequência semanal (87,5%). Além disso, um percentual de 39,6% referiu uso de drogas ilícitas e 11,0% afirmaram que fumavam (Tabela 5).

Tabela 5 - Variáveis sociodemográficas dos parceiros que compareceram ao serviço de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018

Variáveis	<i>continua</i>	
	Nº	%
Sexo		
Feminino	38	41,8
Masculino	53	58,2
Faixa etária		
≤ 39 (20 a 39)	74	81,3
≥ 40 (40-63)	17	18,7
Cor		
Outra	23	25,3
Parda	68	74,7
Escolaridade (anos de estudo)		
≥ 10	60	66,0
≤ 9	31	34,0
Reside com parceiro(a)		
Não reside	47	51,6
Reside com parceiro(a)	44	48,4
Religião		
Católica	42	46,1
Outra	49	53,9
Renda <i>per capita</i> (salários mínimos)		
>1 -8 sal min	13	14,3
>1/2 a 1	55	60,4
Até 1/2	23	25,3
Consumo de bebida alcoólica (N=64)		
Uma vez por mês	8	12,5
Uma vez por semana	56	87,5

Tabela 5 - Variáveis sociodemográficas dos parceiros que compareceram ao serviço de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018

Variáveis	conclusão	
	Nº	%
Consumo droga ilícita		
Sim	36	39,6
Não	55	60,4
Fuma		
Sim	10	11,0
Não	81	99,0

No tocante aos dados de comportamentos sexuais dos parceiros que compareceram à unidade de saúde, houve predomínio dos heterossexuais (64,8%), com 2 ou mais parceiros sexuais nos últimos 12 meses (62,6%), com parceiro estável (100%) e nenhum referiu ter parceira sexual causal para trazer ao serviço de saúde. Um total de 74,7% dos entrevistados referiu não usar o preservativo com o parceiro estável, e 77,3% afirmaram não usar o preservativo com o parceiro casual (Tabela 6).

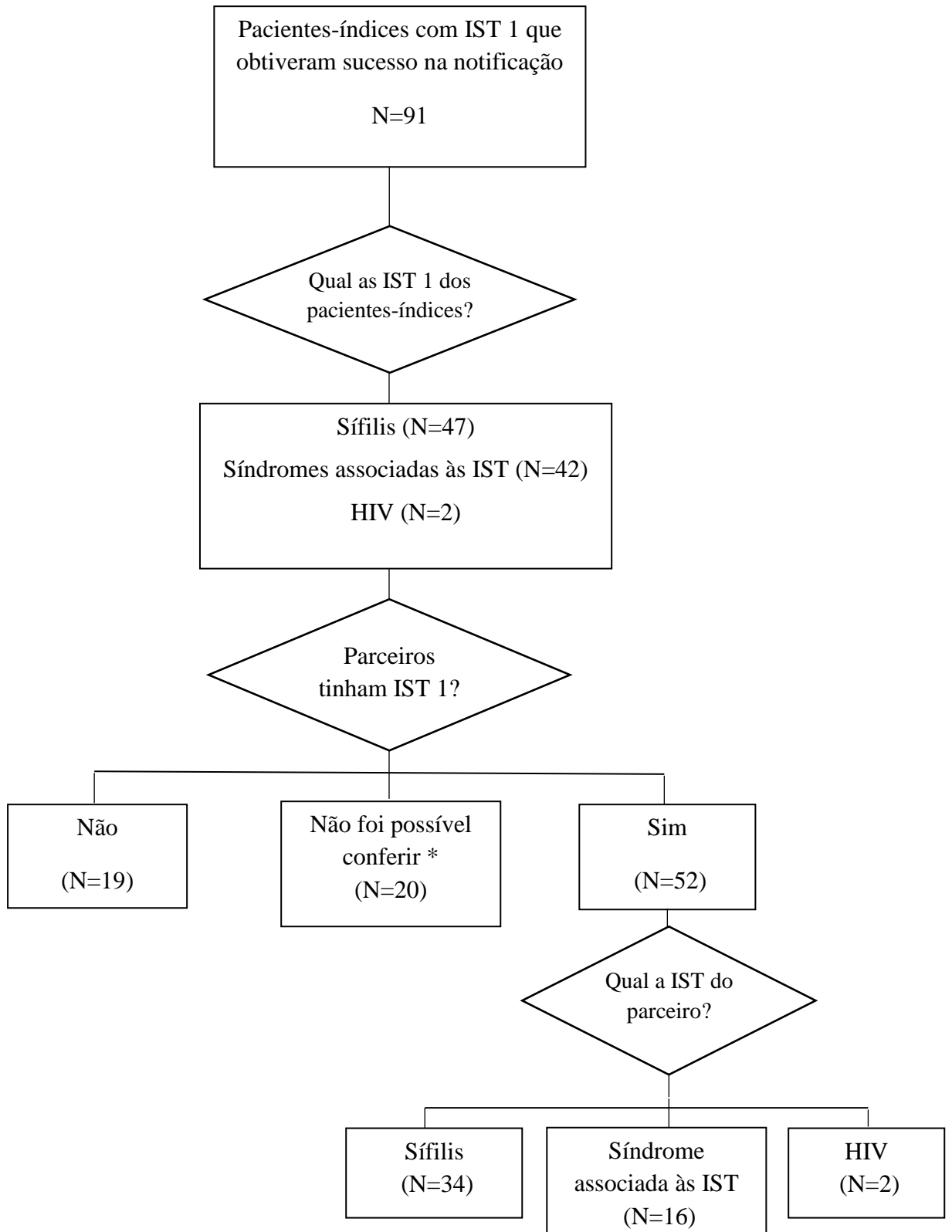
Tabela 6 - Dados de comportamentos sexuais dos parceiros que compareceram ao serviço de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018

Variáveis	Nº	%
Orientação sexual		
Heterossexual	59	64,8
Homossexual ou bissexual	32	35,2
Nº parceiros nos últimos 12 meses		
2 ou mais parceiros	57	62,6
1 parceiro	34	37,4
Parceiro(a) estável		
Não	0	0
Sim	91	100
Tem parceria sexual casual para trazer ao serviço		
Sim	0	0
Não	91	100
Uso de preservativo com parceiro estável		
Sempre ou às vezes	23	25,3
Não usa	68	74,7
Uso de preservativos com parceiro(s) casual(ais) N=66		
Sempre ou às vezes	15	(22,7)
Não usa	51	(77,3)

Quanto aos diagnósticos de pacientes-índices com IST 1 que obtiveram sucesso na NP (N=91), 47 tinham sífilis, 42 síndromes associadas às IST, e 2 infecções

pelo HIV. Foi identificada IST 1 em 52 parceiros, sendo que 34 tinham sífilis, 16 síndromes do corrimento uretral, e 2 infecções pelo HIV (Figura 2).

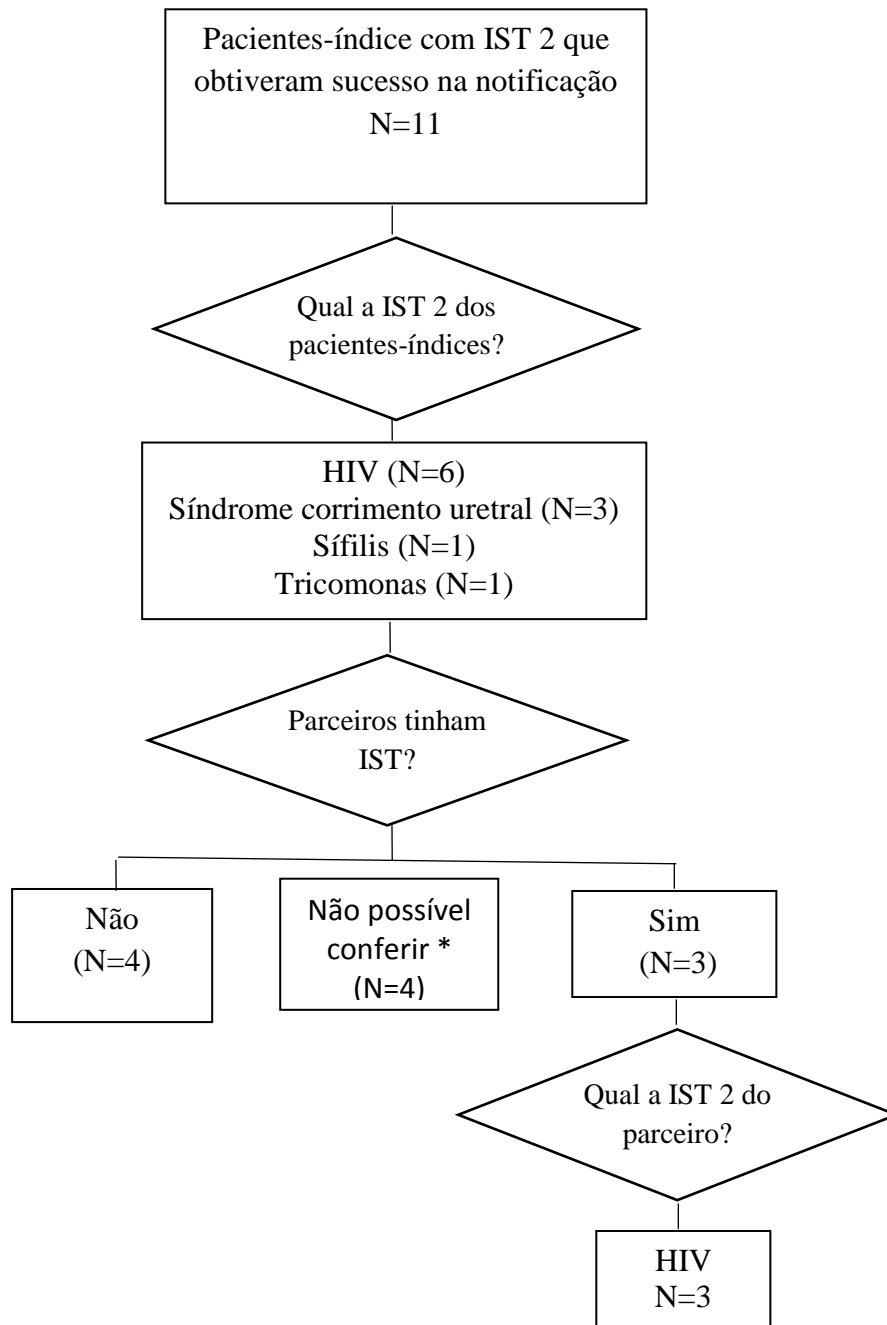
Figura 2 – Fluxograma dos parceiros sexuais dos pacientes-índices com IST 1 que compareceram à unidade de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018



*Parceiros assintomáticos (ex: parceiro de pacientes com tricomonas ou com síndrome associada às IST, sem exame para confirmação etiológica da IST ou quando não possível confirmar devido à possibilidade de estar na janela imunológica).

Quanto aos diagnósticos de IST 2 dos 11 pacientes-índice cujos parceiros compareceram à unidade de saúde, 6 tinham infecção pelo HIV, 3 síndromes do corrimento uretral, 1 sífilis, e 1 tricomonas. Foi identificada IST 2 em 3 parceiros, sendo em todos eles confirmado o diagnóstico de infecção pelo HIV (Figura 3).

Figura 3 – Fluxograma dos parceiros sexuais dos pacientes-índice com IST 2 que compareceram à unidade de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018



*Parceiros assintomáticos (ex: parceiro de pacientes com tricomonas ou com síndrome associada às IST, sem exame para confirmação etiológica da IST ou quando não possível confirmar devido à possibilidade de estar na janela imunológica).

Dentre as IST principais (IST 1) que geraram a vinda do parceiro à unidade de saúde predominou o diagnóstico de sífilis (51,6%), seguido de síndrome associada às IST (46,2%). No que se refere ao tipo de diagnóstico de IST dos parceiros sexuais, 57,1% tinham o mesmo diagnóstico de IST 1 do paciente-índice, sendo predominante no parceiro sexual o diagnóstico de sífilis (65,4%). Na maioria dos casos essa IST 1 foi diagnosticada por meio do teste rápido (71,1%). Dentre os tipos de IST identificadas nos parceiros que compareceram à unidade de saúde não houve registro de IST que fosse diferente do paciente-índice (Tabela 7).

A principal IST 2 do paciente-índice que se relacionou ao comparecimento do parceiro à unidade de saúde foi o HIV (54,5%). Dentre os 11 parceiros que apresentaram IST 2, apenas 27,2% apresentaram o mesmo diagnóstico do paciente-índice. O único diagnóstico confirmado de IST 2 nos parceiros foi por HIV (N=3), os quais foram diagnosticados mediante testagem rápida (Tabela 7).

Considerando as IST 3 (o mesmo paciente com uma terceira IST), houve somente um caso identificado de verruga anogenital associado ao HPV como terceira IST sintomática em um paciente-índice, contudo essa infecção não foi confirmada no parceiro que compareceu à unidade de saúde.

Dentre os 91 parceiros que atenderam ao pedido de NP não houve diagnóstico de outras IST diferentes dos pacientes-índices que originaram a vinda dos mesmos.

Tabela 7 - Tipo de diagnósticos de IST dos parceiros sexuais que compareceram ao serviço de saúde. Fortaleza-Ceará, 2018

Variáveis	Nº	%
IST 1 do paciente-índice que gerou a vinda do parceiro (N=91)		
Sífilis	47	51,6
Síndrome associada às IST*	42	46,2
HIV	2	2,2
Parceiro com o mesmo diagnóstico de IST 1 do paciente-índice		
Sim	52	57,1
Não	19	20,9
Não foi possível conferir**	20	22,0
Parceiro com mesmo IST 1 dos pacientes-índices, os diagnósticos foram: (N=52)		
Sífilis	34	65,4
Síndrome associada às IST**	16	30,8
HIV	2	3,8
Para IST 1, forma de diagnóstico (N=52)		
Teste rápido ou laboratorial	37	71,1
Sindrômico	15	28,9
IST 2 do paciente-índice que gerou a vinda do parceiro (n=11)		
HIV	6	54,5
Síndrome do corrimento uretral	3	27,3
Sífilis	1	9,1
Tricomonas	1	9,1
Parceiro com o mesmo diagnóstico de IST 2 do paciente-índice (N=11)		
Sim	3	27,2
Não	4	36,4
Não foi possível conferir*	4	36,4

* Úlcera genital, corrimento uretral, dor pélvica associada DIP, verruga anogenital associada ao HPV.

** Parceiros assintomáticos (ex: parceiro de pacientes com tricomonas ou com síndrome associada às IST, sem exame para confirmação etiológica da IST ou quando não possível confirmar devido à possibilidade do estar na janela imunológica).

6 DISCUSSÃO

No estudo, apesar de não ter havido diferença entre os tipos de notificação verbal ou mediante uso de cartão quanto ao sucesso no comparecimento de parceiros, observou-se que o êxito no comparecimento somente ocorreu em 43,6% notificados verbalmente, e 52,6% dos que receberam o cartão, o que indica em ambas as situações a existência de falhas nessa ação. Achado semelhante foi encontrado numa pesquisa de avaliação da utilização de notificação por cartão na Catalunha, onde observou-se que menos da metade (44%) dos 687 parceiros notificados por esse método acessaram os centros de saúde pesquisados, concluindo que mesmo sendo viável a sua utilização, outras estratégias adicionais necessitam ser implementadas como forma de aumentar a proporção dos contatos expostos e superar as barreiras de comunicação (TUNEU *et al.*, 2013).

A ausência de diferença estatisticamente significativa no êxito do comparecimento de parceiros observada neste estudo entre os pacientes-índices que receberam a notificação por cartão e os que não receberam (notificados verbalmente), confirma a pouca evidencia quanto à eficácia desse tipo de intervenção em ampliar o êxito da ação (HOGBEN *et al.*, 2016). Contudo, diante das dificuldades do uso dessa estratégia, propõem-se estudos que avaliem a eficácia de utilização dessa estratégia como ferramenta de apoio adicional a outros métodos (exemplo: o cartão é oferecido juntamente com o método de entrega de tratamento do parceiro pelo paciente-índice), mas para isso seria necessário que os programas de IST desenvolvessem um modelo de cartão contendo orientações e informações direcionadas aos parceiros, semelhante à NP por envio de mensagens de texto, uma vez que estas são basicamente um cartão eletrônico de notificação, com a ressalva de dar maior atenção em assegurar a privacidade exigida para o cumprimento dessa ação (HOGBEN *et al.*, 2016).

As falhas decorrentes do insucesso no comparecimento de parceiros à unidade de saúde observadas neste estudo também foram observadas em pesquisa realizada numa clínica na África do Sul, onde somente 48% dos 776 pacientes-índices com IST aceitaram informar sua infecção às parcerias sexuais (KALICHMAN *et al.*, 2017). Em outro estudo realizado na Tanzânia, o êxito na captação de contatos foi observado apenas em 56,7% dos 439 casos notificados (PLOTKIN *et al.*, 2018).

Contudo, observa-se que os tipos de NP (verbal e por cartão) avaliados neste estudo se referem somente aos casos em que o próprio paciente-índice assume a responsabilidade de fazê-lo. A opção de oferecer um cartão ao paciente para entregar ao contato é destacada em pesquisas realizadas em Fortaleza como o único recurso a mais que os

profissionais dos serviços de saúde e os pacientes utilizam na implementação dessa ação, com o relato de que o cartão permite comunicar ao parceiro sem oferecer mais informações (CAVALCANTE *et al.*, 2016, 2017). De todo modo, observa-se que dentre os tipos de abordagens de parceiros, a realizada pelo paciente-índice é a estratégia mais utilizada pelos serviços de saúde em diferentes cenários (GURSAHANEY *et al.*, 2011; ESTCOURT *et al.*, 2012; KNIGHT *et al.*, 2014; OLALLA *et al.*, 2015).

Observando-se a NP realizada pelo paciente nos casos de IST curáveis, como por exemplo, infecção por gonorreia ou clamídia, destaca-se que além do aconselhamento e do fornecimento de cartões para ajudá-lo na ação, há também a alternativa de ser fornecido o tratamento para que o paciente entregue ao parceiro, com a indicação de ser efetivo por possibilitar maior proporção de parceiros tratados e reduzir as reinfecções, porém com eficácia limitada por impossibilitar o diagnóstico de outras IST, incluindo do HIV devido ao não envolvimento direto do parceiro com o serviço (ESTCOURT *et al.*, 2015; HOGBEN *et al.*, 2016).

O êxito na captação dos contatos poderia ser maior se os pacientes-índices contassem com suporte adicional (ex: busca ativa do profissional por telefone ou visita domiciliar), conforme mostrou um estudo realizado no Quênia envolvendo pacientes-índices com HIV, revelando ser substancialmente maior o sucesso no comparecimento de parceiros para testagens do HIV no grupo que recebeu esse suporte adicional (67%) do que no grupo de pacientes-índices que não o recebeu (13%) (CHERUTICH *et al.*, 2017).

Assim, mais esforços no sentido de aumentar a capacidade dos profissionais de detectar e tratar as IST dos contatos sexuais vêm sendo recomendados internacionalmente (NCCID,2014), face as evidências apontarem potencial melhoria de acesso aos contatos após a inserção de novas modalidades de comunicação, baseadas nas estratégias de inserção da internet ou de dispositivos de tecnologias móveis e aplicativos (Estudos realizados na Austrália e nos Estados Unidos evidenciaram maior êxito no comparecimento de parceiros quando notificados via internet e mediante uso de aplicativos de telefonia móvel do que pelos métodos tradicionais, que são baseados na notificação pelo próprio paciente, ou mediante contrato no qual somente após ultrapassado o tempo previsto para o paciente notificar, o profissional realiza a notificação ou esta é realizada exclusivamente pelo profissional (UDEAGU *et al.*, 2014; HIGHTOW-WEIDMAN *et al.*, 2014).

Uma estratégia de incorporar especialistas em intervenções de doenças direcionadas à notificação de parceiros sexuais em uma clínica de IST, nos Estados Unidos, para realizar a NP envolvendo pacientes com sífilis e gonorreia, mostrou que apesar de

apresentarem menor tempo em entrevistar pacientes para esse fim e aumentar o número de pacientes-índices que receberam essa ação no mesmo dia em que foram diagnosticados e tratados, não apresentou diferenças no número de parceiros sexuais nomeados, testados ou tratados com sua implementação, o que reforça a importância de pesquisas futuras sobre barreiras para identificar e envolver parceiros em testagens de IST (TRIBUTINO *et al.*, 2018).

No Brasil, apesar de desde 2015 ser recomendada a utilização de novas ferramentas tecnológicas para a comunicação de parceiros (BRASIL, 2015), esforços são necessários, pelo relato frequente da não disposição de outras alternativas de notificação pelos profissionais que não sejam centradas no próprio paciente assumir o compromisso de comunicar suas parcerias sexuais (CAVALCANTE *et al.*, 2016, 2017), divergindo de orientações internacionais para oferecer métodos combinados de NP como forma de aumentar o êxito da comunicação (ECDC, 2013). Ademais, um estudo realizado em Fortaleza identificou outras fragilidades de NP associadas à menor proatividade do profissional, devido ao pouco tempo disponível e insuficiente conhecimento para implementá-la, e falta de monitoramento e avaliação dos casos atendidos (CAVALCANTE *et al.*, 2017).

Neste estudo, a análise por sexo de pacientes que trouxeram ou não as parcerias sexuais não apontou associação estatística, resultado que foi semelhante ao encontrado numa pesquisa sobre notificação de parceiros realizada na África do Sul, na qual as dificuldades de homens e mulheres notificarem suas parcerias sexuais não apontou haver diferenças entre os sexos. Nesse sentido, a referida pesquisa orienta aos profissionais como forma de diminuir as barreiras à NP que evitem intervenções baseadas em gênero, especialmente durante o uso das suas habilidades de comunicação, o que inclui mais atenção a esse aspecto durante a realização de perguntas diretas sobre as barreiras existentes e de como superá-las (KALICHMAN *et al.*, 2017).

Contudo observa-se que apesar de o sexo de pacientes não ter se mostrado associado ao comparecimento de seus contatos neste estudo, outras evidências apontam a desigualdade de gênero como causa frequente da não participação dos homens nas ações de IST e da sua menor intenção de notificar os parceiros quando comparado às mulheres (DI CARLO *et al.*, 2014; KALICHMAN *et al.*, 2017). Existem barreiras à notificação que afetam mais fortemente as mulheres do que os homens, decorrentes do medo de violência física ou emocional, ou de serem abandonadas ou do fim do relacionamento (PLOTKIN *et al.*, 2018). Assim, diante de divergências, urge compreender outras causas de falhas na captação dos

contatos de pessoas com IST pelos serviços de saúde, que não sejam necessariamente atreladas às desigualdades de gênero (DOVEL *et al.*, 2015).

No âmbito da correlação de pacientes-índices e o comparecimento ou não de parceiros(as) à unidade de saúde, e as demais características sociodemográficas dos pacientes-índices (faixa etária, cor, escolaridade, religião, renda *per capita* e se reside com parceiro), somente os pacientes-índices não residirem com o parceiro apresentou associação, mostrando a chance de 3,58 vezes maior de não trazerem as parcerias sexuais. Esse resultado reafirma a evidência de que a concretização dessa ação depende especialmente do tipo de relacionamento entre o paciente-índice e a parceria sexual, sobretudo quando existe maior possibilidade de fazê-lo na forma direta e face a face, por envolver assuntos de foro íntimo, inerentes ao diagnóstico de IST (CLARK; PEREZ-BRUMER; SALAZAR, 2015).

Ademais, a comunicação está previsivelmente facilitada nos casos de residirem no mesmo local, devido ao maior grau de aproximação decorrente de quem vive junto, além facilitar a comunicação aberta e a obtenção da confiança nos relacionamentos, considerados como fatores importantes na decisão de notificar um parceiro (CLARK *et al.*, 2016). Outro resultado semelhante ocorreu em uma pesquisa com mulheres com IST em St. Louis, onde foi evidenciado a menor chance no tratamento dos parceiros ou cônjuges entre os que não moravam com o caso-índice (SECURA *et al.*, 2012).

Por outro lado, a maior possibilidade do não comparecimento dos contatos quando estes não residem com os pacientes-índices, este estudo mostra que também pode ter ocorrido porque o tipo de notificação referiu-se somente aos casos de NP realizada pelo próprio paciente-índice (verbalmente ou mediante cartão). O fato de não residir com o(a) parceiro(a) pode estar indicando dificuldades na notificação de parceiros se este for o único método a ser ofertado pelo profissional.

Importante constatar que a chance maior de um(a) paciente não trazer o(a) parceria sexual caso não coabite com o(a) mesmo(a), observada entre os participantes deste estudo, pode indicar a necessidade de os serviços incorporarem novas estratégias de NP a distância mediante utilização de meios eletrônicos ou de redes sociais (BELL; POTTERAT, 2011), além dos meios convencionais (correspondência, cartão, contato telefônico), ainda carecendo pesquisas que apontem sua utilização no Brasil (CAVALCANTE *et al.*, 2016). Além disso, nos casos de dificuldades, evidências apontam a importância da implementação de um sistema de monitoramento de comparecimentos de contatos sexuais de pacientes-índices, e de avaliação das causas que dificultam os pacientes-índices trazerem seus contatos (CAVALCANTE *et al.*, 2017; BELL; POTTERAT, 2011).

Neste estudo observa-se que a idade e a escolaridade dos pacientes-índices e o comparecimento dos contatos sexuais não apresentaram associações estatisticamente significativas, corroborando achados de um estudo sobre a percepção de indivíduos terem adquirido ou transmitido suas IST de parceiros sexuais, no qual essas características não foram identificadas como os fatores que possam interferir na sua percepção de risco. É importante ressaltar que as dinâmicas de transmissão nas parcerias sexuais são influenciadas por processo de tomada de decisão de comportamento individual, interações sexuais com o parceiro, padrões de prevalência de HIV/IST na população e estrutura da rede sexual (BLAIR *et al.*, 2016).

No tocante aos hábitos de saúde de pacientes-índices decorrentes de serem ou não fumantes ou de afirmarem uso de drogas ilícitas, neste estudo não foi observada correlação desses hábitos com a vinda de parceiros ao serviço, características que também não foram associadas à intenção de notificar parceiros no estudo realizado na África do Sul (KALICHMAN *et al.*, 2017). Observa-se que apesar de a bebida alcoólica dos pacientes-índices pesquisados não ter apresentado diferenças estatísticas com a chegada ou não dos contatos à unidade de saúde, há evidência de que seu consumo mais frequente, por exemplo semanalmente, esteja associado à menor probabilidade de notificar os parceiros (KALICHMAN *et al.*, 2017).

Assim, mais estudos que contemplem variáveis como sexo, raça, etnia e comportamento sexual, e falhas associadas a contatar parceiros têm sido incentivados (TRIBUTINO *et al.*, 2018), especialmente porque o ato de informar aos parceiros de um diagnóstico de IST envolve a revelação de outras informações potencialmente estigmatizantes relacionadas à identidade sexual, práticas sexuais, promiscuidade e a coinfeção por HIV (MORRIS *et al.*, 2014; CLARK; PEREZ-BRUMER; SALAZAR *et al.*, 2015; CLARK *et al.*, 2016).

Observou-se a não associação estatisticamente significativa entre o êxito no comparecimento de parceiros ao serviço e o tipo de orientação sexual dos pacientes-índices pesquisados. Essa não correlação identificada no estudo se contrapõe ao relato frequente de insucessos na captação de contatos pelos serviços de saúde entre os homossexuais, particularmente entre homens que fazem sexo com homens (HSH) quando comparado aos heterossexuais (TRIBUTINO *et al.*, 2018).

Considerando essa discordância, importante destacar que apesar de as medidas de prevenção das IST serem culturalmente implementadas com base no tipo de orientação sexual, ou seja, focadas em populações específicas, a exemplo dos homossexuais, um estudo

sobre percepção de risco de contrair HIV apontou discrepâncias na sua eficácia, por ter identificado que somente uma minoria dos pacientes homossexuais com IST pesquisados se considerou de “alto risco” para aquisição de HIV, sugerindo, por isso, maior ênfase em ações direcionadas às práticas sexuais do indivíduo (independentemente da sua orientação sexual), e a necessidade de novas propostas obtidas a partir de mais conhecimentos sobre o comportamento sexual e das redes sexuais na transmissão do HIV (BLAIR *et al.*, 2016).

No que se refere à correlação entre o êxito ou não no comparecimento de parceiros e o número de parceiros sexuais dos pacientes-índices pesquisados, observou-se não haver associação estatisticamente significativa, o que corrobora o resultado de outra pesquisa realizada com pacientes com IST, na cidade de Cabo na África do Sul, que também evidenciou a não associação entre o número de parceiros desses pacientes com as suas intenções de comunicar suas infecções às parcerias sexuais (KALICHMAN *et al.*, 2017).

Evidenciou-se, no estudo, a maior chance de não trazer parceiros nos pacientes sem parceiros estáveis quando comparados com os(as) que afirmaram ter esse tipo de relacionamento. Da mesma forma, foi identificada maior probabilidade de não trazer parceiros casuais do que os não casuais. Resultados semelhantes foram apontados em uma pesquisa sobre NP envolvendo 760 indivíduos infectados pelo HIV nos Estados Unidos, na qual foram menos propensos a notificar parceiros entre os que relataram parcerias sexuais casuais (EDELMAN *et al.*, 2014). Vale destacar ser mais comum o sucesso nessa ação em casos de relacionamentos estáveis do que nos casuais (BRAUN *et al.*, 2017).

A maior probabilidade de insucesso na NP entre os pacientes que afirmaram ter relacionamentos casuais e negaram parcerias sexuais estáveis, constatada neste estudo, reforça a necessidade de dar maior ênfase a essas características (por exemplo, obter mais informações sobre a frequência de contato sexual, confiança e comunicação dentro do relacionamento) por serem atributos associados ao encorajamento ou não a notificar o contato, além de orientar o resultado da ação (CLARK *et al.*, 2016).

Comparando-se os casos-índices com relacionamentos estáveis que informaram usar preservativos nas relações sexuais com os que afirmaram não usá-los, a análise mostrou uma chance maior de não comparecimento dos parceiros ao serviço entre os que informaram uso de preservativos do que os que negaram totalmente o seu uso, corroborando outra pesquisa a qual identificou maior pretensão de notificar parceiros em pacientes que afirmaram não ter usado preservativos nas últimas relações sexuais do que aqueles que usaram (KALICHMAN *et al.*, 2017).

No que se refere à correlação entre o êxito no acesso das parcerias sexuais à unidade de saúde, e os tipos de IST (independentemente de ter mais de uma infecção) ou com a forma como foi obtido (sindrômico ou laboratorial ou mediante testagens rápidas), a análise não mostrou associação com nenhuma dessas variáveis, apesar de serem apontados como fatores que podem interferir na decisão de pacientes em notificar de parceiros (CLARCK *et al.*, 2015; CLARCK *et al.*, 2016).

Contudo, essa não associação também foi detectada em outro estudo realizado no Peru, o qual não mostrou diferença na frequência de parceiros notificados e os tipos de diagnóstico das IST entre os pacientes-índices pesquisados (BRAUN *et al.*, 2017). Do mesmo modo, em outra pesquisa verificou-se a inexistência de associação entre os tipos dessas infecções e a percepção de risco do paciente-índice com HIV quanto ao seu parceiro ter sido a fonte da sua infecção (BLAIR *et al.*, 2016).

Em contrapartida, outros estudos realizados no Peru mostraram menor frequência de parceiros notificados em pacientes-índices com HIV, quando comparados a outras IST, fato decorrente da natureza viral crônica da infecção pelo HIV e do forte estigma associado a essa infecção (CLARCK *et al.*, 2015; CLARCK *et al.*, 2016).

Esses resultados discordantes corroboram um estudo de revisão sistemática sobre a efetividade dos métodos de NP em pessoas com IST, o qual indicou não haver, dentre os diferentes métodos avaliados, um único que fosse detectado como de alta eficácia em captar parceiros para qualquer tipo de IST (FERREIRA *et al.*, 2013).

Com relação aos tipos de infecções, a maioria dos estudos sobre abordagem de parceiros se referem a pacientes com diagnóstico de gonorreia, uretrite não gonocócica, clamídia, sífilis, tricomonas, HIV e síndromes associadas às IST, sem incluir as outras infecções, como por exemplo hepatite, herpes ou cancro mole (FERREIRA *et al.*, 2013; HOGBEN *et al.*, 2016), o que reforça a necessidade de mais estudos que contemplem essas IST, a exemplo da presente pesquisa.

Observa-se, nesta pesquisa, que embora o êxito do comparecimento dos parceiros não tenha diferido na forma como o paciente-índice notificou (verbal ou por cartão), foram identificados novos casos de IST entre os 91 parceiros que compareceram, especialmente com diagnósticos confirmados mediante testes rápidos ou exames laboratoriais de sífilis (N=34) e de HIV (N=5). Evidências destacam que os parceiros notificados pelos pacientes-índices são significativamente mais propensos a comparecer à unidade de saúde para fazer testes de diagnósticos de HIV do que quando captados por notificação de parceiros pela internet, mensagem de textos via celular ou mediante notificação por contrato (HENLEY *et al.*, 2013;

UDEAGU *et al.*, 2014). Ademais, a ampliação do acesso a parceiros sexuais de pessoas com IST a serviços testagens e aconselhamento tem sido apontada como uma das principais estratégias de prevenção das IST na Europa e na América do Norte (ECDC, 2013).

Os casos de parceiros diagnosticados com síndromes associadas às IST, bem como os não que puderam ser confirmados pela não disponibilidade de exames no serviço, apontam ser o manejo sintomático de IST um método de diagnóstico mais utilizado pelos profissionais de saúde no Brasil, o que indica dificuldades de recursos laboratoriais para diagnosticar outras IST, como por exemplo ofertar exame de cultura para pesquisa de gonococo ou de biologia molecular para pesquisar clamídia ou de sorologia para pesquisa de herpes genital (CAVALCANTE *et al.*, 2012; BRASIL, 2015; ROCHA *et al.*, 2017).

Embora este estudo não tenha encontrado diferenças quanto à forma como foi obtido o diagnóstico de pacientes-índices e o sucesso na ação, sobretudo nos casos sintomáticos diagnosticados pela abordagem sintomática, ressalta-se ser oportuna a captação de parceiros de pacientes com sintomas associados às IST, por ser forte a evidência de que a própria presença desses sintomas favorece a divulgação involuntária do diagnóstico dessas infecções e a busca de informações vinculadas às parcerias sexuais (FERREIRA *et al.*, 2013; CLARCK *et al.*, 2015).

Dentre as fragilidades de notificar parceiros nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, destacam-se as dificuldades em diagnosticar casos de IST devido à insuficiente de condições laboratoriais e de estrutura física e de pessoal qualificado, a escassez de métodos de diagnósticos, tendo como alternativa a realização do atendimento pelo manejo sintomático. Esses aspectos podem justificar a carência de pesquisas sobre NP nesses países (ALAM *et al.*, 2010; FERREIRA *et al.*, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2015; CAVALCANTE *et al.*, 2016, 2017).

Um estudo de revisão sobre a eficácia e o impacto da notificação de parceiros em 108 pesquisas selecionadas no período de 2005 a 2014 mostrou a existência de poucas publicações em países desenvolvidos (HOGBEN *et al.*, 2016). Estudos com esse enfoque realizado no Brasil e na África do Sul destacam a existência de barreiras estruturais significativas, que incluem conhecimento insuficiente dos profissionais, aconselhamento deficiente, ausência de capacitação mínima em manejo de casos de IST, além das barreiras pessoais decorrentes do medo da reação do parceiro e do estigma associado às IST (CAVALCANTE *et al.*, 2016, 2017; WOOD *et al.*, 2018). São evidências que preocupam por serem as IST mais prevalentes em países em desenvolvimento, especialmente em comunidades onde as condições socioeconômicas são precárias (FERREIRA *et al.*, 2013).

Diante da dificuldade do próprio paciente notificar o contato, evidencia-se a importância de o profissional concretizar essa ação após entendimento com o paciente, por ser o método de NP realizado pelo profissional apontado como muito eficaz, especialmente na detecção de casos novos de HIV e sífilis, independentemente das estratégias de captação de contatos utilizados para esse fim (HOGBEN *et al.*, 2016).

Outra pesquisa realizada em Carolina do Norte mostrou aumento na detecção de parceiros com diagnósticos novos de sífilis e HIV após implementação pelos profissionais de serviços centralizados de comunicação de parceiros pela internet (e-mail) e mensagens de texto via celular utilizados nos casos que não responderam a notificação tradicional (realizada pelo próprio paciente) (HIGHTOW-WEIDMAN *et al.*, 2014).

Em Condado de Monroe, em Nova York, as experiências inovadoras de encontrar parceiros *on-line* indicados pelos pacientes-índices com o uso de aplicativos de smartphones implementadas e monitoradas pelos profissionais, possibilitaram o acesso a informações de parceiros que faltavam (indicados pelos pacientes) e a elucidação de casos novos de IST (PENNISE *et al.*, 2015).

Outras iniciativas inovadoras na Inglaterra, nos casos diagnosticados com infecção por gonorreia e clamídia, nas quais foram incluídas ajuda adicional de conselheiros de saúde, enfermeiros e farmacêuticos devidamente capacitados para acompanhar os casos, com orientações sobre o acesso de parceiros ao tratamento, avaliação e monitoramento dos casos por telefone, além de terem se mostrado como viáveis, permitiu tratar parceiros mais rapidamente do que usando o método tradicional (o próprio paciente encaminha o parceiro) (ESTCOURT *et al.*, 2012, 2015). São exemplos do papel proativo exercido pelos profissionais em possibilitar que essa ação seja melhor conduzida nos serviços de saúde, papel este ainda muito incipiente no Brasil (CAVALCANTE *et al.*, 2016, 2017).

Na vigência de uma variedade de estratégias de NP, incluindo a incorporação da internet ou de mensagens de texto via celulares, observa-se ser desafiador o incremento dessas novas tecnologias pelos países em desenvolvimento, por envolver recursos adicionais para estruturar essa ação. Um exemplo disso ocorreu em Washington, que em razão de inserir o uso dessas novas tecnologias de NP, foi necessário o serviço de saúde disponibilizar computadores para os profissionais de saúde acessarem a internet e celulares para o envio de mensagens de texto, e outro computador para que os pacientes pudessem acessar endereços de *e-mails* ou outras pistas que pudessem identificar os contatos para os profissionais (KERANI *et al.*, 2011).

Ademais, implica também elaborar diretrizes que incluam essas novas estratégias de NP como ferramenta importante de saúde pública, e com orientações claras de como devem ser usados, respeitando-se os direitos do sigilo e confidencialidade das informações das pessoas com IST, e sobretudo a decisão do paciente (OLALLA *et al.*, 2015).

7 CONCLUSÃO

A pesquisa possibilitou comparar a efetividade de estratégias de notificação de parceiros de modo verbal e com o uso de cartão de notificação, sendo destacadas as seguintes conclusões:

Acerca das variáveis sociodemográficas e dos hábitos de vida de pacientes-índice, o fato de não residir com o parceiro é um fator que contribuiu para a não vinda de parceiros dos pacientes à unidade de saúde. As demais variáveis do paciente-índice relativas a esse domínio não demonstraram associação estatisticamente significativa com o comparecimento do parceiro ao serviço de saúde.

No tocante aos comportamentos sexuais, foram fatores associados ao não comparecimento de parceiros à unidade de saúde, não ter parceiro fixo, ter parceria sexual casual, e usar preservativo com parceiro.

Em relação ao diagnóstico de IST do paciente-índice, houve destaque para o sucesso da notificação no caso de a IST 1 ser por sífilis (50,5%), bem como da IST 2 ser por tricomonas (100%), ou por HIV (85,7%) no comparecimento de parceiros à unidade de saúde. Contudo, essa associação não foi estatisticamente significativa.

Dentre as IST 1 (sífilis, síndrome associada às IST e HIV) que foram identificadas nos parceiros, predominou a sífilis (65,4%), seguida de síndrome associada às IST. Em relação a IST 2 de pacientes-índices (HIV, síndrome do corrimento uretral, sífilis e tricomonas), nos quais os parceiros compareceram, confirmou-se a mesma infecção no parceiro somente para os casos de HIV. Entre os parceiros que compareceram (N=91), vale ressaltar que mesmo não tendo diferido na forma como estes foram notificados pelo paciente-índice (verbal ou por cartão), a identificação de IST nessas pessoas somente foi possível a partir da implementação da estratégia da notificação de parceiros.

Embora tenha ocorrido um percentual maior de comparecimentos no caso dos parceiros que foram notificados por cartão em comparação com aqueles que receberam a notificação verbal, essa diferença não foi estatisticamente significativa. Contudo, a partir da notificação de parceiro pelo paciente-índice, foi possível detectar novos casos de IST, e consequentemente ampliar ações inerentes a esta, que incluem aconselhamento e oferta de testagens sorológicas.

Assim, os resultados alcançados negaram a tese de que “O cartão de notificação de parceiros aumenta o comparecimento de parcerias sexuais de pessoas com IST ao serviço de saúde.”

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Diante dos resultados, são propostas as seguintes recomendações:

- As falhas decorrentes do não comparecimento de parceiros, tanto pela abordagem verbal como pelo fornecimento do cartão, reforçam ser necessário inserir outros métodos de notificação de parceiro para aumentar o êxito dessa ação.
- Diante da ausência de evidência de maior efetividade na notificação por cartão surge a proposta de avaliar essa estratégia como ferramenta a ser combinada a outros métodos de notificação, sendo recomendada para isso que os programas de IST desenvolvam um modelo de cartão com ênfase em mensagens informativas destinadas às parcerias sexuais.
- Nos relacionamentos casuais sugere-se a incorporação de novas tecnologias para captação de parceiros mediante uso da internet ou mensagens de textos via celulares. Contudo, a implementação dessas novas tecnologias envolve maior participação do profissional e empenho dos serviços em possibilitar recursos para a sua efetivação.

Uma limitação do estudo foi o reduzido tamanho amostral, que afeta o poder de detectar associações estatísticas.

REFERÊNCIAS

- AAR, V. F. *et al.* Current practices of partner notification among MSM with HIV, gonorrhoea and syphilis in the Netherlands: an urgent need for improvement. **BMC Infect Dis**, v. 12, n.114, p. 1-11, 2012.
- ALAM, N. *et al.* Partner notification for sexually transmitted infections in developing countries: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 10, n. 19, p. 1-11, 2010.
- ALTHAUS, C. L. *et al.* Effectiveness and cost-effectiveness of traditional and new partner notification technologies for curable sexually transmitted infections: observational study, systematic reviews and mathematical modelling. **Health Technol Assess**, v. 18, n. 2, p.1-100, 2014.
- ARAÚJO, M. A. L. *et al.* Doenças sexualmente transmissíveis atendidas em unidade primária de saúde no Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, v. 23, n. 4, p. 347-353, 2015.
- BARROS, C.; SCHRAIBER L. B.; FRANÇA JUNIOR I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 365-372, 2011.
- BELL, G; POTTERAT, J. Partner notification for sexually transmitted infections in the modern world: a practitioner perspective on challenges and opportunities. **Sex Transm Infect.**, v. 87, n. 2, p.34-6, 2011.
- BLAIR C. S. *et al.* Sexual Orientation, Gender Identity and Perceived Source of Infection among Men Who Have Sex with Men (MSM) and Transgender Women (TW) Recently Diagnosed with HIV and/or STI in Lima, Peru. **AIDS Behav**, v. 20, n. 10, p. 2178–2185, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRAUN, H. M. *et al.* Individual and partnership factors associated with anticipated versus actual partner notification following STI diagnosis among men who have sex with men and/or with transgender women in Lima, Peru. **Sex Transm Infect**, v. 94, n.8, p. 607-610, 2017.
- BRILL, J. R. Diagnosis and treatment of urethritis in men. **Afp.**, v. 81, n. 7, p. 873-878, 2010.
- BROWN, L.B. *et al.* HIV Partner notification is effective and feasible in sub-Saharan Africa: opportunity for HIV treatment and prevention. **J. Acquir Immune Defic Syndr**, v. 56, n. 5, p. 437, 2011.
- CAMPOS, A. L. A. *et al.* Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 34, n. 9, p. 397-402, 2012.
- CAVALCANTE, A. E. S. *et al.* Diagnóstico e tratamento da sífilis: uma investigação com mulheres assistidas na atenção básica em Sobral, Ceará. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 24, n. 4, p. 239-245, 2012.

CAVALCANTE, E. G. F. *et al.* Dificuldades e facilidades para notificação de parceiros sexuais com infecções sexualmente transmissíveis. **Rev Rene**, v. 18, n. 2, p. 250-256, 2017.

CAVALCANTE, E. G. F. *et al.* Notificação de parceiros sexuais com infecção sexualmente transmissível e percepções dos notificados. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 50, n. 3, p. 450-457, 2016.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION - CDC. **Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines**. Atlanta: CDC, 2015.

CHERUTICH, P. *et al.* Assisted partner services for HIV in Kenya: a cluster randomised controlled trial. **Lancet HIV**, v. 4, n. 2, e74–e82, 2017.

CLARK, J. L.; PEREZ-BRUMER, A.; SALAZAR, X. "Manejar la Situacion": Partner Notification, Partner Management, and Conceptual Frameworks for HIV/STI Control Among MSM in Peru. **AIDS and behavior**., v. 19, n. 12, p. 2245–54, 2015.

CLARK, J. L. *et al.* Anticipated Notification of Sexual Partners following STD Diagnosis among Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in Lima, Peru: A Mixed Methods Analysis. **PLoS ONE**., v. 11, n. 9, p.1-15, 2016.

CLARK, J. L. *et al.* Potential Impact and Acceptability of Internet Partner Notification for Men Who Have Sex with Men and Transgender Women Recently Diagnosed with STD in Lima, Peru. **Sex Transm Dis**. v.41. n.1, p. 43-45, 2014.

DI CARLO, A. L. *et al.* ‘Men usually say that HIV testing is for women’: Gender dynamics & perceptions of HIV testing in Lesotho. **Cult Health Sex.**, v. 16, n. 8, p. 867–882, 2014.

DOVEL, K. *et al.* Men’s heightened risk of AIDS-related death: the legacy of gendered HIV testing and treatment strategies. **AIDS**., v. 29, n. 10, p. 1123–1125, 2015.

DUNCAN, D. B *et al.* **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

EDELMAN, E. J. *et al.* Sexual Partner Notification of HIV Infection Among a National United States-Based Sample of HIV-Infected Men. **AIDS Behav.**, v. 18, n. 10, p. 1898–1903, 2014.

EHLMAN, D. C. *et al.* Evaluation of an innovative internet-based partner notification program for early syphilis case management. **Sex Transm Dis.**, v. 37, n. 8, p. 478-485, 2010.

ESTCOURT, C. S. *et al.* Can we improve partner notification rates through expedited partner therapy in the UK? Findings from an exploratory trial of Accelerated Partner Therapy (APT). **Sex Transm Infect.**, v. 88, n. 1, v. 91, p. 21-16, 2012.

ESTCOURT, C. S. *et al.* Developing and testing accelerated partner therapy for partner notification for people with genital Chlamydia trachomatis diagnosed in primary care: a pilot randomised controlled trial. **Sex Transm Infect**, v. 91, n. p. 548-554, 2015.

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL - ECDC. **Public**

health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV.
Stockholm: ECDC, 2013.

FERREIRA, A. *et al.* Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 10, p. 1-136, 2013.

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. *et al.* Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos 2006 e 2011 em população de puérperas. **DST - J bras Doenças Sex Transm.**, v. 24, n. 1, p. 32-37, 2012.

GOLDEN, M. R. *et al.* Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or chlamydial infection. **N Engl J Med.**, v. 352, p. 676-685, 2005.

GURSAHANEY, P. R. *et al.* Partner notification of sexually transmitted diseases: practices and preferences. **Sex Transm Dis.**, v. 38, n. 9, p. 821-827, 2011.

HEINE, J. C. M. *et al.* The role of reinfection and partner notification in the efficacy of chlamydia screening programs. **J. Infect. Dis.**, v. 7, p. 1-6, 2011.

HENLEY, C. *et al.* Scale-up and case-finding effectiveness of an HIV partner services program in Cameroon: an innovative HIV prevention intervention for developing countries. **Sex Transm Dis.**, v. 40, n. 12, p. 909–914, 2013.

HIGHTOW-WEIDMAN, L. *et al.* No one's at home and they won't pick up the phone: using the internet and text messaging to enhance partner services in North Carolina. **Sex Transm Dis.**, v. 41, n. 2, p. 143-148, 2014.

HOCHBERG, C. H.; BERRINGER, K.; SCHNEIDER, J. A. Next-Generation Methods for HIV Partner Services: A Systematic Review. **Sex Transm Dis.**, v. 42, n. 9, p. 533-539, 2015.

HOGBEN, M. *et al.* Partner Services in STD Prevention Programs: A Review. **Sex Transm Dis.**, v. 43, n. 1, S53–S62, 2016.

HUNTER, P. *et al.* Facebook-augmented partner notification in a cluster of syphilis cases in milwaukee. **Public Health Reports**, v. 129, p. 43-49, 2014.

JEKEL, J. F.; ELMORE, J. G.; KATZ, D. L. **Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

JONES, H. E. *et al.* Partner-delivered medication for sexually transmitted infections: findings from Brazil. **Gac Méd Méx.**, v.142, n. 2, p. 69-76, 2006.

KALICHMAN, S. C. *et al.* Perceived barriers to partner notification among sexually transmitted infection clinic patients, Cape Town, South Africa. **J Saúde Pública (Oxf)**, v. 39, n. 2, p. 407-414, 2017.

KERANI, R. P. *et al.* A randomized, controlled trial of inSPOT and patient-delivered partner therapy for gonorrhea and chlamydial infection among men who have sex with men. **Sex Transm Dis.**, v. 38, n. 10, p. 941-946, 2011.

- KNIGHT, V. *et al.* A cross sectional study of how people diagnosed with a bacterial sexually transmitted infection inform their partners. **Sex Transm Infect**, v. 90, n. 8, p. 588-591, 2014.
- LAAR, A.K; DEBRUIN, D.A, CRADDOCK, S. Partner notification in the context of HIV: an interest-analysis. **AIDS Res Ther.**, v. 12, n. 15, 2015.
- LANDIS, S. E. *et al.* Results of a randomized trial of partner notification in cases of HIV infection in North Carolina. **N Engl J Med.**, v. 326, n. 2, p. 101-106, 1992.
- LUZ, P. M.; MIRANDA, K. C. L.; TEIXEIRA, J. M. C. As condutas realizadas por profissionais de saúde em relação à busca de parceiros sexuais de pacientes soropositivos para o HIV/aids e seus diagnósticos sorológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1191-1200, 2010.
- MAGALHAES, D. M. S. *et al.* Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1109-1120, 2013.
- MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- MIROUX-CATARINO, A.; BORGES-COSTA, J. Notificação de Parceiros – Caracterização da população e preferências de 100 doentes consecutivos da consulta de venereologia de um Hospital Português. **Revista SPDV.**, v. 76, n. 2, p.151-155, 2018.
- MONTESINOS, L. *et al.* An analysis of and intervention in the sexual transmission of disease. **J Appl Behav Anal.**, v. 23, n. 3, p. 275-284, 1990.
- MORRIS, J. L. *et al.* Sexually Transmitted Infection Related Stigma and Shame Among African American Male Youth: Implications for Testing Practices, Partner Notification, and Treatment. **Aids Patient Care and STDs.**, v. 28, n. 9, p. 499-509, 2014.
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR INFECTIOUS DISEASE - NCCID. **Partner notification for sexually-transmitted infections: policy options.** Canadá: Public Health Agency of Canadá, 2014.
- NUWAHA, F. *et al.* Efficacy of patient-delivered partner medication in the treatment of sexual partners in Uganda. **Sex Transm Dis.**, v. 28, n. 2, p. 105-110, 2001.
- OLALLA, P. G. *et al.* Effectiveness of a pilot partner notification program for new HIV cases in barcelona, spain eficácia de um programa de notificação pilot parceiro para o caso do new HIV em Barcelona. **PLoS One**, v. 10, n. 4, p.1-10, 2015.
- PAIVA, V.; SEGURADO, A. C.; FILIPE, E. M. V. Self-disclosure of HIV diagnosis to sexual partners by heterosexual and bisexual men: a challenge for HIV/Aids care and prevention. **Cad. Saúde Pública.**, v. 27, n. 9, p. 1699-1710, 2011.
- PATTMAN, R. S. *et al.* Partner notification for HIV infection in the united kingdom: a look back on seven years experience in newcastle upon tyne. **Genitourin Med.**, v. 69, n. 2, p. 94-97, 1993.

PENNISE, M. *et al.* Using smartphone apps in STD interviews to find sexual partners. **Public Health Rep.**, v. 130, n. 3, p. 245-52, 2015.

PLOTKIN, M. *et al.* Outcomes and Experiences of Men and Women with Partner Notification for HIV Testing in Tanzania: Results from a Mixed Method Study. **AIDS Behav.**, v. 22, n. 1, p. 102-116, 2018.

ROCHA, A. F. B. *et al.* Sorologia positiva para o HIV: estudo epidemiológico de série histórica. **Rev Enferm UFPE on line.**, v. 1, n. 11, p. 173-178, 2017.

SCHWEBKE, J. R.; DESMOND, R. A. Randomized controlled trial of partner notification methods for prevention of trichomoniasis in women. **Sex Transm Dis**, v. 37, n. 6, p. 392-396, 2010.

SECURA, G. M. *et al.* Predictors of male partner treatment for sexually transmitted. **Infection. Sex Transm Dis.**, v. 39, n. 10, p. 769–775, 2012.

SENN, T. E *et al.* Sexual partner concurrency among STI clinic patients with a steady partner: correlates and associations with condom use. **Sex Transm Infect.**, v. 85, n. 5, p. 343-347, 2009.

TRIBUTINO, A. *et al.* Partner notification outcomes after integration of an on-site disease intervention specialist at a sexually transmitted disease clinic. **Plos One**, v.3, n.13, p.2-8, 2018.

TUNEU, M. J. *et al.* Pilot study to introduce a notification card for partner notification of sexually transmitted infections in Catalonia, Spain, June 2010 to June 2011. **Euro Surveill.**, v. 18, n. 27, p. 1-8, 2013.

UDEAGU, C. N. *et al.* Bringing hiv partner services into the age of social media and mobile connectivity. **Sex Transm Dis.**, v. 41, n. 10, p. 631-636, 2014.

WARD, H.; BELL, G. Partner notification. **Medicine (Abingdon)**, v. 42, n. 6, p. 314-317, 2014.

WOOD, J. M. *et al.* Exploring motivation to notify and barriers to partner notification of sexually transmitted infections in South Africa: a qualitative study. **BMC Public Health**, v. 18, n. 980, p. 1-7, 2018.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE PESQUISA DO PACIENTE-ÍNDICE

N. entrevista: _____ Data da entrevista ____/____/____

	Nome:
	Pront:
	Rua _____ N. _____
	Bairro:
	Município:
	Telefone para contato: (____) _____
I DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1	Sexo: 1()M, 2()F
2	Data de Nascimento: ____/____/____
3	Cor (autoinformada): 1() Branca, 2() Preta, 3() Amarela, 4() Parda, 5() Indígena
4	Escolaridade em anos: _____ (Zero se não estudou)
5	Reside com parceiro? 1() Sim 2() Não
6	Qual é a sua religião? 1() Católica; 2() Evangélica; 3() Espírita; 4() Outra ____ 5() Sem Religião
7	Número de pessoas que moram no mesmo domicílio: _____
8	Renda mensal da família (Somar todos os rendimentos): R\$ _____
II HÁBITOS DE SAÚDE	
9	Na última semana você tomou alguma bebida alcoólica? (pelo menos 8 copos de bebida alcoólica) 1() Sim, bebo todos os dias; 2() Não; 3() Sim, bebo pelo menos umas vez na semana; 4() bebo menos de uma vez no mês
10	Você já usou ou usa algum tipo de droga ilícita? 2() Não; 1() Sim. maconha; 3() Sim, Cocaína; 4() Sim, Crack; 5() Sim, droga injetável; 6() Outras: _____
11	Você fuma? 1() Sim; 2() Não
III DADOS CLÍNICOS: TIPO DE IST IDENTIFICADO NO ATENDIMENTO	
12	IST (1): 1() HPV; 2() Herpes; 3() Cancro mole; 4() Sífilis; 5() Tricomonas; 6() Hepatite B; 7() Hepatite C; 8() HIV; 9() síndrome associada a IST: especificar qual:
16	IST (2): 1() HPV; 2() Herpes; 3() Cancro mole; 4() Sífilis; 5() Tricomonas; 6() Hepatite B; 7() Hepatite C; 8() HIV; 9() síndrome associada a IST: especificar qual:
20	IST (3): 1() HPV; 2() Herpes; 3() Cancro mole; 4() Sífilis; 5() Tricomonas; 6() Hepatite B; 7() Hepatite C; 8() HIV; 9() síndrome associada a IST: especificar qual:
21	Tempo de Diagnóstico: (em meses/anos) _____
IV DADOS DE COMPORTAMENTO SEXUAL	
22	Qual sua orientação sexual? 1() Heterossexual 2() Homossexual 3() Bissexual
23	Se sim: Nº de parceiros nos últimos 12 meses: _____
24	Tem parceiro(a) sexual fixo(a)? (mantém vínculo afetivo e se relaciona sexualmente regularmente) 1() Sim, tempo de relacionamento _____ Algumas pessoas podem ter mais de um relacionamento fixo, você se tem? 2() Só um 3() Dois ou mais, nesse caso, quantos deseja comunicar? ____ se somente um, porque? _____

	4() Não tem parceria sexual fixa, especificar o tempo: _____
25	<p>Tem parceria sexual casual? (pessoa com quem mantém ou manteve um relacionamento sexual, mas de forma casual).</p> <p>1() Sim, tempo de relacionamento casual_____</p> <p>Em caso de sim, tem como você contactar com essa pessoa para comparecer ao o serviço?</p> <p>2() Sim 3() Não, porque? _____</p> <p>4() Não tem parceria sexual casual, especificar o tempo_____</p>
26	Uso de preservativo nas relações: 1()Oral; 2()Anal, 3()Vaginal, 4 () Todas as formas; 5 () Vaginal/Anal; 6() Vaginal/Oral; 7 () Anal/oral; 8 () sem uso de preservativo

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE PESQUISA DO PARCEIRO

N. entrevista: _____ Data da entrevista ____/____/____

NOME DO(A) PARCEIRO (A): _____

NOME DO(A) PACIENTE-ÍNDICE: _____

	Parceiro recebeu a comunicação por Cartão: 1 () Sim 2 () Não	
I	DADOS IDENTIFICAÇÃO DO(A) PARCEIRO	
	Nome: _____	
	Pront: _____	
	Rua: _____ Bairro: _____	
	Município: _____ Telefone para contato: (____) _____	
II	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
2	Sexo: 1()M, 2()F	
3	Data de Nascimento: ____/____/____ idade: _____	
4	Cor (autoinformada): 1() Branca, 2() Preta, 3() Amarela, 4() Parda, 5() Indígena	
5	Escolaridade em anos: _____ (Zero se não estudou)	
6	Reside com parceiro? 1() Sim 2() Não	
7	Sua religião? 1() Católica; 2() Evangélica; 3() Espírita; 4() Outra ___ 5() Sem Religião	
8	Número de pessoas que moram no mesmo domicílio: _____	
9	Renda mensal da família (Somar todos os rendimentos): R\$ _____	
10	Diagnóstico do paciente-índice que gerou a vinda do mesmo: IST (1): 1 () HPV; 2 () Herpes; 3 () Cancro mole; 4 () Sífilis, VDRL: ____; 5 () Tricomonas; 6 () HIV 7 () Hep B; 8 () Hep C; 9 () síndrome associada a IST, qual: _____	
III	DIAGNÓSTICO DE IST DO(A) PARCEIRO(A) IDENTIFICADA NO SERVIÇO (DECORRENTE DE TER COMPARECIDO PELA NOTIFICAÇÃO DE PARCEIRO)	
11	Mesmo do(a) paciente-índice(a)? 1() Sim 2() Não 3() não foi possível confirmar (assintomático/sem confirmação da mesma síndrome do paciente ou acesso a exames p/confirmação diagnostica)	
12	Se sim, como foi obtido esse diagnóstico? 1() Teste rápido 3() Síndrômico, 2() Teste laboratorial, qual: _____ 4() teste rápido e laboratorial, especificar: _____ 98 () Não se aplica	
13	Outro diagnóstico de IST (excluindo o do paciente-índice)? 1 () Sim 2() Não	
14	Se identificado outro diagnóstico IST diferente do paciente-índice, especifique qual: 1() HPV; 2 () Herpes; 3 () Cancro mole; 4 () Sífilis; 5 () Tricomonas; 6 () HIV 7 () Hep B; 8 () Hep C; 9 () Síndrômico, qual: _____ 98 () Não se aplica	
15	Como foi obtido esse diagnóstico diferente do paciente-índice? 1() testagem rápida 3() Síndrômico, 2() Teste laboratorial, qual: _____ 4() teste rápido e laboratorial, especificar _____ 98 () Não se aplica	
IV	HISTORIA DE IST ANTERIOR AO COMPARECIMENTO A UNIDADE	
16	No passado, foi diagnosticado alguma IST? 1() Sim 2() Não	
17	Se sim, qual foi a IST (1)? IST 1: 1() HPV; 2 () Herpes; 3 () Cancro mole; 4 () Sífilis, VDRL: ____; 5 () Tricomonas; 6 () HIV 7 () Hep B; 8 () Hep C; 9 () síndrômico	

	qual:_____ 98 ()Não se aplica	
18	<i>Para IST (1), como foi obtido esse diagnóstico?</i> 1 () teste rápido 3 () Sindrômico, 2 () Teste laboratorial, qual: _____ 4 () teste rápido e laboratorial, especificar: _____ 98 ()Não se aplica	
19	Se IST(2), qual?: 1 () HPV; 2 () Herpes; 3 () Cancro mole; 4 () Sífilis, VDRL: _____; 5 () Tricomonas; 6 () HIV 7 () Hep B; 8 () Hep C; 9 () síndrome associada a IST, qual: _____ 98 ()Não se aplica	
20	<i>Para IST (2), como foi obtido esse diagnóstico?</i> 1 () testagem rápida 3 () Sindrômico, 2 () Teste laboratorial, qual: _____ 4 () teste rápido e laboratorial, especificar: _____ 98 ()Não se aplica	
21	Se IST (3), qual: 1 () HPV; 2 () Herpes; 3 () Cancro mole; 4 () Sífilis, VDRL: _____; 5 () Tricomonas; 6 () HIV 7 () Hep B; 8 () Hep C; 9 () síndrome associada a IST, qual: _____ 98 ()Não se aplica	
22	<i>Para IST (3), como foi obtido esse diagnóstico?</i> 1 () testagem rápida 2 () Sindrômico, 3 () Teste laboratorial, qual: _____ 4 () teste rápido e laboratorial, especificar: _____ 98 ()Não se aplica	
IV DADOS DE COMPORTAMENTO SEXUAL DO(A) PARCEIRO(A)		
23	Qual sua orientação sexual? 1 () Heterossexual 2 () Homossexual 3 () Bissexual	
24	Nº de parceiros nos últimos 12 meses: _____	
25	Parceiro(a) sexual fixo(a)? (c/vínculo afetivo e se relaciona sexualmente regularmente) 1 () Sim; 2 () Não	
26	Se tem um relacionamento fixo, algumas pessoas tem mais de um, você tem? 1 () Sim; 2 () Não	
27	Considerando que tem mais de um “fixo”, pode me dizer, qual o tempo de cada um? _____ 98 ()Não se aplica	
28	Tendo mais de um relacionamento fixo, quantos deseja trazer ao serviço? _____	
29	Parceria sexual casual? (Mantem/manteve um relacionamento sexual de forma casual). 1 () Sim 2 () Não	
30	Se teve relacionamento casual, quando foi a última vez que se relacionou sexualmente com essa pessoa? (se mais de uma especificar o tempo de cada uma) _____ 98 ()Não se aplica	
31	Se mais de um relacionamento casual, quantos deseja trazer ao serviço? _____	
32	Usa preservativo nos relacionamentos fixos: 1 () Sempre 2 () as vezes 3 () não usa	
33	Uso de preservativos nos relacionamentos casuais: 1 () Sempre; 2 () as vezes 3 () não usa	
34	No caso de ter(a) um(a) parceiro (a) fixo (a), esta pessoa já teve alguma IST no passado? 1 () Sim, 2 () Não, 88 () Não sabe/Desconhece 98 ()Não se aplica	
35	Sim: Tipo:1 () HPV; 2 () Herpes; 3 () Cancro mole; 4 () Sífilis ; 5 () Tricomoníase 6 () Hep B; 7 () Hep C; 8 () HIV; 9 () Síndrome associada a IST, qual: _____ 98 ()Não se aplica	
36	Esse(a) parceiro(a) tratou-se? 1 () Sim; 2 () Não 88 () Não sabe/Desconhece 98 ()Não se aplica	
37	Se o(a) parceiro(a) tratou-se, qual foi o tratamento? _____ 98 ()Não se aplica	
38	Parceiro (a) se tornou paciente-índice? 1 () Sim 2 () Não	

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO(A) PACIENTE-ÍNDICE

Estou convidando-o(a) Sr(a) para participar da Pesquisa “**Estratégias de notificação de parceiros sexuais de pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**”, sob minha responsabilidade. Esta pesquisa pretende avaliar a efetividade de estratégias de notificação de parceiros, verbal e de uso de cartão de notificação no comparecimento de parceiros(as) sexuais. Sua participação é importante para que os resultados da pesquisa possam mostrar qual a estratégia foi mais bem-sucedida na visão tanto dos pacientes com alguma Infecção Sexualmente Transmissíveis (IST), como de seus (suas) parceiros (as) atendidos (as) motivo pelo qual estou convidando(a) para participar desse estudo.

Para isso vou te explicar como isso será feito e quanto isso vai usar do seu tempo. Durante aproximadamente vinte minutos vou conversar com você perguntando sobre o que te leva a fazer ou não o convite para seu (sua) parceiro (a) sexual comparecer ao serviço? Como se sentiu tendo que fazê-lo? Para todas as perguntas o(a) Senhor(a) ficará a vontade para responder e nós só vamos continuar nossa entrevista se assim o(a) Senhor(a) desejar. Assim, solicito sua permissão para poder gravar esta entrevista, bem como seu consentimento para coletar mais informações contidas no seu prontuário.

Eu, dou-lhe a garantia de que as informações serão usadas apenas para a realização da minha pesquisa, também lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações e aos procedimentos e benefícios relacionados ao projeto, inclusive para sanar dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de retirar sua autorização a qualquer momento e não participar do estudo. Esclareço que o acompanhamento e tratamento das pessoas diagnosticadas e seus respectivos parceiros fazem parte da rotina deste serviço, razão de ser assegurado a continuidade da sua assistência de saúde, independente de aceitar ou não em participar deste estudo.

Entretanto na presente pesquisa, se algum momento se sentir triste ou apresentar algum outro tipo de desconforto, inclusive o de se sentir angustiado com o que está respondendo, poderemos conversar sobre isso e, se necessário, marcaremos atendimento com profissional especializado na área de psicologia ou outro que possa lhe ajudar que atendem as pessoas desse ambulatório.

Finalmente, lhe informo que, ao apresentar o meu trabalho, não usarei seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo (a). O estudo não lhe trará nenhuma despesa.

Este Termo de Consentimento livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisador), e outra com você (entrevistado). Em caso de dúvida e/ou desistência da entrevista pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará através do telefone (085) 3366-8344 ou no endereço Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, CEP 60.430-275, Rodolfo Teófilo.

Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Elani Graça Ferreira Cavalcante. Endereço: Av. Antônio Justa, 3113 - Meireles, Fortaleza-CE, 60165-090. Telefone: (85) 3101-1446

Consentimento Pós-Esclarecido

Eu, _____, RG: _____,

fui informado(a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Considerar-se-á, assinatura da testemunha, para os casos de pacientes analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO (A) PARCEIRO

Estou convidando-o(a) Sr(a) para participar da Pesquisa “**Estratégias de notificação de parceiros sexuais de pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**”, sob minha responsabilidade. Esta pesquisa pretende avaliar a efetividade de estratégias de notificação de parceiros, verbal e de uso de cartão de notificação no comparecimento de parceiros(as) sexuais. Sua participação é importante para que os resultados da pesquisa possam mostrar qual a estratégia foi mais bem-sucedida na visão tanto dos pacientes com alguma Infecção Sexualmente Transmissíveis (IST), como de seus (suas) parceiros (as) atendidos (as) motivo pelo qual estou convidando (a) para participar desse estudo.

Para isso vou te explicar como isso será feito e quanto isso vai usar do seu tempo. Durante aproximadamente vinte minutos vou conversar com você perguntando sobre o que te leva a atender o convite para comparecer ao serviço? Como se sentiu recebendo a comunicação para vir ao serviço? O que te fez você atender ao convite? Para todas as perguntas o(a) Senhor(a) ficará a vontade para responder e nós só vamos continuar nossa entrevista se assim o(a) Senhor(a) desejar. Ou seja, a qualquer tempo poderá desistir de participar desse encontro/entrevista. Assim, solicito sua permissão para poder gravar esta entrevista, bem como seu consentimento para coletar mais informações contidas no seu prontuário.

Eu, dou-lhe a garantia de que as informações serão usadas apenas para a realização da minha pesquisa, também lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações e aos procedimentos e benefícios relacionados ao projeto, inclusive para sanar dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de retirar sua autorização a qualquer momento e não participar do estudo. Esclareço que o acompanhamento e tratamento das pessoas diagnosticadas e seus respectivos parceiros fazem parte da rotina deste serviço, razão de ser assegurado a continuidade da sua assistência de saúde, independente de aceitar ou não em participar deste estudo.

Entretanto na presente pesquisa, se algum momento sentir-se triste ou apresentar algum outro tipo de desconforto, inclusive o de se sentir angustiado com o que está respondendo, poderemos conversar sobre isso e, se necessário, marcaremos atendimento com profissional especializado na área de psicologia ou outro que possa lhe ajudar que atendem as pessoas desse ambulatório.

Finalmente, lhe informo que, ao apresentar o meu trabalho, não usarei seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo (a). O estudo não lhe trará nenhuma despesa.

Este Termo de Consentimento livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisador), e outra com você (entrevistado). Em caso de dúvida e/ou desistência da entrevista pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará através do telefone (085) 3366-8344 ou no endereço Rua Coronel Nunes de Melo, 1000, CEP 60.430-275, Rodolfo Teófilo.

Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Elani Graça Ferreira Cavalcante

Endereço: Av. Antônio Justa, 3113 - Meireles, Fortaleza - CE, 60165-090

Telefone: (85) 3101-1446

Consentimento Pós-Esclarecido

Eu, _____, RG: _____,

fui informada(o) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Considerar-se-á, assinatura da testemunha, para os casos de pacientes analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

ANEXO A - CARTÃO DE NOTIFICAÇÃO DE PARCEIROS

CARTÃO DE CONVOCAÇÃO DE PARCEIROS PARTE A (fica na unidade)

Código da doença –CID 10:			Nº DE ORDEM: <i>00927</i>	
Paciente Índice Nome: Apelido: Endereço:			Nº DO PRONTUÁRIO:	
Cidade:	Estado:	CEP:	Telefone:	
Responsável pelo preenchimento: Nome: Assinatura:			Data do atendimento:	

PARTE B (para o paciente entregar ao contato)

CÓDIGO DA DOENÇA – CID 10:			Nº DE ORDEM <i>00927</i>	
Nome do contato:				
Endereço:				
Cidade:	Estado:	CEP:	Telefone:	
Solicitamos seu comparecimento à unidade de saúde abaixo para tratar de assunto de seu interesse.				
Dia: _____ Horário: _____ Turno: _____				
Profissional _____ Sala n.º: _____				
(traga junto este cartão)				
<p>Atenciosamente,</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do Profissional</p>				
Unidade de Saúde: CENTRO DE SAÚDE				
Endereço: ESCOLA MEIRELES				
Cidade:	Estado:	CEP:	Telefone:	
Responsável pelo preenchimento Nome:			Data:	

ANEXO B - APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias de notificação de parceiros sexuais de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis

Pesquisador: Elani Graça Ferreira Cavalcante

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53343815.3.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.482.593

Apresentação do Projeto:

Projeto de tese de doutorado em Enfermagem caracterizado como um Estudo de intervenção, prospectivo, controlado e randomizado com o objetivo de verificar a influência do uso do cartão de notificação na vinda do parceiro sexual para avaliação de sua saúde sexual. A população do estudo será composta por pessoas com diagnóstico de Infecção Sexualmente Transmissível clinicamente ou por testes sorológicos e laboratorial acompanhados no Centro de Saúde Meireles que atende casos referenciados da Rede Municipal de Saúde de Fortaleza. Serão excluídos pacientes menores de 18 anos. Será solicitada autorização ao paciente para coleta de dados mediante assinatura de consentimento informado. As variáveis do estudo serão buscadas por entrevista e análise do cartão de notificação de parceiros. A análise dos dados incluirá uma análise quantitativa que será realizada com a utilização do software SPSS e uma análise qualitativa baseada Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Comparar a efetividade de estratégias de notificação de parceiros, verbal e de uso de cartão de notificação no comparecimento de parceiros(as) sexuais de pessoas com IST.

Específicos: Apresentar o perfil sociodemográfico, de comportamento sexual dos pacientes-

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE **Município:** FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 1.482.593

índices e de seus parceiros sexuais; Descrever os tipos de diagnósticos dos pacientes índices e parceiros(as) sexuais após estes atenderem ao pedido de notificação; Analisar os motivos da aceitação do método verbal ou do cartão de notificação relatados pelos pacientes índices e de seus parceiros sexuais; Analisar entre os parceiros que compareceram, quais utilizaram ou não o cartão para o comparecimento na unidade; Conhecer as causas atribuídas pelos pacientes índices para o não comparecimento dos parceiros sexuais; Relatar como os parceiros reagiram ao receber a comunicação verbal e do cartão de notificação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A abordagem da pacientes com IST e seus respectivos parceiros acerca dos motivos que levaram os mesmos a buscar o serviço pode ocasionar desconforto de natureza psíquica ou moral relacionado ao estigma associado a estas doenças.

Benefícios: Não haverá benefício direto para o participante deste estudo. Entretanto, o pesquisador afirma que os resultados da pesquisa fornecerão subsídios para construção de um protocolo de notificação de parceiros que auxilie os profissionais a realiza-lo, além de facilitar o acesso aos contatos sexuais de pessoas IST na rede de atenção a saúde, essencial para a interrupção da cadeia de transmissão e de prevenção de complicações e no surgimento de novas infecções na população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros e congruentes com a metodologia apresentada. As recomendações anteriormente solicitadas foram respondidas a contento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações específicas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000	CEP: 60.430-275
Bairro: Rodolfo Teófilo	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344	E-mail: comepe@ufc.br