

**JÊNIFER OLIVATTO DA SILVA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE HOMENS COM  
DIAGNÓSTICO DE HPV ATENDIDOS NO CENTRO DE  
TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DO DISTRITO  
FEDERAL**

BRASÍLIA, 2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIA DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**JÊNIFER OLIVATTO DA SILVA**

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE HOMENS COM  
DIAGNÓSTICO DE HPV ATENDIDOS NO CENTRO DE  
TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DO DISTRITO  
FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para  
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva  
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr. Mauro Niskier Sanchez

BRASÍLIA

2017

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIA DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. **MAURO NISKIER SANCHEZ**

Presidente

Universidade de Brasília – UNB

Prof. Dr. **WILDO NAVEGANTES DE ARAÚJO**

Membro Titular

Universidade de Brasília – UNB

Prof<sup>ª</sup>. Dra. **NATALIA C. ROMERO SANDOVAL**

Membro Titular

Universidad Internacional Del Ecuador – UIDE

Prof<sup>ª</sup>. Dra. **ELISABETH CARMEN DUARTE**

Membro Suplente

Universidade de Brasília -UNB

BRASÍLIA, 2017

## **AGRADECIMENTOS**

Cada jornada lembramos dos que caminharam junto conosco. E são estas pessoas que devo a minha gratidão.

Primeiro a Deus, porque desistir fez parte várias vezes dos meus pensamentos, e Ele me fortaleceu nestas horas.

Aos meus pais, que insistentemente sempre confiam naquilo que nunca consigo enxergar, meu potencial.

Aos meus amigos e hoje meus irmãos Cleber Alves e Fabiana Ganem, anjos que realmente me pegaram pela mão e me ensinaram a caminhar.

A dois amigos muito especiais que várias vezes me diziam “ a gente se espelha muito em você, portanto não desista”, Selma Gardy e Jefferson.

Ao professor Mauro, obrigada pela paciência, pelas orientações e pelo apoio.

Agradeço também a equipe do CTA-DF que foi compreensiva, prestativa e atenciosa.

E a todos que de alguma forma contribuíram de forma especial: Tamy Sodré, Thiago Amorim, Lisdy, Marina, Gilmar Decaria e Aparecida Murr.

*“Sou como você me vê. Posso ser leve  
como uma brisa, ou forte como uma  
ventania, depende de quando e como  
Me vê passar”.*

(Clarice Lispector)

## RESUMO

### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DE HOMENS COM HPV ATENDIDOS NO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DO DISTRITO FEDERAL**

O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) é um serviço estratégico para promoção da saúde, prevenção, diagnóstico rápido e tratamento de HIV, sífilis, hepatite B e C e, outras infecções sexualmente transmissíveis (IST). O HPV é a IST mais comum mundialmente, atuando como forte fator causal para câncer anal, de colo de útero e pênis. O objetivo principal deste estudo foi descrever as características epidemiológicas e clínicas da população adulta, masculina, diagnosticada com HPV, atendida no CTA-DF, no período de 01/01/2015 a 31/12/2016. Para contemplar este objetivo o estudo contou com dois métodos: estudo epidemiológico do tipo transversal, descritivo, com uso de dados secundários contidos no Sistema de Informação – CTA; e estudo epidemiológico do tipo coorte clínica, descritivo, com coleta de dados secundários dos prontuários da instituição. Foi identificado no Sistema de Informação do CTA (SI-CTA) a predominância do sexo masculino com 18.543 (66,12%), solteiros com 19.292 (68,79%), pardos com 12.411 (44,26%), homens que fazem sexo com mulheres 11.051 (65,69%), com a faixa etária entre 18 a 30 anos de 15.509 (55,30%) e com 8 a 11 anos de estudo 11.825 (42,17%). Os percentuais de positividade para os testes rápidos foram: 3,00% de HIV; 8,23% de sífilis; 0,10% de hepatite B e 0,39% de hepatite C. As prevalências entre coinfeções foram: 0,9% para HIV e sífilis; 0,06% para sífilis e hepatite C, 0,03% para HIV e hepatite B, 0,02% para sífilis e hepatite B e 0,01% para HIV e hepatite B. Foi verificado nos prontuários dos homens com diagnóstico de HPV a predominância da faixa etária entre 18 a 29 anos, brancos, homens que fazem sexo com mulheres, com 8 a 11 anos de estudo, com prevalência de HPV de 16,93/1.000 usuários. No que se refere à coinfeção com HPV a predominante foi HIV com 21 (7,9%) usuários. Em relação ao tipo de lesão a mais frequente foi a lesão de pênis com 209 (60,23%) usuários dos HPV positivos. No que diz respeito ao tratamento o Ácido Tricloracético (ATA 90%) foi o mais prevalente com mediana de 41 dias de tratamento e entre 3 a 5 sessões, dependendo do local da lesão. Em relação ao desfecho houve abandono de tratamento em 208 (66,24%) usuários, alta em 96 (30,57%) dos usuários e foram encaminhados para outros serviços de referência 10 (3,18%) usuários. Observou-se a importância da qualidade dos dados para que possam ser transformados em informação, conhecimento e posterior convertê-los em ações e investigações epidemiológicas. Os achados do estudo reforçam a importância de se traçar este perfil no DF, para fomentar ações

de promoção da saúde, prevenção e controle de IST. Desta forma, a faixa etária da vacinação para homens e mulheres devem ser estendidas, pelas características epidemiológicas encontradas no estudo, pois o homem ativo pode ser o transmissor tanto para homens como para mulheres.

Palavras-chave: HPV; IST; tratamento para HPV; saúde do homem.

## ABSTRACT

Clinical and epidemiological profile of men diagnosed with HPV in the Counseling and Testing Center of the Federal District

The Counseling and Testing Center (CTC) is a strategic service for health promotion, prevention, early diagnosis and treatment of sexually transmitted infections (STIs). The Human Papilloma Virus (HPV) is the largest sexual infection in occurrence worldwide, acting as a strong causal factor for anal, uterine cervix and penis cancers. The main purpose of this thesis was to describe the clinical and epidemiological characteristics of the adult, male population diagnosed with HPV, attended at the CTC in the period from January 1, 2015 to December 31, 2016. To achieve this goal the study used two methods, an epidemiological descriptive cross-sectional study, using secondary data contained in the service information system; and an descriptive epidemiological study of the clinical cohort collecting secondary data from the institution records. It was identified in the Information System the predominance of males 18.543 (66,12%), single 18.543 (66,12%), brown 12.411 (44,26%), men who have sex with women 12.411 (44,26%), between 18 and 30 years 12.411 (44,26%) and with 8 to 11 years of study 12.411 (44,26%). The percentages of positivity were: 3,00% HIV; 8.23% syphilis; 0.10% hepatitis B and hepatitis C. The prevalence of coinfections were: 0.90% for HIV and Syphilis; 0.06% syphilis and hepatitis C, 0.03% for hepatitis B and HIV, syphilis and 0.02% for hepatitis B and 0.01% for HIV and hepatitis B. It was verified in the medical records of men with HPV the predominance of the 18 to 29 age group, white, men who have sex with women, with 8 to 11 years of study, with prevalence of HPV 16,93 / 1000 users. As regards the co-infection with HIV is the predominant HPV 21 (7.9%) users. Regarding the most common type of injury was the penis lesion 209 (60.23%) users. Regarding the treatment of HPV, trichloroacetic acid (ATA 90%) was the most prevalent median of 41 days of treatment and from 3 to 5 sessions, depending on the site of the lesion. An outcome of the treatment with an overestimated dropout rate (66.24%) and an underestimated discharge rate (30.57%) is observed, which may have had a heavy effect on the actual number of dropouts. The study indicates that the CTC is a service that can provide access to diagnosis and treatment of STIs men. The service in this way plays an important role in the interruption of the Federal District's transmission chain, since the sexually active man can be an agent of transmission of HPV for both women and men. The findings of the study reinforce the importance of drawing this profile in the DF, for the actions of health promotion, prevention and control of STIs.

Key words: HPV, STI, Treatment for HPV, Men's Health

---

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	16
<b>2 ANTECEDENTES</b>	17
2.1. Epidemiologia de Infecções Sexualmente Transmissíveis	17
2.2. Epidemiologia Brasileira de IST	18
2.3. Epidemiologia das IST em Brasília	20
2.4. Agente Etiológico	20
2.5. Tipos de HPV	22
2.6. Diagnóstico e Tratamento	28
2.7. Vacinação	31
2.8. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)	33
<b>3 OBJETIVOS</b>	37
3.1 Objetivo geral	37
3.2 Objetivos específicos	37
<b>4 RISCOS E BENEFÍCIOS</b>	38
<b>5 MÉTODOS E TÉCNICAS</b>	39
5.1 Delineamento do estudo	39
5.2 Coleta de dados	40
5.3 Critérios de Inclusão e exclusão	41
5.4 Análise estatística	41
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	42
6.1 Artigo “Características epidemiológicas da população atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento do Distrito Federal”	43
6.1.1 Introdução	44
6.1.2 Metodologia	45
6.1.3 Resultados	47
6.1.4 Discussão	51
6.1.5 Considerações finais	54
6.2. Artigo “Características epidemiológicas e clínicas dos homens com diagnóstico de HPV atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento do Distrito Federal”	60
6.2.1 Introdução	61
6.2.2 Metodologia	62
6.2.3 Resultados	63
6.2.4 Discussão	68
6.2.5 Considerações finais	71

<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	76
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	77
<b>ANEXO A</b> .....	87
<b>ANEXO B</b> .....	90
<b>ANEXO C</b> .....	92

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	<b>Pg</b>
FIGURA 1 – OMS - Estimativa de 357 milhões de novos casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis – Mundo – 2012.....	17
<b>Artigo “Características epidemiológicas da população atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento do Distrito Federal”</b>	
Figura 1 – Filtro da base de dados do SI-CTA-DF .....	47

## LISTA DE TABELAS E FLUXOGRAMAS

	Pg
Tabela 1. Estudos de Prevalência de IST no Brasil .....	18
Tabela 2. Descrição das funções dos genes de HPV .....	21
Tabela 3. Características das espécies de gêneros específicos dos HPV .....	24
 <b>Artigo “Características epidemiológicas da população atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento do Distrito Federal”</b>	
Tabela 1 – Características epidemiológicas da população atendida no CTA-DF dos anos de 2015 e 2016 .....	47
Tabela 2 – Percentual sorológico da população atendida no CTA-DF com resultados reagentes para HIV, Sífilis, Hepatite B e C dos anos de 2015 e 2016 .....	49
Tabela 3 – Prevalência da população atendida no CTA-DF com resultados reagentes para HIV, sífilis, hepatite B e C nos anos de 2015 e 2016 .....	51
Tabela 4 – Percentual de coinfeção da população atendida no CTA-DF nos anos de 2015 e 2016 .....	51
 <b>Artigo “Características epidemiológicas e clínicas dos homens com diagnóstico de HPV atendidos no Centro de Testagem e Aconselhamento do Distrito Federal”</b>	
Tabela 1 – Características epidemiológicas dos homens com diagnóstico de HPV atendidos no CTA-DF nos anos de 2015 e 2016 .....	62
Tabela 2 – Percentual sorológico dos homens com diagnóstico de HPV atendidos no CTA-DF com resultados reagentes para HIV, Sífilis, Hepatite B e C dos anos de 2015 e 2016. ....	64
Tabela 3 – Percentual de tratamento de primeira e segunda escolha de homens tratados com HPV nos anos de 2015 e 2016 .....	65
Tabela 4 – Percentual dos desfechos dos homens diagnosticados com HPV nos anos de 2015 e 2016 .....	66
Tabela 5 – Percentual de acordo com o local da lesão de homens com diagnóstico de HPV atendidos no CTA-DF nos anos de 2015 e 2016. ....	65
 <b>Dissertação</b>	
Fluxograma 1 - Manejo de Verrugas Genitais – Brasil - 2016 .....	31
Fluxograma 2 - Registros do SI-CTA de homens e mulheres maiores de 18 anos e prontuários de homens diagnosticados clinicamente com HPV atendidos no CTA-DF nos anos de 2015 a 2016. ....	40

## LISTA DE ABREVIACOES

IST- INFECOES SEXUALMENTE TRANSMISSIVEIS

HPV- PAPILOMA VIRUS HUMANO

CTA- CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

DF- DISTRITO FEDERAL

SUS- SISTEMA UNICO DE SAUDE

HIV- VIRUS DA IMUNODEFICIENCIA HUMANA

HSV- VIRUS DA HERPES SIMPLIS

SIM- SOSTEMA DE INFORMACAO DE MORTALIDADE

INCA- INSTITUTO NACIONAL DO CANCER

LCR- REGIAO LONGA

E- REGIAO PRECOCE

L- REGIAO TARDIA

DNA- ACIDO DESOXIRRIBONUCLEICO

ATA- ACIDO TRICLORACETICO

TCLE- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CRIE- CENTRO DE REFERENCIA PARA IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS

SAE- SERVICOS DE ATENCAO ESPECIALIZADA

HSH- HOMEM QUE FAZ SEXO COM HOMEM

COAS- CENTRO DE ORIENTACAO E APOIO SOROLOGICO

AIDS- SINDROME DA IMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

SI-CTA- SISTEMA DE INFORMACAO DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO

VDRL- VENERAL DISEASE RESEARCH LABORATORY

PCDT- PROTOCOLO CLINICO DE DIRETRIZES TERAPÊUTICAS

NEPS- NUCLEO DE EDUCACAO PERMANENTE EM SAUDE

ORF – OPEN READING FRAME

ATPase – ADENOSINA TRIFOSFATASE

ATP – ADENOSINA TRIFOSFATO

PCR – REAÇÃO POLIMERASE EM CADEIA

RNA – ÁCIDO RIBONUCLÉICO

LEEP – ELETROCAUTERIZAÇÃO

FDA – FOOD AND DRUG ADMINISTRATION

EMA – EUROPEAN MEDICINES AGENCY

VLP – VIRUS-LIKE PARTICLE

CN DST/AIDS – CONSELHO NACIONAL DE DST/AIDS

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

LGBT- LESBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS

FEPECS – FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HSM – HOMEM QUE FAZ SEXO COM MULHER

HSH – HOMEM QUE FAZ SEXO COM HOMEM

## APRESENTAÇÃO

Quando me formei em enfermagem não imaginava um dia estar em Brasília, trabalhar no CTA-DF e muito menos estar apresentando uma dissertação.

Passar por centros de saúde, hospitais da rede privada e pública levou-me a perceber como é desigual a assistência, os relacionamentos usuário x profissional e profissional x profissional. Mas, serviram para minha formação e amadurecimento como pessoa e profissional.

Neste contexto trabalhar no CTA-DF mostrou o quanto não existe diferença de raça/cor, religião, orientação sexual e principalmente que o diploma não significa mais do que você estudar e se esforçar para se formar, entretanto não confere o direito de diferenciar categorias profissionais, pois todos estamos no mesmo patamar e necessitamos da profissão do próximo, não somente com os colegas profissionais ao seu redor, mas também do usuário que você atendeu aquele dia, pode amanhã ser o profissional que estará prestando assistência a você.

O CTA-DF me remeteu a vivenciar a desestruturação do serviço de saúde em relação a saúde do homem com ou sem IST, pois é nítido a barreira sociocultural no processo saúde doença do homem e o quanto que este fica perdido com tantos organogramas, fluxogramas e burocracias para prestar sua assistência, que ocorrem no papel de formas extraordinárias, mas na vida “real” ainda são entraves.

Tratar de assuntos como IST, mas principalmente HIV e população vulnerável me remete a entender o quão esta população necessita da assistência de forma igualitária para que se sinta incluída num sistema de saúde.

E é neste tema sobre o homem e IST que minha dissertação decorre, para que possa incluir tanto na minha vida profissional como na saúde pública a importância de inserirmos esta população aos serviços de saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

As ações de vigilância epidemiológica estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) (1), para tanto, trabalhadores de saúde monitoram a ocorrência de eventos, seus condicionantes, intervenções e seus efeitos na saúde. Com isso, estas evidências produzidas pelos profissionais de saúde servem para apoiar na gestão e tomada de decisão (2). É importante ressaltar que a informação é um requisito essencial para a prestação da assistência e gestão eficazes na atenção à saúde. O registro clínico no prontuário é o principal instrumento de informação sobre o paciente e é uma importante ferramenta para os membros da equipe multiprofissional de saúde e para avaliação da qualidade dos serviços de saúde (3).

Nessa esteira de pensamento, a manutenção de registros confiáveis por longo tempo cria condições para avaliações epidemiológicas futuras, com maior precisão e rapidez (4).

Os registros de dados dos pacientes constituem-se em instrumentos padronizados possibilitando a monitorização e coleta de dados, seu propósito é entender os problemas de saúde da população e auxiliar nas decisões municipais, estaduais e federais (5).

A vigilância epidemiológica possui padronização de registro por meio do sistema de notificação de casos, mas é necessário conhecer as populações vulneráveis, comportamento, riscos, entre outros fatores, para garantir intervenções concretas diante a complexidade dos agravos (6). O Papiloma Vírus Humano (HPV) é de notificação compulsória, sendo importante seu registro para vigilância epidemiológica para promoção da saúde, prevenção, estatísticas e tratamento.

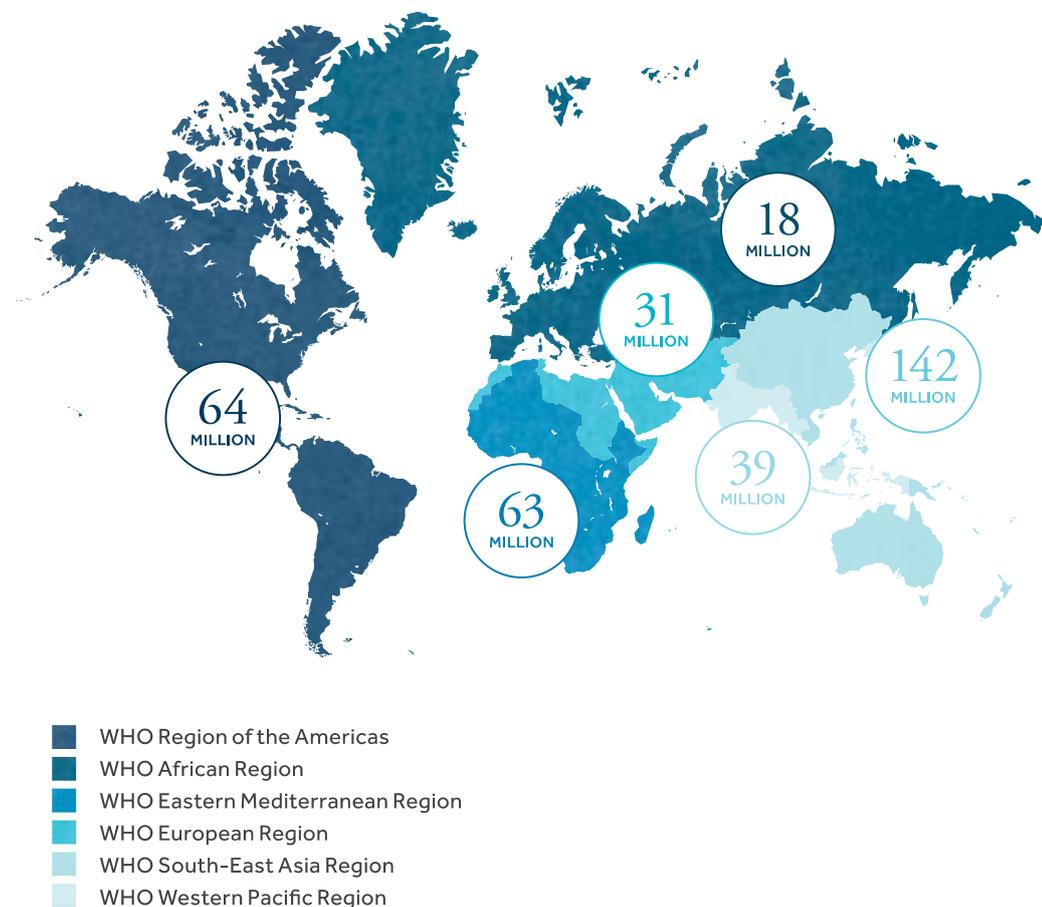
## 2 ANTECEDENTES

### 2.1 EPIDEMIOLOGIA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) são transmitidas por mais de 30 agentes etiológicos que incluem vírus, bactérias, fungos e protozoários. As mais comuns são sífilis, gonorreia, clamídia, tricomoníase, herpes genital, papilomavírus humano, vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e hepatite B e C. Destes, quatro são IST curáveis: sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase. São transmitidas por via sexual, no parto, na amamentação e vertical (7).

Mais de um milhão de pessoas adquire IST diariamente sendo as mais prevalentes: clamídia (131 milhões), gonorreia (78 milhões), sífilis (5,6 milhões) e tricomoníase (143 milhões). Mais de 500 milhões de pessoas adquirem vírus da herpes simples (HSV) anualmente, e mais de 290 milhões de mulheres já foram diagnosticadas com Papilomavírus Humano (HPV) (8).

Figura 1 – Organização Mundial de Saúde - Estimativa de 357 milhões de novos casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis – Mundo – 2012.



Fonte: WHO, 2016 (8)

O Papiloma vírus humano (HPV) é a IST mais prevalente mundialmente, infectando em torno de 600 milhões de pessoas no mundo. (9). O custo mais elevado entre as IST é o HIV e HPV, principalmente se este evoluir para o câncer (10).

Existem poucos estudos sobre o HPV na população masculina, portanto há necessidade de serem feitos novos estudos para o conhecimento do perfil epidemiológico da população, além de caracterizar as manifestações clínicas, principalmente as verrugas genitais e o câncer de pênis (4, 5). Em decorrência do comportamento sexual do homem com maior número de parceiros, a incidência de HPV está aumentando mundialmente (12).

Nos Estados Unidos por ano, aproximadamente 33.000 novos casos de câncer são encontrados em alguma parte do corpo e estima-se que o HPV pode estar relacionado a 26.900 casos, destes, nas mulheres incluem 17.600 e homens 9.300 casos, dentre os quais 700 casos são câncer de pênis por HPV (13).

## 2.2 Epidemiologia Brasileira de IST

Tabela 1- Estudos de Prevalência de IST no Brasil.

Autor	Ano	Local	População	IST	Prevalência
Lima e et al	2014	Ceres,	1072 mulheres	• Gonorreia	• 9,6%
		Catalão e		• Clamídia	• 0,7%
		Inhuma		• Sífilis	• 0,15%
Rocha et al	2014	Coari	361 mulheres	• Gonorréia	• 1,4%
				• Clamídia	• 12,7%
				• Sífilis	• 6,4%
Travassos et al	2012	Salvador	63 Gestantes com HIV com coinfeção com IST	• Gonorreia	• 0,0%
				• Clamídia	• 11,1%
				• Sífilis	• 9,5%
				• Hepatite C	• 8,1%
				• HTLV I e II	• 3,4%
				• Hepatite B	• 3,2%
• Micoplasma	• 2,1%				

Autor	Ano	Local	População	IST	Prevalência
				• Ureaplasma	• 2,1%
				• HPV	• 15%
				• Coinfecção	• 9,5%
Barbosa et al	2010	São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre, Goiânia, Fortaleza e Manaus	767 homens	• Gonorreia	• 18,5%
				• Clamídia	• 13,1%
				• Coinfecção	• 4,4%

Fontes: Lima et al(14), Rocha et al (15), Travessos et al (16), Barbosa et al (17)

A quarta causa de morte no mundo entre as mulheres é o câncer de colo de útero causado por alguns tipos persistentes de infecção do HPV. Ocorreram no Brasil em 2013, segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 5.430 mortes por câncer de colo de útero. A estimativa de novos casos segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA) é de 16.340 para 2016 no Brasil (18). A maior prevalência é em mulheres jovens abaixo de 30 anos (19).

Nos homens o HPV causa entre 80 a 85% dos casos de câncer anal e 50% dos casos de câncer de pênis. O HPV anal é 2 a 6 vezes mais frequente em homens que fazem sexo com homens do que em heterossexuais. E duas vezes mais frequente em soropositivos para HIV (20). Os tipos de HPV que afetam mais os homens são os tipos 6, 11, 16 e 18 (21,22). Em estudo realizado no Rio de Janeiro, a prevalência de HPV tipo 6 foi 35%; tipo 16 de 20,8% e tipo 11 de 19,1%. Nas regiões do prepúcio interno, corpo do pênis e púbis foram mais frequentes; sendo menos frequentes na região da glândula, prepúcio externo, escroto e meato. Apresentando condiloma foram 9% dos casos e úlceras 1% (23). A transmissão de HPV oral parece aumentar de acordo com comportamento sexual e práticas sexuais, principalmente sexo oral e uso de álcool e tabaco (12).

Em revisão sistemática sobre HPV no homem, oito estudos mostraram que a prevalência em região da glândula e balano prepucial é de 6,5 – 50%, em cinco estudos a prevalência foi em corpo de pênis de 5,6 – 51,5%, em quatro estudos a prevalência em prepúcio foi de 24,0 a 50,0%, sete estudos a prevalência foi de 7,1 – 46,2% e poucos estudos tiveram a prevalência

em anus, reto e região perianal 0 – 32,8%. Esta revisão analisou que a prevalência de HPV em homem (1,3-72,9 %) é tão alta quanto nas mulheres (14-90%) (24).

### 2.3 EPIDEMIOLOGIA DAS IST EM BRASÍLIA

Foram notificados em Brasília de 2007 a 2012, 11.297 casos de condiloma/HPV. Foram detectados 1.883 casos anualmente, e o coeficiente médio anual de detecção foi de 87 casos a cada 100.000 habitantes. Nas mulheres é identificado duas vezes mais do que no homem, sendo a faixa etária com maior incidência nas mulheres a de 15 a 19 anos. Nos homens a faixa etária com maior coeficiente de detecção é de 20 a 29 anos (25).

De 2007 a 2012 foram notificados 5.968 casos de corrimento uretral masculino. Por ano a média foi de 995 casos, com coeficiente médio anual de 80 casos para cada 100.000 habitantes. A faixa etária com maior coeficiente de detecção foi de 20 a 29 anos (25).

A síndrome da cervicite de 2007 a 2012 ocorreu em 3.776 casos notificados. Foram detectados 612 casos anualmente, com um coeficiente médio anual de detecção de 54 casos a cada 100.000 habitantes. A faixa etária com maior coeficiente de detecção foi de 20 a 29 anos (25).

A síndrome de úlcera genital de 2007 a 2012 foi notificado em 2.700 casos. Em média anualmente foram 437 casos, com coeficiente médio anual de detecção de 20 casos a cada 100.000 habitantes (25).

A sífilis adquirida foi notificada 500 casos anuais de 2007 a 2011, mostrando uma maior frequência no sexo masculino. Nos homens a incidência maior foi na faixa etária de 20 a 39 anos e nas mulheres 50 a 59 anos (25).

### 2.4 ESTRUTURA DO VÍRUS

O HPV é da família *Papillomaviridae* e é epiteliotrópico. Pequeno vírus DNA ecosaédrico, não-envelopado, formado por dupla hélice de 8000 pares, com 52-55 nanômetros, se aloja em um capsídeo com 72 unidades protéicas de capsômeros. Possui ainda 8 *Open Reading Frame* (ORF), sendo dividido por 3 regiões que representam o ciclo viral: Região longa de controle (LCR) faz a regulação da replicação viral e transcrição de genes virais e celulares; região precoce (E) codifica proteínas composta de E1 a E7; região tardia (L) que codifica a estrutura viral da proteína (L1 e L2). O vírus chega na célula por meio de micro

traumas no epitélio. Atingindo a célula replica o seu DNA principalmente na célula que apresenta um alto risco de oncogênese (26).

Tabela 2 - Descrição das funções dos genes de HPV.

Gene	Função
E1	Atividade de DNA helicase, ligação de ATP (Adenosina Trifosfato) DNA dependente, atividade de ATPase (Adenosina Trifosfatase). Papel na replicação e na repressão da replicação; Manter o cromossoma do HPV separado da célula hospedeira.
E2	Regulador da transcrição e replicação viral, controle da região de expressão precoce, necessária para replicação viral eficiente junto com E1.
E4	Expresso primariamente em epitélio em diferenciação, associado ao citoesqueleto de queratina de células epiteliais em cultura. Papel na liberação do vírus da célula hospedeira.
E5	Atividade de transformação em HPV16 <i>in vitro</i> . Possivelmente estimula da proliferação celular <i>in vivo</i> , mas pode ter um papel na iniciação da carcinogênese. Possivelmente ativa receptores de fatores de crescimento epidérmico, derivados de plaquetas e outras proteínas quinases para proliferação celular; inibe apoptose.
E6	Papel no processo de transformação junto com E7. Propriedades de ativação transcricional. E6 dos HPV de alto risco inativa p53 através de degradação rápida, por meio da via ubiquitina. Junto com E7 propicia um ambiente celular para a replicação viral.
E7	Induz síntese de DNA de células em repouso e descontrola o ciclo celular. E7 se liga a forma hipofosforilada da proteína de retinoblastoma (pRb), resultado em sua inativação funcional permitindo progressão para a fase S do ciclo celular. Proteína E7 dos tipos de baixo risco HPV 6 e 11

Gene	Função
	se liga menos eficientemente do que a proteína E7 dos tipos de alto risco HPV 16 e 18.
L1	Proteína maior do capsídeo; montagem de capsômeros e capsídeos; interage com L2; interage com receptor(es) celular(es); codifica epitopos neutralizantes.
L2	Proteína menor do capsídeo; interage com DNA; acredita-se que facilita na montagem do vírion.

Fonte: Sanclemente e Gill, 2002 (27), Hariri, 2014 (28), Syjänen, 2004 (24), Rivoire, 2006 (29)

## 2.5. PATOLOGIA E CLASSIFICAÇÃO DO PAPILOMAVÍRUS

Os HPVs que infectam mucosa são classificados como gênero alfa e os que infectam pele como beta (30). Por meio das pequenas variações do seu genoma, diferentes tipos de HPV são originados. Não pode variar mais de 2% na região codificante ORF e 5% da região LCR (26).

Devido a micro fissuras e abrasões a infecção pelo HPV inicia na camada basal da epiderme da mucosa ou pele. O início da proliferação acontece somente em células diferenciadas. Na fase S do ciclo celular que ocorre a amplificação dos genomas virais. Em lesões benignas de pele o genoma do HPV está separado do DNA da célula hospedeira, entretanto nas lesões malignas o genoma está vinculado ao DNA da célula hospedeira. Para que ocorra a integração é necessário a ruptura nas regiões E1 e/ou E2, levando a desregulação dos genes E6 e E7 para transformação da célula hospedeira. Proliferando o número de células contendo o vírus do HPV na camada basal, ocorrerá o espessamento no epitélio estratificado (26). Existem 200 tipos de HPV, 40 tipos são anogenital e 20 causam câncer de colo uterino (19).

O HPV possui três formas de manifestação: latente, subclínica e clínica. Na forma latente: não há sinais e sintomas e as pessoas podem permanecer a vida toda sem detecção a não ser que faça o exame de biologia molecular, e podem transmitir o vírus, mesmo sendo assintomáticas. A forma subclínica aparece no resultado do exame de Papanicolau ou colposcopia chamadas de lesões intraepiteliais escamosas, e tem as lesões oncogênicas que aparecem na vulva, pênis, ânus e perineal. E na forma clínica é muito comum apresentar-se na

forma de condiloma acuminado que são lesões exofíticas ou filiformes. Na mulher, estas lesões se localizam na vulva, períneo, região perineal e colo, e nos homens as localizações são na região pubiana, glande, sulco balano-prepucial, corpo de pênis e região anal (19).

Existem 200 tipos de HPV, 40 tipos são anogenital e 20 causam câncer de colo uterino (19). Os tipos de HPV DNA oncogênicos incluem os de alto risco oncogênico: possuem uma alta correlação com as lesões intraepiteliais de alto grau e carcinomas: 16, 18, 58, 33, 45, 52, 66, 35, 68, 31, 51, 56, 59; e baixo risco oncogênico: estão associados as infecções benignas do trato genital como condiloma acuminado ou plano e lesões intraepiteliais de baixo grau: 3, 57, 87, 81, 11, 67, 90, 43, 75, 54, 91, 94, 6, 30, 27, 40, 10, 62, 74, 84, 7, 29, 77 (19,31,32).

Tabela 3 - Características das espécies de gêneros específicos dos HPV.

Gênero	Propriedades biológicas	Espécie	Tipos de HPV	Comentários
<i>Alphapapillomavirus</i>	Lesões cutâneas e mucosas; tipos de alto risco imortalizam queratinócitos	1	32,42	Mais frequente em lesões benignas. Mucosa oral e genital
		2	10,3,28,29,78,94	Causam lesões mais frequentes em cutâneas do que mucosas. E5 biologicamente diferente.
		3	61,72,81,83,84	Lesões Mucosas. Menor Risco.
		4	27,57	Verrugas em pele comuns. Frequentemente lesões benignas em crianças. E5 biologicamente diferente.
		5	26,51,96,82	Lesões mucosas de alto risco, também em benignas
		6	53,30,56,66	Lesões mucosas de alto risco, também em benignas

Gênero	Propriedades biológicas	Espécie	Tipos de HPV	Comentários
		7	18,39,45,59,68,70	Lesões mucosas de alto risco.
		8	7,40,43	Lesões cutâneas e mucosas de baixo risco
		9	16,31,33,35,52,58,67	Alto risco- lesões mucosas malignas
		10	6,11,13,44,74	Principalmente associadas com lesões mucosas benignas. Baixo risco. Relato de HPV 6 em carcinomas verrucosos.
		11	34,73	Lesões mucosas- alto risco
		13	54	Baixo risco-mucosa
		15	71	Baixo risco-mucosa
<i>Betapapillomavirus</i>	Lesões cutâneas; Infecção existe na forma latente na população em geral, ativado sob condições de imunossupreção	1	5,8,12,14,19,20,21 25,36,47,93	Causam lesões cutâneas mais frequentemente, mas há relatos de DNA na mucosa. Comumente associados com lesões Epidermodisplasia Verruciforme ou

Gênero	Propriedades biológicas	Espécie	Tipos de HPV	Comentários
				pacientes imunossuprimidos. Mais frequente em lesões benignas, mas também relatos em lesões malignas de pacientes imunocompetentes.
		2	9,15,17,22,23,37,38 80	Causam lesões cutâneas mais frequentemente, mas há relatos de DNA na mucosa. Comumente associados com lesões Epidermodisplasia Verruciforme ou pacientes imunossuprimidos. Mais frequente em lesões benignas, mas também relatos em lesões malignas de pacientes imunocompetentes.
		3	49,75,76	Lesões cutâneas benignas
<i>Gamma</i> <i>papillomavirus</i>	Lesões cutâneas; Histologicamente distinguível por corpos de inclusão citoplasmático HPV tipo específico	1	4,65,95	Lesões cutâneas; Histologicamente distinguível por corpos de inclusão citoplasmático homogêneo.

Gênero	Propriedades biológicas	Espécie	Tipos de HPV	Comentários
		2	48	Lesões cutâneas.
		3	50	Lesões cutâneas.
		4	60	Lesões cutâneas.
		5	88	Lesões cutâneas.
<i>Mupapillomavirus</i>	Lesões cutâneas; Histologicamente distinguível por corpos de inclusão citoplasmático HPV tipo específico	1	1	Lesões cutâneas; Histologicamente distinguível por corpos de inclusão citoplasmático heterogêneo.
		2	63	Histologicamente distinguível por corpos de inclusão citoplasmático filamentosos.
<i>Nupapillomavirus</i>	Lesões cutâneas benignas e malignas	1	41	Vários ORFs descaracterizados espalhados por todo genoma.

Fonte:.. Adaptação das tabelas 2 e 3 de Villiers et al, 2004 (30).

## 2.6 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O diagnóstico do HPV é realizado por meio de colpocitologia oncótica de colo uterino, citologia oncótica anal, colpocopia, anoscopia e histopatologia. Ainda não se sabe o período mínimo entre a infecção e início das lesões (19). Existem alguns métodos para pesquisa molecular do HPV, que incluem a hibridação consiste em utilizar fragmentos de tecidos parafinados ou esfregaços celulares fixados em lâmina, os resultados analisam-se em microscópio. Necessita de quantidade grande de DNA purificado e os procedimentos são demorados (33); a Reação de Polimerase em Cadeia (PCR) que permite a amplificação de DNA ou RNA e método de amplificação de ácidos nucleicos: PCR e array, neste é utilizado amplificação de sonda, após o PCR ser hibridado em um chip ele é lavado e visualizado em scanner de chip DNA. Esta técnica permite análises paralelas de múltiplas amostras de DNA. As duas principais microarray são expressão de gene e análises de mutações (34,35).

Além disso incluem a captura híbrida que amplifica os sinais dos híbridos formados e são detectados por reação enzima-substrato em sondas de RNA específicas para 13 tipos de alto risco e 5 de baixo risco (36); O sequenciamento de genoma de HPV, sendo a realização de pirosequenciamento a qualquer forma de DNA e RNA que possa ser amplificado por PCR, ou seja, é detectado pirofosfato durante a síntese de DNA e pode ser feito em saliva, tecido, sangue, linha celular, plasma e soro (37).

As formas de tratamento incluem: ácidotricloracético (ATA 80-90%), imiquimode, podofilina, conização, LEEP (eletrocauterização), ablação a laser e crioterapia (19,38).

Nesta linha de pensamento, os tratamentos tópicos como cremes e soluções podem ser aplicados pelos próprios usuários, quando estiverem nas regiões penianas. Na região anal de homens e mulheres e região genital feminina devem ser aplicados por profissionais (39).

Em relação aos tratamentos tópicos aplicados pelo paciente consiste em Imiquimode 5% creme, sendo um imunomodulador e age na resposta imune aumentando a citocina que bloqueia a ação da multiplicação do patógeno. É utilizado 3 vezes por semana e não dias consecutivos nas verrugas perianal e externas em adultos; pequenos carcinomas de células basais em adultos; não-hiperqueratótica, queratoses não-hipertróficas na face ou couro cabeludo de pacientes imunocompetentes adultos que o tamanho da lesão limita a eficácia da crioterapia ou outros tratamentos. O creme deve agir por 6-10 horas, após este horário deve ser lavado o local com sabão e água (40,41).

A Podofilotoxina 0,5% solução é extraída da resina da podofilina, da família *Podophyllum*. Existe podofilotoxina em gel, solução e creme e são tratamentos externos. Sua função é parar a multiplicação da célula agindo sobre a atividade da topoisomerase II, portanto não replicando as células morrem e as novas não estarão infectadas com HPV. Deve ser utilizada 2 vezes por dia por 3 dias consecutivos, se necessário repetir o esquema semanalmente no máximo por 4 semanas (42).

Ainda há tratamentos aplicados em clínicas como Cidofovir gel 1%, um inibidor competitivo de DNA polimerase virais. A pessoa em tratamento não precisa ter um sistema imune eficaz. Cidofovir ainda não é utilizado para verrugas genitais, apenas medicamentos intravenosos para citomegalovírus. Ainda não está licenciado pela FDA e EMA. Mas, já está sendo manipulado gel 1% três vezes por semana durante a noite por 16 semanas (43–45);

A podofilina que devido a toxicidade não é mais recomendada pela FDA e EMA. Deve ser aplicada por um clínico uma vez por semana e somente lavar após 6 horas. Não deve ser usada em mulheres gestantes e amamentado. A podofilina no Brasil é utilizada a 10-25% solução (19,46).

Ácido Tricloracético 80-90% sua ação é sobre as proteínas células e conseqüentemente a morte celular. Não são licenciados pela FDA ou EMA. Aplicar 1 vez por semana, é o mais seguro para gestantes (19,47,48).

Terapia a laser com Dióxido de Carbono (CO<sub>2</sub>) incide em cauterizar as verrugas através de um feixe de laser infravermelha, pode ser feita com anestesia local ou geral dependendo do tamanho das verrugas. O tratamento pode ser várias vezes repetidos (47,49).

Crioterapia é o congelamento através de nitrogênio líquido das células resultando em danos dérmicos e vasculares permanentes, necrose e depuração celular. O tratamento pode ser feito 1 vez por semana por no máximo 4 semanas, mas no PCDT IST recomenda-se intervalo de 2 semanas entre as sessões e é eficaz em pequenas lesões (19,47).

Eletroterapia é por meio de correntes elétricas de alta frequência. Existem dois tipos o eletrocautério, a corrente elétrica é passada por eletrodo de fio metálico ocasionando eletrodeseção, e eletrocirurgia, corrente elétrica de alta frequência diretamente no tecido vivo. É mais eficaz em pequenas lesões e contraindicada em lesões vaginais, cervicais e anais (19,50).

Excisão cirúrgica é um método por meio de anestesia local para retirada, traz benefícios aos pacientes com grandes lesões ou extensa área acometida (19).

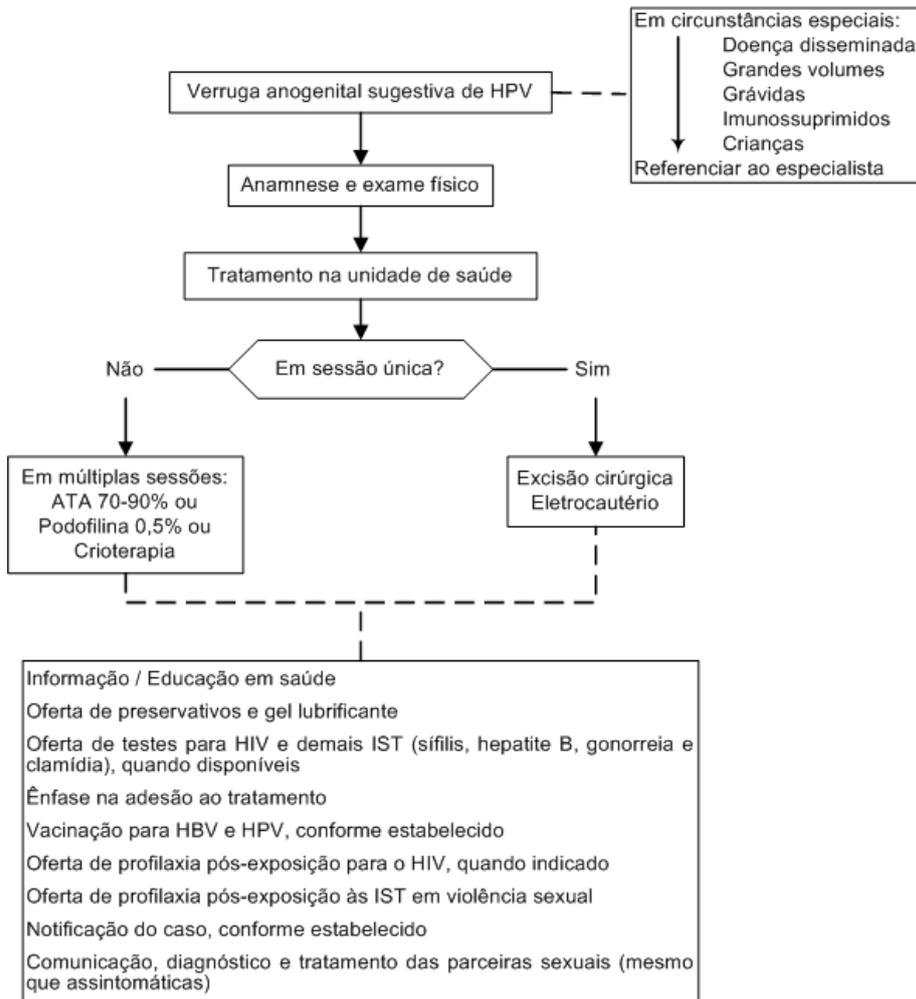
Sinecatequina pomada 10% um derivado de extrato de folhas de chá verde. Atua inibindo o crescimento dos queratinócitos, devido seu efeito antioxidante, após expor as catequinas. Aplicar 3 vezes ao dia em verrugas externas e perianais e não exceder mais de 16 semanas. Utilizada em pacientes imunocompetentes maiores de 18 anos (51).

Em revisão sistemática a Podofilotoxina 0,5% solução tem uma maior significância estatística no tratamento em relação a custo-efetividade, sendo a droga de escolha na primeira linha de tratamento, quando comparada a Podofilotoxina 0,3%, 0,5% creme e ácido tricloracético. Porém o tratamento com CO2 laser é mais efetivo do que os tratamentos com podofilina, imiquimode, crioterapia, crioterapia plus com podofilina.. Não há significância estatística na comparação dos tratamentos com 3 a 6 meses. Apenas ATA 90% era considerado com a menor recorrência comparado com os outros tratamentos menores que 6 meses, por outro lado a Podofilotoxina 0,25% solução tem uma maior propabilidade de recorrência. Ao comparar podofilotoxina 0,5% solução, podofilina 20-25% solução, imiquimode 5% creme e excisão cirúrgica, a única que apresentou significância estatística mais efetiva e com menor recorrência após seis meses de evolução foi a excisão cirúrgica (39).

A segunda linha de tratamento inclui CO2 laser e excisão cirúrgica, entretanto são os tratamentos mais caros. Se houver falha no tratamento com Podofilotoxina 0,5% a segunda linha de tratamento deve ser utilizada para não recorrência e o tratamento mais custo-efetivo é excisão cirúrgica, mas a CO2 laser tem significância estatística para acabar com a lesão (39).

O manejo clínico das verrugas anogenitais, segundo Brasil (2016): o usuário apresenta verruga anogenital sugestiva de HPV (em circunstâncias especiais como doença disseminada, grandes volumes, grávidas, imunossuprimidos e crianças, esses devem ser referenciados para especialistas), caso contrário realizar anamnese e exame físico e tratamento na unidade de saúde, se o tratamento for em uma única sessão realizar excisão cirúrgica ou eletrocautério, mas se são várias sessões utilizar ATA 70-90% ou Podofilina 10-25% ou Crioterapia. Troca-se o esquema terapêutico caso as verrugas não apresentem melhora significativa após 3 sessões ou desaparecimento em 6 sessões. Entretanto, não há evidências sobre a erradicação ou comprometem a história natural da vírus (19).

Fluxograma 1 – Protocolo de Manejo de Verrugas Genitais do Ministério da Saúde – Brasil – 2016.



Fonte: Brasil, 2016 (19).

## 2.7 VACINAÇÃO

Foi licenciada em vários países a vacina contra HPV quadrivalente 6/11/16/18, com três doses de 0,5 mL cada, intramuscular, sendo a primeira dose dois meses após a primeira e a terceira dose 6 meses após a primeira. Não recomendada em gestantes, hipersensibilidade aos princípios ativos e reações de hipersensibilidade após receber a dose da vacina. A proteína do capsídeo utilizada do HPV é a L1 expressa em *Saccharomyces cerevisiae* (levedura) a partir de partículas virais semelhantes ao *virus-like particle* (VLP), não contem DNA viral, portanto não infectam as células. Cada dose de 0,5 mL contém 20 µg de proteína L1 de HPV 6, 40 µg de proteína L1 de HPV 11, 40 µg de proteína L1 de HPV 16 e 20 µg de proteína L1 de HPV 18, 250 µg de sulfato

de hidróxifosfato de alumínio amorfo, cloreto de sódio, L-histidina e água para injeção, polissorbato 80 e borato de sódio (52,53). Indicada para prevenir câncer do colo de útero, da vulva e da vagina, verrugas genitais, neoplasia intraepitelial cervical de grau 1,2 e 3, adenocarcinoma do colo do útero *in situ* e neoplasia intraepitelial de grau 1,2 e 3 (54).

Em 2014 entrou no calendário vacinal brasileiro a vacina para o sexo feminino contra o HPV quadrivalente, que incluem os tipos 6/11/16/18. O esquema vacinal inclui meninas da faixa etária entre 9 a 13 anos. Porém em 2015, o esquema vacinal foi alterado para 2 doses. Nas usuárias do sexo feminino com HIV a faixa etária recomendada é de 9 a 26 anos aplicadas em três doses (0,2,6/meses) e em 2015 manteve-se, e estas devem ser vacinas no Centro de Referência para Imunológicos Especiais (CRIE) e Serviços de Atenção Especializada (SAE) (19). Em 2016, iniciou-se o esquema vacinal para meninos contra HPV em 2 doses, a segunda dose com 6 meses de intervalo da primeira, com idade entre 9 a 13 anos. Os meninos com HIV iniciaram com 3 doses (0,2,6 meses). A prevenção é para câncer de pênis, garganta, ânus e doenças relacionadas ao HPV (55).

Novamente no ano de 2017 o calendário vacinal teve alterações que incluem os homens e mulheres vivendo com HIV/AIDS, transplantados de órgãos sólidos, de medula óssea ou pacientes oncológicos, a idade incide em 9 a 26 anos com esquema vacinal de 3 doses (0,2,6 meses). Outra mudança foi a idade de meninas que ampliou até 14 anos, ou seja, de 9 até 14 anos e meninos de 11 a 15 anos com 2 doses com intervalo de 0 e 6 meses. A importância da vacina já está demonstrada não somente no sexo feminino, mas em usuários do sexo masculino de 9 a 26 anos, e teoricamente em cânceres anais, sendo necessária a vacina em Homens que fazem sexo com Homens (HSH) e homens e mulheres com HIV (56).

Apenas de 50-60% das mulheres desenvolvem anticorpos naturalmente para HPV (57). Entretanto após terceira dose da vacina bivalente (HPV 16 e 18) as mulheres terão de 10 a 104 vezes mais anticorpos de HPV do que as mulheres que foram naturalmente infectadas. A vacina é bem tolerada, altamente imunogênica e poderia reduzir o câncer cervical (58). A vacina quadrivalente confere eficácia protetora durante 2,5 anos, esperasse uma maior eficácia da vacina antes da exposição, para que possa ter intervenções de saúde pública (59). Entretanto, deveram ser acompanhar num tempo igual ou superior a 20 anos (54).

A estratégia de vacinação ainda é um dos poucos meios que podem resultar em redução de casos de câncer anal, oral e peniano, tornando-se uma tática interessante, mas com várias indagações em Homens que fazem sexo com Homens (HSH), principalmente em crianças,

relacionados a estigmas, porém como se trata de um grupo de alto risco para IST, acaba sendo uma forma sedutora de alcançá-los (60). Até 2018 a vacina será produzida 100% no Brasil diminuindo o custo (55).

## 2.8 CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO (CTA)

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) foram criados primeiramente com a nomenclatura de Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) para oferecer testagem de HIV gratuita, prover a educação e aconselhamento para indivíduos sob risco de infecção como homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis e desviar a demanda da testagem do hemocentro para o COAS (61,62).

Os objetivos principais do COAS incluíam: “contribuir para a redução do risco de contrair infecção pelo HIV e outras DST; ampliar a acessibilidade da população ao diagnóstico da infecção pelo HIV; atender à demanda espontânea; estimular a continuidade dos comportamentos e práticas sem risco para indivíduos soronegativos; facilitar a busca de serviços clínicos, estimulando mudanças de comportamento ou práticas de risco, para soropositivos; absorver a demanda para testagem de indivíduos que geralmente procuravam os bancos de sangue para diagnóstico da infecção pelo HIV, e garantir a utilização de métodos padronizados de testagem e confirmação” (61).

Em 1990 houve uma alteração na população diagnosticada com HIV, com aumento do número de casos em heterossexuais, mulheres e na população de baixa renda. Desse modo, os CTA se tornam referência no acesso universal para aconselhamento em DST/Aids (63).

A Coordenação Nacional de DST/Aids (CN DST/ Aids) renomeou os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) com o nome de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) em 1997 (61), ano em que foi inaugurado o COAS-DF.

Os princípios organizacionais dos CTA a partir do Manual de Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento de 1999 são: acessibilidade e gratuidade; anonimato e confidencialidade; agilidade e resolutividade; aconselhamento adequado e não pontual; referência e contra-referência e equipe interdisciplinar (64).

Em 2002, foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde o Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA) para obter indicadores demográficos,

comportamentais; planejamento de ações e de estratégias; fornecer informações para subsidiar a gestão dessas ações, nas três esferas Municipal, Estadual, Distrital e Federal (65).

Foram implantados 400 CTA em todo território nacional e em 2003 foi descentralizada a testagem e o aconselhamento para HIV para a atenção básica. Em 2005 teve início a testagem sorológica das hepatites virais B e C.

O CTA transformou-se num espaço de execução e formação no uso de novas tecnologias, acolhimento, prevenção e enfrentamento das IST, AIDS e hepatites virais, sendo um lugar estratégico para promoção da equidade no acesso de diagnóstico (61).

Segundo Ministério da Saúde os CTA têm 4 perfis tecnológicos: básico, assistencial, atenção integral e promoção da saúde, ou seja, respondem necessidades distintas da realidade que se inserem. O CTA Básico: os CTA desse grupo têm um papel estratégico na ampliação do diagnóstico, já que estão implantados nos municípios mais pobres e com rede de saúde mais precária, com baixa cobertura do pré-natal; CTA Assistencial: predominam as atividades assistenciais, com alta proporção de médicos, na clientela incluem as populações mais vulneráveis e referenciadas por outros serviços. O foco não é tanto preventivo; CTA de Atenção Integral: integra atividades assistenciais e preventivas é o que mais oferece tratamento de IST e os diferentes tipos de sorologias para o diagnóstico do HIV, sífilis e hepatites; E o CTA de Promoção da saúde: esse grupo é o que apresenta a melhor estrutura física e o que mais incorporou as diretrizes para ampliar o acesso da população aos serviços, como a flexibilização da recomendação de anonimato, a escolha por parte do usuário em realizar o diagnóstico sem o aconselhamento pré-teste e o atendimento no período noturno (66).

A missão do CTA segundo o Ministério da Saúde: “Promover a equidade e o acesso ao aconselhamento, ao diagnóstico do HIV, Sífilis, hepatites B e C e prevenção de IST, favorecendo seguimentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais” (66).

O CTA-DF iniciou em 2013 com testagem rápida, além de HIV e sífilis, para hepatite B e C. Os horários de atendimento são das 8:00 às 22:00. Não funciona aos finais de semanas. Está localizado na Rodoviária do Plano Piloto, região central de Brasília. Sua estrutura física é composta de recepção, sala de espera, sala de coleta, salas de aconselhamentos e sala administrativa. A equipe é composta pelo Coordenador, enfermeiros, técnicos de enfermagem e

médico. As bases de dados utilizadas são SI-CTA e os pacientes que fazem o seguimento de IST são acompanhados pelos profissionais médico e enfermeiros pelo prontuário.

O usuário geralmente vem ao CTA-DF por demanda espontânea ou encaminhado de outros serviços e é cadastrado no SI-CTA. Realiza-se os testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C em todos os usuários, homens ou mulheres sem restrição de idade. Após a realização do teste eles são aconselhados individualmente e de acordo com sua queixa é realizada anamnese e exame físico e se necessária abordagem sindrômica dos pacientes sintomáticos com IST. Se o resultado do teste rápido de HIV, e/ou hepatites B e/ou C for reagente, o usuário será referenciado de acordo com sua preferência para os Centros de Referência para HIV<sup>1</sup> e/ou para hepatite B e C<sup>2</sup>. Aos clientes que tiveram sífilis serão tratados e solicitado uma prova laboratorial conhecida como *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL), para acompanhamento com os profissionais de saúde, normalmente um médico ou enfermeiro. Os homens que tiveram gonorreia, clamídia, herpes genital, donovanose, linfogranuloma venéreo, cancro mole e HPV é realizada a abordagem sindrômica pelas enfermeiras e tratado conforme o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT IST) 2016. Para os pacientes com HPV o tratamento sintomático é realizado com ATA 90% se não houver melhora em 3 sessões das lesões ou se após 6 sessões não houver desaparecimento é substituído o tratamento por podofilina 15% ou Imiquimod 5%. Não há eletrocautério, portanto não se realiza cauterização conforme o protocolo do Ministério da Saúde. Caso não haja melhora o cliente é encaminhado para um serviço de referência. Quanto aos contatos íntimos dos usuários que estão ou não com IST, são convocados pela equipe por meio dos usuários, para que façam a testagem rápida para HIV, sífilis, hepatite B e C e tratamento se necessário.

Considerando a importância de gerar informações de HPV para vigilância epidemiológica, pois há uma maior frequência de verrugas genitais em homens do que mulheres (9), as informações deste estudo poderão subsidiar a gestão de futuras ações de assistência, prevenção e promoção da saúde. Com isso, procuramos responder às seguintes questões: qual o

---

<sup>1</sup> Centros de Referência para HIV: Hospital Dia, Centro de Saúde número 2 do Guará, Centro de Saúde Número 5 do Gama, Ambulatório do Hospital Regional de Samambaia, Unidade Mista de Taguatinga, Ambulatório do Hospital Regional de Ceilândia, Centro de Saúde número 1 de Sobradinho, Centro de Saúde número 1 de Planaltina.

<sup>2</sup> Centro de Referência para Hepatite B e C: Hospital Dia, Hospital Regional de Taguatinga Unidade de Clínica Médica/ Gastroenterologia, Hospital Regional de Ceilândia Unidade de Clínica Médica/ Gastroenterologista, Ambulatório Gastroenterologia/ Hepatologia do Hospital de Base, Centro de Saúde número 1 de Sobradinho, Centro de Saúde número 1 de Sobradinho, Centro de Saúde número 1 de Planaltina, Centro de Saúde número 5 do Gama, Hospital Universitário de Brasília do Ambulatório de Gastroenterologia/ Hepatologia e Centro de Saúde número 2 do Guará.

perfil epidemiológico dos homens com HPV atendidos no CTA-DF? Qual o desfecho do tratamento de HPV nos homens atendidos no CTA-DF?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Descrever as características epidemiológicas e clínicas da população adulta, masculina, diagnosticada com HPV, atendida no CTA-DF, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Descrever as características epidemiológicas da população atendida no CTA-DF nos anos de 2015 e 2016;
2. Analisar as características epidemiológicas e clínicas dos homens diagnosticados com HPV atendidos no CTA-DF nos anos de 2015 e 2016;
3. Estimar a taxa de prevalência de HPV nos homens atendidos no CTA-DF nos anos de 2015 e 2016;
4. Descrever o tipo de lesão e coinfeções em homens diagnosticados com HPV atendidos no CTA-DF nos anos de 2015 e 2016;
5. Descrever o desfecho e tipo de tratamento nos homens com HPV tratados no CTA-DF nos anos de 2015 e 2016;

#### 4 RISCOS E ASPECTOS ÉTICOS

Foi dever *prima facie* dos pesquisadores deste estudo, contido nos Códigos de Deontologias e Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a adoção de estratégias visando proteção da privacidade e confidencialidade das informações, minimizando os riscos com preservação plena da identificação dos dados utilizados.

Após a construção do banco a identificação foi retirada, de toda e qualquer variável. O banco e o computador foram protegidos por criptografia e senha, apenas o pesquisador principal teve acesso integral aos dados. Portanto, foi utilizado o Termo de Compromisso do Pesquisador, pois houve utilização de dados secundários da base de dados do SI-CTA e prontuários (67).

Os benefícios serão indiretos gerando base para formulação de políticas públicas de saúde para qualificar a saúde do homem, promoção da saúde, prevenção dos agravos evitáveis, diminuir barreiras sócio-culturais e institucionais.

A coleta de dados foi realizada após a anuência do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da região Centro Sul, Superintendência da Asa Sul, Chefia Imediata do CTA-DF e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) em 24/01/2017 com o número: 63055616.8.0000553.

## 5 MÉTODOS E TÉCNICAS

### 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, no CTA do Distrito Federal. Foram coletados dados secundários do período de 01/01/2015 a 31/12/2016, contidos no SI-CTA, dos usuários atendidos no CTA-DF. As variáveis selecionadas foram: sexo, idade, grupo étnico, estado civil, escolaridade, ocupação, parceiros (as) sexuais, testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites B e C.

A base de dados original continha 106.658 registros do período de 13/01/2013 a 12/01/2017. Foi feita uma delimitação na amostra para o período entre 01/01/2015 a 31/12/2016, obtendo-se assim, 28.728 registros. Essa delimitação de tempo foi feita para coincidir com o período de início dos tratamentos de IST no CTA-DF por equipe multiprofissional. Foram selecionados registros de pacientes maiores de 18 anos, resultando em 28.044 registros e analisados no software estatístico SPSS.

A descrição do perfil epidemiológico da população atendida no CTA-DF no período citado, deu origem a um artigo com o título “Perfil epidemiológico da população atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento do Distrito Federal” que representa o primeiro resultado deste trabalho.

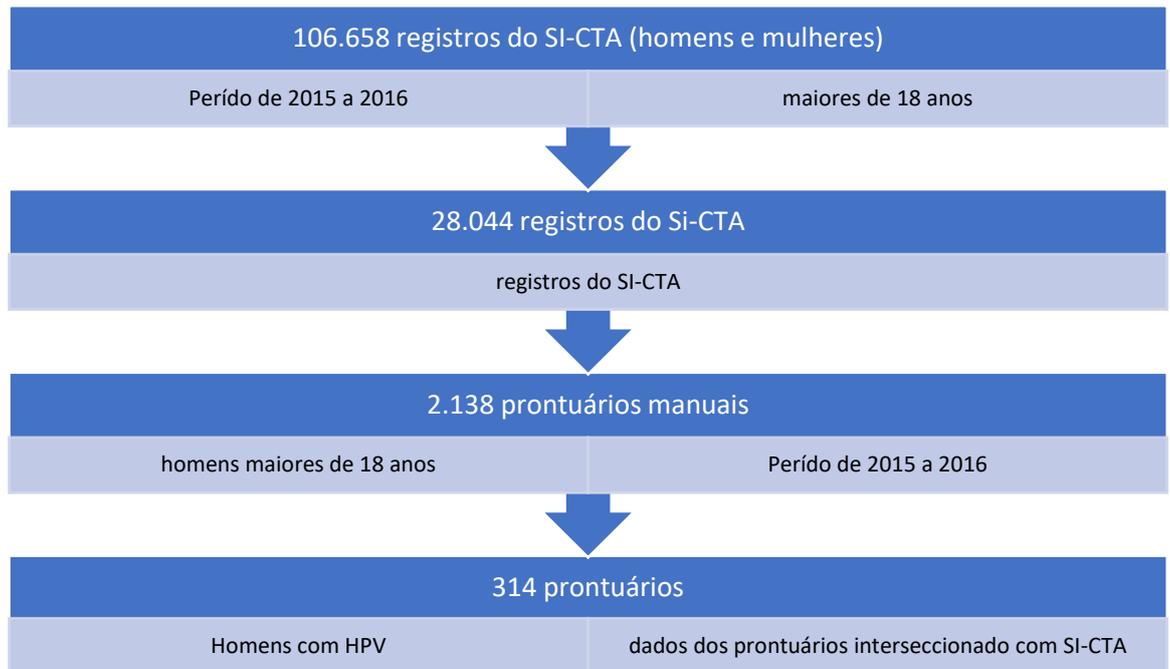
Secundário a este artigo iniciamos a coleta de dados secundários contidos nos prontuários de todos os homens diagnosticados com HPV atendidos no CTA-DF, no período de 01/01/2015 a 31/12/2016. As variáveis selecionadas para esta pesquisa foram: sexo, idade, grupo étnico, estado civil, escolaridade, orientação sexual: homem que faz sexo com homem, homem que sexo com mulher e homem que faz sexo com homem e mulher (HSH, HSM, HSHM), tratamento clínico, desfecho, local da lesão de HPV, coinfeções por HIV, sífilis e hepatites B e C.

A análise dos dados coletados foi realizada utilizando dois programas estatísticos (SPSS e STATA) permitindo a padronização das informações. Realizamos intersecção dos dados do SI-CTA e do prontuário de cada usuário do sexo masculino diagnosticado clinicamente por nome para: eliminar dados duplicados, e complementar informações que estejam em apenas uma das duas fontes de dados. Os dados foram utilizados para obter um panorama completo de dados oriundos em parte do SI-CTA e em parte do prontuário. Após foi deletado os nomes de todos os usuários e, apenas o código relativo ao usuário e seus dados foram utilizados com o objetivo de

realizar caracterização epidemiológica. Em nenhuma fase da pesquisa foram divulgadas informações que possibilitaram identificar qualquer indivíduo participante da pesquisa. As variáveis de identificação foram utilizadas para evitar duplicidade.

A amostra inicial foi de 2.138 prontuários incluindo todos os atendimentos realizados pela equipe, que demandaram acompanhamento de HPV. Foram excluídos os usuários masculinos menores de 18 anos e mulheres. A amostra final foi de 314 prontuários de homens maiores de 18 anos com diagnóstico de HPV.

Fluxograma 2 – Registros do SI-CTA de homens e mulheres maiores de 18 anos e prontuários de homens diagnosticados clinicamente com HPV atendidos no CTA-DF nos anos de 2015 a 2016.



As variáveis dos prontuários analisadas incluem: sexo, cidade, idade, raça/cor, escolaridade, orientação sexual; diagnóstico de HPV, tratamento (tipo), referenciamento (para outros serviços), completude de informações no prontuário e no SI-CTA.

Analisamos ainda as variáveis epidemiológicas e clínicas: (i) Prevalência de HPV na população de homens atendidos no CTA-DF, (ii) número de altas de clientes que tinham HPV no CTA-DF, (iii) número de clientes que abandonaram o tratamento de HPV CTA-DF (iv) número de clientes referenciados para outros serviços, (v) número de IST associadas ao HPV, (vi) estudo descritivo da população masculina infectada por HPV que procura o CTA-DF.

## 5.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos os clientes masculinos, maiores de 18 anos, que foram ao CTA por demanda espontânea ou referenciados de outros serviços com queixas de verrugas genitais e realizaram os testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e C, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016.

## 5.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados tem como fundamento primordial a confidencialidade. Foram adotadas estratégias (por parte do pesquisador principal) para codificar as informações sensíveis como nome do cliente, comportamento sexual e ainda diagnóstico de IST. Os dados coletados foram armazenados em planilha eletrônica, protegida por criptografia e em computador protegido por senha complexa, acessível apenas ao pesquisador principal. Com o objetivo de se ampliar a segurança desses dados, não foram utilizadas nenhuma forma de transmissão e armazenamento externo.

## 5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise dos dados coletados foi com o auxílio de softwares estatísticos (SPSS e STATA) que possibilitaram sistematizar de forma padronizada todas informações. Os indicadores de saúde (taxas de morbidade) foram gerados em função dos dados coletados. Com isso, foram apresentados ao final do estudo as estatísticas descritivas dos dados coletados no sistema de informações, assim como nos prontuários. O conjunto de informações estatísticas, permite que o pesquisador possa realizar as inferências relativas aos dados demográficos e clínicos coletados.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A porta de entrada da atenção primária para o atendimento de IST para homens ainda dispõe de grandes dificuldades, principalmente pelo número pequeno de profissionais que propõem-se a atender esta população (68). A testagem rápida de IST veio para ampliar o acesso ao diagnóstico precoce e intervir na cadeia de transmissão das infecções como HIV, sífilis, hepatite B e C. O CTA-DF realiza exatamente o trabalho de testagem rápida, aconselhamento e tratamento de IST como síndrome do corrimento uretral e síndrome de úlcera genital em homens. No momento do estudo, ainda não realizava o tratamento de HPV em mulheres, não dispunha de farmácia para distribuição de medicações, talvez pela estrutura física e quantidade de profissionais.

Os resultados deste estudo serão apresentados na forma de dois artigos científicos. O objetivo 1 deste estudo visa “Descrever as características epidemiológicas da população atendida no CTA-DF nos anos de 2015 e 2016” que está disposto no primeiro artigo.

## **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DA POPULAÇÃO ATENDIDA NO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DO DISTRITO FEDERAL**

Jenifer Olivatto da Silva, Cleber da Silva Alves, Mauro Niskier Sanchez

### **RESUMO**

O Centro de Testagem e Aconselhamento do Distrito Federal (CTA-DF) é um serviço de prevenção, diagnóstico, tratamento e assistência para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). O objetivo do estudo foi descrever o perfil epidemiológico da população maior de 18 anos atendidas no CTA-DF entre 01/01/2015 a 31/12/2016. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, com n = 28.044 de registros incluídos. A fonte de dados foi o Sistema de Informação do CTA-DF (SI-CTA) e os resultados foram analisados no SPSS. Os usuários eram predominantemente do sexo masculino, solteiros, pardos, tinham entre 18 a 30 anos e de 8 a 11 anos de estudo. Os percentuais de positividade para as testagem rápidas foram: 3,00% de HIV, 8,23% de sífilis, 0,10% de hepatite B e 0,39% de hepatite C. A prevalência entre coinfeções foram: 0,9% para HIV e sífilis, 0,06% para sífilis e hepatite C, 0,03% para HIV e hepatite B, 0,02% para sífilis e hepatite B e 0,01% para HIV e hepatite B. As prevalências de HIV e hepatite B e C foram inferiores as encontradas em outros estudos; quanto a sífilis o percentual de positivos foi maior que os encontrados na literatura. Observou-se a importância da qualidade dos dados, para que gerem informações e conhecimento e posterior ações e investigações epidemiológicas. Verificou-se a relevância da identificação das características epidemiológicas da população atendida no CTA-DF, para aumentar a possibilidade de se atingir a meta de prevenir e controlar a epidemia de HIV e outras IST no DF.

Palavras-chave: Aconselhamento, HIV, Sífilis, Hepatite B e C, perfil epidemiológico

## INTRODUÇÃO

A fim de diminuir a epidemia da AIDS, o primeiro Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) foi implantado em 1988 em Porto Alegre, para ofertar sorologia de HIV para populações mais vulneráveis (homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis), entretanto ao longo do tempo a epidemia teve um novo recorte populacional atingindo heterossexuais, pessoas de baixa renda e mulheres (1-4). Por consequência, o CTA transformou-se num espaço de execução e formação no uso de novas tecnologias, acolhimento, prevenção e enfrentamento das IST, AIDS e hepatites virais, sendo um lugar estratégico para promoção da equidade no acesso de diagnóstico (2). Disponibiliza a coleta de dados sistematizada, por meio do Sistema de Informação do Centro de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA) para obter indicadores demográficos, epidemiológicos, comportamentais; planejamento de ações e de estratégias; fornecer informações para subsidiar a gestão dessas ações, nas três esferas - Municipal, Estadual/ Distrital e Federal (5).

Nesta linha de pensamento cabe ressaltar a meta da Agenda de Desenvolvimento Sustentável para 2030, que inclui acabar com a epidemia da AIDS, combater as hepatites e doenças transmissíveis (6). Morrem aproximadamente 700 mil pessoas por ano por câncer hepático no mundo por hepatite C e existem 130-150 milhões de pessoas com hepatite C. A cura acontece em 90% das pessoas com Hepatite C e a terapia antirretroviral diminui o risco de câncer hepático (7). Além disso, a Hepatite B tem uma estimativa de 240 milhões de pessoas e mais de 660 mil morrem das complicações por Hepatite B no mundo (8). Com isso, a vigilância é importante para o diagnóstico precoce, diminuição de mortalidade e aumento de sobrevida, por meio da detecção precoce nas mudanças de epidemia e pela indicação de melhores formas para combatê-las (9).

Neste contexto, O CTA-DF foi inaugurado em 1997, no Centro de Saúde de Brasília número 8 na 514 Sul, como Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS-DF). Entretanto após negociações foi relocado para o subsolo da Rodoviária do Plano Piloto, mas em seguida em 2001 foi convidado a se retirar e cedeu-se o espaço que hoje se encontra, no mezanino da Rodoviária do Plano Piloto. No ano seguinte, implantou-se o Sistema de Informação do CTA (SI-CTA). Hoje o CTA-DF oferece testagem rápida para conhecer de maneira precoce o perfil sorológico dos pacientes infectados com HIV, Sífilis, Hepatites B e C. Disponibiliza o aconselhamento, prevenção, tratamento de outras ISTs de acordo com Protocolo de Diretrizes Terapêuticas de Infecções Sexualmente Transmissíveis 2016 do Ministério da Saúde (PCDT

IST) (10), sendo o atendimento por demanda espontânea ou encaminhada de outros serviços, proporcionando agilidade e resolutividade no diagnóstico precoce de IST/HIV e hepatites virais (B e C).

O SI-CTA é alimentado pela equipe multiprofissional do serviço (5 enfermeiras, 4 técnicas de enfermagem, 1 médica e 1 odontólogo) com informações sociodemográficas (geradas na recepção), epidemiológicas e clínicas (geradas no aconselhamento pós-teste).

As informações contidas no SI-CTA são protegidas por senha, apenas a equipe tem acesso. Os dados coletados são armazenados no SI-CTA e mensalmente são repassados para a Gerência de IST/AIDS e hepatites Virais, pertencente a Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde do DF, e para Hospital Dia em reuniões profissionais (a quem o CTA faz parte no Organograma da Secretaria de Saúde do DF).

Considerando o CTA-DF como lugar estratégico para prevenção, diagnóstico precoce, assistência de IST e gerador de informações, mas que ainda necessita de visibilidade para criação de ações nos serviços de saúde e integração de equipe multidisciplinar, neste estudo, buscou-se caracterizar o perfil epidemiológico da população e estimar a prevalência de HIV, Sífilis, Hepatite B e C atendida no CTA-DF em maiores de 18 anos no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo descritivo, transversal, realizado no CTA do Distrito Federal, localizado na Rodoviária do Plano Piloto, ponto central da cidade de Brasília.

Coletou-se dados secundários contidos no SI-CTA, a população de referência foi constituída pelo universo de usuários atendidos no CTA-DF, no período de 01/01/2015 a 31/12/2016. As variáveis selecionadas para esta pesquisa foram as demográficas: sexo, idade e grupo étnico; sociais: estado civil, escolaridade e ocupação; epidemiológica: parceiros (as) sexuais, testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites B e C.

A base de dados original continha 106.658 registros envolvendo o período de 13/01/2013 a 12/01/2017. Inicialmente foi feita a limitação entre 01/01/2015 a 31/12/2016, obtendo-se 28.728 registros. Essa definição se deve ao fato do início dos tratamentos de IST no CTA-DF por equipe multiprofissional, que coincide com o período selecionado. Após este primeiro filtro,

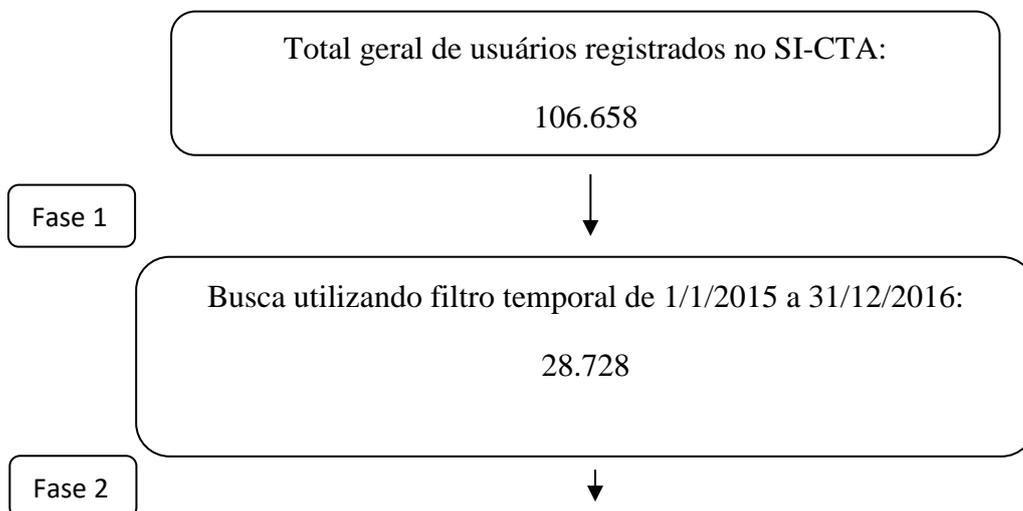
foram selecionados registros de pacientes maiores de 18 anos, resultando em 28.044 registros e tabuladas no SPSS.

Solicitamos a dispensa do TCLE, pois não se trata de estudo de intervenção, e não haverá modificações/ influências na rotina e tratamento do paciente. E as variáveis de identificação foram retiradas do banco de análise. Os pesquisadores comprometeram individual e coletivamente a cumprir todas as normas e diretrizes regulamentadoras da Resolução CNS 466/12 no que tange ao sigilo, privacidade, confidencialidade, aspectos culturais e sociais dos dados.

Optou-se por não desconsiderar os casos de duplicidade de registros, já que o SI-CTA não é um prontuário, o cadastramento do usuário é realizado a cada vez que o mesmo procura o serviço para testagem/ aconselhamento e pode ser feito de forma nominal (de acordo com o RG) ou anônima (por meio de apelido ou senha). Ou seja, uma mesma pessoa pode ser inserida no sistema várias vezes e de forma nominal ou anônima de acordo com a sua conveniência. Podemos inclusive encontrar casos de usuários que tiveram resultados não reagentes para HIV, Sífilis, Hepatite B e C, que uma posterior testagem se tornou reagente. Caso fossem retirados da pesquisa seriam 4.110 casos duplicados. Após a identificação dos maiores de 18 anos, iniciamos a análise descritiva da base de dados a partir dos dados sociodemográficos e epidemiológicos.

Foram incluídos todos os usuários maiores de 18 anos, que chegaram ao CTA por demanda espontânea ou referenciados de outros serviços para realizarem os testes rápidos de HIV, sífilis, hepatite B e C. Foram excluídos aqueles que não tinham informação dos resultados dos exames de HIV, sífilis, hepatite B e C.

Figura 1 – Filtro da base de dados do SI-CTA-DF.



Busca utilizando o filtro idade:

28.044

Fonte: Elaboração própria

A coleta de dados foi realizada após a anuência do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da região Centro Sul, Superintendência da Asa Sul, Chefia Imediata do CTA-DF e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) em 24/01/2017 com o número: 63055616.8.0000553.

## RESULTADOS

Foram realizados 28.044 atendimentos de usuários maiores e/ou iguais a 18 anos no CTA-DF. O predomínio foi de 18.043 (66,1%) homens, estado civil solteiro com 19.292 (68,79%) pessoas, escolaridade de 8 a 11 anos estudados com 11.825 (42,17%), ocupação autônomo com 2.087 (7,44%) e raça/cor parda 12.411 (44,26%), sendo que este número aumenta se for feita a consolidação com a cor preta. Observa-se a busca pelo CTA-DF na população mais jovem na faixa etária dos 18 aos 30 anos 15.509 (55,30%).

Seguindo na distribuição de área de abrangência do CTA-DF, a população que mais frequenta é do Plano Piloto com 3.732 (13,30%), onde está localizado o CTA-DF. Por ser um estudo descritivo e por falta de dados, não se realizou a padronização dos municípios, colocando na ordem em que mais se apresentavam as Regiões Administrativas (ou popularmente cidade Satélites) como Ceilândia com 2.444 (8,71%) registros. Valparaíso de Goiás-GO foi a cidade que mais teve registros entre as cidades que não pertencem ao Distrito Federal com 775 (2,76%).

Tabela 1 – Características epidemiológicas da população atendida no CTA-DF dos anos de 2015 e 2016.

	Variável	Total (N=28.044)	Percentual (%)
Sexo	Feminino	9.501	33,88
	Masculino	18.543	66,12
Estado Civil	Casado (a)/amigado(a)	3.588	12,79

	Variável	Total (N=28.044)	Percentual (%)
	Solteiro (a)	19.292	68,79
	Separado (a)	1.250	4,46
	Viúvo (a)	257	0,92
	Não Informado	3.657	13,04
Faixa Etária	<18 anos	0	0
	18 a 30 anos	15.509	55,30
	31 a 40 anos	7.263	25,89
	41 a 50 anos	3.179	11,33
	<50 anos	2.310	8,23
	Escolaridade	Nenhuma	150
(anos cursados)	1 a 3	340	1,21
	4 a 7	2.003	7,14
	8 a 11	11.825	42,17
	12 ou mais	10.078	35,94
	Ignorado	3.648	13,01
	Ocupação	Autônomo	2.087
Do lar		1.217	4,33
Funcionário Público		542	1,93
Não Informado		4.494	16,02
Outros		19.704	70,28
Raça/cor	Branca	7.428	26,49
	Preta	4.662	16,62
	Amarela	131	0,47
	Parda	12.411	44,26

	Variável	Total (N=28.044)	Percentual (%)
	Indígena	64	0,23
	Ignorado	3.348	11,94
Cidade	Plano Piloto	3.732	13,30
	Ceilândia	2.444	8,71
	Taguatinga	1.785	6,36
	Samambaia	1.763	6,28
	Guara	1.473	5,25
	Sobradinho	1.349	4,80
	Santa Maria	1.071	3,81
	São Sebastião	1.047	3,73
	Valparaíso (GO)	775	2,76
	Outros	20.254	67,01

Fonte: SI-CTA-DF

Na descrição do recorte populacional em mulheres, a população geral tem 8.414 pessoas (95,36%), profissionais do sexo 110 (1,25%) pessoas, Mulher que faz sexo com Mulher 92 pessoas (1,04%). Já no sexo masculino, a população em geral é de 11.051 pessoas (65,69%) e homem que faz sexo com homem 5.448 pessoas (32,38%).

Do total de 28.044 pessoas que foram atendidas no CTA-DF, as que realizaram testagem rápida para HIV incluem 25.910 (92,4%) de acordo com a Tabela 2, sendo 2.134 (7,6%) os resultados não disponíveis no SI-CTA. Assim sendo, os pacientes que apresentaram resultado reagente para HIV foram 779 pessoas, com a prevalência de 2,8 percentual. Sendo o perfil epidemiológico de homens com a faixa etária de 18 a 30 anos, solteiros, pardos, nível de escolaridade de 8 a 11 anos de estudo.

Tabela 2 – Percentual sorológico da população atendida no CTA-DF com resultados reagentes para HIV, Sífilis, Hepatite B e C dos anos de 2015 e 2016.

Infecção	Sexo	Total	Percentual (%)
HIV	Feminino	91	11,68
	Masculino	688	88,32
Sífilis	Feminino	344	16,17
	Masculino	1.783	83,83
Hepatite B	Feminino	4	18,18
	Masculino	18	81,82
Hepatite C	Feminino	26	26,26
	Masculino	73	73,74

Fonte: SI-CTA-DF

Tabela 3 – Prevalência da população atendida no CTA-DF com resultados reagentes para HIV, sífilis, hepatite B e C dos anos de 2015 a 2016.

Critério	Total (n= 28.044)	Total (n= 3.027)	Percentual (%)
HIV	25.910	779	3,00
Sífilis	25.843	2.127	8,23
Hepatite C	25.210	99	0,39
Hepatite B	20.814	22	0,10

Fonte: SI-CTA-DF

Os pacientes que realizaram testagem rápida para sífilis adquirida foram 25.843 (92,15%) pessoas de acordo com a Tabela 3, sendo 2.201 (7,85%) não estão disponíveis no SI-CTA. Os resultados reagentes dos testes rápidos para Sífilis foram 2.127 pessoas, com a prevalência 8,23%, com predomínio de homens de 18 a 30 anos, pardos, com 8 a 11 anos de estudo e solteiros.

Foram realizados 25.210 testes rápidos de hepatite C, contendo 99 pessoas com resultados reagentes de acordo com a Tabela 3, obtendo a prevalência de 0,39 %. Não realizaram teste rápido para hepatite C no SI-CTA 2.834 pessoas. O perfil epidemiológico da população que

realizou teste rápido para hepatite C foi de homens acima de 50 anos, pardos, com escolaridade de 8 a 11 anos e solteiros.

Já para hepatite B foram realizados 20.814 testes rápidos, sendo 22 pessoas obtiveram resultados reagentes, de acordo com a Tabela 3, sendo a prevalência de 0,10 percentual. O perfil epidemiológico para hepatite B foi de homens de 18 a 30 anos, pardos e com escolaridade de 8 a 11 anos e solteiros. Não realizaram o teste rápido para hepatite B 7.230 pessoas, mas isto pode ser explicado pela falta do teste rápido. Portanto o percentual poderia aumentar se estivesse disponível na mesma proporção.

Tabela 4– Percentual de coinfeccção da população atendida no CTA-DF nos anos de 2015 e 2016.

	HIV (total) e (%)	Sífilis (total n=) e (%)
Hepatite C	4 (0,01%)	5 (0,02%)
Hepatite B	8 (0,03%)	17 (0,06%)
Sífilis	232 (0,90%)	-

Fonte: SI-CTA-DF

Em relação à coinfeccção os resultados encontrados foram de usuários que realizaram os testes rápidos para HIV e hepatite B simultâneos foram 20.783, as que tiveram coinfeccção com HIV e hepatite B foram 4 (0,01%) casos. Os testes rápidos de HIV e sífilis foram 25.668, destes 232 (0,90%) foram reagentes para a coinfeccção; HIV e hepatite C foram atendidas 25.163 pessoas e os resultados reagentes foram 8 (0,03%).

Pessoas que realizaram os testes rápidos para Sífilis e hepatite B simultâneos foram 20.764, e as que tiveram coinfeccção foram 5 (0,02%) pessoas; Para sífilis e hepatite C foram 25.068 pessoas, as que tiveram coinfeccção foram 17 (0,06%) pessoas. Não houve pessoas que tiveram coinfeccção entre hepatite B e C, mas realizaram os testes rápidos simultâneos para hepatite B e C 20.771 pessoas.

## DISCUSSÃO

Este estudo avaliou o perfil epidemiológico e sociodemográfico da população atendida no CTA-DF. No total de atendimentos realizados 28.044 atendimentos em pessoas maiores e/ou iguais a 18 anos no CTA-DF, houve predomínio de 18.043 (66,1%) homens, que não é o

esperado, pois a maioria dos estudos tem predominância de mulheres variando de 53,1% a 65%, corroborando com a procura maior de mulheres aos serviços de saúde (12-14). Resultado semelhante à não procura masculina, em estudo realizado em unidade básica da percepção do homem em relação a necessidade de cuidados com sua saúde revela medo, timidez, vergonha, machismo e que a assistência a saúde está diretamente relacionada ao público feminino, existindo uma barreira sociocultural no processo saúde-doença do homem (15). Entretanto, estudos com predominância masculina variando de 54,9% a 70% ressaltam a importância de que há a necessidade da relevância da saúde reprodutiva do homem devido a alta quantidade de IST (13,16).

Em relação a idade, esta foi agrupada por faixa etária, observa-se a busca pelo CTA-DF na população mais jovem na faixa etária dos 18 aos 30 anos, resultados semelhantes foram encontrados em estudos de Santa Catarina, Rio de Janeiro e São Paulo que tiveram a predominância da faixa etária de 20 a 29 anos (13,16,17). Esta faixa etária de 20 a 29 anos, pode ser justificada pelo grande número de Sífilis adquirida de acordo com o Informativo Epidemiológico do Distrito Federal e Boletim Epidemiológico do Brasil (18,19), os usuários nesta faixa etária com outras IST procuram o CTA-DF para prevenção e tratamento.

Além disso, observou-se no quesito raça/cor a proporção de parda foi maior. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Canoas com ignorados e pardos em maiores proporções (74). O que diverge dos estudos de São Paulo e Alfenas com maior proporção de brancos com 59,3%, mas o estudo de São Paulo relata que quando consolidaram pardos e pretos a proporção é maior do que brancos (14,16).

No aspecto de escolaridade usuários que frequentam o CTA-DF tem 8 a 11 anos estudados, tais dados vêm ao encontro da desigualdade no acesso aos serviços de saúde resultando aos grupos socialmente mais privilegiados o menor risco de sofrer complicações. Os fatores como pobreza, exclusão social, estresse, desemprego, condições de moradia de trabalho, estão intimamente ligadas às condições de saúde (21). Outro aspecto importante é o acesso à informação em saúde, sendo a população com maior grau de escolaridade aquela com maior interesse na busca pelo assunto saúde (22).

Na descrição do recorte populacional houve predominância da população em geral entre ambos os sexos. Entretanto, em homens houve grande número de HSH. Em estudo realizado com população LGBT sobre o acesso ao serviço de saúde, mostra que o princípio do SUS de equidade ainda não foi atingido plenamente, trazendo a discriminação como obstáculo para

atendimento de prevenção e educação a saúde (23). Entretanto, como os resultados mostram o CTA-DF vem acolhendo este público para que possam ter acesso igualitário, principalmente em relação à prevenção e resolutividade na quebra da cadeia de transmissão das doenças citadas.

Do total de usuários atendidos no CTA-DF, que realizaram testagem rápida para HIV incluem homens jovens, pardos, solteiros com nível de escolaridade alto. Em relação a prevalência de HIV foi superior ao estudo de Alfenas e inferior ao estudo de São Paulo de 4,4% e Santa Catarina de 5,6%. Enquanto sífilis em São Paulo foi de 19,2% de São Paulo e Alfenas 1,9% (1,13,14). Houve semelhança com o Boletim Epidemiológico de Brasília com homens pardos, escolaridade com educação superior, e faixa etária de 20 a 34 anos, e foram notificados 597 casos por 100.000 habitantes de HIV em 2015 (24). Deste modo, verificamos que o CTA-DF tem um papel importante no diagnóstico rápido do HIV, entretanto não são demonstrados no SI-CTA se os usuários são casos novos, em tratamento ou abandono. Com estas mesmas características temos os resultados dos usuários que fizeram teste rápido para sífilis sendo homens jovens, pardos, solteiros e com 8 a 11 anos de estudo. No Boletim Epidemiológico de Brasília ainda não há dados de 2015 e 2016, porém o total de casos de 2009 a 2014 foram 3260 por 100.000 habitantes. Cabe destacar que não é considerada sífilis adquirida a sífilis primária, sendo notificada como úlcera genital (18). Mas, não foi diferenciada na coleta de dados a cicatriz sorológica da doença ativa, mesmo assim, cabe ressaltar que o CTA-DF é um lugar oportuno para diagnóstico precoce de sífilis, pois além de realizar o teste rápido, faz-se o tratamento de sífilis, para que haja resolutividade no atendimento para o paciente e parceiro (a).

Ao contrário dos usuários que realizaram teste rápido para HIV, sífilis e hepatite B, os que realizaram teste rápido para hepatite C tem características sociodemográficas de homens acima de 50 anos, mas escolaridade e estado civil mantiveram-se semelhantes corroborando os dados do Boletim Epidemiológico de Brasília, onde foram notificados em 2014 um total de 111 casos de hepatite C, sendo o sexo masculino a proporção maior com 65% dos casos, e a faixa etária de 40 a 49 anos (25,26). Observa-se que a predominância da população do CTA-DF é mais jovem, portanto o número de pessoas que consegue captar com diagnóstico de hepatite C fica restrito.

Já para hepatite B foram realizados 20.814 testes rápidos, sendo 22 (0,1%) reagentes com predominância de homens de 18 a 30 anos, pardos e com escolaridade de 8 a 11 anos e solteiros. Não realizaram o teste rápido para hepatite B 7.230 pessoas, mas pode ser explicado pela falta do teste rápido. Em Brasília foram notificados 103 casos de Hepatite B, com distribuição

homogênea entre os sexos e a faixa etária de 40 a 49 anos (25,26). No Brasil observa-se no Boletim Epidemiológico que a faixa etária diminui sendo de 30 a 39 anos seguida de 40 a 49 anos (11).

A limitação do estudo foi pela falta de retroalimentação do sistema que dificultou na interpretação dos dados de hepatite B, pois 7.230 usuários não realizaram o teste, ou porque não havia o teste rápido ou porque não foi colocado no sistema de informação. Tão somente para HIV, sífilis e hepatite C. Já para os resultados reagentes para a testagem rápida para sífilis houve um maior percentual, pois não havia como saber se o usuário estava com doença ativa ou cicatriz sorológica.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo possibilitou a identificação do perfil epidemiológico da população atendida no CTA-DF. Foi observado que há a predominância de homens solteiros, pardos entre 18 a 30 anos, com 8 a 11 anos de estudos que residem no Plano Piloto, mostrando assim que esta amostra de conveniência, permitiu compreender o perfil socioeconômico dos usuários que procuram o serviço do CTA no DF.

No que diz respeito aos resultados dos testes rápidos reagentes executados no serviço, estes mostram uma prevalência para HIV de 3,00%, sífilis de 8,23%, hepatite B de 0,10% e hepatite C de 0,39%. Chama a atenção o fato de que estes indicadores de saúde quando comparados com outros serviços de mesma natureza em outras regiões são em sua maioria inferiores aos reportados em outros estudos, em que pese apenas o aumento da prevalência da sífilis. Ainda assim, não é possível individualizar estes resultados da sífilis que pode ser decorrente da não caracterização da sífilis em doença ativa ou cicatriz sorológica.

Mais uma vez, observa-se a importância da qualidade dos dados. Para que haja ações e investigações na questão epidemiológica, os dados, informações e o conhecimento devem ser padronizados pela equipe multidisciplinar.

Assim, o CTA-DF é um serviço estratégico na medida que oportuniza a demanda espontânea e alcança grupos de risco, portanto ideal para diagnóstico rápido de HIV, Sífilis, hepatite B e C, e tratamento de IST. Verificou-se a importância da identificação do perfil da população do CTA-

DF, como um elemento vital para aumentar a possibilidade de se atingir a meta de prevenir e controlar a epidemia de HIV e outras IST do DF.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mesquita F, Zacaro C, Oliveira SM, Bergamaschi DP. Perfil epidemiológico dos usuários de um Centro de Testagem e Aconselhamento para DST / HIV da Rede Municipal de São Paulo , com sorologia positiva para o HIV. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2004;7(3):302–10. Available at: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2004000300008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000300008)
2. Wolffenbüttel K, Carneiro N. Uma breve história dos Centros de Testagem e Aconselhamento ( CTA ) enquanto organização tecnológica de prevenção de DST / Aids no Brasil e no estado de São Paulo. Rev Saúde Coletiva [Internet]. 2007;4(18):183–7. Available at: <http://www.redalyc.org/pdf/842/84218406.pdf>
3. Grangeiro A, Escuder MM, Pupo LR, Ines M, Nemes B, Henrique P, et al. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil Technological profile assessment of voluntary HIV counseling and testing centers in Brazil. Rev Saude Publica [Internet]. 2009;43(3):427–36. Available at: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300006)
4. Soares S, Brandão ER. Testagem e Aconselhamento do Estado do Rio de Janeiro : fatores estruturais e subjetivos. 2013;
5. Souza V de, Cardoso JSR, Nahass JDP. Sistema de informação dos centros de testagem e aconselhamento: dificuldades, divergencias e padronização no preenchimento. REME rev min enferm [Internet]. 2011;15(4):530–8. Available at: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/67>
6. WHO. Global Health Sector Strategy on Sexually transmitted infections 2016-2021 [Internet]. Suíça; 2016 [citado 15 de abril de 2017]. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246296/1/WHO-RHR-16.09-eng.pdf?ua=1>
7. WHO. Global Health sector strategy on Viral Hepatitis 2016-2021 [Internet]. Geneva; 2016 [citado 16 de abril de 2017]. 54 p. Available at:

- <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246177/1/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf?ua=1>
8. WHO . Hepatitis B [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [citado 9 de abril de 2017]. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>
  9. Brasil. Vigilância do HIV e das Hepatites Virais: abordagens e perspectivas. 2003 [citado 15 de abril de 2017]; Available at: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia\\_hiv\\_hepatites\\_virais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_hiv_hepatites_virais.pdf)
  10. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas para pessoas com infecções sexualmente transmissíveis [Internet]. 2º ed. Brasília; 2016 [citado 23 de setembro de 2016]. 1-122 p. Available at: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt\\_ist\\_28\\_04\\_2016\\_web\\_pdf\\_26946.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt_ist_28_04_2016_web_pdf_26946.pdf)
  11. Brasil. Boletim Epidemiológico: Hepatites Virais. 2016 [citado 10 de abril de 2017]; Available at: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59121/boletim\\_hepatites\\_05\\_08\\_2016\\_pdf\\_96185.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59121/boletim_hepatites_05_08_2016_pdf_96185.pdf)
  12. Matos MMMM, Fernandes AKJ, Mallmann CSY, Menezes MP, Matos E de L. Perfis sociocomportamentais dos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento -CTA em DST/AIDS do Hospital Universitário Getúlio Vargas da Cidade de Manaus-AM. Rev do Hosp Univ Getúlio Vargas [Internet]. 2011 [citado 25 de abril de 2017];10:25–33. Available at: [http://hugv.ufam.edu.br/downloads/revistas/REVISTA\\_2011/revista\\_hugv\\_2011\\_1\\_final.pdf#page=25](http://hugv.ufam.edu.br/downloads/revistas/REVISTA_2011/revista_hugv_2011_1_final.pdf#page=25)
  13. Schneider IJC, Ribeiro C, Breda D, Skalinski LM, D’Orsi E. Perfil epidemiológico dos usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005. Cad Saude Publica [Internet]. 2008;24(7):1675–88. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/22.pdf>
  14. Vilela MP, Brito TRP de, Goyatá SLT, Spinelli Arantes CI. Perfil epidemiológico dos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento de Alfenas, Minas Gerais. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 30 de junho de 2010 [citado 25 de abril de 2017];12(2):326–30. Available at: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a15.htm>
  15. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do

- homem em debate. *Psicol Teor e prática* [Internet]. 2011 [citado 7 de maio de 2017];13(3):152–66. Available at:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872011000300012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012)
16. Deienno MCV, Farias N, Chencinski J, Simões RN. Perfil dos usuários do serviço de aconselhamento no serviço de assistência especializada em DST/Aids Campos Elíseos, município de São Paulo, Brasil. *BEPA Bol Epidemiológico Paul* [Internet]. [citado 10 de setembro de 2016];7(74):13–22. Available at:  
[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-42722010000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722010000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
  17. Araújo LC de, Fernandes RC de SC, Coelho MCP, Medina-Acosta E. Prevalência da infecção pelo HIV na demanda atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento da Cidade de Campos dos Goytacazes, Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2001-2002. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. [citado 10 de setembro de 2016];14(2):85–90. Available at: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742005000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742005000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
  18. Distrito Federal. Boletim Epidemiológico de Sífilis do Distrito Federal [Internet]. 2015 [citado 12 de abril de 2017]. Available at:  
[http://www.saude.df.gov.br/images/Informativos/Sífilis/Informativo\\_Epidemiologico\\_d\\_e\\_Sífilis\\_01.2015.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/Informativos/Sífilis/Informativo_Epidemiologico_d_e_Sífilis_01.2015.pdf)
  19. Brasil. Boletim Epidemiológico de Sífilis. Ministério da Saúde [Internet]. 2016;47:5. Available at:  
[www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/2016\\_030\\_sifilis\\_publicacao2\\_pdf\\_51905.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59209/2016_030_sifilis_publicacao2_pdf_51905.pdf)
  20. Campos CGAP de, Estima SL, Santos, Vinicius Souza Lazzarotto AR. A vulnerabilidade ao HIV em adolescentes: Estudo retrospectivo em um Centro de Testagem e Aconselhamento. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2014;310–4. Available at:  
<file:///C:/Users/note/Downloads/v18n2a05.pdf>
  21. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Al E, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2º ed Rio de Janeiro: Fiocruz;

2012. p. 183.
22. Moretti FA, Oliveira VE, Silva EMK. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2012;58:650–8. Available at: [www.scielo.br/pdf/ramb/v58n6/v58n6a08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n6/v58n6a08.pdf)
  23. Santos EC, Calvetti PU, Rocha KB, Moura A, Barbosa LH, Hermel J. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único. *Rev Ineramericana Psicol* [Internet]. 2010 [citado 7 de maio de 2017];44:235–45. Available at: [https://www.researchgate.net/profile/Katia\\_Rocha/publication/236334487\\_Percepcao\\_d\\_e\\_Usuarios\\_Gays\\_Lesbicas\\_Bissexuais\\_e\\_Transgeneros\\_Transexuais\\_e\\_Travestis\\_do\\_Sistema\\_Unico\\_de\\_Saude/links/0deec517ac2819ce58000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Katia_Rocha/publication/236334487_Percepcao_d_e_Usuarios_Gays_Lesbicas_Bissexuais_e_Transgeneros_Transexuais_e_Travestis_do_Sistema_Unico_de_Saude/links/0deec517ac2819ce58000000.pdf)
  24. Federal D. Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS no Distrito Federal [Internet]. 2015 [citado 12 de abril de 2017]. Available at: [http://www.saude.df.gov.br/images/Informativos/2016/boletim\\_DST\\_AIDS\\_2016\\_-\\_Atualizado\\_em\\_01\\_12\\_2016.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/Informativos/2016/boletim_DST_AIDS_2016_-_Atualizado_em_01_12_2016.pdf)
  25. Federal D. Informativo epidemiológico de sífilis, hepatites B e C e AIDS no Distrito Federal. [citado 12 de abril de 2017]; Available at: [http://www.saude.df.gov.br/images/Informativos/Informativo\\_Epidemiologica\\_de\\_Sifilis\\_Hepatites\\_B\\_e\\_C\\_e\\_Aids\\_n22014.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/Informativos/Informativo_Epidemiologica_de_Sifilis_Hepatites_B_e_C_e_Aids_n22014.pdf)
  26. Brasília. Informativo epidemiológico de sífilis, hepatites B e C e AIDS no Distrito Federal [Internet]. 2014 [citado 30 de abril de 2017]. Available at: [http://www.saude.df.gov.br/images/Informativos/Informativo\\_DST\\_\\_No\\_1\\_Agosto\\_de\\_2014.pdf](http://www.saude.df.gov.br/images/Informativos/Informativo_DST__No_1_Agosto_de_2014.pdf)

O segundo resultado desta dissertação será apresentado por meio de artigo intitulado “Perfil epidemiológico e clínico dos homens atendidos no CTA-DF com HPV” contempla os objetivos específicos 2,3,4 e 5 deste estudo.

Tomando como subsídio a caracterização do perfil epidemiológico da população atendida do CTA-DF, verificou-se que a busca por tratamento é predominantemente masculina atribuindo-se a isso o fato do CTA estar localizado geograficamente em um lugar estratégico no centro da cidade, tornando assim a procura por tratamento de IST torna-se frequente, mas é necessário outro estudo que corrobore com este achado.

O SI-CTA possui uma série de fragilidades em relação a qualidade da informação. Nele, não há informação detalhada sobre os tratamentos de IST pela equipe multidisciplinar, e pela alta procura de tratamento de HPV. Neste sentido o segundo artigo pretende apresentar resultados obtidos por meio de busca nos prontuários.

## **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E CLÍNICAS DOS HOMENS COM DIAGNÓSTICO DE HPV ATENDIDOS NO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO DO DISTRITO FEDERAL**

Jenifer Olivatto da Silva, Cleber da Silva Alves, Fabiana Sherine Genm dos Santos, Mauro Niskier Sanchez

### **RESUMO**

O HPV é a IST mais comum mundialmente, mais de um milhão de pessoas adquirem IST por ano. Nos homens o HPV causa entre 80 a 85% dos casos de câncer anal e 50% dos casos de câncer de pênis. O objetivo do estudo foi caracterizar o perfil epidemiológico e clínico da população adulta, masculina, diagnosticada com HPV, atendida no CTA-DF, no período de 1/1/2015 a 31/12/ 2016. O estudo é uma coorte clínica, descritivo, decorrente de coleta de dados secundários contidos nos prontuários. Foi identificado a predominância de homens com a faixa etária de 18 a 29 anos, brancos, homens que fazem sexo com mulheres, com 8 a 11 anos de estudo, prevalência de HPV foi de 16,93/1.000 usuários. Em relação a coinfeção HIV com 21 (7,9%) usuários foi a predominante. No que se refere a lesão por HPV a lesão de pênis foi a mais frequente com 209 (60,23%) usuários. No que diz respeito ao tratamento o Ácido Tricloracético (ATA 90%) foi o mais prevalente com mediana de 41 dias de tratamento e entre 3 a 5 sessões, dependendo do local da lesão. Houve abandono de tratamento em 208 (66,24%) usuários, alta em 96 (30,57%) dos usuários e foram encaminhados para outros serviços de referência 10 (3,18%) usuários. Os achados do estudo reforçam a importância de se traçar este perfil no DF, para fomentar ações de promoção da saúde, prevenção e controle de IST. Desta forma, a faixa etária da vacinação para homens e mulheres devem ser estendida pelas características epidemiológicas encontradas, pois o homem ativo pode ser o transmissor de HPV tanto para homens quanto para mulheres. É necessário reforçar a importância da ampliação do acesso dos homens ao serviço de saúde para que possam ser diagnosticados precocemente, tratados e diminuir a cadeia de transmissão de HPV.

Palavra-Chave: HPV, Saúde do Homem, IST

## INTRODUÇÃO

O Papilomavírus humano (HPV) é uma das principais causas do câncer de colo uterino, sendo a quarta causa de morte entre mulheres e a Infecção Sexualmente Transmissível (IST) mais comum no mundo. Nos homens o HPV causa de 80 a 85% dos casos de câncer anal e 50% dos casos do câncer de pênis. A presença de HPV entre Homens que fazem sexo com homens (HSH) é de 2 a 6 vezes mais do que em heterossexuais (1).

Atualmente existem mais de 200 tipos de HPV, destes 40 infectam o trato anogenital, entretanto a maioria é assintomática (2). Sua transmissão é via sexual e vertical, devido à microfissuras e abrasões, que se iniciam na camada basal da epiderme da mucosa ou pele. O início da proliferação acontece somente em células diferenciadas.

O diagnóstico do HPV é realizado por meio de colpocitologia oncótica de colo uterino, citologia oncótica anal, colposcopia, anoscopia e histopatologia. Ainda não se sabe o período mínimo entre a infecção e início das lesões. No diz respeito às formas de tratamento incluem: ácidotricloracetico (ATA 90%), imiquimode, podofilina, podofilotoxina, conização, LEEP (eletrocauterização), ablação a laser e crioterapia (2).

O CTA-DF oferece testagem rápida para conhecer de maneira precoce o perfil sorológico dos usuários infectados com HIV, Sífilis, Hepatites B e C e outras IST. Disponibiliza o aconselhamento, prevenção, tratamento de outras ISTs de acordo com Protocolo de Diretrizes Terapêuticas de Infecções Sexualmente Transmissíveis 2016 do Ministério da Saúde (PCDT IST) (2), sendo o atendimento por demanda espontânea ou encaminhada de outros serviços.

Após a realização do teste o usuário é aconselhado individualmente, de acordo com sua queixa é realizada anamnese e exame físico e se necessário realiza-se abordagem sindrômica dos usuários sintomáticos com IST. Se o resultado do teste rápido de HIV, e/ou hepatites B e/ou C foram reagentes, o usuário será referenciado de acordo com sua preferência para os Centros de Referência para HIV e/ou para hepatite B e C. Aos usuários que tiveram sífilis serão tratados e solicitado *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) para acompanhamento com os profissionais médico ou enfermeiros. Os homens que tiveram gonorreia, clamídia, herpes genital, donovanose, linfogranuloma venéreo, cancro mole e HPV são submetidos a abordagem sindrômica pelas enfermeiras e tratados conforme o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (PCDT IST) 2016. Para os usuários com HPV o tratamento sintomático é realizado com ATA

90% e podofilina 15%. Se não houver melhora em 3 sessões das lesões ou após 6 sessões caso não ocorra o desaparecimento é substituído o tratamento por podofilina 15% ou ATA 90% ou Imiquimode 5% creme. Não há eletrocautério, portanto não se realiza cauterização conforme o protocolo do Ministério da Saúde. Caso não haja melhora o usuário é encaminhado para um serviço de referência.

Considerando a importância de gerar informações de HPV para vigilância epidemiológica, pois há uma maior frequência de verrugas genitais em homens do que mulheres (3), as informações deste estudo poderão subsidiar a gestão de futuras ações de assistência, prevenção e promoção da saúde. Com isso, procuramos responder às seguintes questões: qual o perfil epidemiológico dos homens com HPV atendidos no CTA-DF? Qual o desfecho do tratamento de HPV nos homens atendidos no CTA-DF?

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, do tipo coorte clínica, realizado no CTA do Distrito Federal, localizado na Rodoviária do Plano Piloto no piso mezanino.

Coletou-se dados secundários contidos no prontuário, sendo a população de estudo de homens diagnosticados com HPV atendidos no CTA-DF, no período de 01/01/2015 a 31/12/2016. As variáveis selecionadas foram: sexo, idade, grupo étnico, estado civil, escolaridade, orientação sexual, tratamento clínico, desfecho, local da lesão de HPV, coinfeções por HIV, Sífilis e Hepatites B e C.

A análise dos dados coletados foi feita com o auxílio de softwares estatísticos (SPSS e STATA). Com isso, são apresentadas as estatísticas descritivas (proporções, mediana, interquartil, percentis, taxas, frequência, coeficiente, prevalência) dos dados coletados nos prontuários.

Realizamos cruzamento dos dados do SI-CTA e do prontuário para: eliminar dados duplicados, e complementar informações que estivessem em apenas uma das duas fontes de dados. Os dados foram utilizados para obter um panorama completo de dados oriundos em parte do SI-CTA e em parte do prontuário. Após o referenciamento desses dados, apenas o código relativo ao usuário e seus dados foram utilizados com o objetivo de realizar a caracterização epidemiológica. Em nenhuma fase da pesquisa foram divulgadas informações que

possibilitassem identificar qualquer indivíduo participante da pesquisa. As variáveis de identificação foram utilizadas para evitar duplicidade.

Inicialmente foram incluídos todos os atendimentos realizados pela equipe (n= 2.138) prontuários, que demandaram acompanhamento de HPV. Foram excluídos os usuários masculinos menores de 18 anos e mulheres. A amostra final foi de 314 prontuários de homens maiores de 18 anos com diagnóstico de HPV. Para aqueles casos em que não foram reportados alta no prontuário do usuário, computou-se como casos de abandono ao tratamento.

A coleta de dados foi realizada após a anuência do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da região Centro Sul, Superintendência da Asa Sul, Chefia Imediata do CTA-DF e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) na data 24/01/2017 com o número: 63055616.8.0000553.

## RESULTADOS

Foram analisados 314 prontuários de homens maiores de 18 anos com HPV. O predomínio foi de homens solteiros com 192 (65,31%) usuários, com a faixa etária de 18-29 anos (67,5%), com escolaridade com 2º grau em 128 (41,83%) usuários, orientação sexual predominante foi homem que faz sexo com mulher (HSM) com 159 (54,45%) dos usuários, raça/cor branca com 119 (40,20%) usuários, entretanto se considerarmos pardos e pretos consolidados, estes serão em maior número com 133 (44,93%) usuários. A coinfeção predominante foi de HIV com 21 (7,19%) dos usuários. Dos 314 usuários 302 (96,18%) não tiveram IST após tratamento de HPV.

Sendo o total de homens atendidos no CTA-DF de 18.543 no período de 2015 a 2016, pode-se inferir que a prevalência de HPV na população do CTA-DF é de 16,93 usuários homens com diagnóstico de HPV por 1000 usuários.

Tabela 1 – Características epidemiológicas dos homens com diagnóstico de HPV atendidos no CTA-DF nos anos de 2015 e 2016.

Variável	Categoria	Total	Percentual (%)
Estado Civil	Solteiro (a)	192	65,31

Variável	Categoria	Total	Percentual (%)
	Casado (a)/amigado (a)	69	23,47
	Separado (a)	9	3,06
	Não Informado	24	8,16
Faixa Etária	<18 anos	0	0
	18 a 29 anos	212	69,96
	30 a 39 anos	63	20,79
	40 a 49 anos	21	6,93
	<50 anos	7	2,31
Escolaridade	Nenhuma	1	0,33
	1º grau	57	18,63
	2º grau	128	41,83
	3º grau	110	35,95
	Ignorado	10	3,27
Raça/cor	Branca	119	40,20
	Preta	54	18,24
	Amarela	38	12,84
	Parda	79	26,69
	Indígena	0	0,23
	Ignorado	6	2,03
Cidade	Plano Piloto	40	12,73
	Ceilândia	27	8,60
	Taguatinga	22	7,00
	Planaltina	17	5,41
	Samambaia	16	5,09

Variável	Categoria	Total	Percentual (%)
	São Sebastião	13	4,14
	Luziânia (GO)	13	4,14
	Outros	166	52,89
Orientação sexual	HSH	89	30,48
	HSM	159	54,45
	HSHM	16	5,48
	Ignorados*	28	9,59

\*Ignorados são usuários que não identificaram sua orientação sexual no prontuário

Tabela 2 – Percentual sorológico dos homens com diagnóstico de HPV atendidos no CTA-DF com resultados reagentes para HIV, Sífilis, Hepatite B e C dos anos de 2015 e 2016.

Coinfecção	Total	Percentual (%)
HIV	21	7,90
Sífilis	18	6,23
Hepatite C	1	0,35
Hepatite B	1	0,35

Tabela 3 – Percentual de tratamentos de primeira e segunda escolha de homens tratados de HPV nos anos de 2015 e 2016.

	Tratamento	Total	Percentual (%)
Primeira Linha	ATA 90%	265	84,39
	Podofilina 15%	45	14,33
	Imiquimode 5%	3	0,96
Segunda Linha	ATA 90%	5	1,59
	Podofilina 15%	29	9,24

Tratamento	Total	Percentual (%)
Imiquimode 5%	30	9,55

O tratamento primário mais utilizado foi ATA 90% com 265 (84,39%) dos usuários, podofilina 15% com 45 (14,33%) dos usuários, imiquimode 5% com 3 (0,96%) dos usuários. Utilizaram a troca do tratamento, quando a primeira escolha não houve resultado, sendo 5 (1,59%) dos usuários utilizaram ATA 90%, podofilina 15% 29 (9,24%) usuários e 30 (9,55%) dos usuários usaram Imiquimode 5% creme, entretanto 250 (79,62%) dos usuários não precisaram trocar o tratamento. Dos 314 usuários 302 (96,18%) não tiveram IST após tratamento de HPV. Houve abandono de tratamento em 208 (66,24%) usuários, alta em 96 (30,57%) dos usuários e foram encaminhados para outros serviços de referência 10 (3,18%) usuários.

Tabela 4 – Percentual de desfechos de homens dos homens diagnosticados com HPV nos anos de 2015 e 2016.

Desfecho	Total	Percentual (%)
Abandono	208	66,24
Alta	96	30,57
Encaminhados	10	3,18

Em relação ao desfecho do tratamento houve abandono de tratamento em 208 (66,24%) usuários, alta em 96 (30,57%) dos usuários e foram encaminhados para outros serviços de referência 10 (3,18%) usuários. Observe que para aqueles casos em que não foram reportados alta no prontuário do usuário, computou-se como casos de abandono ao tratamento. Esse fato pode ter pesado sobre o número real de abandonos (e proporcionalmente também no número de casos de sucesso), tendo em conta que alguns usuários podem ter observado melhora e decidido espontaneamente em não mais procurar o serviço de saúde.

Quanto ao tipo de lesão, foram analisadas lesão de pênis, lesão de púbis, lesão escrotal, lesão anal e lesão de boca.

Tabela 5 – Percentual de acordo com o local da lesão de homens com diagnóstico de HPV atendidos no CTA-DF nos anos de 2015 e 2016.

Local da Lesão	Dias tratamento (mediana- IIQ)	Número de Sessões (mediana)	Coinfecção (n=)	Total (n=)*	Percentual (%)	
			HIV	5		
Pênis	41 (14-143)	3	Sífilis	8	209	60,23
			Hepatite B	1		
			HIV	19	76	21,90
			Sífilis	10		
Anal	75(20,5-137)	5	HepC	1		
			HepB	1		
			HIV	2	52	15,00
Pubis	40 (15-154)	3,5	Sífilis	1		
			HepB	1		
Boca	15 (7-22)	3	-	3	0,86	
Escrotal	49 (5-154)	3	-	7	2,01	
Total	-	-	-	347	100,00	

\*O mesmo indivíduo pode ter lesão em vários locais.

No que se refere ao tratamento, 179 (85,65%) usuários com lesão de pênis realizaram tratamento com ATA 90%, 27 (12,92%) dos usuários trataram com podofilina 15% e 2 (0,96%) trataram com imiquimode 5%. Tiveram que trocar o tratamento por não responder a primeira escolha do tratamento 4 (1,91%) dos usuários utilizaram ATA 90%, 21 (10,05%) usuários podofilina 15% e 20 (9,57%) usuários com imiquimode 5% creme. Sendo que 164 (78,47%) dos usuários não trocaram de tratamento, ou seja, fizeram apenas a primeira escolha de tratamento. A mediana de dias de tratamento foi de 41 dias com 3 sessões

Dentre os usuários com diagnóstico de HPV que apresentaram lesão de pênis, a orientação sexual predominante foi HSM totalizando 128 (65,98%) usuários, sendo HSH 37 (19,07%) dos usuários, 9 (4,64%) dos usuários HSHM e 20 (10,31%) não relataram orientação sexual.

Em relação aos usuários que apresentaram lesão de púbis, o tratamento inicial foi ATA 90% em 39 (75%) usuários e 13 (25,00%) usuários utilizaram podofilina 15%. Tiveram que trocar o tratamento por não estar respondendo a primeira opção 1 (1,92%) dos usuários utilizaram ATA 90%, 8 (15,38%) usuários podofilina 15%, 4 (7,69%) usuários utilizaram imiquimode 5%. Entretanto, 39 (75,00%) dos usuários não precisaram trocar o tratamento. Em relação a orientação sexual, a predominância da lesão foi entre HSM com 37 (74%) usuários, 4 (8,00%) de HSH, 3 (6,00%) HSHM e 6 (12,00%) não relataram orientação sexual.

Em relação a lesão perianal o tratamento inicial foi ATA 90% com 63 (82,89%) usuários e 13 (17,11) usuários utilizaram podofilina 15%. Tiveram que mudar a conduta para outro tratamento trocando por ATA 90% 1 (1,32%) usuário, 7 (9,21%) dos usuários para podofilina 15% dos usuários e 58 (76,32%) não precisaram trocar o tratamento. A predominância em relação a orientação sexual foi de 51 (70,83%) usuários HSH, seguidos de 11 (15,28%) usuários HSM, 7 (9,72%) usuários HSHM e 3 (4,17%) não relatou a orientação sexual.

Em relação a lesão de bolsa escrotal 6 (85,71%) dos usuários foram tratados com ATA 90%, sendo o tratamento predominante e 1 (14,29%) usuário tratou com podofilina 15%. Houve troca do tratamento em 1 usuário (14,29%) por podofilina 15%, sendo que 6 (85,71%) não houve necessidade da troca do tratamento. Não houve usuários com HIV, sífilis, hepatite B e C associados. Em relação a orientação sexual 4 (57,14%) usuários eram HSH, 1 (14,29%) era HSHM e 2 (28,57%) não relatou orientação sexual.

Em relação a lesão de boca, o tratamento inicial com ATA 90% em 2 (66,67%) dos usuários e 1 (33,33%) usuário com podofilina 15%, não houve troca de tratamento. Nenhum usuário apresentou coinfeção com HIV, sífilis, hepatite B e C com lesão de boca. Em relação a orientação sexual, houve 1 usuário HSH, 1 usuário HSM e 1 usuário HSHM.

## **DISCUSSÃO**

O estudo avaliou o perfil epidemiológico e clínico dos homens com diagnóstico de HPV atendidos no CTA-DF. Foram analisados 314 prontuários com predominância de HSM, brancos, solteiros, com faixa etária entre 18 a 29 anos, corroborando com os dados epidemiológicos dos estudos de Portugal, EUA, Brasil, México, França (4),(5),(6),(7),(8). Resultado semelhante quando observamos o SI-CTA-DF, o perfil epidemiológico já era esperado, pois é a população do CTA-DF mais frequente. Os estudos do Brasil, Mexico, EUA e França utilizaram em sua

metodologia seguimento dos usuários que já possuíam HPV realizando coorte. No entanto, o estudo de Portugal realizou um estudo transversal de usuários que não tinham HPV para calcular a prevalência, mesmo a medida de frequência sendo igual à do estudo do SI-CTA-DF, não podemos fazer comparações em relação a prevalência, pois a população que procura o CTA-DF é autoselecionada e vai ao serviço por normalmente estar com alguma IST e com comportamento sexual de alto risco, portanto a prevalência de HPV do CTA-DF não é generalizável, apenas como título de conhecimento.

No entanto, importante pensar neste perfil dos homens, pois geram potencialidade de infecção para mulheres, demonstrado em estudo o importante papel dos homens nos cânceres cervicais (9). Nesta linha de pensamento, geram também infecção para os que são HSH, pois o HPV é o principal agente de câncer anal (10).

No que diz respeito ao tratamento, no CTA-DF, a opção por ATA 90% foi mais prevalente, onde o número de sessões de tratamento esteve entre 3 a 5 (a depender do local da lesão). Neste contexto, a lesão perianal foi aquela que mostrou maior número de retornos. Para efeito de estudo, todos os casos em que não foram reportados a alta do tratamento no prontuário do usuário, consideramos como abandono. No entanto, essa padronização pode ter incorporado aqueles casos em que o usuário foi orientado a não mais procurar o serviço de saúde, caso observasse remissão da lesão.

De toda forma, os resultados observados na Instituição se alinham ao PCDT IST 2016 (2), onde se estabelece que o manejo do tratamento de HPV com ATA 90% deve ser entre 6 a 10 sessões. Observe ainda que de acordo com um panorama realizado por Thurgar *et al* 2016 a duração do tratamento com ATA 90% foi em 6 semanas com 4 sessões (11).

Com isso, entendemos que, não obstante a metodologia adotada (para os casos de abandono), os resultados alcançados no CTA-DF se alinham aos observados na literatura.

Buscando realizar a descrição do tratamento, foi necessário separarmos o HPV por local de lesão, pois verificamos o grau de importância que cada uma apresenta por diferentes riscos. Houve dificuldade em achar estudos com coinfeção de HPV e HIV, sífilis, hepatite B e C. Quando o usuário está com HIV há um aumento de 5 vezes adquirir o HPV estando nas 6 semanas de soroconversão do HIV devido a disfunção imune que ocorre na mucosa (12).

Nesta esteira de pensamento, a lesão mais predominante foi em pênis em HSM com a faixa etária entre 18 a 29 anos, e sua importância é principalmente porque pode ser associado ao

câncer cervical das esposas (13). Podendo ser justificado pelo número de parceiros e educação da saúde sexual ineficaz. Estudo diverge na faixa etária quando considerado câncer invasivo, sendo a faixa etária entre 55 a 75 anos (14). Resultado semelhante foi o estudo de Sousa *et al* 2015 realizado em homens do Maranhão com faixa etária em maior proporção entre 66 a 97 anos (15). Podendo ser explicado pela dificuldade de acesso devido a faixa etária, má higiene, questão cultural levando a uma demora em procurar o tratamento. Quando relacionamos a lesão de pênis com coinfeção a maior proporção são de HSH com sorologia reagente para HIV e Sífilis (7), o que pode dificultar a resposta ao tratamento e elevar o número de recidivas (2) devido ao comportamento sexual com múltiplos parceiros e imunidade comprometida (16).

Outra lesão importante e comum é a lesão anal por HPV, que pode ocasionar câncer anal com maior predominância em HSH e com coinfeção com HIV (17) que são mais afetados do que soronegativos e tem uma alta incidência de câncer anal, sendo equivalente ao câncer cervical na mulher. Em revisão sistemática relata que 84% dos cânceres anais tem HPV, destes 87% são soropositivos para HIV (18). Em estudo realizado nos EUA por Johnson *et al* 2004, a malignidade *in situ* é de 24,7% em homens e 10,4% em mulheres, e diferente dos outros estudos a incidência por raça é maior em pretos e a idade com maior predominância é em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (19). Mostrando que os homens ainda não são afetados por comportamentos preventivos, ainda estão presos a concepções machistas, considerando-se forte e invulnerável (20). Entretanto, considerando a população HSH, estudo realizado no DF, relata que esta população ainda possui dificuldade no acesso aos serviços e profissionais de saúde e continua sendo considerada como vulneráveis (21).

O preservativo protege o local onde tem contato direto, diferentemente das áreas como púbis e escroto que ocorre a contaminação mesmo com uso do preservativo, isto é o preservativo diminui o risco da infecção pelo HPV, mas não extingui (22). Não podendo esquecer da lesão em boca, no qual o HPV tem um papel importante como relatado no estudo de Farshadpour *et al* 2011 (23). No estudo, evidencia-se que no Peru os HSH tem maior prevalência de HPV oral do que a população em geral, apesar de a prevalência de HPV oral ser menor que HPV externo (24). O câncer orofaríngeo pode ser causado em 90% das vezes por fumo e álcool, restando uma pequena parte causada pelo HPV. Uma consequência importante da lesão do HPV é a obstrução do trato respiratório (25).

De acordo com a revisão de literatura observou-se que não há base de dados do Distrito Federal atualizada sobre IST. Contudo, a prevalência calculada não foi com a intenção de

comparação, pois os dados da literatura foram da população em geral. Então os dados apresentados foram a título de conhecimento e não comparação.

Em síntese os dados coletados neste estudo se alinham de maneira geral aos resultados verificados em estudos de populações de diversas origens. E reforçam a importância de se traçar este perfil no DF, para as ações de promoção da saúde, prevenção e controle.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo permitiu a identificação do perfil epidemiológico e clínico dos usuários homens com diagnóstico de HPV atendidos no CTA-DF. Observou-se a predominância de HSM, solteiros, brancos e com segundo grau de escolaridade. Possibilitando assim, reflexões sobre o HPV no homem, tendo em conta que este é um agente de transmissão tanto para mulheres quanto para outros homens, elevando o potencial de poder provocar tanto câncer cervical quanto anal (dentre outras formas) em seus parceiros sexuais.

Houve limitações no estudo pela falta de preenchimento de alguns campos do prontuário. Esse fato pode ter pesado sobre o número real de abandonos (e proporcionalmente também no número de casos de sucesso), tendo em conta que alguns usuários podem ter observado remissão e ter sido orientado a não retornar ao serviço de saúde. No entanto, lembrando que a importância dos dados preenchidos possibilita comunicação com a equipe, estatísticas, avaliações, condutas e resultados.

O CTA-DF é um serviço que disponibiliza testagem rápida, aconselhamento e por meio de anamnese e exame físico o diagnóstico de HPV e coinfeções, constituindo-se um grande recurso para diminuir a cadeia de transmissão de HPV e outras IST.

Constatou-se a importância da identificação do perfil epidemiológico e clínico dos homens com diagnóstico de HPV atendidos no CTA-DF, como uma meta de prevenir por meio de vacinação, diagnosticar precocemente, tratar e reforçar a importância da ampliação do acesso dos homens ao serviço de saúde por meio de profissionais e serviços mais sensibilizados e disponíveis a proporcionar assistência e tratamento a portadores de IST.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Giuliano AR, Tortolero-Luna G, Ferrer E, Burchell AN, de Sanjose S, Kjaer SK, et al.

- Epidemiology of human papillomavirus infection in men, cancers other than cervical and benign conditions. Vaccine [Internet]. 19 de agosto de 2008 [citado 23 de setembro de 2016];K17-28. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18847554>
2. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas para pessoas com infecções sexualmente transmissíveis [Internet]. 2º ed. Brasília; 2016 [citado 23 de setembro de 2016]. 1-122 p. Available at: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt\\_ist\\_28\\_04\\_2016\\_web\\_pdf\\_26946.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt_ist_28_04_2016_web_pdf_26946.pdf)
  3. Humano IN de Ci e T das D do P. Guia do HPV [Internet]. 2013. p. 5. Available at: <http://www.incthpv.org.br/>
  4. Azevedo J, Pista A, Lisboa C, Santo I, Azevedo L, Cunha MJ. Epidemiology of human papillomavirus on anogenital warts in Portugal - The HERCOLES study. J Eur Acad Dermatology Venereol [Internet]. 6 de junho de 2017 [citado 29 de julho de 2017]; Available at: <http://doi.wiley.com/10.1111/jdv.14311>
  5. Hernandez BY, Shvetsov YB, Goodman MT, Wilkens LR, Thompson PJ, Zhu X, et al. Genital and extra-genital warts increase the risk of asymptomatic genital human papillomavirus infection in men. Sex Transm Infect [Internet]. agosto de 2011 [citado 3 de agosto de 2017];87(5):391–5. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21602516>
  6. Giuliano AR, Lee J-H, Fulp W, Villa LL, Lazcano E, Papenfuss MR, et al. Incidence and clearance of genital human papillomavirus infection in men (HIM): a cohort study. Lancet (London, England) [Internet]. 12 de março de 2011 [citado 3 de agosto de 2017];377(9769):932–40. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21367446>
  7. Chanal J, Fouéré S, Yassir-Oria F, Spenatto N, Bouscarat F, Picot E, et al. CONDYDAV : étude observationnelle multicentrique des patients présentant des condylomes dans les dispensaires antivénéériens en France. Ann Dermatol Venereol [Internet]. novembro de 2016 [citado 2 de agosto de 2017];143(11):675–81. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0151963816303465>
  8. Nyitray AG, da Silva RJC, Baggio ML, Lu B, Smith D, Abrahamsen M, et al. The prevalence of genital HPV and factors associated with oncogenic HPV among men

- having sex with men and men having sex with women and men: the HIM study. *Sex Transm Dis* [Internet]. outubro de 2011 [citado 3 de agosto de 2017];38(10):932–40. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21934568>
9. Franceschi S, Castellsagué X, Dal Maso L, Smith JS, Plummer M, Ngelangel C, et al. Prevalence and determinants of human papillomavirus genital infection in men. *Br J Cancer* [Internet]. 4 de março de 2002 [citado 29 de julho de 2017];86(5):705–11. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11875730>
  10. Abramowitz L, Benabderrahmane D, Ravaud P, Walker F, Rioux C, Jestin C, et al. Anal squamous intraepithelial lesions and condyloma in HIV-infected heterosexual men, homosexual men and women: prevalence and associated factors. *AIDS* [Internet]. julho de 2007 [citado 4 de agosto de 2017];21(11):1457–65. Available at: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00002030-200707110-00009>
  11. Thurgar E, Barton S, Karner C, Sj E. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for the treatment of anogenital warts: systematic review and economic evaluation. *BMJ Technol* [Internet]. 2016;20(24). Available at: <http://dx.doi.org/10.3310/hta20240>
  12. Wang C, Wright TC, Denny L, Kuhn L. Rapid rise in detection of human papillomavirus (HPV) infection soon after incident HIV infection among South African women. *J Infect Dis* [Internet]. 15 de fevereiro de 2011 [citado 8 de setembro de 2017];203(4):479–86. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21216869>
  13. Mirghani H, Sturgis EM, Aupérin A, Monsonego J, Blanchard P. Is there an increased risk of cancer among spouses of patients with an HPV-related cancer: A systematic review. *Oral Oncol* [Internet]. abril de 2017 [citado 2 de agosto de 2017];67:138–45. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1368837517300507>
  14. Alemany L, Cubilla A, Halec G, Kasamatsu E, Quirós B, Masferrer E, et al. Role of Human Papillomavirus in Penile Carcinomas Worldwide. *Eur Urol* [Internet]. maio de 2016 [citado 23 de setembro de 2016];69(5):953–61. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26762611>
  15. de Sousa IDB, Vidal FCB, Branco Vidal JPC, de Mello GCF, do Desterro Soares

- Brandão Nascimento M, Brito LMO. Prevalence of human papillomavirus in penile malignant tumors: viral genotyping and clinical aspects. *BMC Urol* [Internet]. 24 de fevereiro de 2015 [citado 4 de agosto de 2017];15(1):13. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25887354>
16. Sadlier C, Rowley D, Morley D, Surah S, O’Dea S, Delamere S, et al. Prevalence of human papillomavirus in men who have sex with men in the era of an effective vaccine; a call to act. *HIV Med* [Internet]. setembro de 2014 [citado 26 de agosto de 2017];15(8):499–504. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1111/hiv.12150>
  17. Gibson GE, Ahmed I. Perianal and genital basal cell carcinoma: A clinicopathologic review of 51 cases. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. julho de 2001 [citado 3 de agosto de 2017];45(1):68–71. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190962201127805>
  18. Hoots BE, Palefsky JM, Pimenta JM, Smith JS. Human papillomavirus type distribution in anal cancer and anal intraepithelial lesions. *Int J Cancer* [Internet]. 15 de maio de 2009 [citado 26 de agosto de 2017];124(10):2375–83. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1002/ijc.24215>
  19. Johnson LG, Madeleine MM, Newcomer LM, Schwartz SM, Daling JR. Anal cancer incidence and survival: The Surveillance, Epidemiology, and End Results experience, 1973-2000. *Cancer* [Internet]. 15 de julho de 2004 [citado 4 de agosto de 2017];101(2):281–8. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1002/cncr.20364>
  20. Alves RF, Silva RP, Ernesto MV, Lima AGB, Souza FM. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol Teor e prática* [Internet]. 2011 [citado 7 de maio de 2017];13(3):152–66. Available at: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872011000300012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012)
  21. Santos EC, Calvetti PU, Rocha KB, Moura A, Barbosa LH, Hermel J. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único. *Rev Ineramericana Psicol* [Internet]. 2010 [citado 7 de maio de 2017];44:235–45. Available at: [https://www.researchgate.net/profile/Katia\\_Rocha/publication/236334487\\_Percepcao\\_d\\_e\\_Usuarios\\_Gays\\_Lesbicas\\_Bissexuais\\_e\\_Transgeneros\\_Transexuais\\_e\\_Travestis\\_do\\_](https://www.researchgate.net/profile/Katia_Rocha/publication/236334487_Percepcao_d_e_Usuarios_Gays_Lesbicas_Bissexuais_e_Transgeneros_Transexuais_e_Travestis_do_)

Sistema\_Unico\_de\_Saude/links/0deec517ac2819ce58000000.pdf

22. Arcoverde MA, Wall ML. Assistência “prestada ao ser” Masculino portado do HPV: contribuições de Enfermagem. DST – J bras Doenças Sex Transm [Internet]. 2005 [citado 26 de agosto de 2017];133–7. Available at: [http://www.dst.uff.br//revista17-2-2005/8-assistencia\\_prestada.pdf](http://www.dst.uff.br//revista17-2-2005/8-assistencia_prestada.pdf)
23. Farshadpour F, Konings S, Speel EJM, Hordijk GJ, Koole R, van Blokland M, et al. Human Papillomavirus and Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma: A Case-Control Study regarding Tobacco and Alcohol Consumption. Patholog Res Int [Internet]. 2011 [citado 15 de dezembro de 2016];2011:806345. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21789265>
24. Blas MM, Brown B, Menacho L, Alva IE, Silva-Santisteban A, Carcamo C. HPV prevalence in multiple anatomical sites among men who have sex with men in Peru. PLoS One. 2015;10(10):1–9.
25. WHO. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Human Papillomaviruses IARC MONOGRAPHS [Internet]. Lyon; 2005 [citado 29 de setembro de 2016]. 689 p. Available at: <https://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol90/mono90.pdf>

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foram encontrados e apresentados resultados sobre a população atendida no CTA-DF, obtidos por meio do SI-CTA e dos prontuários analisados. Foi detectada uma maior predominância do perfil homem jovem entre 18 a 30 anos, solteiro, branco, com 8 a 11 anos de estudo, corroborando com o perfil do estudo de homens com diagnóstico de HPV do prontuário. Ambos estudos apresentam usuários autoselecionados, mostrando que uma forma de ter acesso ao público homem, talvez seria por meio das IST. Diferente dos outros estudos onde a predominância é de mulher, que tem por hábito procurar o serviço de saúde não somente quando está doente, mas por prevenção e autocuidado.

A testagem rápida não é somente um instrumento para diagnóstico precoce de HIV, sífilis, hepatite B e C, mas por meio da demanda espontânea que procura se testar, torna-se uma estratégia para além da testagem rápida podendo aconselhar, diagnosticar precocemente e tratar quando necessário as IST em homens e mulheres e suas coinfeções.

Uma das principais limitações encontradas ao longo deste estudo foi a falta de preenchimento de alguns campos do SI-CTA e prontuários. No entanto, é importante lembrar que a qualidade dos dados possibilita a comunicação entre a equipe multiprofissional, sendo fonte de dados para demonstrar a qualidade e quantidade dos atendimentos prestados, gerando estatísticas, condutas, resultados e avaliações.

Nesta linha de pensamento, a não notificação remete a pensar se homens estão sendo diagnosticados e tratados, ou se conseguem ter acesso aos serviços de saúde. Os dados de prevalência de HPV no DF, não estão atualizados são de 2013. A prevalência do CTA-DF foi de 16,93 por 1.000 habitantes torna-se alta, porém serve apenas para conhecimento e não a título de comparação. Pois os usuários que vão ao serviço estão portando alguma IST e com comportamento sexual de alto risco, portanto a prevalência de HPV do CTA-DF não é generalizável.

Em relação ao tratamento ATA 90% foi o mais prevalente com mediana de 41 dias e entre 3 a 5 sessões, dependendo do local da lesão. Neste contexto os resultados se enquadram ao panorama a realizado por Thurgar *et al* 2016 com 6 semanas e 4 sessões de tratamento com ATA 90% (11), observa-se ainda que se alinham ao PCDT IST 2016 onde estabelece de 6 a 10 sessões o tratamento com ATA 90% (2).

No que diz respeito ao local da lesão, a mais frequente foi a de pênis, em seguida a lesão anal. Observa-se assim a necessidade de diagnóstico e tratamento precoce, pois geram potencialidade de infecção para homens e mulheres, podendo ocasionar câncer anal, de pênis, de boca e colo uterino. Portanto, para que a cadeia de transmissão diminua, o cenário para o atendimento desta demanda deve mudar, aumentando o número de ofertas de unidade e profissionais disponíveis a atendê-los.

Compreendendo assim, que o desfecho do tratamento teve uma taxa significativa de abandono, podendo ser considerado pela falta de alta no prontuário, ou ainda estes foram orientados a não mais procurar o serviço de saúde, caso observasse remissão da lesão. Reforçando a importância da qualidade de informação nas tomadas de decisões, protocolos, diretrizes.

Existe alta prevalência de HPV no homem, portanto este estudo tem como objetivo mostrar um entendimento da importância da infecção do HPV no homem, podendo diminuir a ocorrência de coinfeções, após tratamento de HPV, principalmente HPV anal em homens que fazem sexo com homens, e a transmissão para mulheres levando em conta o câncer de colo uterino. Visando, portanto, estender a faixa etária da vacinação para o público alvo considerando a importância epidemiológica do HPV, devido a prevalência alta. Sendo assim, é necessário a realização de outros estudos contendo genotipagem para verificar qual o tipo circulante no DF, para saber se é oncogênico, para fomentar ações de promoção da saúde, prevenção e controle de IST.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990 [Internet]. Brasil; 1990. Available at: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)
2. Gibson JG, Richards J, Srinivasan A, Block DE. Public Health Practice Applications. In: Saba VK, McCormick KA, organizadores. *Essentials of Nursing Informatics*. 5<sup>o</sup> ed New York: MC Graw Hill Medical; 2011. p. 499–511.
3. PAHO. Building Standard-Based Nursing Information Systems. In Washington; 2001. p. 1–144. Available at: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s16579e/s16579e.pdf>
4. Pereira MG. Morbidade. In: *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 76–104.
5. BVS. Área Temática da Vigilância em Saúde [Internet]. Available at: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/svs/inf\\_sist\\_informacao.php](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php)
6. Brasil. Sistemas de Vigilância | Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais [Internet]. 2016. Available at: <http://www.aids.gov.br/node/365>
7. Blas MM, Brown B, Menacho L, Alva IE, Silva-Santisteban A, Carcamo C. HPV prevalence in multiple anatomical sites among men who have sex with men in Peru. *PLoS One*. 2015;10(10):1–9.
8. WHO | Global health sector strategy on Sexually Transmitted Infections, 2016-2021. WHO. 2016;
9. Humano IN de Ci e T das D do P. Guia do HPV [Internet]. 2013. p. 5. Available at: <http://www.incthpv.org.br/>
10. Chesson HW, Blandford JM, Gift TL, Tao G, Irwin KL. The estimated direct medical cost of sexually transmitted diseases among American youth, 2000. *Perspect Sex Reprod Health* [Internet]. [citado 23 de setembro de 2016];36(1):11–9. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14982672>
11. Djajadiningrat RS, Jordanova ES, Kroon BK, van Werkhoven E, de Jong J, Pronk DTM, et al. Human papillomavirus prevalence in invasive penile cancer and association with

- clinical outcome. *J Urol* [Internet]. fevereiro de 2015 [citado 23 de setembro de 2016];193(2):526–31. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25150641>
12. Dalla Torre D, Burtscher D, Sölder E, Widschwendter A, Rasse M, Puelacher W. The impact of sexual behavior on oral HPV infections in young unvaccinated adults. *Clin Oral Investig* [Internet]. setembro de 2016 [citado 23 de setembro de 2016];20(7):1551–7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26526324>
  13. CDC. Breast Cancer Statistics [Internet]. 2016. Available at: <https://www.cdc.gov/cancer/breast/statistics/>
  14. Lima YAR, Turchi MD, Fonseca ZC, Garcia FLB, de Brito e Cardoso FA, da Guarda Reis MÔN, et al. Sexually transmitted bacterial infections among young women in Central Western Brazil. *Int J Infect Dis*. 2014;25:1–6.
  15. Rocha DAP, Filho RAAB, Mariño JM, dos Santos CMB. “Hidden” sexually transmitted infections among women in primary care health services, Amazonas, Brazil. *Int J STD AIDS* [Internet]. 2014;25(12):878–86. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24567444>
  16. Travassos AGÁ, Brites C, Netto EM, Fernandes S de A, Rutherford GW, Queiroz CM. Prevalence of sexually transmitted infections among HIV-infected women in Brazil. *Brazilian J Infect Dis*. 2012;16(6):581–5.
  17. Barbosa MJ, Moherdau F, Pinto VM, Ribeiro D, Cleuton M, Miranda AE. Prevalence of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* infection in men attending STD clinics in Brazil Prevalência de *Neisseria gonorrhoeae* e infecção pela *Chlamydia trachomatis* em homens. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2010;43(5):500–3.
  18. INCA. INCA - CÂNCER - Tipo - Colo do Útero [Internet]. 2013. Available at: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/definicao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao)
  19. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas para pessoas com infecções sexualmente transmissíveis [Internet]. 2º ed. Brasília; 2016 [citado 23 de setembro de 2016]. 1-122 p. Available at: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt\\_ist\\_28\\_04\\_2016\\_web\\_pdf\\_26946.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58357/pcdt_ist_28_04_2016_web_pdf_26946.pdf)

20. Giuliano AR, Tortolero-Luna G, Ferrer E, Burchell AN, de Sanjose S, Kjaer SK, et al. Epidemiology of human papillomavirus infection in men, cancers other than cervical and benign conditions. *Vaccine* [Internet]. 19 de agosto de 2008 [citado 23 de setembro de 2016];K17-28. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18847554>
21. Van Doornum GJ, Prins M, Juffermans LH, Hooykaas C, van den Hoek JA, Coutinho RA, et al. Regional distribution and incidence of human papillomavirus infections among heterosexual men and women with multiple sexual partners: a prospective study. *Genitourin Med* [Internet]. agosto de 1994 [citado 23 de setembro de 2016];70(4):240–6. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7959707>
22. Machalek DA, Poynten M, Jin F, Fairley CK, Farnsworth A, Garland SM, et al. Anal human papillomavirus infection and associated neoplastic lesions in men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol* [Internet]. maio de 2012 [citado 23 de setembro de 2016];13(5):487–500. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22445259>
23. José Humberto Belmino Chaves, Thaysa Kelly Barbosa Vieira, Jimycarlisson dos Santos Ramos, Antônio, Fernando de Sousa Bezerra. Peniscopía no rastreamento das lesões induzidas pelo papilomavirus humano. *Rev Bras Clin Med* [Internet]. 2011 [citado 23 de setembro de 2016];9:30–5. Available at: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1719.pdf>
24. Dunne EF, Nielson CM, Stone KM, Markowitz LE, Giuliano AR. Prevalence of HPV infection among men: A systematic review of the literature. *J Infect Dis* [Internet]. 15 de outubro de 2006 [citado 23 de setembro de 2016];194(8):1044–57. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16991079>
25. Brasília. Informe Epidemiológico - DST ABRIL DE 2013. Brasília; 2013. p. 35.
26. WHO. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Human Papillomaviruses IARC MONOGRAPHS [Internet]. Lyon; 2005 [citado 29 de setembro de 2016]. 689 p. Available at: <https://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol90/mono90.pdf>
27. Sanclemente G, Gill DK. Human papillomavirus molecular biology and pathogenesis. 2002;8:231–40.

28. Harari A, Chen Z, Burk RD, Health P. HPV Genomics: Past, Present and Future. *Curr Probl Dermatol* [Internet]. 2014;45(718):1–18. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4430864/pdf/nihms-687636.pdf>
29. Rivoire WA. *Biologia molecular do câncer cervical Molecular biology of cervical cancer*. 2006;6(4):447–51.
30. Villiers E De, Fauquet C, Broker TR, Bernard H. Classification of papillomaviruses. 2004;324:17–27.
31. He Z, Liu Y, Sun Y, Xi LF, Chen K, Zhao Y, et al. Human papillomavirus genital infections among men, China, 2007-2009. *Emerg Infect Dis* [Internet]. junho de 2013 [citado 23 de setembro de 2016];19(6):992–5. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23735236>
32. Gouveia A de FTB, Machado DM, Freitas IW, Matida LH, Bosollan RM. Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: *Atualidades em Doenças Infecciosas: Manejo e Prevenção*. 2º ed São Paulo: Atheneu; 2009. p. 187–211.
33. Villa LL, Denny L. Methods for detection of HPV infection and its clinical utility. *Int J Gynecol Obstet*. 2006;94:S71–80.
34. Rahman M, Sasagawa T, Yamada R, Kingoro A, Ichimura H, Makinoda S. High prevalence of intermediate-risk human papillomavirus infection in uterine cervixes of kenyan women infected with human immunodeficiency virus. *J Med Virol* [Internet]. novembro de 2011 [citado 15 de dezembro de 2016];83(11):1988–96. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21915875>
35. Hoheisel JD. Microarray technology: beyond transcript profiling and genotype analysis. *Nat Rev Microbiol* [Internet]. março de 2006 [citado 15 de dezembro de 2016];7(3):200–10. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16485019>
36. Huang S-L, Chao A, Hsueh S, Chao F-Y, Huang C-C, Yang J-E, et al. Comparison between the Hybrid Capture II Test and an SPF1/GP6+ PCR-based assay for detection of human papillomavirus DNA in cervical swab samples. *J Clin Microbiol* [Internet]. maio de 2006 [citado 15 de dezembro de 2016];44(5):1733–9. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16672400>

37. Novais RC, Thorstenson YR. The evolution of Pyrosequencing® for microbiology: From genes to genomes. *J Microbiol Methods*. 2011;86(1):1–7.
38. de Witte CJ, van de Sande AJM, van Beekhuizen HJ, Koeneman MM, Kruse AJ, Gerestein CG. Imiquimod in cervical, vaginal and vulvar intraepithelial neoplasia: a review. *Gynecol Oncol* [Internet]. novembro de 2015 [citado 23 de setembro de 2016];139(2):377–84. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26335596>
39. Thurgar E, Barton S, Karner C, Sj E. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for the treatment of anogenital warts: systematic review and economic evaluation. *BMJ Technol* [Internet]. 2016;20(24). Available at: <http://dx.doi.org/10.3310/hta20240>
40. Dockrell DH, Kinghorn GR. Imiquimod and resiquimod as novel immunomodulators. *J Antimicrob Chemother* [Internet]. dezembro de 2001 [citado 9 de dezembro de 2016];48(6):751–5. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11733457>
41. Sick C, Schultz U, Münster U, Meier J, Kaspers B, Staeheli P. Promoter structures and differential responses to viral and nonviral inducers of chicken type I interferon genes. *J Biol Chem* [Internet]. 17 de abril de 1998 [citado 9 de dezembro de 2016];273(16):9749–54. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9545311>
42. Hartmann JT, Lipp H-P. Camptothecin and podophyllotoxin derivatives: inhibitors of topoisomerase I and II - mechanisms of action, pharmacokinetics and toxicity profile. *Drug Saf* [Internet]. 2006 [citado 9 de dezembro de 2016];29(3):209–30. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16524321>
43. Rodriguez M ZK. Cidofovir: An overview [Internet]. 2014. Available at: <http://www.uptodate.com/contents/cidofovir-an-overview>
44. De Clercq E. Clinical potential of the acyclic nucleoside phosphonates cidofovir, adefovir, and tenofovir in treatment of DNA virus and retrovirus infections. *Clin Microbiol Rev* [Internet]. outubro de 2003 [citado 9 de dezembro de 2016];16(4):569–96. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14557287>
45. Orlando G, Fasolo MM, Beretta R CA. Diagnosis and management of genital warts in HIV disease [Internet]. 2000. Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/410246>

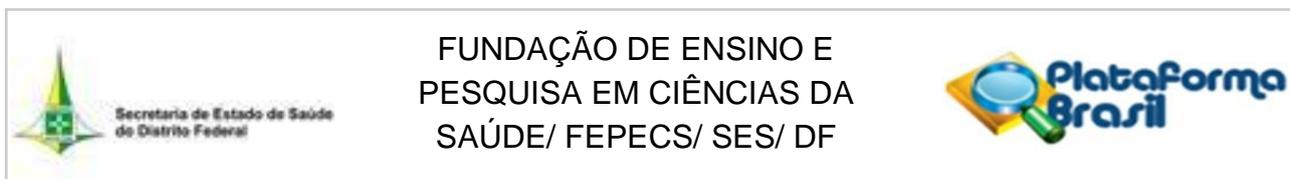
46. Medicines and Healthcare products Regulatory Agency. Podophyllum resin: Indications, Side Effects, Warnings - Drugs.com [Internet]. 2005. Available at: <https://www.drugs.com/cdi/podophyllum-resin.html>
47. British Association for Sexual Health and HIV. UK National Guidelines on the Management of Anogenital Warts 2015 Clinical Effectiveness Group British Association for Sexual Health and HIV. 2007.
48. NHS choices. Genital warts - NHS Choices [Internet]. Department of Health; 2012 [citado 9 de dezembro de 2016]. Available at: [http://www.nhs.uk/Conditions/Genital\\_warts/Pages/Introduction.aspx](http://www.nhs.uk/Conditions/Genital_warts/Pages/Introduction.aspx)
49. Yanofsky VR, Patel R V, Goldenberg G. Genital warts: a comprehensive review. J Clin Aesthet Dermatol [Internet]. junho de 2012 [citado 9 de dezembro de 2016];5(6):25–36. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22768354>
50. Leung L. Hyfreccation for recalcitrant nongenital warts. J Fam Med Prim care [Internet]. abril de 2013 [citado 9 de dezembro de 2016];2(2):141–4. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24479067>
51. Comité de Evaluación de Nuevos medicamentos de Atención Primaria de EUSK. Sincatequina [Internet]. 2013 [citado 9 de dezembro de 2016]. Available at: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkcevi02/es/contenidos/informacion/cevime\\_atencion\\_primaria/es\\_cevime/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/cevime\\_nuevo\\_medimento/es\\_nme/adjuntos/sincatequina\\_informe.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkcevi02/es/contenidos/informacion/cevime_atencion_primaria/es_cevime/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/cevime_nuevo_medimento/es_nme/adjuntos/sincatequina_informe.pdf)
52. World Health Organization. WHO | Human papillomavirus and HPV vaccines: a review. WHO. World Health Organization; 2011.
53. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Lawson HW, Chesson H UE. Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) [Internet]. CDC MMWR. 2007 [citado 13 de dezembro de 2016]. p. 1–24. Available at: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr56e312a1.htm>
54. Ministério da Saúde, Secretaria de ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos D de G e I de T em S. Vacina contra HPV na prevenção de câncer de colo do útero: Relatório de

- Recomendação da CONITEC-82 [Internet]. CONITEC. Brasília; 2013 [citado 13 de dezembro de 2016]. 1-47 p. Available at:  
<http://conitec.gov.br/images/Incorporados/VacinaHPV-final.pdf>
55. Brasil. Meninos também serão vacinados contra HPV [Internet]. Portal Saúde. 2016 [citado 13 de dezembro de 2016]. Available at:  
<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/25953-meninos-tambem-serao-vacinados-contrahpv>
56. Joseph DA, Miller JW, Wu X, Chen W, Morris CR, Goodman MT, et al. Anal Cancers in the US. 2009;113(770):2892–900.
57. Carter JJ, Koutsky LA, Hughes JP, Lee SK, Kuypers J, Kiviat N, et al. Comparison of human papillomavirus types 16, 18, and 6 capsid antibody responses following incident infection. *J Infect Dis* [Internet]. junho de 2000 [citado 11 de dezembro de 2016];181(6):1911–9. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10837170>
58. Harper DM, Franco EL, Wheeler C, Ferris DG, Jenkins D, Schuind A, et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. novembro de 2004 [citado 13 de dezembro de 2016];364(9447):1757–65. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15541448>
59. Villa LL, Ault KA, Giuliano AR, Costa RLR, Petta CA, Andrade RP, et al. Immunologic responses following administration of a vaccine targeting human papillomavirus Types 6, 11, 16, and 18. *Vaccine* [Internet]. julho de 2006 [citado 13 de dezembro de 2016];24(27–28):5571–83. Available at:  
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0264410X0600466X>
60. Kim JJ. Targeted human papillomavirus vaccination of men who have sex with men in the USA: a cost-effectiveness modelling analysis. *Lancet Infect Dis* [Internet]. dezembro de 2010 [citado 13 de dezembro de 2016];10(12):845–52. Available at:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21051295>
61. Wolfenbüttel K, Carneiro N. Uma breve história dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) enquanto organização tecnológica de prevenção de DST / Aids no Brasil e no estado de São Paulo. *Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2007;4(18):183–7.

Available at: <http://www.redalyc.org/pdf/842/84218406.pdf>

62. Soares S, Brandão ER. Testagem e Aconselhamento do Estado do Rio de Janeiro : fatores estruturais e subjetivos. 2013;
63. Grangeiro A, Escuder MM, Pupo LR, Ines M, Nemes B, Henrique P, et al. Avaliação do perfil tecnológico dos centros de testagem e aconselhamento para HIV no Brasil  
Technological profile assessment of voluntary HIV counseling and testing centers in Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2009;43(3):427–36. Available at: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300006)
64. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento ( CTA ) Manual. 1999.
65. Souza V de, Cardoso JSR, Nahass JDP. Sistema de informação dos centros de testagem e aconselhamento: dificuldades, divergências e padronização no preenchimento. *REME rev min enferm* [Internet]. 2011;15(4):530–8. Available at: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/67>
66. Brasil. Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil. 2010. 74 p.
67. Goldim JR, Francesconi CF. Ética aplicada à pesquisa em saúde. In: Clotet J, Feijo A, Oliveira MG, organizadores. *Bioética uma visão panarômica*. 1º ed Porto Alegre: EdUPUCRS; 2011. p. 119–28.
68. Araújo MAL, Leitão G da CM. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2005 [citado 19 de agosto de 2017];21(2):396–403. Available at: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0463.pdf>
69. Brasil. Vigilância do HIV e das Hepatites Virais: abordagens e perspectivas. 2003 [citado 15 de abril de 2017]; Available at: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia\\_hiv\\_hepatites\\_virais.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_hiv_hepatites_virais.pdf)
70. Brasil. Boletim Epidemiológico: Hepatites Virais. 2016 [citado 10 de abril de 2017]; Available at: [http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59121/boletim\\_hepatites\\_05\\_08\\_2016\\_pdf\\_96185.pdf](http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59121/boletim_hepatites_05_08_2016_pdf_96185.pdf)
71. Matos MMMM, Fernandes AKJ, Mallmann CSY, Menezes MP, Matos E de L. Perfis

- sociocomportamentais dos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento -CTA em DST/AIDS do Hospital Universitário Getúlio Vargas da Cidade de Manaus-AM. Rev do Hosp Univ Getúlio Vargas [Internet]. 2011 [citado 25 de abril de 2017];10:25–33. Available at: [http://hugv.ufam.edu.br/downloads/revistas/REVISTA\\_2011/revista\\_hugv\\_2011\\_1\\_final.pdf#page=25](http://hugv.ufam.edu.br/downloads/revistas/REVISTA_2011/revista_hugv_2011_1_final.pdf#page=25)
72. Schneider IJC, Ribeiro C, Breda D, Skalinski LM, D’Orsi E. Perfil epidemiológico dos usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005. Cad Saude Publica [Internet]. 2008;24(7):1675–88. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/22.pdf>
73. Vilela MP, Brito TRP de, Goyatá SLT, Spinelli Arantes CI. Perfil epidemiológico dos usuários do Centro de Testagem e Aconselhamento de Alfenas, Minas Gerais. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 30 de junho de 2010 [citado 25 de abril de 2017];12(2):326–30. Available at: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a15.htm>
74. Campos CGAP de, Estima SL, Santos, Vinicius Souza Lazzarotto AR. A vulnerabilidade ao HIV em adolescentes: Estudo retrospectivo em um Centro de Testagem e Aconselhamento. Rev Min Enferm [Internet]. 2014;310–4. Available at: <file:///C:/Users/note/Downloads/v18n2a05.pdf>

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA 1****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Perfil epidemiológico e clínico de homens com HPV atendidos no CTA-DF

**Pesquisador:** JENIFER OLIVATTO DA SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 63055616.8.0000.5553

**Instituição Proponente:** Unidade Mista de Saúde da Asa Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.896.789

**Apresentação do Projeto:**

Mais de um milhão de pessoas adquirem IST por ano e cerca de 600 milhões de pessoas no mundo estão com Human Papiloma Virus (HPV). O HPV é a IST mais comum mundialmente, atuando como forte fator causal do câncer de colo de útero em mulheres, sendo que este último é a quarta causa de morte no mundo entre as mulheres.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Caracterizar o perfil epidemiológico e clínico da população adulta, masculina, diagnosticada com HPV, atendida no CTA-DF, no período de Janeiro a Dezembro de 2015.

**Objetivo Secundário:**

Descrever o Perfil sociodemografico dos homens atendidos no CTA-DF; Caracterizar o comportamento sexual dos homens atendidos no CTA-DF; Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e comportamento sexual dos homens com HPV atendidos no CTA-DF; estimar a prevalência de HPV em homens atendidos no CTA-DF e descrever o desfecho do tratamento de HPV nos

homens tratados no CTA-DF.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios definidos

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo observacional, transversal, decorrente de coleta de dados secundários contidos no SI-CTA e Prontuários referentes aos clientes masculinos atendidos do CTA-DF, no período de 01/01/2015 a 31/12/2015.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto: apresentado

Termo de concordância:

apresentado TCLE:

solicita dispensa

Cronograma e orçamento da pesquisa: apresentado

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Deferida o pedido de dispensa do TCLE

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_813735.pdf	09/12/2016 19:12:02		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_813735.pdf	09/12/2016 19:10:56		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Pesquisadores.pdf	09/12/2016 19:02:54	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_Instituicao_e_Infraestrutura.pdf	09/12/2016 18:46:16	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	09/12/2016 18:42:28	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito
Outros	Outros.pdf	09/12/2016 18:01:15	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	09/12/2016 16:53:55	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	01/12/2016 11:29:19	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Brochura_Investigador.docx	07/11/2016 20:57:42	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Termos_de_Assentimento_Justificativa_de_Ausencia.pdf	07/11/2016 20:52:20	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 23 de  
Janeiro de 2017

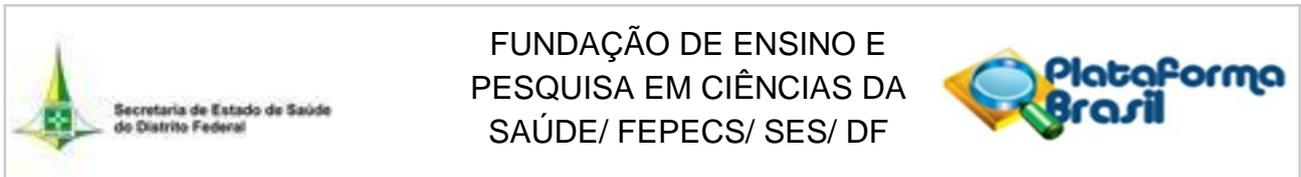
---

Assinado por:

Helio Bergo

(coordenador)

## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA 2



FUNDAÇÃO DE ENSINO E  
PESQUISA EM CIÊNCIAS DA  
SAÚDE/ FEPECS/ SES/ DF

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Perfil epidemiológico e clínico de homens com HPV atendidos no CTA-DF

**Pesquisador:** JENIFER OLIVATTO DA SILVA

Área Temática:

Versão: 2

**CAAE:** 63055616.8.0000.5553

**Instituição Proponente:** Unidade Mista de Saúde da Asa Sul

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.963.168

Apresentação do Projeto:

Parecer 1960701 já descrito anteriormente

Objetivo da Pesquisa:

Parecer 1960701 já descrito anteriormente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Parecer 1960701 já descrito anteriormente

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Parecer 1960701 já descrito anteriormente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Parecer 1960701 já descrito anteriormente

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda apresentada alterando o período de pesquisa de 01/01/2015 a 31/01/2105 até 31/12/2106

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_866292E1.pdf	12/02/2017 20:16:35		Aceito
Outros	emenda.pdf	12/02/2017 20:13:44	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_Pesquisadores.pdf	09/12/2016 19:02:54	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_Instituicao_e_Infraestrutura.pdf	09/12/2016 18:46:16	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	09/12/2016 18:42:28	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito
Outros	Outros.pdf	09/12/2016 18:01:15	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	09/12/2016 16:53:55	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	01/12/2016 11:29:19	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Brochura_Investigador.docx	07/11/2016 20:57:42	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Termos_de_Assentimento_Justificativa_de_Ausencia.pdf	07/11/2016 20:52:20	JENIFER OLIVATTO DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 14 de  
Março de 2017

---

Assinado por:

**Helio Bergo**

**(coordenador)**

## ANEXO C – SUBMISSÃO DO ARTIGO

tempus.unb.br/index.php/tempus/author/submission/2354

Para ver os favoritos aqui, seleccione depois, e arraste para a pasta Barra de Favoritos. Ou importe de outro navegador. [Importar favoritos](#)

### SUBMISSÃO

**Autores** Jenifer Olivatto da Silva, Cleber da Silva Alves, Mauro Niskier Sanchez

**Título** Perfil epidemiológico da população atendida no Centro de Testagem e Aconselhamento do Distrito Federal

**Documento original** [2354-6797-3-SM.DOCX](#) 2017-07-02

**Docs. sup.** [2354-6808-1-SP.DOCX](#) 2017-07-02 [INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR](#)  
[2354-6809-1-SP.PDF](#) 2017-07-02  
[2354-6810-1-SP.PDF](#) 2017-07-02  
[2354-6811-1-SP.PDF](#) 2017-07-02  
[2354-6812-1-SP.PDF](#) 2017-07-02

**Submetido por** srta Jenifer Olivatto da Silva

**Data de submissão** julho 2, 2017 - 03:29

**Seção** ARTIGOS ORIGINAIS

**Editor** Ana Valéria Mendonça

### SITUAÇÃO

**Situação** Em avaliação

**Iniciado** 2017-07-02

#### PALAVRAS-CHAVE

[Atenção Básica à Saúde](#)  
[Atenção Primária à Saúde](#)  
[Biodiversidade](#)  
[CONASEMS](#)  
[Educação em Saúde](#)  
[Epidemiologia](#)  
[Financiamento em Saúde](#)  
[Gestão em Saúde](#)  
[Mais Médicos](#)  
[Políticas Públicas de Saúde](#)  
[Profissional da Saúde](#)  
[Programa Saúde da Família](#)  
[Promoção da Saúde](#)  
[Recursos Humanos em Saúde](#)  
[Recursos Humanos em Saúde](#)  
[Residência Multiprofissional em Saúde](#)  
[Saúde Coletiva](#)  
[Saúde Pública](#)  
[Sistema Único de Saúde](#)  
[Sistema Único de Saúde](#)  
[saúde](#)

#### USUÁRIO

Logado como: