



Estratégias de notificação de parceiros sexuais de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis: ensaio clínico randomizado*

Strategies for notifying sexual partners of people with sexually transmitted infections: a randomized clinical trial

Estrategias para reportar parejas sexuales de personas con enfermedades de transmisión sexual: ensayo clínico randomizado

Como citar este artigo:

Cavalcante EGF, Galvão MTG, Lima ICV, Almeida PC. Strategies for notifying sexual partners of people with sexually transmitted infections: a randomized clinical trial. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03648. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019010103648>

-  Elani Graça Ferreira Cavalcante¹
-  Marli Teresinha Gimeniz Galvão¹
-  Ivana Cristina Vieira de Lima¹
-  Paulo César de Almeida²

* Extraído da tese: “Efetividade de estratégias de notificação de parceiros sexuais de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis”, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2019.

¹ Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, CE, Brasil.

² Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, CE, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To compare the effectiveness of verbal communication and communication by card in getting sexual partners of people with sexually transmitted infections to attend a health service and the factors associated with the success of these types of communication. **Method:** Clinical, controlled, and randomized study, whose intervention was offering a reporting card for index patients to hand to their sexual partners. **Results:** The sample was 189 index patients, 94 of whom were in the control group, and verbally invited their sexual partners to receive care, and 95 were allocated to the intervention group, and took their partner's reporting card to their partners as a way to invite them to receive care. The percentage of partners invited by card who came to the service was 52.6%, in contrast with 43.6% among partners who were invited verbally, but no significant statistical difference was found ($p=0.215$). The factors associated with failure to convince partners to come to the service were: not living with the partner ($p=0.0001$); not having a steady partner ($p=0.0001$); having casual partners ($p=0.028$); and using condoms with a steady partner ($p=0.045$). The infection type did not influence the studied partners' visits to the service. **Conclusion:** Given the failure to achieve effectiveness when applying the reporting by card, the authors recommend another card model containing information for partners to be used in combination with other methods. Brazilian Clinical Trials Registry: RBR-7jp5mr.

DESCRIPTORS

Contact Tracing; Sexually Transmitted Diseases; Sexual Partners; Public Health Nursing.

Autor correspondente:

Elani Graça Ferreira Cavalcante
Rua República do Líbano, 992, Meireles
CEP 60160-140 – Fortaleza, CE, Brasil
elanigfc@gmail.com

Recebido: 15/04/2019
Aprovado: 06/02/2020

INTRODUÇÃO

Notificação de Parceiro (NP) é uma ação que beneficia os parceiros sexuais de um paciente-índice (pessoa com Infecção Sexualmente Transmissível - IST) ao acessar a unidade de saúde com o objetivo de que sejam informados de sua exposição, com oferta de exames de diagnóstico, tratamento e/ou profilaxia, quando necessário⁽¹⁾. Constitui uma das principais estratégias de prevenção das ISTs nos países desenvolvidos da América do Norte e da Europa, com esforços para ser uma prática incorporada ao atendimento e um contínuo empenho na utilização de diferentes métodos de notificação, para facilitar o acesso dos contatos sexuais de pacientes-índices⁽²⁻³⁾.

Um estudo de revisão sistemática mostrou a relevância da NP, especialmente pela elevada frequência de diagnóstico de HIV em parceiros de pacientes-índices com essa doença⁽⁴⁾. Outra pesquisa reafirma essa importância, sobretudo nos casos de parceiros discordantes, pelo fato de a oferta de profilaxia a parceiros soronegativos ser uma estratégia eficaz para evitar a transmissão⁽⁵⁾.

Em geral, são utilizados três métodos de NP. O primeiro denomina-se NP pelo paciente-índice, quando ele 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 um acordo no qual, em um curto período de tempo, o paciente-índice deverá informar e encaminhar os parceiros sexuais ao serviço de aconselhamento. Não conseguindo sucesso nessa ação, o profissional intervém, mantendo o sigilo das informações. No terceiro método a NP é realizada pelo profissional, que realiza diretamente o contato com o parceiro sexual, mantendo o anonimato do paciente-índice^(3,6-7).

Entre as dificuldades de implementação da NP, ressaltam-se barreiras estruturais, aconselhamento deficiente, conhecimento insuficiente dos profissionais, 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 ISTs⁽⁸⁻¹⁰⁾.

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 sobre como essa ação pode ser desenvolvida pelos profissionais de saúde⁽⁸⁻⁹⁾.

Considerando o método no qual o próprio paciente-índice é responsável por notificar as parcerias sexuais, no Brasil, 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, o paciente-índice recebe do profissional um cartão de NP para entregar ao(s) parceiro(s). O parceiro pode comparecer à unidade de saúde com o cartão, sem que seja necessária a presença do paciente-índice. 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 ou outros meios de comunicação

(telefônico e/ou eletrônico, ou redes sociais) que garantam a confidencialidade da informação⁽⁶⁾.

Na literatura brasileira, há escassez de detalhamento sobre como a NP é realizada, sobretudo por meio de cartão de notificação de parceiros⁽⁸⁻⁹⁾. 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 contidos no cartão possibilitam ao profissional saber os motivos que geraram a notificação sem haver mais indagações⁽⁶⁾. Além disso, o cartão possibilita ao profissional identificar o parceiro do paciente-índice para ser prontamente atendido, respeitando o sigilo e a confidencialidade das informações de quem gerou a notificação.

Estudos com esse enfoque poderão fornecer subsídios para indicação da melhor maneira de desenvolver a notificação de parceiros, objetivando auxiliar os profissionais na perspectiva de facilitar o acesso aos contatos sexuais de pessoas com IST, na Rede de Atenção à Saúde. Ademais, ressalta-se que a maioria dos estudos de NP contempla realidades existentes em outros países⁽⁵⁾. Face ao exposto, o presente estudo tem como objetivo comparar a efetividade da comunicação verbal e por cartão no comparecimento de parceiros sexuais de pessoas com infecção sexualmente transmissíveis com fatores associados ao seu êxito.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um ensaio clínico controlado randomizado.

CENÁRIO

Foi realizado de agosto de 2016 a julho de 2017, em um serviço de referência para infecções sexualmente transmissíveis localizado em Fortaleza-Ceará. Além do atendimento de casos referenciados da atenção primária, o serviço dispõe de medicamentos necessários para o tratamento e desenvolve um conjunto de ações complementares, tais como aconselhamento, oferta de testagens rápidas de anti-HIV, sífilis, hepatites B e C, e de coleta 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⁽⁶⁾. Para esse atendimento, dispõe de uma equipe formada por quatro enfermeiras, dois médicos, um psicólogo, duas bioquímicas, um farmacêutico, dois técnicos de laboratório, três auxiliares de enfermagem, um assistente social.

POPULAÇÃO

Fizeram parte do estudo todos os pacientes diagnosticados com uma IST (clínicamente, por testes sorológicos ou laboratoriais) durante 11 meses consecutivos, correspondendo ao tempo que foi necessário para completar o cálculo amostral de cada grupo. 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⁽⁶⁾.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os critérios de inclusão foram: 1. Pessoas com idade ≥ 18 anos, com diagnóstico sorológico ou laboratorial de IST, hepatites B e C e/ou com síndrome associada a IST (úlceras genitais, corrimento uretral, verrugas genitais, DIP), diagnosticados durante atendimento realizado na unidade de saúde, denominados pacientes-índices, que possuíssem parceiros sexuais a serem notificados⁽⁶⁾, 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 casual o contato sexual com pessoa sem vínculo de proximidade e/ou de afetividade, sem intenção de ter novo encontro sexual.

Considerou-se como critérios de exclusão pacientes-índices que não concordassem em notificar seus contatos sexuais ou não aceitassem encaminhá-los 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 ISTs⁽¹¹⁾.

INTERVENÇÃO

O estudo foi composto de dois grupos assim definidos: a) Grupo Intervenção (GI) – formado por pessoas com IST que levaram o cartão de notificação ao parceiro sexual como forma de convite para atendimento; b) Grupo Controle (GC) – formado por pessoas com IST que convidaram verbalmente o parceiro sexual para procurar atendimento. Os pacientes alocados no GC 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 o comparecimento 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.

Foi empregado o cartão de NP proposto pelo Ministério da Saúde⁽⁶⁾. A primeira parte do cartão (Parte A) apresenta o nome da unidade de saúde e é de uso restrito do profissional que realizou a notificação. A segunda (Parte B) é destinada ao paciente para entregar aos seus contatos sexuais. Tanto a parte A como a B têm a mesma numeração e serão unidas quando ocorrer a vinda dos contatados. 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⁽⁶⁾. 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.

COLETA DE DADOS

Não houve rigor em relação ao agendamento prévio de dia e hora para o contatado comparecer à unidade, por ser garantido ao usuário desse cartão um atendimento prioritário no serviço. Desse modo, à medida que ocorreu a procura do serviço pela pessoa notificada (sem precisar o tempo), conferiu-se como concluída a notificação do parceiro.

Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário elaborado pela pesquisadora para obter informações dos pacientes-índices, 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*, orientação 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 (IST principal do paciente-índice que originou sua vinda à unidade), forma de diagnóstico para IST 1; tipo de IST 2 (segundo tipo de IST identificado em um mesmo paciente-índice), forma de diagnóstico para IST 2; e tipo de IST 3 (terceiro tipo de IST identificado no mesmo paciente que originou a vinda do parceiro).

CÁLCULO AMOSTRAL

Para cálculo da amostra, foi utilizada a fórmula para estudos com grupos comparativos⁽¹²⁾, 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%, consequentemente $Z\alpha = 1,96$); β - $Z\beta$ = Poder ($\beta = 20\%$; $Z\beta = 0,84$); 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%⁽¹³⁻¹⁴⁾. 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. Após o recrutamento, a amostra final foi constituída de 189 participantes, sendo 94 do grupo controle e 95 do grupo intervenção (Figura 1).

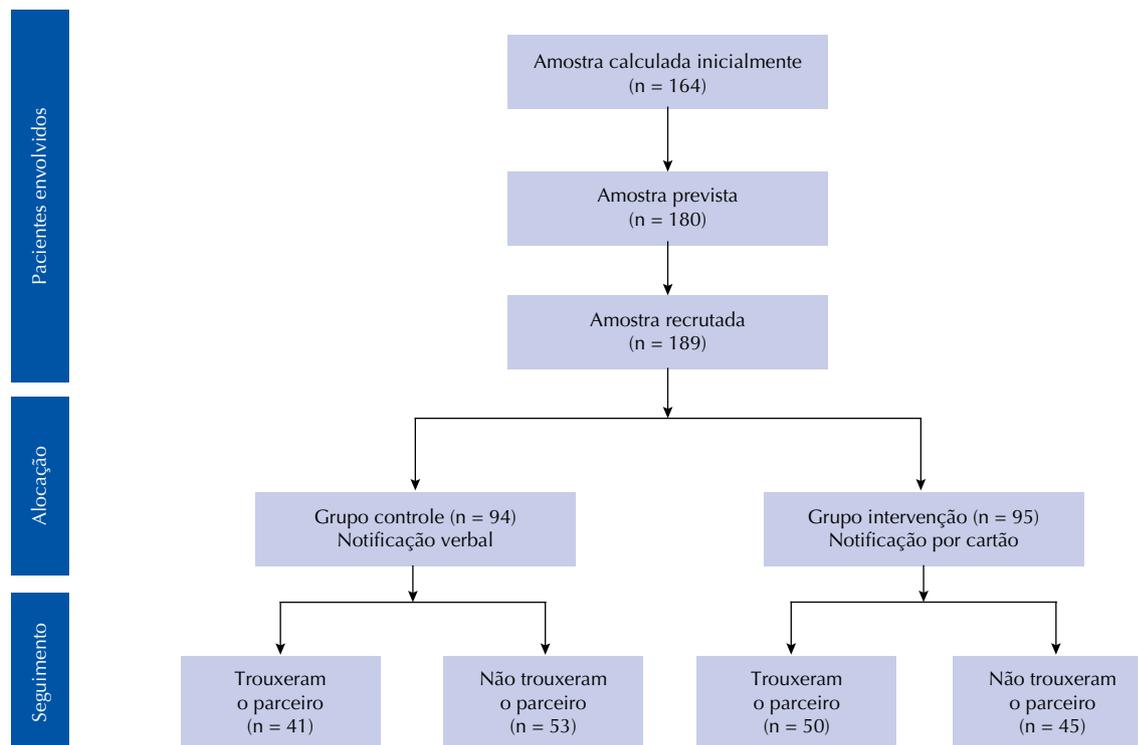


Figura 1 – Fluxograma do recrutamento e seguimento dos participantes – Fortaleza, CE, Brasil, 2018.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados quantitativos foram inseridos em planilha do Excel e transferidos para o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 20.0, n° de licença 10101131007, onde foram processados. 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 parceiro?” As demais variáveis foram elencadas como independentes. A associação entre variáveis categóricas foi realizada pelo teste qui-quadrado de Pearson, sendo calculado o valor da *Odds Ratio* (OR) e o intervalo de confiança (IC) de 95%. Foram consideradas estatisticamente significantes as análises com $p < 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob Parecer N°.

1.482.593, de 2016, e seguiu as recomendações éticas da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi registrada no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos, sob o identificador RBR-7jp5mr.

RESULTADOS

Em relação ao tipo de notificação, 94 pacientes-índices realizaram a notificação verbal (grupo controle) e 95 pacientes-índices realizaram a notificação por cartão (grupo intervenção). Dentre os pacientes que realizaram NP por cartão, o percentual de comparecimento do parceiro ao serviço de saúde foi de 52,6% (n=50), enquanto, entre aqueles que fizeram a NP verbal, esse percentual foi de 43,6% (n=41). Porém, não houve diferença estatisticamente significativa entre os tipos de NP 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, CE, Brasil, 2018.

Tipo de notificação de parceiro	Trouxe parceiro?				Total		OR	IC 95%	p*
	Não		Sim		N°	%			
	N°	%	N°	%					
Notificação verbal	53	56,4	41	43,6	94	49,7	1,43	0,81-2,54	0,215
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.

Considerando os 189 pacientes-índices que participaram do estudo, independentemente dos tipos de NP adotados, a análise da correlação com outros fatores que poderiam estar associados ao êxito ou falha no comparecimento de suas parcerias sexuais resultou na identificação de alguns aspectos importantes os quais serão explicitados a seguir.

Dentre as características sociodemográficas e os hábitos de saúde do paciente-índice, a única que mostrou associação estatisticamente significativa com o não êxito no comparecimento do parceiro para o atendimento foi o fato de não residir com o parceiro ($p=0,0001$; IC 95%=1,90-6,76), o que aumentou em 3,58 vezes as chances de o paciente-índice não trazer o parceiro (Tabela 2).

Acerca da associação entre os dados comportamentos sexuais e o comparecimento do parceiro ao serviço,

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 não o trazer à unidade de saúde é 2,35 vezes maior do que entre aqueles que não têm esse tipo de relacionamento. Além disso, a chance de os pacientes-índices que usam preservativo sempre/às vezes com parceiro estável de não o trazer ao serviço é 1,97 vez maior em comparação com aqueles que não usam preservativo (Tabela 3).

Tabela 2 – Variáveis sociodemográficas e de hábitos de saúde de pacientes-índices segundo comparecimento de parcerias sexuais à unidade de saúde – Fortaleza, CE, Brasil, 2018

Características	Trouxe parceiros?				Total		OR	IC 95%	p*
	Não		Sim		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)									0,0001
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	0,319
>1/2	30	46,2	35	53,8	65	34,0	0,76	0,41-1,42	0,395
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

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

Comportamento sexual	Trouxe parceiros				Total		OR	(IC 95%)	p*
	Não		Sim		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 de 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

Quando ao diagnóstico de IST no paciente-índice, identificou-se maior prevalência de sífilis (49,2%) entre as ISTs principais dos pacientes-índices que originaram a vinda do parceiro (IST 1) 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 realizada foi por meio do teste rápido ou laboratorial (70,6%). Contudo, a análise bivariada, considerando as ISTs 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 IST 2 – 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 apontaram 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 IST 1, IST 2 e IST 3 dos pacientes-índices conforme o comparecimento de parceiros sexuais na unidade de saúde – Fortaleza, CE, Brasil, 2018.

Tipos de diagnósticos	Trouxe parceiros?				Total		OR	(IC 95%)	p*
	Não		Sim		N	%			
	N	%	N	%					
IST principal (IST 1) de pacientes-índices									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 ISTs	48	53,3	42	46,7	90	47,6			

continua...

...continuação

Tipos de diagnósticos	Trouxe parceiros?				Total		OR	(IC 95%)	p*
	Não		Sim		N	%			
	N	%	N	%					
Para IST 1, forma de diagnóstico									0,597
Teste rápido ou laboratorial	49	50,0	49	50,0	98	52,0	0,86	0,48-1,51	
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	0,87-6,46	
Sindrômico	2	40,0	3	60,0	5	29,4	1		

*Teste qui-quadrado de Pearson

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

DISCUSSÃO

O estudo não apontou diferença significativa no sucesso de comparecimento de parceiros entre os tipos de NP verbal ou mediante cartão, o que corrobora resultados de outras pesquisas internacionais^(5,15). Diante disso, destaca-se a importância de os programas de IST introduzirem um modelo de cartão com conteúdos informativos que poderia ser utilizado como ferramenta de apoio a outras formas de NP e ao aconselhamento⁽⁵⁾.

Evidenciou-se também, neste estudo, a ocorrência de falhas no êxito da ação, em ambas as situações, uma vez que menos da metade dos parceiros acessou a unidade de saúde, resultado semelhante ao encontrado em outras pesquisas⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Mesmo sendo viável a utilização da modalidade de NP por cartão, estratégias adicionais podem ser utilizadas para aumentar a proporção dos contatados expostos e superar as barreiras de comunicação⁽¹⁵⁾, tais como: fornecer o tratamento para que o paciente entregue ao parceiro (no caso de ISTs curáveis)^(5,13); oferecer suporte adicional ao paciente-índice (busca ativa do profissional por telefone ou visita domiciliar)⁽¹⁸⁾; inserção de novas modalidades de comunicação baseadas nas estratégias de inserção da Internet ou de dispositivos de tecnologias móveis e aplicativos para NP^(12,19); uso de cartão eletrônico de notificação que pode ser usado em substituição ao cartão tradicional⁽⁵⁾.

No Brasil, apesar de desde 2015 ser recomendada a utilização de novas ferramentas tecnológicas para a comunicação de parceiros⁽⁶⁾, esforços são necessários pelo relato frequente dos profissionais da não disposição de outras alternativas de NP que não sejam centradas no próprio paciente, ou seja, ele mesmo assumir o compromisso de comunicar suas parcerias sexuais⁽⁸⁻⁹⁾.

Contudo, torna-se desafiador o incremento dessas novas tecnologias de NP nos serviços de saúde do Brasil (e-mail,

redes sociais, aplicativos via celular), pelas fragilidades relacionadas pelos profissionais à sua implementação decorrentes da ausência de capacitação técnica na área de IST e de instrução específica no manejo de parceiros, bem como tempo insuficiente, falta de clareza de como executar a NP e de apoio institucional inerentes à condução dos casos, sobretudo frente à inserção de novas modalidades de NP⁽⁸⁻⁹⁾. Assim, para obter avanços na NP, urge investimentos que envolvam ações de melhoria no processo de gestão e de infraestrutura dos serviços, com capacitação técnica dos profissionais de saúde no atendimento integral às pessoas com IST.

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 de sigilo e confidencialidade das informações das pessoas com IST e, sobretudo, a decisão do paciente⁽²⁰⁾.

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, somente os pacientes-índices não residirem com o parceiro apresentou maior chance 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⁽²¹⁾. A aproximação decorrente de quem vive junto facilita a comunicação aberta e a confiança nos relacionamentos consideradas como fatores que influenciam na decisão de notificar um parceiro⁽²²⁾.

Evidenciou-se, no estudo, a maior chance de não se trazerem parceiros de pacientes sem parcerias sexuais estáveis quando comparado com os(as) que afirmaram ter esse tipo de relacionamento. Da mesma forma, foi identificada maior

probabilidade de não se trazerem parceiros casuais do que os não casuais. Resultados semelhantes foram apontados em uma pesquisa sobre NP nos Estados Unidos na qual os pacientes que relataram parcerias sexuais casuais foram menos propensos a notificar parceiros⁽²³⁾, confirmando ser mais comum o sucesso, nessa ação, em casos de relacionamentos estáveis do que nos casuais⁽²⁴⁾.

Neste estudo, a análise mostrou uma chance maior de não comparecimento dos parceiros ao serviço entre os pacientes-índices que informaram uso de preservativos do que os que negaram totalmente o seu uso, corroborando outra pesquisa que identificou maior pretensão de notificar parceiros em pacientes que afirmaram não ter usado preservativos nas últimas relações sexuais do que entre aqueles que usaram⁽¹⁶⁾.

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 a forma como foram obtidos (sindrômico ou laboratorial ou mediante testagens rápidas), a análise não mostrou associação com nenhuma dessas variáveis, fato corroborado por outro estudo⁽²⁴⁾, apesar de serem apontados como fatores que podem interferir na decisão de pacientes na NP, sobretudo em relação ao HIV, pela natureza viral crônica da infecção e do forte estigma associado⁽²²⁾.

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⁽¹⁾.

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 sindrômica, ressalta-se ser oportuna a captação de parceiros de pacientes com sintomas associados às ISTs, 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^(1,21).

A limitação do estudo consistiu no reduzido tamanho amostral que afeta o poder de detectar associações estatísticas.

CONCLUSÃO

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, com recomendação de que os programas de IST desenvolvam um modelo de cartão com ênfase em mensagens informativas destinadas às parcerias sexuais.

No que diz respeito aos relacionamentos casuais, sugere-se a incorporação de novas tecnologias para captação de parceiros mediante uso de Internet ou mensagens de textos via celulares. A implementação dessas novas tecnologias envolve maior participação do profissional e empenho dos serviços em possibilitar recursos para a sua efetivação.

RESUMO

Objetivo: Comparar a efetividade da comunicação verbal e por cartão no comparecimento de parceiros sexuais de pessoas com infecções sexualmente transmissíveis com fatores associados ao seu êxito. **Método:** Ensaio clínico, controlado, randomizado, cuja intervenção consistiu no oferecimento de um cartão de notificação para os pacientes-índices entregarem aos seus parceiros. **Resultados:** A amostra foi de 189 pacientes-índices, 94 do grupo controle que convidaram verbalmente os parceiros sexuais para atendimento e 95 do grupo intervenção que levaram o cartão de notificação de parceiros como forma de convite para atendimento. Houve comparecimento de 52,6% dos parceiros convidados por cartão, e 43,6% dos convidados verbalmente, mas sem diferença estatística significativa ($p=0,215$). Os fatores associados ao não êxito no comparecimento de parceiros foram: não residir com o parceiro ($p=0,0001$), não ter parceiros fixos ($p=0,0001$), ter parceria casual ($p=0,028$) e usar preservativo com parceiro fixo ($p=0,045$). O tipo de infecção não influenciou a vinda do parceiro. **Conclusão:** Face à ausência de maior efetividade na notificação por cartão, recomenda-se outro modelo de cartão contendo informações destinadas a parceiros para ser usado combinado a outros métodos. Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos: RBR-7jp5mr.

DESCRITORES

Busca de Comunicante; Doenças Sexualmente Transmissíveis; Parceiros Sexuais; Enfermagem em Saúde Pública.

RESUMEN

Objetivo: Comparar efectividad de comunicación oral y por tarjeta en la comparecencia de parejas sexuales de personas con enfermedades de transmisión sexual y factores asociados a su éxito. **Método:** Ensayo clínico, controlado, randomizado, con participación consistente en entrega de tarjeta informativa para que los pacientes indicados entreguen a sus parejas. **Resultados:** Muestra de 189 pacientes indicados, 94 del grupo control, que invitaron verbalmente a sus parejas sexuales para atención, y 95 del grupo intervención, que entregaron tarjeta de reporte de parejas como medio de citación a su atención. Comparecieron 52,6% de las parejas invitadas vía tarjeta, y 43,6% de citados oralmente, sin diferencia estadísticamente significativa ($p=0,215$). Los factores asociados al fracaso de la comparecencia de parejas fueron: no residir con la pareja ($p=0,0001$), tener una relación casual ($p=0,028$) y utilizar preservativos con la pareja fija ($p=0,045$). El tipo de infección no influyó en la comparecencia de la pareja. **Conclusión:** Considerando carencia de mayor efectividad del reporte vía tarjeta, se recomienda otro modelo de la misma incluyendo información destinada a parejas para utilizarse combinada con otros métodos. Registro Brasileño de Ensayos Clínicos: RBR-7jp5mr.

DESCRIPTORES

Trazado de Contacto; Enfermedades de Transmisión Sexual; Parejas Sexuales; Enfermería en Salud Pública.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira A, Young T, Mathews C, Zunza M, Low N. Strategies for partner notification for sexually transmitted infections, including HIV. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(10): CD002843. DOI: 10.1002/14651858.CD002843.pub2
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Public health benefits of partner notification for sexually transmitted infections and HIV. Stockholm: ECDC; 2013.
3. Ward H, Bell G. Partner notification. *Medicine (Abingdon).* 2014;42(6):314-7. DOI: 10.1016/j.mpmed.2014.03.013
4. Dalal S, Johnson C, Fonner V, Kennedy CE, Siegfried N, Figueroa C, et al. Improving HIV test uptake and case finding with assisted partner notification services. *AIDS.* 2017;31(13):1867-76. DOI: 10.1097/QAD.0000000000001555
5. Hogben M, Collins D, Hoots B, O'Connor K. Partner Services in STD Prevention Programs: a review. *Sex Transm Dis.* 2016;43(1 Suppl):S53-62. DOI: 10.1097/QLD.0000000000000328
6. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2018 dez. 15]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines. Atlanta: CDC; 2015.
8. Cavalcante EGF, Miranda MCC, Carvalho AZFHT, Lima ICV, Galvão MTC. Notificação de parceiros sexuais com infecção sexualmente transmissível e percepções dos notificados. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(3):450-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400011>
9. Cavalcante EGF, Lima ICV, Pinheiro AKB, Miranda MCC, Galvão MTC. Dificuldades e facilidades para notificação de parceiros sexuais com infecções sexualmente transmissíveis. *Rev Rene.* 2017;18(2):250-6. DOI: 10.15253/2175-6783.2017000200015
10. Wood JM, Harries J, Kalichman M, Kalichman S, Nkoko K, Mathews C. Exploring motivation to notify and barriers to partner notification of sexually transmitted infections in South Africa: a qualitative study. *BMC Public Health.* 2018;18:980. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5909-4>
11. Duncan DB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013.
12. Udeagu CCN, Bocour A, Shah S, Ramos Y, Gutierrez R, Shepard CW. Bringing HIV partner services into the age of social media and mobile connectivity. *Sex Transm Dis.* 2014;41(10):631-6. DOI: 10.1097/OLQ.0000000000000181
13. Estcourt CS, Sutcliffe LJ, Copas A, Mercer CH, Roberts TE, Jackson LJ, 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.* 2015;91(8):548-54. DOI: 10.1136/sextrans-2014-051994
14. Tuneu MJ, Vallès X, Carnicer-Pont D, Barberá MJ, Godoy P, Avecilla-Palau A, 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.* 2013;18(27). pii:20516. DOI: <https://doi.org/10.2897/1560-7917.ES2013.18.27.20516>
15. Jekel JF, Elmore JG, Katz DL. Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
16. Kalichman SC, Mathews C, Kalichman M, Lurie MN, Dewing S. Perceived barriers to partner notification among sexually transmitted infection clinic patients, Cape Town, South Africa. *J Public Health (Oxf).* 2017;39(2):407-14. DOI: 10.1093/pubmed/fdw051
17. Plotkin M, Kahabuka C, Christensen A, Ochola D, Betron M, Njozi 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.* 2018;22(1):102-16. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1936-x>
18. Cherutich P, Golden MR, Wamuti B, Richardson BA, Ásbjörnsdóttir KH, Otieno FA, et al. Assisted partner services for HIV in Kenya: a cluster randomised controlled trial. *Lancet HIV.* 2017;4(2):e74-e82. DOI: 10.1016/S2352-3018(16)30214-4
19. Hightow-Weidman L, Beagle S, Pike E, Kuruc J, Leone P, Mobley V, 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.* 2014;41(2):143-8. DOI: 10.1097/OLQ.0000000000000087
20. Garcia de Olalla P, Molas E, Barberà MJ, Martín S, Arellano E, Gosch M, et al. Effectiveness of a pilot partner notification program for new HIV cases in Barcelona, Spain. *PLoS One.* 2015;10(4):e0121536. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0121536>
21. Clark JL, Perez-Brumer A, Salazar X. "Manejar la situación": partner notification, partner management, and conceptual frameworks for HIV/STI Control Among MSM in Peru. *AIDS Behav.* 2015;19(12):2245-54. DOI: 10.1007/S10461-015-1049-3
22. Clark JL, Perez-Brumer AG, Segura ER, Salvatierra HJ, Sanchez J, Lama JR. 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.* 2016; 11(9):e0163905. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163905>
23. Edelman EJ, Gordon KS, Hogben M, Crystal S, Bryant K, Justice AC, et al. Sexual partner notification of HIV infection among a national united states-based sample of HIV-infected men. *AIDS Behav.* 2014;18(10):1898-903. DOI: 10.1007/S10461-014-0799-7
24. Braun HM, Segura ER, Lake JE, Gandhi M, Rios J, Villaran MV, 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.* 2017;94(8):607-10. DOI: 10.1136/SEXTRANS-2017-053292



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.