

Aspectos epidemiológicos e clínicos dos pacientes atendidos num serviço de referência em IST**Epidemiological and clinical aspects of patients seen at an IST reference service**

DOI:10.34119/bjhrv3n4-194

Recebimento dos originais:08/06/2020

Aceitação para publicação:30/07/2020

Évila Souza Dourado

Médica pelo Centro Universitário de João Pessoa- Unipê

Instituição: Unipê

Endereço: Rodovia BR-230,km 22, s/n - Água Fria, João Pessoa - PB, 58053-000

E-mail: eviladourado8@gmail.com

Ana Thays Gomes Pimenta

Médica pelo Centro Universitário de João Pessoa- Unipê

Instituição: Unipê

Endereço :Rodovia BR-230,km 22, s/n - Água Fria, João Pessoa - PB, 58053-000

E-mail: anathayspimenta@hotmail.com

Mariana Moreira de Oliveira Fama

Médica pelo Centro Universitário de João Pessoa- Unipê

Instituição: Unipê

Endereço : Rodovia BR-230,km 22, s/n - Água Fria, João Pessoa - PB, 58053-000

E-mail: marianafama@hotmail.com

Larissa Negromonte Azevedo

Mestre em Ciências da Saúde pela UPE

Professora da disciplina de Doenças infecciosas e parasitárias Medicina UNIFE

Médica Infectologista

Instituição: Unipê

Endereço : Rodovia BR-230,km 22, s/n - Água Fria, João Pessoa - PB, 58053-000

E-mail: larissanegromonte@hotmail.com

RESUMO

Introdução: As Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) são um problema de saúde pública que acometem principalmente adultos jovens e podem causar impacto negativo na saúde reprodutiva do indivíduo acometido. Objetivo: Descrever os aspectos clínicos e epidemiológicos dos pacientes atendidos em um serviço de referência em ISTs no município de João Pessoa, considerando a abordagem sindrômica e a verificação diagnóstica de HIV, hepatites B e C associadas a outras ISTs. Método: Estudo observacional, descritivo e transversal, com coleta de dados em prontuários dos pacientes atendidos em um serviço de referência em ISTs de João Pessoa no ano de 2017. Para um estudo com poder de 95% e nível de significância de 5%, a amostra do estudo deverá ser de 322 prontuários, sorteados aleatoriamente, sendo excluídos os prontuários de gestantes e demais pacientes atendidos

para acompanhamento da infecção pelo HIV. Para execução do estudo será obtido o termo de anuência do serviço e será respeitado o sigilo sobre as informações obtidas, de acordo com a resolução 446/2012 do CNS/MS. Resultados Esperados: esperamos encontrar uma prevalência aumentada de ISTs em adultos jovens do sexo masculino e as seguintes manifestações clínicas mais esperadas: verrugas pelo HPV, uretrite e úlceras genitais.

Palavras-chave: IST, Prevalência, Perfil epidemiológico

ABSTRACT

Introduction: Sexually Transmitted Infections (STIs) are a public health problem that primarily affects young adults and can have a negative impact on the reproductive health of the individual affected. **Objective:** To describe the clinical and epidemiological aspects of patients seen at a reference service in STIs in the municipality of João Pessoa, considering the syndromic approach and diagnostic verification of HIV, hepatitis B and C associated with other STIs. **Method:** Observational, descriptive and cross-sectional study, with data collection in medical records of patients seen in a reference service in ISTs in João Pessoa in the year 2017. For a study with a power of 95% and significance level of 5%, the study sample should be 322 medical records, randomly selected, excluding the medical records of pregnant women and other patients attended for follow-up of HIV infection. For the execution of the study, the consent form of the service shall be obtained and the confidentiality of the information obtained shall be respected, according to the CNS/MS resolution 446/2012. **Expected Results:** We expect to find an increased prevalence of STIs in young male adults and the following most expected clinical manifestations: HPV warts, urethritis and genital ulcers.

Keywords: STI, Prevalence, Epidemiological profile

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são causadas por mais de 30 agentes etiológicos (vírus, bactérias, fungos e protozoários), sendo transmitidas, principalmente, por contato sexual (oral, vaginal, anal) e, de forma eventual, por via sanguínea. A transmissão de uma IST ainda pode acontecer da mãe para a criança durante a gestação, o parto ou a amamentação. Essas infecções podem se apresentar sob a forma de síndromes: úlceras genitais, corrimento uretral, corrimento vaginal, verrugas genitais e doença inflamatória pélvica (Brasil, 2015; OMS,2016).

Dos patógenos supracitados, oito estão ligados a maior incidência de IST, destes oito, quatro são atualmente curáveis: sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase. Os outros quatro são infecções virais e são incuráveis: hepatite B, vírus herpes simples (HSV ou herpes), HIV, e papilomavírus humano (HPV). A maioria das IST não apresentam sintomas ou apenas sintomas leves, que dificulta o reconhecimento destas infecções (OMS, 2016).

Algumas infecções possuem altas taxas de incidência e prevalência, apresentam complicações mais graves em mulheres e facilitam a transmissão do HIV. Podem, ainda, estar associadas a culpa, estigma, discriminação e violência, por motivos biológicos, psicológicos, sociais e culturais (Brasil, 2015).

Uma estimativa global da incidência e prevalência das quatro IST curáveis em 2012, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), baseada em revisão sistemática e relatórios globais de 2005 a 2012, revelou um aumento das taxas de incidência e prevalência, tanto em homens quanto mulheres, destacando a importância deste fato na saúde sexual e reprodutiva na população global (OMS,2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2016 estimou que todo ano ocorrem 357 milhões de IST no mundo, com uma das quatro IST curáveis, sendo um milhão de casos por dia. Uma grande proporção ocorre em adolescentes e adultos jovens, que não sabem que estão infectados (OMS,2016).

Dados da Organização Mundial de Saúde em 2016, revelam que aproximadamente um milhão de IST são adquiridas ao redor do mundo. Dentre essa estimativa, o HPV é apontado como a causa de 580.000 casos de câncer cervical e por 266.000 mortes por esse câncer a cada ano.

A OMS estimou que cerca de 830.000 indivíduos viviam com HIV/AIDS no Brasil em 2016, sendo que 37,4% dos casos ocorreram em adultos jovens na faixa de 20 a 29 anos. Além disso, 60% dos casos ocorreram em homens que fazem sexo com homens (HSH), (OMS,2016).

Os dados da OMS supracitados mostram o quanto que as IST afetam a população mundial, além das altas taxas na população brasileira, com destaque para o acometimento de adultos jovens e o maior risco de contrair a infecção pelo HIV.

Existem vários fatores de risco para as IST com destaque para o comportamento sexual, que envolve o número de parceiros sexuais, a idade que iniciou a atividade sexual, o uso de preservativos durante o ato sexual, a presença de IST prévias, o sexo e a idade. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) em 2018 relatou que um comportamento sexual de risco é caracterizado por múltiplos parceiros sexuais, homens que fazem sexo com homens, início de atividade sexual precoce e ausência do uso de preservativos durante o ato sexual. Com relação a presença de IST prévias, isto pode ser um fator de risco para aquisição de outras IST, destacando a infecção pelo HIV. Dados do Ministério da Saúde de 2015 no que se refere ao sexo e a idade, demonstram que a maioria das IST acomete

adolescentes e adultos jovens, e indivíduos do sexo masculino por apresentar maior comportamento de risco quando comparado às mulheres.

As ISTs são um problema de saúde mundial. Se não identificadas e adequadamente tratadas, podem trazer prejuízos permanentes para o indivíduo acometido. Somado a isso, sabe-se que a maioria das ISTs são oligossintomáticas ou assintomáticas, o que dificulta o seu reconhecimento e a quebra da cadeia de transmissão.

Sabendo dos impactos que essas infecções podem ocasionar é importante identificar o perfil epidemiológico dos pacientes, considerando sexo e idade; as principais IST diagnosticadas e verificar o diagnóstico de HIV, Hepatite B, Hepatite C associadas a outras IST. Por isso, a descrição dos aspectos epidemiológicos e clínicos dos pacientes atendidos num serviço de referência em IST permite traçar um perfil clínico-epidemiológico destes pacientes, o que poderá contribuir para planejamentos de saúde como campanhas de conscientização da população sobre as IST e intervenções, seja no âmbito do município de João Pessoa, ou até mesmo do estado da Paraíba, contribuindo para melhoria da saúde da população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever os aspectos epidemiológicos e clínicos dos pacientes atendidos num Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) da rede municipal de João Pessoa no ano de 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos deste estudo são:

- Identificar o perfil epidemiológico dos pacientes, considerando sexo e idade;
- Descrever as IST diagnosticadas, considerando os aspectos sindrômicos;
- Verificar o diagnóstico de HIV, hepatite B, hepatite C associadas a outras IST.

3 MÉTODO

3.1 DESENHO E LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi retrospectivo, observacional, descritivo e transversal com base documental, e coleta de dados em prontuários dos pacientes atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Jaguaribe, no município de João Pessoa-Paraíba, no ano de 2017. O CTA atende uma média mensal de 100 pessoas, de acordo com informação

da gerência do serviço, e os pacientes podem ser regulados pelas Unidades Básicas de Saúde ou ser proveniente de livre demanda. O serviço oferece gratuitamente atendimento para prevenção, diagnóstico e tratamento das IST, além de oferecer testagem para HIV, sífilis e hepatites B e C. Em 2017 foram atendidos 1960 pacientes devido à suspeita de IST, de acordo com a gerência do serviço.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para um estudo com nível de significância de 95% e poder de 5%, e universo de 1960 pacientes atendidos no ano de 2017, a amostra do estudo foi composta por 322 prontuários de pacientes atendidos com suspeita de IST no CTA Jaguaribe em 2017. A amostra do estudo foi formada por meio de sorteio simples dos prontuários dos pacientes, para que todos os prontuários tivessem a mesma probabilidade de constituir tal amostra. Caso houvesse a exclusão dos prontuários, novo sorteio era realizado para substituição.

3.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os Critérios de inclusão foram:

- Prontuários de pacientes atendidos no CTA, no ano de 2017, com diagnóstico clínico e/ou laboratorial de IST.

Os Critérios de exclusão foram:

- Prontuários de gestantes.
- Prontuários de pacientes já em acompanhamento médico devido à infecção pelo HIV.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA

Os dados foram coletados nos prontuários incluídos, conforme os critérios de elegibilidade do estudo, a partir de formulário autoral, em anexo, para padronização da coleta e minimizar perdas de informações ou erros. Os diagnósticos das doenças foram estabelecidos por abordagem sindrômica e também laboratorial nos casos de sífilis, HIV, hepatites B e C.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após a aprovação do Comitê de Ética, foi dado início a coleta de dados a partir dos prontuários dos pacientes atendidos no CTA de Jaguaribe no ano de 2017. Os prontuários dos pacientes atendidos no serviço no ano de 2017 estavam dispostos em pastas organizadas

em ordem alfabética, juntamente com os prontuários dos últimos cinco anos, perfazendo um total de 26 pastas, contudo a pasta da letra “Q” não havia nenhum documento. Por isso, foi dividido o número de 322 prontuários por 25 pastas, o que resultou em 13 prontuários por pasta. Os prontuários de cada pasta foram obtidos por meio de um sorteio simples, considerando os critérios de elegibilidade.

Os dados foram coletados a partir de formulário autoral em anexo. Durante o procedimento de coleta de dados contactou-se que nas pastas com as letras “U” e “V” não havia prontuários do ano de 2017. Com isso, foi realizado um novo sorteio com as letras restantes para atingir o tamanho amostral definido, alcançando os 26 prontuários indisponíveis nas letras “U” e “V” e os 13 prontuários excluídos, por não se tratar de IST e sim de outras patologias como piodermite e infecções fúngicas. Ao longo da coleta de dados foram respeitados os princípios éticos conforme a resolução 446/2012 do CNS/MS.

3.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Após digitação dos dados em banco do EXCEL 16, as informações foram analisadas estatisticamente por meio do programa STATA 12 e feita a distribuição de frequência para as variáveis categóricas e cálculo de médias, medianas e desvio-padrão para as variáveis contínuas. No caso de discrepância entre os dados informados, o prontuário médico foi revisto para esclarecimento da informação

4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa respeitou as normas segundo a resolução 466/2012 CNS/MS e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Unipê (CAAE: 04403718.1.0000.5176).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para atingir a amostra do estudo de 322 prontuários, foram analisados 335 prontuários e 13 prontuários excluídos. A exclusão desses prontuários se deu por não se tratar de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), sendo realizado novo sorteio para atingir o tamanho amostral.

Por meio desse estudo foi evidenciado que dos 322 prontuários dos pacientes atendidos em 2017, 229 (71,12%) pertenciam a pacientes do sexo masculino e 93 (28,88%) pertenciam ao sexo feminino. Com relação a idade dos pacientes com diagnóstico de IST, a partir da distribuição da idade em faixas etárias com base na categorização usada no boletim epidemiológico de sífilis de 2018, foi visto que 154 (47,83%) pacientes tinham entre 20 e

29 anos, 55 (17%) tinham entre 30 e 39 anos, 22 (7,4%) não tinham registro da idade nos prontuários e somente 2 (0,62%) tinham 60 anos ou mais. A idade média foi de 28,3 anos, variando de 14 a 76 anos de idade. Apenas um paciente tinha idade inferior a 14 anos (2 anos) e foi referenciado para o serviço de pediatria, para tratamento do HPV e investigação social do caso. Na tabela 1 abaixo, estão descritos os dados sociodemográficos dos pacientes atendidos por IST em 2017.

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos pacientes atendidos num serviço de referência em IST, João Pessoa, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
Idade		
≤19	48	16,0
20-29	154	51,3
30-39	55	18,3
40-49	27	9,0
50-59	14	4,7
≥60	2	0,67
Sexo		
Masculino	229	71,12
Feminino	93	28,8

FONTE: Dados do CTA do ano de 2017

Quanto ao sexo e a faixa etária (TABELA 2), predomina o sexo masculino em todas as faixas etárias sendo maior nas faixas de 20-29 anos (37,3%), em seguida, dos 30-39 anos (13,7%), 40-49 anos (7,3%), ≤ 19 anos (9,67%) e ≥ 60 anos (0,67%). A faixa etária com menor prevalência é a de 60 anos ou mais em ambos os sexos.

Tabela 2. Dados sobre sexo e faixa etária num serviço de referência em IST, João Pessoa, Brasil, 2017

Variáveis						
Idade			Sexo			
			Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%
≤19	48	16,0	29	9,67	19	6,33
20-29	154	51,3	112	37,3	42	14,0
30-39	55	18,3	41	13,7	14	4,7
40-49	27	9,0	22	7,3	5	1,7
50-59	14	4,7	8	2,7	6	2,0
≥60	2	0,67	2	0,67	0	0

FONTE: Dados do CTA do ano de 2017

Em relação às IST diagnosticadas no período, tiveram 129 (40,06%) casos de HPV, 87 (27,02%) casos de uretrite, 59 (18,32%) casos de sífilis latente tardia, 41 (12,73%) casos de úlceras genitais, 14 (4,35%) casos de sífilis secundária e 2 (0,62%) casos de vulvovaginites por tricomoníase. O somatório dos diagnósticos IST é superior ao número de prontuários analisados, uma vez que o mesmo paciente pode ter sido diagnosticado com mais de uma IST.

A IST mais prevalente nas mulheres foi o HPV com 56 (60,2%) casos, dos quais, três casos são de coinfectados sendo um com teste rápido para hepatite B, um com sífilis latente tardia e o outro com cervicite. Em seguida, sífilis latente tardia com 15 (16,2%) sendo três casos coinfectados, uma mencionado anteriormente, e os demais corresponde a cervicite e um caso de HCV positivo; 3 (3,22%) casos de sífilis secundária; úlceras genitais com 11 (11,82%) dos casos sendo 7 de úlceras por herpes genital, um concomitante com vulvovaginite por tricomoníase, e 4 por sífilis primária sendo um diagnóstico simultâneo ao de teste rápido reagente para hepatite B. Os demais correspondem a 8(8,6%) casos de cervicite e um diagnóstico de HIV dado posteriormente com a repetição do teste.

No que diz respeito ao diagnóstico de HPV, houve 73 (56,6%) casos em pacientes do sexo masculino e 56 (43,4%) casos do sexo feminino. Ademais, a faixa etária com maior número de casos de HPV foi de 20 a 29 com 68 (56,2%), em seguida, ≤19 anos com 24 (19,8%) casos; 30 a 39 anos com 16 (13,2%) casos; 40 a 49 anos com 9 (7,43%) casos; 50 a 59 anos com 4 (3,3%) casos; sem registro de casos nos maiores de 60 anos e para 6,2% (8) dos casos diagnosticados não havia registro da idade.

O Ministério da Saúde desde 2014, recomenda a vacina quadrivalente contra HPV tipos 6 e 11, e 16 e 18 (de alto risco oncogênico) para meninas de 9 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos, constituída de duas doses (0 e 6 meses). O HPV pode causar desde a infertilidade a neoplasias anal intraepitelial e cervical (BRASIL,2018). Um estudo analisou a eficácia da vacina quadrivalente contra a neoplasia anal intraepitelial com a infecção pelo HPV-6,11,16 e 18 em homens que fazem sexo com homens e concluiu que o uso da vacina do HPV quadrivalente reduziu as taxas de neoplasia intraepitelial anal, inclusive de grau 2 ou 3, entre homens que fazem sexo com homens (Palefsky et. al, 2011).

Quanto a localização das lesões do HPV, foram diagnosticados 35 (10,87%) casos na região vulvovaginal, 30 (9,32%) casos na região do pênis, 20 (6,21%) casos na região perianal, 21 (6,52%) casos sem registro no prontuário da região afetada pelo HPV e 24 (18,6%) casos correspondentes às regiões escrotal, pubiana e outros (TABELA 3).

Tabela 3. Principais regiões acometidas por HPV e causas de úlceras genitais num serviço de referência em IST, João Pessoa, Brasil, 2017.

Variáveis	N	%
Regiões acometidas por HPV		
Pênis	30	9,32
Perianal	20	6,21
Vulvovaginal	35	10,87
Escrotal		
Pubiana	23	18,6
Outros		
Ignorado	21	6,52
Causas de úlceras genitais		
Cancro mole	5	1,55
Herpes genital	22	6,83
Sífilis primária	14	4,35

FONTE: Dados do CTA do ano de 2017

Quanto às úlceras genitais, tiveram 41 casos no total, sendo 22 (53,7%) casos causados por herpes genital, 14 (34,1%) casos de sífilis primária e 5 (12,2%) casos de cancro mole.

Foram identificados a realização dos testes rápidos de HIV, sífilis, hepatites B e C nos prontuários, 242 (75,16%), 208 (64,6%), 228 (70,81%), 189 (58,7%) indivíduos, respectivamente. Na tabela 4 temos a distribuição dos testes rápidos considerando os resultados, por meio da qual observou-se que 74,22% (n=239) dos indivíduos que realizaram o teste rápido para HIV o resultado foi negativo, 57,45% (n=185) dos teste anti-HCV foram não reagentes, seguidos de 68,94% (n=222) e 45,03% (n=145) dos teste rápidos com resultados não reagente de hepatite B e sífilis, respectivamente.

Tabela 4. Distribuição dos testes rápidos num serviço de referência em IST, João Pessoa, Brasil, 2017.

Testes Rápidos	N	%
anti-HIV		
Reagente	3	0,93%
Não reagente	239	74,22%
Não realizado/ignorado	80	24,84%
anti-HCV		
Reagente	4	1,24%
Não reagente	185	57,45%
Não realizado/ignorado	133	41,30%
HbsAg		
Reagente	6	1,86%
Não reagente	222	68,94%
Não realizado/ignorado	94	29,19%
Sífilis		

Reagente	63	19,53%
Não reagente	145	45,03%
Não realizado/ignorado	114	35,40%

FONTE: Dados do CTA do ano de 2017

Com relação aos resultados positivos dos testes rápidos, foi identificado concomitância com o diagnóstico de outras IST nos seguintes casos: um caso de teste rápido positivo para HIV concomitante ao diagnóstico de uretrite e um caso com testes rápidos reagentes de HIV, hepatites B e C associado ao diagnóstico de HPV. Outro paciente apresentou testes rápidos de Hepatites B e C reagente e teve o diagnóstico de sífilis latente tardia, apresentando VDRL de 1/2; um caso de teste rápido para hepatite C e sífilis latente tardia simultâneos; dois casos de concomitância hepatite B e sífilis primária e um de hepatite B e HPV.

Os resultados desse estudo mostram que o HPV foi a IST mais prevalente entre os pacientes atendidos no serviço de referência de IST. A maioria dos pacientes acometidos por essa IST eram do sexo masculino e a faixa etária com mais indivíduo acometidos é a de 20 a 29 anos. Essa faixa etária descrita também é a mais acometida por outras IST como evidenciado no Boletim epidemiológico de sífilis de 2018 nos casos de sífilis adquirida.

O estudo mostrou que entre os sexos o masculino teve o maior número de casos de HPV com localização das lesões na região anal. Um estudo nacional com base em dados da Pesquisa Nacional de Prevalência do Papilomavírus Humano sobre o comportamento sexual em toda a transição para a vida adulta e IST mostrou que há uma grande diferença comportamento sexual entre os gêneros. A maioria dos homens relataram um início precoce da atividade sexual, maior número de parceiros, e práticas sexuais com diferentes posições quando comparado às mulheres. A pesquisa concluiu que os homens, o número de parceiros sexuais no último ano (APR 1.02, 95% IC 1.01–1.04), não tendo sexo vaginal (3.25 ABR, 95% CI 1.78–5.92) e experiência sexual com alguém do mesmo sexo (APR 4,05, 95% CI, 2,88–5,70) foi associado com uma maior presença de ISTs (Wendland. Et al, 2017).

Não houve nenhum caso de HPV coinfectado com herpes genital ou cancro mole. Estudos apontam que, isto pode ocorrer porque os patógenos causadores dessas infecções causam inflamação local e podem contribuir para a progressão do HPV e lesão cervical (Amorim Et al, 2017; Britto Et al,2018)

A segunda IST mais prevalente no estudo foi a uretrite, corroborando com a estatística global realizada pela OMS em 2012 (Bazzo. Et al,2018). Os agentes etiológicos

mais frequentes das uretrites são a *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis* (Brasil,2018).

Quando a *N. gonorrhoeae* atinge a população masculina os sintomas são do trato urinário inferior atribuídos a uretrite, proctite ou prostatite com liberação de secreção mucopurulenta uretral associada. Isto também é observado nos homens acometidos por clamídia, no entanto o corrimento uretral apresentado é claro ou branco. Ambos os agentes etiológicos podem ocasionar a doença inflamatória pélvica na mulher, podendo gerar complicações graves como a infertilidade (Siracusano,2014; Brasil,2015)

O fato da uretrite ser a segunda IST mais prevalente no serviço atenta para o fato preocupante mundial da resistência da *Neisseria gonorrhoeae* a determinados antibióticos (European Centre for Disease Prevention and Control, 2018). Essa resistência também é relatada em outros estudos como o aumento de 18,6% na resistência do patógeno supracitado em 2016 nos Estados Unidos (Blank. Et al, 2018). De forma semelhante, um estudo nacional de 2015-16 revelou uma alta resistência da *N. gonorrhoeae* à penicilina, à tetraciclina e ao ciprofloxacino nos anos (Bazzo. Et al, 2018).

O tratamento de escolha para a infecção gonocócica anogenital não complicada é com ceftriaxona. Ciprofloxacino não é mais a droga indicada no tratamento da gonorreia devido à detecção de resistência bacteriana. A infecção por clamídia pode ser tratada com azitromicina, amoxicilina ou doxiciclina; esse último antimicrobiano não deve ser prescrito para gestantes (Siracusano,2014; Unemo,2014; Brasil,2015).

A sífilis foi a terceira IST com maior número de casos. O boletim epidemiológico de sífilis de 2018 apresentou, as doze capitais que apresentaram taxa de detecção de sífilis adquirida mais elevada que a nacional (58,1/100 mil habitantes) em 2017 e João Pessoa estava entre elas com a taxa de detecção de 58,6/100 mil habitantes (Brasil,2018).

A maioria das pessoas com sífilis são assintomáticas. O que pode gerar atraso no diagnóstico uma vez que quando produz sintomas são pouco valorizados pelo indivíduo acometido. A doença pode acometer mulheres gestantes e gerar consequências como sífilis congênita, prematuridade e abortamento (BRASIL,2018). O Boletim de sífilis de 2018 revelou, um aumento de 28,4% do número de casos de sífilis em gestantes no ano de 2017 em relação ao ano de 2016 (BRASIL,2018).

Quanto aos testes rápidos, os pacientes que buscam atendimento médico no serviço de referência de IST são orientados a realizarem os testes para HIV, hepatites B e C e sífilis. Se os testes rápidos para hepatite B ou C forem reagentes, são solicitadas as sorologias

específicas para esclarecimento do diagnóstico e, em seguida, quantificação de carga viral para os vírus das hepatites B ou C. No caso do testes rápido de sífilis reagente, o paciente é direcionado para coleta de sangue para realização do VDRL qualitativo, quantitativo e Teste treponêmico. Nesse estudo foi possível identificar seis pacientes com testes reagentes para hepatite B e 4 reagentes para hepatite C. Entre os pacientes com teste rápido reagente para hepatite B cinco eram de indivíduos na faixa etária de 20 a 29 anos e o outro não havia registro da idade no prontuário. Dentre os quatro resultados de teste positivos para hepatite C, dois pacientes tinham mais de 50 anos.

Dados do boletim epidemiológico de hepatites de 2018 corroboram com os resultados mencionados sobre os testes. Segundo dados do Ministério da Saúde de 2018, a distribuição dos casos detectados de hepatite B segundo faixa etária e sexo mostra que, do total de casos acumulados de 2007 a 2017, a maioria se concentrou entre indivíduos de 25 a 39 anos (38,3% dos casos). Do total de casos de hepatite B notificados de 1999 a 2017, 118.820 (54,4%) ocorreram entre homens.

Com relação a hepatite C, dados do boletim epidemiológico de hepatites de 2018, revelou que em todo o período, 2007 a 2017, observou-se que os casos notificados de hepatite C ocorreram, em sua maioria, na faixa etária acima de 60 anos (20%); e quanto a análise estratificada por sexo, essa tendência também é observada em ambos os sexos. Em 2017, as maiores taxas de detecção foram observadas, em ambos os sexos, na faixa etária de 55 a 59 anos.

No centro de referência estudado, o teste rápido de HIV obteve o maior número de registro em campo no serviço de referência em IST. Por meio dos testes rápidos, foi visto que havia um indivíduo na faixa etária de 20 a 29 anos com os três testes positivos (HIV e Hepatites B e C). O nordeste não é a região com maior número de coinfeções de hepatite B e C e HIV; ademais, em 2017, houve uma diminuição para 7,7% dos casos de hepatite coinfectados com HIV. Isto pode ter ocorrido pela mudança nos critérios de notificação de hepatite C que ocorreu em 2015, bastando ter apenas um marcador anti-HCV e/ou HCV-RNA reagentes para notificar, o que pode ter gerado uma vigilância maior dos casos detectados (Brasil,2018).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que os pacientes atendidos no serviço de referência em IST são maioria jovens e do sexo masculino. A infecção pelo HPV foi a mais prevalente entre os homens e mulheres. Não havendo casos de HPV em indivíduos com sessenta anos ou mais.

A descrição dos dados clínicos epidemiológicos dos pacientes atendidos no serviço de referência em IST pode contribuir para campanhas de conscientização da população sobre as ISTs e intervenções, seja no âmbito do município de João Pessoa, ou até mesmo do estado da Paraíba, contribuindo para melhoria da saúde da população.

Ademais, os dados expostos poderão servir de base para melhorar o fluxo do serviço em questão, de forma a ofertar vacinação de hepatite B para os pacientes não vacinados bem como exames complementares para aqueles com resultado de teste rápido dessa enfermidade reagente e uma melhor investigação de outras ISTs quando o indivíduo é diagnosticado. Além da elaboração de um fluxograma para o acompanhamento de mulheres acometidas pelo HPV para rastreamento do câncer de colo de útero.

Houve um número significativo de não preenchimento dos campos de data de nascimento e de testes rápidos o que limitou a coleta de dados. É possível que os testes rápidos não registrados tenham sido realizados uma vez que é protocolo do serviço a realização dos testes antes do atendimento médico.

REFERÊNCIAS

ALIX, Maria Leite Araújo et al. Doenças sexualmente transmissíveis atendidas em unidade primária de saúde no Nordeste do Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, p. 347-353, dez.2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/?IsisScript=iah/iah.xis&base=article%5Edlibrary&format=iso.pft&lang=p&nextAction=lnk&indexSearch=AU&exprSearch=CAVALCANTE,+ELANI+GRACA+FERREIRA>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

Bazzo, M. L., Golfetto, L., Gaspar, P. C., Pires, A. F., Ramos, M. C., Franchini, M. (2018). First nationwide antimicrobial susceptibility surveillance for *Neisseria gonorrhoeae* in Brazil, 2015–16. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 73(7), 1854–1861. doi:10.1093/jac/dky090. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29635367>> . Acesso em: 30 mar. 2019

BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) 2015. Brasília; 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/profissionais-de-saude/hiv/protocolos-clinicos-e-manuais>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BURLAMAQUI, João Cesar Frizzo et al. Human Papillomavirus and students in Brazil: an assessment of knowledge of a common infection --- preliminary report. *Brazilian Journal of OTORHINOLARYNGOLOGY*, [S.l.], 02 fev. 2018. Elsevier, p. 6. Disponível em: <<http://backup.scihub.tw/5182/537d5024edfad030179ad801bf43f725/burlamaqui2016.pdf#view=FitH>>. Acesso em: 13 set. 2018.

Blanck, Susan et al. *Neisseria gonorrhoeae* — Rising Infection Rates, Dwindling Treatment Options. 8 nov, 2018. *The New England Journal of Medicine*. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1812269>>. Acesso em: Fev. 2019.

BRITTO, Alan Messala A. et al . Detection of sexually transmitted infections at a Brazilian gynecology center: high prevalence of co-infections. *J. Bras. Patol. Med. Lab.*, Rio de Janeiro, v. 54, n. 6, p. 393-400, Dec. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-24442018000600393&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Mar 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-2444.20180060>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do

HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C e Coinfecções. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CDC- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2017. 2017. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/std/stats17/msm.htm>>. Acesso em: 13 set. 2018

SIRACUSANO, Salvatore; SILVESTRI, Tommaso; CASOTTO, Daniela. Sexually Transmitted Diseases: Epidemiological and Clinical Aspects in Adults. Urologia Journal, [S.l.], 14 nov. 2014. SAGE journals, p. 10. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.5301/uro.5000101?journalCode=urja>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

UNEMO, Magnus; SHAFER William M. Antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae in the 21st century: past, evolution, and future. Clinical microbiology reviews vol. 27 (3).2014. p. 587-613. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4135894/>>. Acesso em: 8 ago.2018

World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021.2016.64p.Disponível em:<<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246296/WHO-RHR-16.09-eng.pdf;jsessionid=A8D104FED23F9AC2079785E124E0F4D5?sequence=1>>.Acesso em:10 ago.2018

World Health Organization. Report on global sexually transmitted infection surveillance. 2015.62p.Disponível em:<<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249553/9789241565301-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em:22 ago.2018

4 APÊNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO:		CODIFICAÇÃO
1.2	Código de identificação do paciente*: _ _ _ _ _	CIP _ _ _ _ _
1.3	Data da Coleta de Dados (DCD): ___/___/___	DCD ___/___/___
1.4	Iniciais do Coletador (IC): _____	IC _ _ _ _ _ _ _

2. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO: (8=não sabe) (9=não se aplica)		
2.1	Data de nascimento (DNASC): _/_/___	DNASC ___/___/___
2.2	momento do diagnóstico (EM ANOS COMPLETOS): _____	IDA __
2.3	lógico (SEX): _____ 1- Masculino 2- Feminino	SEX __

3. PERFIL CLÍNICO (8=não sabe) (9=não se aplica)		CODIFICAÇÃO
3.0	Úlceras genitais _____ 1.Não 2. Sim	UG __
Se SIM no item 3.0, responda os itens relacionados ao item 3.0.		
3.1.1	Sífilis _____ 1.Não 2. Sim	SIF __
3.1.2	Herpes _____ 1.Não 2.Sim	HPS __
3.1.3	Cancroide _____ 1.Não 2.Sim	CANC __
3.2	Vulvovaginites _____ 1.Não 2.Sim	VVT __
Se SIM no item 3.2, responda o item 3.2.1.		

3.2.1	Tricomoníase _____ 1.Não 2.Sim	TRICO __
3.3	Sífilis _____ 1.Não 2. Secundária 3. Terciária 4. Latente	SIF __
3.3.1	Se SIM no item 3.1.1 ou 3.3, responda se foram realizados o VDRL qualitativo e quantitativo sérico com o seu respectivo valor do VDRL: _____	
3.3.2	Teste rápido para sífilis _____ 1. Negativo 2. Reagente 3. Não realizado	TRSS __
3.3.3	Valor sérico do VDRL quantitativo _____	VDRL _____
3.3.4	Teste treponêmico _____ 1. Negativo 2. Reagente 3. Não realizado	TRE __
3.4	HPV _____ 1.Não 2.Sim	HPV __
3.4.1	Se SIM no item 3.4, responda a pergunta abaixo Localização das lesões do HPV _____ 1. Pênis 2. Perianal 3. Escrotal 4. Pubiana 5. Vulvovaginal 6. Outros	RHPV __
3.5	Uretrite _____ 1.Não 2.Sim	URT __

5. FATORES LABORATORIAIS (8=não sabe) (9=não se aplica)		CODIFICAÇÃO
4.0	HIV _____ 1. Não reagente 2. Reagente 3. Não realizado	RESULTADO _____
5.0	HEPATITE B (HBsAg)	RESULTADO _____

	_____ 1. Não reagente 2. Reagente 3. Não realizado	
6.0	HEPATITE C (HCV) _____ 1. Não reagente 2. Reagente 3. Não realizado	RESULTADO _____

*O código interno de identificação do paciente não tem relação com o número do prontuário ou com o nome do paciente sendo definido pelo pesquisador apenas para organização durante a coleta dos dados.