

FRANCISCA LIDIANE SAMPAIO FREITAS

SÍFILIS EM JOVENS CONSCRITOS BRASILEIROS: UMA  
INVESTIGAÇÃO DESCRITIVA

BRASÍLIA, 2018

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

FRANCISCA LIDIANE SAMPAIO FREITAS

SÍFILIS EM JOVENS CONSCRITOS BRASILEIROS: UMA  
INVESTIGAÇÃO DESCRITIVA

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

Orientadora: Profa. Dra. Ximena Pamela Díaz Bermudez  
Coorientador: Prof. Dr. Edgar Merchán-Hamann

BRASÍLIA

2018

FRANCISCA LIDIANE SAMPAIO FREITAS

SÍFILIS EM JOVENS CONSCRITOS BRASILEIROS: UMA  
INVESTIGAÇÃO DESCRITIVA

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

Aprovado em: 12 de julho de 2018

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez (presidente)

Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Adele Schwartz Benzaken

Ministério da Saúde

---

Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo

Universidade de Brasília

Dedico esta dissertação à amável família, que é referência da minha existência e me apoia em todas as circunstâncias da vida.

Aos meus pais Valdenir e Luiza  
Aos meus irmãos Antônio Bruno e Luiza Amélia  
Ao meu marido Edimilson Marinho

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Orientadora Ximena Pamela Díaz Bermúdez e ao Professor Coorientador Edgar Merchán-Hamann, pela competência e dedicação diante da elaboração desta dissertação.

Aos(às) demais professores(as) e servidores(as) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, que colaboraram para a realização do mestrado profissionalizante 2016.2.

Ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS), que cedeu a base de dados, após idealizar e viabilizar a pesquisa nacional.

À equipe da área de Assistência e Tratamento do DIAHV/SVS/MS, pelo apoio e compreensão para a conclusão da presente dissertação.

À equipe do Laboratório de Pesquisa em HIV/Aids da Universidade de Caxias do Sul, pela realização e coordenação do estudo original, em especial à professora Rosa Dea Sperhacke.

Ao amigo querido João Paulo Toledo, que me incentiva sempre com sua sabedoria, proporcionando aprendizado no sentido de minha evolução pessoal e profissional.

À amiga admirável Itana Miranda dos Santos, pelo estímulo e otimismo em momentos essenciais, inclusive durante o processo de seleção para inserção no mestrado.

Ao Silvano Barbosa de Oliveira, pelo apoio técnico estatístico propiciado neste estudo.

À Angela Gasperin Martinazzo, pela revisão cuidadosa dos aspectos ortográficos e gramaticais deste documento.

Aos colegas da pós-graduação, pela convivência harmoniosa nesse tempo de ampliação do conhecimento.

À querida Dra. Adele Schwartz Benzaken e ao Professor Wildo Navegantes de Araújo, que atenciosamente aceitaram participar da banca examinadora deste trabalho.

Enfim, sou grata àqueles(as) que perpassaram minha trajetória nesse período e contribuíram de alguma forma para a execução e finalização da presente investigação. Concluo a atual fase, provida de entusiasmo e vontade de aprender mais e mais, acreditando que o campo das pesquisas tem espaço abundante de oportunidade para todos(as) que se propõem a desbravá-lo.

“Com a essência basal  
Carrego toda humildade  
Não imaginava estar aqui  
Aproveitei cada oportunidade  
Agora meu ser só cabe gratidão  
Tomada de muita muita dignidade!”

(Francisca Lidiane Sampaio Freitas)

## RESUMO

**Introdução:** Independentemente do debate sobre as teorias ligadas à origem da sífilis, esta apareceu como doença na Europa no final do século XV, mas permanece desafiando a saúde pública contemporânea no século XXI, como relevante causa de morbimortalidade. **Objetivo:** Descrever fatores sociodemográficos, de conhecimento sobre IST, práticas sexuais, antecedentes de IST e busca de tratamento entre conscritos brasileiros, de acordo com a prevalência de sífilis. **Método:** Refere-se à análise descritiva de dados provenientes de estudo transversal de base populacional, conduzido de agosto a dezembro de 2016. A amostra contempla jovens de 17 a 22 anos de idade, que foram chamados para comissões de seleção, após a fase do alistamento militar obrigatório. Coletaram-se os dados mediante questionário autoaplicável e confidencial. Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva para caracterizar variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas, segundo prevalência de sífilis e distribuição de frequências, tendo em vista intervalos de confiança de 95% (IC 95%), após a ponderação dos dados. **Resultados:** De 37.282 conscritos, a maioria (73,7%) referiu ter tido relação sexual (oral, vaginal ou anal) em algum momento da vida. Os achados mais consideráveis, em que não houve sobreposição dos IC 95% das prevalências de sífilis ativa entre si, foram: idade de 21 anos; inexistência de acesso à internet no domicílio; atividade sexual iniciada antes dos 14 anos; categoria HSH; relações sexuais com mais de cinco parcerias; recebimento de presentes, drogas ou outros incentivos em troca de sexo; e antecedentes de sinais e sintomas de IST. Em geral, a prevalência de sífilis na vida [1,6% (IC 95%: 1,33-1,98)] e de sífilis ativa [1,1% (IC 95%: 0,85-1,40)] tiveram valores próximos, com sobreposição entre os IC 95%. **Conclusões:** O presente estudo possibilitou a análise de fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos diante da prevalência de sífilis dos conscritos. Em geral, observou-se aumento de taxas em comparação a pesquisas anteriores de perfil semelhante. Os dados gerados contribuem para subsidiar inovações nas políticas públicas interfederativas e intersetoriais, especialmente com integração das estratégias de saúde e educação.

**Palavras-chave:** prevalência; sífilis; militares.



## ABSTRACT

**Introduction:** Regardless of the debate about the theories on the origin of syphilis, it appeared in Europe as a disease at the end of the fifteenth century, but keeps defying contemporary public health in the 21st century as a relevant cause of morbidity and mortality. **Objective:** To describe sociodemographic factors, knowledge on STIs, sexual practices, history of STIs, and search for treatment among Brazilian army conscripts according to syphilis prevalence. **Method:** This is a descriptive analysis of data from a cross-sectional population-based study conducted from August to December 2016. The sample comprises young men aged 17-22 who were called for the selection committees after the compulsory military enlistment. Data were collected from a confidential, self-administered questionnaire. Descriptive statistics techniques were used to characterize sociodemographic, behavioral and clinic variables, according to the syphilis prevalence and frequency distribution, considering confidence intervals of 95% (CI 95%), after data weighting. **Results:** Of the 37,282 conscripts, the majority (73.7%) reported having had sexual intercourse (oral, vaginal or anal) sometime in life. The most significant findings, in which there was no overlap between the CIs 95% of active syphilis prevalence were: 21 years of age; lack of internet at home; beginning of sexual activity before 14 years of age; MSM category; sexual relations with more than 5 partners; receiving gifts, drugs or other incentives in exchange for sex; and history of signals and symptoms of STIs. Overall, syphilis in life [1.6% (CI 95%: 1.33-1.98)] and active syphilis [1.1% (IC 95%: 0.85-1.40)] prevalences had similar values, with overlap between CIs 95%. **Conclusions:** The present study allowed for an analysis of sociodemographic, behavioral and clinical factors related to the prevalence of syphilis among army conscripts. In general, an increase in the rates was observed in comparison to previous surveys of similar profile. The data generated should help subsidize innovations in inter-federative and inter-sectoral public policies, especially with integration of health and education strategies.

**Keywords:** prevalence, syphilis, military personnel.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do tempo dos inquéritos nacionais com jovens conscritos ....	16
Figura 2 – Manifestações clínicas de sífilis primária e secundária. ....	19
Figura 3 – Cascata de cuidado contínuo das pessoas no contexto das IST. ....	29
Figura 4 – Percentual de conscritos segundo fonte de interesse para busca de informações sobre IST. Brasil, 2016. ....	44
Figura 5 – Meios e locais de aquisição de preservativo relatados pelos conscritos. Brasil, 2016 .....	47

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Aspectos sociodemográficos segundo prevalência de sífilis ativa entre conscritos. Brasil, 2016. ....	40
Tabela 2 – Conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis segundo prevalência de sífilis ativa entre conscritos. Brasil, 2016. ....	43
Tabela 3 – Comportamento e práticas sexuais entre conscritos que iniciaram a vida sexual, segundo prevalência de sífilis ativa. Brasil, 2016. ....	46
Tabela 4 – Antecedentes de IST e busca de tratamento segundo prevalência de sífilis ativa entre conscritos. Brasil, 2016. ....	48
Tabela 5 – Fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos segundo a prevalência de sífilis na vida e ativa entre os conscritos. Brasil, 2016. ....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDC	Centers for Disease Control and Prevention [Centro de Prevenção e Controle de Doenças, EUA]
FTA-ABS	<i>Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption Test</i> [Teste de Absorção do Anticorpo Treponêmico Fluorescente]
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
IFA	Insumos Farmacêuticos Ativos
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
MPV	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana de Saúde
PCAP	Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
RDS	<i>Respondent Driven Sampling</i> ; [Amostragem dirigida pelo entrevistado]
RPR	<i>Rapid Plasma Reagin</i> [Prova de Reagina Plasmática Rápida]
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratory</i> ; [Teste do Laboratório de Pesquisa de Doenças Venéreas]

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>1.1</b>	<b>SÍFILIS: UM DESAFIO NO CONTEXTO ATUAL</b>	<b>17</b>
1.1.1	Forma de transmissão	17
1.1.2	Aspectos clínicos	17
1.1.3	Diagnóstico	20
1.1.4	Tratamento	22
1.1.5	Panorama epidemiológico	25
<b>1.2</b>	<b>ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL DOS JOVENS</b>	<b>28</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>32</b>
<b>3.1</b>	<b>DELINEAMENTO DA PESQUISA</b>	<b>32</b>
3.1.1	Resumo da metodologia do estudo original	33
3.1.2	Recorte metodológico do estudo descritivo	35
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>51</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>59</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>62</b>
	ANEXO A - QUESTIONÁRIO	78
	ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	89
	ANEXO C - PARECER DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA	90
	ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	94
	ANEXO E – TERMO DE RESPONSABILIDADE DE CESSÃO DA BASE DE DADOS	96

## 1 INTRODUÇÃO

Independentemente do debate sobre as teorias ligadas à origem da sífilis, esta apareceu como doença na Europa no final do século XV, mas permanece desafiando a saúde pública contemporânea no século XXI, como relevante causa de morbimortalidade (1). Trata-se de uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) que pode atingir praticamente todos os segmentos da sociedade (ex.: crianças – em especial como consequência da transmissão vertical –, jovens, adultos e idosos), porém é mais propensa a alcançar grupos de maior vulnerabilidade individual, social e programática (2).

Embora seja infecção antiga, com diagnóstico e tratamento consolidados, em geral, há diversas lacunas a serem superadas, como inadequação de abordagem da saúde sexual, obstáculos na utilização de medidas preventivas, dificuldades de acesso ao diagnóstico correto e à realização do tratamento na Atenção Básica, desabastecimento mundial de penicilina, questões com vigilância e acompanhamento oportuno dos casos e das parcerias sexuais, além dos problemas de gestão e organização da rede de ações e serviços de saúde (3–6).

Diante disso, no contexto atual, é pertinente ressaltar que a Organização Mundial da Saúde (OMS), em consonância com a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, lançou o plano estratégico mundial (2016 a 2021) sobre a temática das IST. O plano tem como uma das metas 90% de redução da incidência de sífilis até o ano 2030 (7).

Assim, a OMS abordou estratégias tais como qualificação da vigilância para ações direcionadas; acesso equitativo aos serviços de saúde que assegurem atendimento às populações mais vulneráveis; participação da comunidade; integração de medidas preventivas e assistenciais ao contexto de agendas mais amplas relacionadas ao HIV, saúde sexual e reprodutiva, entre outras questões relevantes; financiamento eficiente e sustentável dos custos em saúde; inovações no campo da ciência e tecnologia visando intervenções padronizadas e simplificadas de prevenção, diagnóstico e tratamento, que

tenham alcance em larga escala, inclusive nos locais com limitação de recursos (7).

Da mesma forma, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) publicou um plano de ação para prevenção e controle de HIV/IST, cuja meta é acelerar a evolução no sentido de eliminação das epidemias de HIV/aids e IST na Região das Américas até 2030, por meio da redução da incidência de casos de HIV, da mortalidade relacionada com a aids e das complicações referentes às IST. Além disso, busca eliminar a discriminação e demais obstáculos para garantir os direitos humanos e ampliar acesso a serviços de atenção às pessoas com HIV/IST, com equidade, integralidade e qualidade, independentemente de orientação sexual, identidade de gênero, status de HIV ou qualquer outra especificidade (8).

Nessa perspectiva, cabe a cada país definir intervenções locais com base em aspectos epidemiológicos e sociais. No que diz respeito ao Brasil, destaca-se a formulação e a implementação da agenda estratégica para redução da sífilis a partir de 2016 [ano em que foi anunciada a epidemia de sífilis pelo Ministério da Saúde (MS)]. Dessa forma, buscou-se a ampliação do compromisso de parcerias (três níveis de governo, entidades de classe, profissionais de saúde, universidades e comunidade) e o fortalecimento de ações conjuntas no ano subsequente, destacando-se a estratégia de resposta rápida à sífilis em municípios prioritários. Essa iniciativa, que tem orçamento proveniente de emenda parlamentar, objetiva qualificar vigilância, gestão e governança, cuidado integral, informação, comunicação e educação em saúde, para reverter atuais índices crescentes do referido agravo (9).

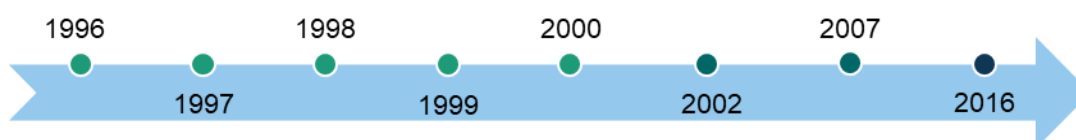
A prevalência mundial foi estimada em 18 milhões de pessoas com sífilis, entre 15 e 49 anos, sendo aproximadamente 50% homens, em 2012 (10). Tem-se destacado o aumento da prevalência dos casos de sífilis adquirida, principalmente, entre homens que fazem sexo com homens (HSH), na região das Américas (11).

Nos Estados Unidos, em 2016, quase 90% das notificações de casos foram em homens, observando-se incremento entre jovens de 15 a 24 anos de idade, de 2012 a 2016 (12).

Quanto à situação epidemiológica da sífilis no Brasil, de 2010 a junho de 2017, 60% do total de casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) foram em homens. Em 2016, a taxa de detecção foi de 42,5 por 100 mil habitantes; destes, 45% se encontravam na faixa etária de 13 a 29 anos, com tendência de aumento desde 2010 (13). No entanto, tendo em vista que a notificação compulsória da sífilis adquirida foi implantada em 2010, por meio da portaria (14), ainda é um desafio a subnotificação dos casos.

Vale mencionar que, em paralelo aos registros dos sistemas de informação, é importante considerar outras estratégias para conhecer a dinâmica de algumas infecções transmissíveis no país, entre elas a sífilis. Por conseguinte, o Ministério da Saúde tem promovido a realização de investigações de base populacional no país, a exemplo de inquéritos nacionais com população de conscritos, de forma a complementar os dados coletados no serviço.

Szwarcwald et al. destacaram que, de 1996 a 2000, tais inquéritos foram conduzidos anualmente, com ampliação do escopo de investigação a cada edição (15). As pesquisas subsequentes foram realizadas em 2002 e 2007, quando da realização das primeiras estimativas da prevalência de sífilis na vida entre jovens conscritos, observando-se diminuição de 0,8% para 0,5%, respectivamente (16,17).



**Figura 1 – Linha do tempo dos inquéritos nacionais com jovens conscritos**

Fonte: Elaborado pela autora, com base em Szwarcwald et al., 2005; Ribeiro et al., 2012; Universidade de Caxias do Sul, 2016.



Essa série continuada de estudos transversais com jovens conscritos geraram uma linha de base que permite comparar prevalências, mostrar a tendência em momentos diferentes e monitorar indicadores relacionados a conhecimentos, atitudes e práticas sexuais. No ano de 2016, foi desenvolvido o último inquérito que possibilitou a realização de uma análise descritiva de parte desses dados, os quais compõem a base desta dissertação.

## 1.1 SÍFILIS: UM DESAFIO NO CONTEXTO ATUAL

### 1.1.1 Forma de transmissão

A sífilis é causada pela bactéria denominada *Treponema pallidum*. Predomina a transmissão por relação sexual (oral, vaginal ou anal), que acontece principalmente nos primeiros dois anos de infecção não tratada, tornando-se rara após esse período (3,18).

Além disso, tem importância a transmissão vertical, que ocorre durante a gestação, acometendo a criança. Essa forma de transmissão pode acontecer em qualquer estágio clínico da sífilis, porém é mais provável durante a fase recente (19). Quando gestantes são tratadas adequadamente, é possível evitar complicações como aborto, natimorto, parto prematuro, morte neonatal e manifestações precoces ou tardias da sífilis congênita. A história clínico-epidemiológica da mãe, o exame físico da criança e os resultados dos exames laboratoriais e radiológicos servem de base para o diagnóstico e a conduta terapêutica das crianças expostas ou com sífilis congênita (20).

### 1.1.2 Aspectos clínicos

A partir da infecção pelo *Treponema pallidum*, se o tratamento não for realizado, a história natural da sífilis pode percorrer os seguintes estágios clínicos: **recente** (sífilis primária, secundária e latente recente) e **tardia** (sífilis

terciária, latente tardia ou de duração desconhecida), conforme a Figura 1. Dependendo da fase, a sífilis pode assemelhar-se a outras doenças infecciosas/dermatológicas e processos autoimunes, sendo por isso também conhecida como “a grande imitadora” (18).

Após um período de incubação de três a 90 dias (média de três semanas), a **sífilis primária** surge com ulceração indolor (cancro primário) no local da inoculação – vagina, vulva, colo uterino, pênis (Figura 2), ânus ou região extragenital. Essa manifestação pode não ser visível e passar despercebida pela pessoa infectada. A linfadenopatia satélite é frequente (18,19).

A **sífilis secundária** geralmente começa duas a oito semanas após o aparecimento do cancro, mas esse período é variável. Esse estágio resulta da multiplicação e ampla disseminação dos treponemas. O quadro clínico inicial caracteriza-se por erupção macular, de coloração rósea (“roséola sífilítica”), que evolui para lesões papulosas, papuloescamosas, em forma de placa e, às vezes, nodulares, sendo frequente a localização palmoplantar (Figura 2). Além disso, podem surgir manifestações nas mucosas, como condiloma *lata* ou condiloma plano, que são geralmente confundidas com verrugas anogenitais. A alopecia “em clareira” ou difusa pode ocorrer em áreas localizadas no couro cabeludo. Alguns sintomas podem estar associados, como mal-estar, febre e linfadenopatia (18,19).



**Figura 2 – Manifestações clínicas de sífilis primária e secundária.**

Fonte: Traduzido e adaptado de Peeling et al, 2017.

Notas: a) cancro primário; b) cancro primário com erupção cutânea da sífilis secundária; c) sífilis secundária com erupção palmar em uma gestante; d) erupção palmar de sífilis secundária.

Mesmo sem tratamento, essas lesões mucocutâneas e manifestações sistêmicas desaparecem espontaneamente, passando-se ao estágio de latência (assintomático), que é detectado por meio de testes imunológicos. A OMS (21) classifica essa fase em **latente recente** (menos de dois anos de infecção) e **latente tardia** (dois anos ou mais de infecção), parâmetros adotados pelo Brasil (20) em 2017.

Aproximadamente um terço das pessoas com sífilis latente não tratada podem evoluir para **sífilis terciária** após vários anos ou décadas da infecção inicial. As principais manifestações envolvem lesões cutâneas nodulares e gomasas, ósseas, articulares, cardiovasculares e neurológicas (18,20).

A **neurossífilis** acomete o sistema nervoso central, podendo ocorrer em qualquer estágio da sífilis. A manifestação neurológica precoce (ex.: disfunção do nervo craniano, meningite, acidente vascular cerebral, anormalidades auditivas ou oftálmicas) aparece geralmente nos primeiros meses ou anos de infecção, enquanto a tardia (ex.: *tabes dorsalis* e paresia geral) acontece após dez a 30 anos (22).

### 1.1.3 Diagnóstico

Os exames mais comuns para o diagnóstico da sífilis são os testes imunológicos (treponêmicos e não treponêmicos) (21). Se o exame diagnóstico for realizado na fase inicial da infecção, pode não haver quantidade suficiente de anticorpos para detecção – o que significa que a soroconversão ainda não ocorreu. Nesses casos, se persistir a suspeita da ocorrência de sífilis, recomenda-se repetir o procedimento após 30 dias (23).

Os **testes treponêmicos** [ex.: teste rápido, FTA-ABS (*Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption Test*), teste imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações)] detectam anticorpos específicos para os antígenos da bactéria *Treponema pallidum*. Na maioria dos casos, esses anticorpos poderão ser detectados a partir de dez dias do aparecimento da ulceração da sífilis primária; no entanto, esse período pode variar de pessoa para pessoa (23). Se esses testes apresentarem resultados reagentes, geralmente, assim permanecem ao longo da vida (cicatriz sorológica), sem possibilitar a distinção entre infecção ativa ou infecção prévia com tratamento realizado (4,24).

Por outro lado, os **testes não treponêmicos** [ex.: VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) e RPR (*Rapid Plasma Reagin*)] detectam anticorpos anticardiolipina (não específicos para os antígenos do *Treponema pallidum*). Esses testes permitem a identificação de sífilis ativa, bem como servem para monitoramento da resposta ao tratamento, em razão da quantificação de titulação dos anticorpos não treponêmicos (4,24).

Como tais anticorpos não são produzidos exclusivamente em decorrência da sífilis, eles podem gerar resultados falso-positivos na ocorrência de outras situações, como gravidez, hanseníase, malária, hepatites virais e lúpus eritematoso sistêmico, após vacinações e transfusões de hemoderivados (23).

Para evitar a evolução da infecção e suas complicações, é essencial que todas as pessoas diagnosticadas com sífilis sejam acompanhadas no âmbito

clínico e laboratorial (4). A titulação do teste não treponêmico deve ser realizada no início do tratamento, visando comparação com as titulações subsequentes (22). O indício do sucesso do tratamento é a diminuição da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após a conclusão terapêutica. O seguimento laboratorial deve ser realizado mensalmente nas gestantes, e a cada três meses na população geral (20). A persistência da sintomatologia e o aumento de pelo menos duas diluições pode caracterizar falha ou reinfecção, devendo-se reavaliar o caso (22).

Quando da realização do teste rápido, se este apresentar resultado reagente – principalmente nos casos de gestante ou pessoas com possibilidade de perda de seguimento –, o tratamento deve ser instituído de imediato, sem aguardar o resultado do teste não treponêmico (23).

Como não há definição de diagnóstico com apenas um teste, é necessário interpretar fluxogramas de resultados combinados (teste treponêmico e não treponêmico) no contexto da história clínica, exame físico e registro prévio de tratamento (4,23,24).

Cabe destacar que a sensibilidade está relacionada à capacidade de o teste se apresentar reagente quando a pessoa está infectada, enquanto a especificidade se refere à capacidade de o teste se apresentar não reagente na ausência da infecção. Em geral, o teste treponêmico é mais sensível que o não treponêmico, enquanto o teste não treponêmico é mais específico, quando comparado ao treponêmico (23).

Em relação à neurosífilis, o teste laboratorial é útil para apoiar o diagnóstico, porém não existe um teste único para diagnosticá-la em todas as instâncias. Assim, recomenda-se a combinação de exames no líquido cefalorraquidiano (Ex.: VDRL e contagem de células/proteínas) na presença de resultados de testes imunológicos reagentes, além de sintomatologia neurológica e/ou oftalmológica (22).

Cabe ressaltar que a efetivação adequada dos fluxogramas existentes e a correta interpretação dos marcadores constituem dificuldades técnicas para a

compreensão de resultados. Além do mais, agrega-se outro tipo de limitação, relacionada com as reiteradas oportunidades perdidas de diagnóstico na rotina dos serviços de saúde.

A sífilis é complexa com ampla variedade de manifestações clínicas, e permanece o desafio no âmbito do diagnóstico, considerando que nenhum teste pode diagnosticar com precisão todos os estágios da infecção. Nesse sentido, a implementação de melhores testes e algoritmos apropriados, em conjunto com protocolos laboratoriais contribuirão para melhores opções de diagnóstico (25). Peeling et al. reforçam também a necessidade de pesquisas para identificar biomarcadores que diferenciem de forma precisa uma sífilis antiga e tratada de infecções ativas que requeiram tratamento, bem como detectem pessoas reinfectadas e forneçam um teste de cura (26).

#### 1.1.4 Tratamento

O *Treponema pallidum* permanece altamente sensível à **benzilpenicilina**, utilizada há mais de 60 anos como **tratamento de escolha** em todos os estágios da infecção (27–29). A terapêutica é realizada com dose única de benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, intramuscular, para sífilis recente. Para as situações de sífilis tardia ou de duração desconhecida, preconiza-se uma dose a cada sete dias, por três semanas. Caso se ultrapasse um intervalo de 14 dias entre as doses, o esquema terapêutico deve ser reiniciado (21). Destaca-se que esse tratamento também é indicado para coinfectados com sífilis e HIV (30).

A benzilpenicilina é o único medicamento indicado para tratamento da gestante com sífilis, porque atravessa a barreira placentária e previne a ocorrência de sífilis congênita. Contudo, para não gestantes, existem alternativas terapêuticas, como doxiciclina e ceftriaxona (20,21). Em situações de neurosífilis, o esquema terapêutico preferencial é realizado com benzilpenicilina cristalina intravenosa (22).

A abordagem das parcerias sexuais é essencial para evitar reinfecção, identificar pessoas assintomáticas e interromper a cadeia de transmissão. Estima-se que 46% a 60% dos contatos sexuais de pessoas com sífilis recente estejam infectados. Por isso, recomenda-se tratamento presuntivo das parcerias com dose única de benzilpenicilina benzatina, mesmo com testes imunológicos não reagentes (20,30,31).

Nas primeiras 24 horas após o início do tratamento, principalmente no estágio da sífilis secundária, pode ocorrer a reação de Jarisch-Herxheimer, em resposta à liberação de proteínas e outras estruturas por bactérias mortas na corrente sanguínea. É um episódio autolimitado, que se caracteriza por febre, cefaleia, mialgia e exacerbação das lesões cutâneas com eritema, dor ou prurido (20,22).

Além disso, é importante destacar que a reação anafilática é evento muito raro. O resultado de uma meta-análise mostrou que, de um total de 1.244 gestantes, não foi relatado caso de reação adversa grave à benzilpenicilina benzatina. Nesse mesmo estudo, na população geral, abrangendo mais de dois milhões de pessoas, foi estimada incidência de 0 a 3 casos de anafilaxia por 100.000 tratados (Risco Absoluto combinado=0,002%; IC 95%: 0-0.003  $I^2=12\%$ ). Considerando a segurança e eficácia do medicamento, as barreiras para o seu uso devem ser eliminadas nos serviços de saúde (32).

A partir de dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), realizada em 2013-2014, um estudo sobre a prevalência de eventos adversos relacionados a medicamentos mostrou que as maiores frequências desses eventos foram registradas em relação à fluoxetina (9,3%), ao diclofenaco (9%) e à amitriptilina (8,5%), dentre um rol de 28 fármacos mais citados (33). Ressalta-se, ainda, que a **benzilpenicilina não consta** nessa relação, o que demonstra sua baixa relação com eventos adversos.

Sublinha-se que, em 2014, o Brasil foi o primeiro país a alertar a OMS sobre desabastecimento de benzilpenicilina (inicialmente, faltou no país a benzilpenicilina benzatina e no ano seguinte, a benzilpenicilina cristalina).

Naquela ocasião, a aquisição e a distribuição desses medicamentos eram de responsabilidade de estados, Distrito Federal e municípios, conforme pactuações prévias. Assim, na situação de extrema restrição, em 2015, o MS recomendou priorizar tais medicamentos para tratamento de gestantes com sífilis e crianças com sífilis congênita, além de orientar sobre opções terapêuticas alternativas para população geral (34).

Ainda no ano de 2015, apesar das dificuldades de aquisição no mercado nacional e internacional, o MS conseguiu viabilizar a compra emergencial de benzilpenicilina benzatina, para abastecer as Unidades da Federação no ano de 2016 (35). Da mesma forma, adquiriu e distribuiu também benzilpenicilina cristalina (36).

Diante dos problemas quanto ao desajuste de preço da benzilpenicilina, foi publicada a Medida Provisória (MPV) Nº 754/2016, que autorizava o Conselho de Ministros da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos a aumentar ou reduzir preço de medicamentos, em casos excepcionais, a exemplo de epidemias (37). Dessa forma, houve um reajuste pontual no valor desse medicamento enquanto a MPV estava vigente. No entanto, posteriormente, a MPV perdeu eficácia e não foi convertida em lei pelo Congresso Nacional no prazo constitucional.

Além do mais, como medida de garantia de acesso, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, publicada em 2017, enfatiza que a benzilpenicilina benzatina e cristalina para o tratamento de sífilis passam a ser de aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde. No entanto, essas penicilinas continuam disponíveis no Componente Básico da Assistência Farmacêutica para outras situações clínicas (38).

A OMS destaca que o problema de desabastecimento é mundial e ocorre em razão da indisponibilidade do insumo farmacêutico ativo (IFA) e dificuldades com controle de qualidade, licitação de compra e preços relativamente baixos com pouca lucratividade, entre outros fatores (6). Junto a outras doenças de natureza negligenciada, como a sífilis, a pesquisa e o desenvolvimento de produtos alternativos a penicilinas, além de estratégias de



inovação tecnológica não constituem prioridades na agenda atual da indústria global de medicamentos, permanecendo a dependência de vários países, inclusive do Brasil, em relação à importação de IFA.

No geral, o fortalecimento da indústria farmacêutica brasileira não gerou as mesmas oportunidades para a indústria farmoquímica, produtora da principal matéria-prima dos medicamentos. Por outro lado, países asiáticos, como China e Índia, tornaram-se a grande fábrica competitiva de IFA vendidos no mundo (39). Nesse sentido, torna-se urgente uma solução a longo prazo que garanta a sustentabilidade e a competitividade de produção nacional de IFA, bem como o acesso universal ao tratamento com penicilinas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **1.1.5 Panorama epidemiológico**

No mundo, em 2012, foram estimados 357 milhões de casos novos das IST curáveis; entre estas, destacaram-se a sífilis (6 milhões), a gonorreia (78 milhões), a infecção por clamídia (131 milhões) e a tricomoníase (142 milhões) na população de 15 a 49 anos. Aproximadamente 91% desses agravos ocorreram nos países de renda média-alta, média e baixa (10).

Dados de uma revisão sistemática referentes a 18 países da América Latina e Caribe mostrou variação de >4% a >7,5% na prevalência de sífilis em HSH, com maiores taxas no Peru, Argentina, Costa Rica e Guatemala, de 1998 a 2010 (11). Em 2016, estudo brasileiro realizado entre HSH de 18 anos de idade ou mais, com metodologia *Respondent Driven Sampling* (RDS), mostrou que prevalência de sífilis global em 12 cidades do país foi de 27,6% (IC95%: 24,0 - 31,3), sendo superior à prevalência de HIV [17,5% (IC95%:14,5 - 20,5)], dada a mesma comparação (40).

Uma análise da vigilância epidemiológica de sífilis apontou, em geral, tendência de aumento da razão homem-mulher em 27 países desenvolvidos da Ásia-Pacífico, América do Norte, Europa Ocidental e Central-Oriental, com maior número de homens do que de mulheres, de 2010 a 2013. Além disso, 18

desses países haviam relatado crescimento de casos entre HSH na última década (41).

Em 2016, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos Estados Unidos registrou mais de 88 mil casos de sífilis (primária, secundária, latente recente, latente tardia e congênita), com incremento de 18%, em comparação com o ano de 2015. Esse número absoluto foi o maior desde 1993 (12). Na Inglaterra, também de 2015 para 2016, verificaram-se 12% de aumento nas notificações de sífilis (primária, secundária e latente recente). No ano de 2016, ainda, registrou-se o maior número de casos desde 1949 (42).

No Brasil, de 2015 para 2016, houve incremento de 14,7% na taxa de detecção em gestantes, 4,7% na incidência de sífilis congênita e 26,8% na de sífilis adquirida. Em 2016, foram notificados 1,5 casos de homens para cada mulher, razão que vem se mantendo desde 2013. Além disso, mais de um terço das notificações de sífilis adquirida ocorreram em pessoas de 20 a 29 anos (13).

Apesar de haver diferenças metodológicas em relação ao presente inquérito brasileiro sobre conscritos, é importante destacar dados da literatura de outros países relacionados a integrantes das Forças Armadas. Na Tailândia, em 1991, uma investigação com amostra de 1.115 conscritos militares estimou a prevalência de sífilis na vida [4,6% (IC 95%: 3,4-6,00)] (43).

Na França, em 2006, um estudo realizado com militares da ativa detectou 67 casos de IST (média de idade=28,5 anos); destes, 7,5% foram identificados com sífilis primária ou secundária, e a maioria (60%) com gonorreia ou infecção por clamídia. A taxa de incidência de IST (gonorreia, sífilis primária e secundária, HPV, herpes genital ou infecção por *Mycoplasma hominis*) foi de 19,2 casos por 100.000 homens (44).

Em 2007, na República Democrática do Congo, a estimativa da prevalência de sífilis foi de 11,9% na amostra por conveniência de 3.735 homens militares em atividade, sendo que, destes, 63% encontravam-se na faixa etária de 20 a 39 anos de idade. Nos casos reagentes, o tratamento foi realizado no local, com encaminhamento à unidade de saúde para seguimento

(45). Na Sérvia, um estudo com 5.617 doadores voluntários de sangue das Forças Armadas, realizado entre 2007 e 2008, identificou uma prevalência de 0,6% referente à IST (sífilis, hepatites virais B ou C) (46).

Resultados sobre incidência de sífilis, nos Estados Unidos, entre cerca de três mil membros do serviço militar ativo, indicaram aumento de 53,4% de 2010 para 2015, passando de 30,9 para 47,4 casos por 100.000 pessoas-ano, respectivamente. Os homens contribuíram com a maior proporção dos casos (91,5%) durante o período (47).

Outra pesquisa, realizada na República dos Camarões, em 2011, identificou uma prevalência de sífilis de 3,1% na amostra de 2.523 militares (homens e mulheres  $\geq$  18 anos) (48). Por outro lado, em 2013, em Serra Leoa, um estudo com 1.157 soldados (média de idade=38 anos) apontou que a soroprevalência de sífilis foi de 7,3% (IC 95%: 5,9-8,8), sugerindo faixa etária mais alta, *status* reagente para HIV e jovens com residência em áreas rurais como fatores associados à infecção (49).

Diante do expressivo número de casos de sífilis em países com diferentes realidades geográficas, políticas e socioculturais, reforça-se a relevância desse agravo como problema de saúde pública e a necessidade de articular respostas resolutivas e eficazes no campo da vigilância e prevenção, além de modalidades de assistência adequadas aos contextos mais específicos.

## 1.2 ATENÇÃO À SAÚDE SEXUAL DOS JOVENS

A atenção à saúde sexual é ampla e abrange questões como IST, sexualidade, identidade de gênero, orientação sexual, gravidez não planejada, aborto, disfunção sexual, infertilidade e violência de gênero (50). Para se ter saúde sexual, a OMS considera que devem ser garantidos e respeitados os direitos sexuais (51). Todavia, tem predominado a ênfase no corpo e nas questões reprodutivas da mulher em detrimento dos direitos sexuais e sexualidade (52).

O MS segue a definição da OMS e denomina o conjunto de adolescentes (10 a 19 anos) e jovens (15 a 24 anos) como população jovem (10 a 24 anos). As Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde ressaltam a importância de estabelecer estratégias de interface com outras políticas (ex.: Atenção Básica, Saúde do Homem, Saúde da Mulher e IST/Aids/HV, Saúde na Escola) para organização da linha de cuidado, bem como estimular a inovação da gestão, das práticas sanitárias e do processo de trabalho das equipes de saúde, com a colaboração do setor de educação e da própria comunidade (53).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem busca promover a melhoria das condições de saúde dos homens de 20 a 59 anos. Os eixos temáticos são: acesso e acolhimento; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes; e prevenção de violências e acidentes. Nessa perspectiva, o homem é reconhecido como sujeito de direitos sexuais e reprodutivos (54).

A abordagem da saúde sexual propicia a corresponsabilidade em relação ao autocuidado, contribuindo para a percepção e a gestão de risco das IST, HIV/aids e hepatites virais (55). Um estudo observacional, realizado com adolescentes em consultas de rotina, mostrou que o diálogo acerca dessa

temática dura em média 36 segundos, o que reflete perda de oportunidade de orientações sobre prevenção (56), ou ainda de inclusão dos jovens em outros programas (57).

A Atenção Básica representa um espaço apropriado para o acesso a informação, comunicação e educação, entre outras ações e serviços de saúde (58). É oportuno considerar a história sexual para identificar conhecimentos, atitudes e práticas e distinguir situações de vulnerabilidade individual, social e programática, bem como propor medidas de intervenção adequadas (2,59–61).

A OMS também reforça a necessidade de melhoria da qualidade e ampliação do acesso a ações e serviços prioritários de forma contínua e equitativa, incluindo mulheres, homens, adolescentes e jovens, HSH, profissionais do sexo e pessoas transexuais. Como ilustra a Figura 3, no contexto das IST, o propósito é captar as pessoas o mais precocemente possível para atendimento, minimizando as perdas de acompanhamento ao longo da cascata de cuidado contínuo (7).



**Figura 3 – Cascata de cuidado contínuo das pessoas no contexto das IST.**

Fonte: Traduzido e adaptado de OMS, 2016.

Diante dos novos arranjos na atenção às pessoas vivendo com HIV, que dispõem de cuidado compartilhado entre Atenção Básica e serviço especializado (62), destaca-se também a reflexão sobre a oportunidade de agregar valor e fortalecer a assistência às pessoas com IST no âmbito da Atenção Básica.

O acesso à saúde deve ser potencializado com transformações sociais, econômicas, políticas, culturais, entre outros aspectos, que resultem em melhoria das políticas públicas (63). Nesse sentido, entender as relações entre determinantes sociais e saúde permite identificar onde e como devem ser realizadas intervenções, com o propósito de mitigar as iniquidades, alcançando as questões mais sensíveis para produzir impacto satisfatório (64).

## **2 OBJETIVOS**

2.1. Descrever fatores sociodemográficos, conhecimento sobre IST, práticas sexuais, antecedentes de IST e busca de tratamento entre conscritos brasileiros, de acordo com a prevalência de sífilis ativa;

2.2. Verificar aspectos sociodemográficos, comportamentais e clínicos relacionados com a prevalência de sífilis na vida e sífilis ativa.

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de análise descritiva de dados provenientes do “Estudo epidemiológico sobre a prevalência de sífilis, HIV, hepatites virais B e C e dos fatores comportamentais associados em conscritos das Forças Armadas, 8ª Edição”, conduzido pela professora Rosa Dea Sperhacker no período de agosto a dezembro de 2016. Tal inquérito é produto da colaboração técnica entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Defesa e o Laboratório de Pesquisa em HIV/Aids da Universidade de Caxias do Sul, instituição responsável pela coordenação do projeto em todas as fases e pela preparação do banco de dados utilizado nesta dissertação.

A amostra abrange jovens de 17 a 22 anos de idade, que foram chamados para comissões de seleção, após a fase de alistamento, com vistas ao serviço militar obrigatório. Conforme legislação militar (65), a apresentação para alistamento ocorre nos primeiros seis meses do ano em que o brasileiro completa 18 anos. No entanto, podem ser incluídos nessa ocasião os voluntários (a partir de 17 anos de idade) e aqueles pertencentes a classes de anos anteriores, que estejam em débito com a referida obrigação.

De acordo com o termo de referência para contratação de consultoria técnica especializada (66) e o relatório técnico final do estudo (67), as questões metodológicas estão contempladas no itens subsequentes, a fim de facilitar a interpretação de resultados, discussão e considerações finais da presente pesquisa.



### 3.1.1 Resumo da metodologia do estudo original

Refere-se a estudo transversal, cujo cálculo da amostra foi realizado a partir da prevalência de infecção pelo HIV (0,12%) de estudo anterior (16), com nível de significância de 5% e erro bicaudal de 0,04%. O efeito de desenho foi de 1,25, e a perda, de no máximo 10% em cada região. O tamanho amostral foi de 39.996 jovens. Tal quantitativo representa cerca de 6% dos conscritos brasileiros. Os analfabetos foram excluídos da pesquisa.

Realizou-se amostragem por conglomerados, em dois estágios, considerando a probabilidade proporcional ao efetivo esperado no ano de 2014. No primeiro, foram selecionadas 90 comissões de seleção e, no segundo, o número de conscritos foi selecionado em cada uma dessas 90 comissões, dentro um total de aproximadamente 355 mil jovens.

Os dados foram coletados mediante questionário autoaplicável e confidencial, composto por 74 questões fechadas (Anexo A), abordando aspectos sociodemográficos, práticas sexuais, uso de preservativo, conhecimento sobre transmissão das IST, HIV e hepatites virais, antecedentes de IST, busca de tratamento e experiência com drogas. Após o preenchimento do questionário, os conscritos foram encaminhados para coleta de amostra de sangue total.

Quanto ao diagnóstico de sífilis, o manual do Ministério da Saúde (23), aprovado pela Portaria MS/GM nº 2.012, de 19 de outubro de 2016, subsidiou o fluxograma definido para o estudo, como segue:

- a) **Teste inicial (T1):** ensaio treponêmico automatizado – método de quimioluminescência (Architect Syphilis TP, da Abbott Laboratories, Wiesbaden, Alemanha);
- b) **Teste complementar (T2):** ensaio não treponêmico (VDRL – *Venereal Disease Research Laboratory*, da Wiener Lab., Rosario, Argentina), realizado em caso de ensaio inicial reagente.

Quando houve resultados discordantes entre esses dois testes, com T1 reagente e T2 não reagente, encaminharam-se as amostras para realização de teste treponêmico (T3) (FTA-Abs, da Wama Diagnóstica, São Carlos, São Paulo), com metodologia diferente de T1, para obtenção de diagnóstico confirmado.

Todo material biológico foi analisado por um laboratório de referência (Vespasiano, Minas Gerais), considerando a necessidade de qualidade e padronização das técnicas. Além disso, os materiais biológicos e os questionários não permitiram identificação nominal do conscrito, mantendo entretanto o registro individual e numérico, para assegurar a rastreabilidade e confidencialidade.

Na ocasião da coleta de sangue, os jovens receberam o protocolo para retirada de resultados e estes foram disponibilizados, após 30 dias, no endereço eletrônico específico. No entanto, os conscritos que apresentaram resultados reagentes foram orientados a comparecer a unidades de saúde, indicadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), para o respectivo seguimento clínico-laboratorial e conduta terapêutica no âmbito do SUS.

As equipes de campo foram constituídas por presidentes das comissões de seleção, aplicadores do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do questionário, representantes das SES e técnicos de laboratório. Dessa forma, 215 colaboradores de todas as regiões do país foram capacitados pela Universidade de Caxias do Sul, sob supervisão técnica do MS, com o propósito de uniformizar as etapas para execução do protocolo de estudo. Os colaboradores também foram instruídos a divulgar material informativo sobre prevenção das infecções de transmissão sexual, além de distribuir preservativos para os participantes após a coleta dos dados da pesquisa.

Devido ao tamanho da amostra, o Laboratório de Pesquisa em HIV/Aids da Universidade Caxias do Sul utilizou o *software* OpenText® *TeleForm* 11.1 (Waterloo, ON, Canadá) para automatização da captura, classificação e extração de dados dos questionários. O banco de dados foi elaborado por

profissional capacitado, que realizou diversas análises preliminares para verificar a integridade dos dados.

Devido ao plano de amostra complexo, a análise dos dados utilizou a ponderação das medidas, considerando um fator de expansão que é o inverso do produto das probabilidades de seleção em cada estágio, seguido da razão entre a população de 18 anos e o tamanho da amostra ponderada.

A participação voluntária dos jovens ocorreu com a assinatura do TCLE – Anexo B. O protocolo do estudo atendeu às normas éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10 de outubro de 1996 (vigente à época), com aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep (Parecer nº 278.616), em 21 de maio de 2013 (Anexo C), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Caxias do Sul (Parecer nº 1.074.338), em 22 de maio de 2015 (Anexo D).

As fontes de financiamento para execução do estudo original provieram do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS), no âmbito do Projeto 914BRZ1138.

### **3.1.2 Recorte metodológico do estudo descritivo**

O recorte da presente pesquisa, que constitui minha dissertação, faz uma análise mediante a utilização de estatística descritiva para caracterizar variáveis sociodemográficas, conhecimentos sobre IST, práticas sexuais, história prévia de sintomatologia das IST e busca de tratamento, segundo prevalência de sífilis e distribuição de frequências.

A estimativa de tal prevalência foi calculada para cada grupo aplicando-se proporções, sendo que o numerador se refere ao número de casos reagentes com determinado atributo, e o denominador, ao total de conscritos com esse mesmo atributo. Assim, o IC 95% foi considerado após a

ponderação. Pereira destaca que, quando comparados dois grupos, a não sobreposição dos IC 95% sugere diferença estatisticamente significativa (68).

Para análise, utilizou-se o pacote estatístico SPSS versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos), mediante o módulo de amostras complexas.

A **prevalência de sífilis ativa** foi obtida quando T1 e T2 apresentaram-se reagentes. Nos casos de T1 reagente e T2 não reagente, realizou-se T3 para confirmação do diagnóstico, considerando o fluxograma estabelecido.

Dessa forma, foram analisados os seguintes fatores sociodemográficos: região de residência (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul, Centro-Oeste); idade (17, 18, 19, 20, 21, 22); raça/cor (branca, preta, parda, amarela, indígena); estado civil/conjugal (casado, divorciado, solteiro, desquitado/separado judicialmente/viúvo); escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio e/ou técnico incompleto, ensino médio e/ou técnico completo, superior incompleto e superior completo); acesso à internet no domicílio (sim, não).

Os aspectos referentes a que os conscritos sabiam sobre IST foram: conhecimento correto sobre transmissão das IST (sim, não); conhecimento sobre a transmissão das IST (considerou-se como resposta correta quando se referiram às seguintes formas de transmissão: compartilhamento de agulhas e seringas, relação sexual sem preservativo, durante a gravidez, parto e amamentação, sexo oral, e apresentou-se também como resposta correta quando relataram formas de não transmissão: comer alimentos contaminados, banho em rios ou praias, picada de mosquito, banheiros públicos, beijo); conhecimento sobre transmissão vertical das IST (gonorreia, sífilis, HPV, herpes genital, HIV/aids, hepatite, todas mencionadas, nenhuma); conhecimento sobre sinais e sintomas das IST (nada, mesmo estando doente, verruga anogenital, bolhas no pênis, úlcera anogenital, corrimento uretral, disúria, não sabe); conhecimento sobre a existência de tratamento para pessoas com IST (concorda, discorda, não sabe); conhecimento sobre os locais onde há testes gratuitos (HIV, sífilis, hepatites).

A variável sobre conhecimento correto acerca da transmissão das IST foi dicotomizada para identificar o número de conscritos que acertaram todas as formas de transmissão apresentadas no questionário.

As variáveis estudadas em relação às práticas sexuais foram: idade da primeira relação sexual (<14 anos, ≥14 anos); número de parcerias sexuais no mês anterior à pesquisa (até cinco parcerias, mais de cinco parcerias); uso de preservativo na primeira relação sexual (sim, não, não se lembra); uso de preservativo na última relação sexual (sim, não, não se lembra); HSH (sim, não, outros); relação sexual com parcerias fixas nos 12 meses anteriores à pesquisa (sim, não, não respondeu); relação sexual com parcerias eventuais nos 12 meses anteriores ao estudo (sim, não, não respondeu); pagou para ter relação sexual nos 12 meses anteriores à pesquisa (sim, não, não sabe, não respondeu); recebeu presentes, drogas ou outros incentivos para ter relação sexual nos 12 meses anteriores ao estudo (sim, não, não sabe, não respondeu); consegue preservativo (sim, não). As categorias homossexuais e bissexuais foram agregadas na variável criada (HSH).

Em relação aos antecedentes de IST e busca de tratamento, foram selecionadas as variáveis: antecedentes de pelo menos um sinal/sintoma de IST (sim, não); antecedentes de sinais e sintomas de IST (verruga anogenital, bolhas no pênis, úlcera anogenital, corrimento uretral, disúria, nenhum); busca de tratamento (serviço de saúde pública/particular, balconista da farmácia, família/amigos, não procurou ajuda, problema desapareceu sem procurar tratamento, outros); realização do tratamento (sim, não, não se lembra). Os percentuais desta última foram calculados em relação àqueles que tiveram pelo menos um sinal/sintoma de IST.

Por outro lado, quando apenas o T1 foi reagente, configurou-se **sífilis na vida**, que pode ser caracterizada por cicatriz sorológica ou infecção recente, casos em que ainda não ocorreu a soroconversão quando do T2. Para essa prevalência, foram analisadas as variáveis: região de residência, idade, idade da primeira relação sexual, HSH, antecedentes de sinais e sintomas das IST.

Considerando que a Lei nº 12.527, de 18 de novembro 2011, regula o acesso a informações públicas, o acesso ao banco de dados do inquérito realizado com jovens conscritos foi solicitado via sistema eletrônico do serviço de informações ao cidadão (e-SIC), com registro do número de protocolo (25820.004473/2018-91). Além disso, formalizou-se um termo institucional de responsabilidade para cessão da base de dados de sistemas de informação gerenciados pelo DIAHV/SVS/MS. O referido documento assinado consta no Anexo E.

## 4 RESULTADOS

Das 90 comissões de seleção, apenas duas não conseguiram participar da pesquisa devido a questões operacionais, permanecendo 88 comissões nos 26 estados e Distrito Federal. De 39.996 conscritos que foram definidos inicialmente no cálculo amostral, a investigação alcançou o quantitativo de 38.247 (amostra inicial); destes, perderam-se 965 jovens (2,5%) em decorrência de desistência na ocasião da coleta, desaparecimento de lote de questionários, entre outras dificuldades operacionais e técnicas. Assim, a amostra final foi 37.282 participantes (93,2% do tamanho amostral).

A Tabela 1 apresenta aspectos sociodemográficos desse total de 37.282 conscritos, segundo a prevalência de sífilis ativa que, em geral, foi de 1,1% (IC 95%: 0,85-1,40)]. Observou-se que a maioria dos participantes (65,4%) tinham 18 anos de idade; entre esses, a prevalência de sífilis foi de 1,1% (IC 95%: 0,81-1,60). Por outro lado, foi identificada maior prevalência de sífilis [4,9% (IC 95%: 2,02-11,78)] entre 1,4% dos participantes com 21 anos, sendo que o limite inferior do respectivo IC 95% se distanciou das três primeiras categorias de idade (17 a 19 anos).

As prevalências de sífilis ativa em cada região do país apresenta sobreposição entre os IC 95%. Apenas 23,8% dos conscritos residiam nas regiões Sul e Norte, mas destacaram-se com maiores prevalências de sífilis (1,5% e 1,3%, respectivamente). Nas Regiões Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste, as prevalências de sífilis foram menores (1,1%, 1,0% e 0,7%, respectivamente); contudo, representaram a grande maioria dos jovens (76,2%).

Quanto à raça/cor autodeclarada, os IC 95% das prevalências de sífilis se sobrepuseram entre si. A prevalência de sífilis daqueles que se autorreferiram como brancos (35,5% do total da amostra) foi de 0,92%. Todavia, entre pretos e pardos, que representaram 58,1% da amostra, foram estimadas maiores prevalências de sífilis (1,7% e 1,1%, respectivamente). Os

indígenas, que somaram 1,7% dos participantes, foram identificados com menor prevalência de sífilis (0,5%).

A grande maioria dos jovens (97,7%) relatou serem solteiros, sendo que, entre estes, a prevalência de sífilis foi de 1,1%. No entanto, somente 1,7% da amostra era de casados e divorciados, os quais apresentaram as maiores prevalências de sífilis (2,0% e 3,3%, respectivamente). Verificou-se sobreposição dos IC 95% das prevalências de sífilis conforme o estado civil/conjugal.

No que tange à escolaridade, houve sobreposição entre os IC 95% das prevalências de sífilis. Metade dos jovens (50,7%) possuíam maior escolaridade (ensino médio completo ou superior completo/incompleto), e apresentaram variação de 0,2% a 0,8% entre as prevalências de sífilis, enquanto na outra metade dos conscritos (49,3%), com menor escolaridade, foram identificadas maiores prevalências, que oscilaram de 1,2% a 2,9%.

A menor prevalência de sífilis [0,7% (IC 95%: 0,50-0,95)] verificou-se entre a maioria dos conscritos (69,8%) com acesso à internet, ao passo que a outra categoria apresentou maior prevalência [2,0% (IC 95%: 1,38-2,98)]. Também se constatou que os IC 95% das prevalências de sífilis segundo acesso à internet no domicílio não se sobrepuseram entre si.

**Tabela 1 – Aspectos sociodemográficos segundo prevalência de sífilis ativa entre conscritos. Brasil, 2016.**

Variável	Total	Prevalência de sífilis ativa	
	n (%)	n (%)	IC 95%
<b>Total</b>	<b>37.282 (100,00)</b>	<b>393 (1,09)</b>	<b>0,85-1,40</b>
<b>Idade</b>			
17	6.944 (18,62)	52 (0,78)	0,41-1,48
18	24.374 (65,38)	267 (1,14)	0,81-1,60
19	3.887(10,43)	30 (0,79)	0,54-1,16
20	1.320 (3,54)	16 (1,26)	0,60-2,63
21	514 (1,38)	25 (4,99)	2,02 - 11,78
22	243 (0,65)	16 (1,32)	0,59-2,91
<b>Região de residência</b>			
Centro-Oeste	2.841 (7,62)	19 (0,67)	0,36-1,24



Nordeste	10.969 (29,42)	104 (0,97)	0,52-1,80
Norte	3.683 (9,88)	43 (1,28)	0,76-2,17
Sudeste	14.614 (39,20)	154 (1,09)	0,74-1,60
Sul	5.176 (13,88)	73 (1,48)	1,03-2,12
<b>Raça/cor</b>			
Branca	13.365 (35,85)	119 (0,92)	0,53-1,59
Preta	5.842 (15,67)	98 (1,73)	0,96-3,08
Parda	15.821 (42,43)	160 (1,05)	0,74-1,50
Amarela	1.487 (3,99)	13 (0,87)	0,38-1,96
Indígena	618 (1,66)	3 (0,53)	0,23-1,18
Não respondeu	150 (0,40)	-	-
<b>Estado civil/conjugal</b>			
Casado	625 (1,68)	12 (2,03)	1,00-4,24
Divorciado	16 (0,04)	0,48 (3,35)	0,45-20,92
Solteiro	36.436 (97,73)	379 (1,08)	0,83-1,39
Desquitado/separado judicialmente/viúvo	41 (0,11)	0,00	-
Sem informação	163 (0,44)	-	-
<b>Escolaridade</b>			
Ensino fundamental incompleto	2.422(6,50)	28 (1,21)	0,79-1,84
Ensino fundamental completo	2.866(7,69)	81 (2,88)	1,38-5,90
Ensino médio e/ou técnico incompleto	13.086(35,10)	157 (1,24)	0,76-2,04
Ensino médio e/ou técnico completo	12.201(32,73)	97 (0,83)	0,48-1,42
Superior incompleto	5.017(13,46)	27 (0,57)	0,22-1,46
Superior completo	1.691(4,54)	3 (0,20)	0,09-0,49
<b>Acesso à internet no domicílio</b>			
Sim	26.009 (69,76)	174 (0,69)	0,50-0,95
Não	11.273 (30,24)	220 (2,03)	1,38-2,98

Fonte: Estudo epidemiológico sobre a prevalência da infecção por sífilis, HIV, hepatites virais B e C e dos fatores comportamentais associados em conscritos das Forças Armadas, 8ª edição, 2016.

Na Tabela 2, a grande maioria dos participantes do estudo (93,6%) não apresentou conhecimento correto sobre a totalidade dos tópicos alusivos às formas de transmissão ou não das IST, com sobreposição dos IC 95% das prevalências de sífilis entre quem acertou e quem errou todos os itens.

A maior parte dos conscritos (95,2%) compreendem que uma IST pode ser transmitida por via sexual sem preservativo e mais da metade dos jovens (64,5%) sabem que sexo oral pode transmitir alguma IST, enquanto 41,1% referiram que não se transmite IST por picada de mosquito. Apenas 21,4% dos jovens consideram que a sífilis pode ocorrer por transmissão vertical; em torno

de 68% sabem que o HIV é transmitido por essa via; e, ainda, 46,3% acreditam que a hepatite pode ser transmitida dessa forma, não divergindo as prevalências de sífilis entre essas categorias.

No que se refere ao conhecimento sobre a sintomatologia das IST, os IC 95% das prevalências se sobrepuseram. Entretanto, cabe ressaltar que 47,2%, 38,8% e 38,7% dos jovens sabem que úlcera anogenital, bolhas no pênis e corrimento uretral são sinais de IST, respectivamente; 33% reconhecem que verruga anogenital pode representar uma IST; 24,0% consideram que um indivíduo pode não ter sinais e sintomas, mesmo estando doente; e 34,6% não sabem quais sinais e sintomas o homem pode apresentar na ocorrência de IST.

A maior parte dos conscritos (84,9%) acreditam que existe tratamento para pessoas com IST. No entanto, os IC 95% das prevalências de sífilis entre as categorias (concorda, discorda, não sabe) se sobrepõem. No que tange ao conhecimento sobre exames gratuitos, somente 25,2%, 38,1% e 33,8% dos jovens sabem onde há gratuidade dos testes de sífilis, HIV e hepatites, respectivamente. Nessas categorias, os IC 95% das prevalências de sífilis apresentaram sobreposição.

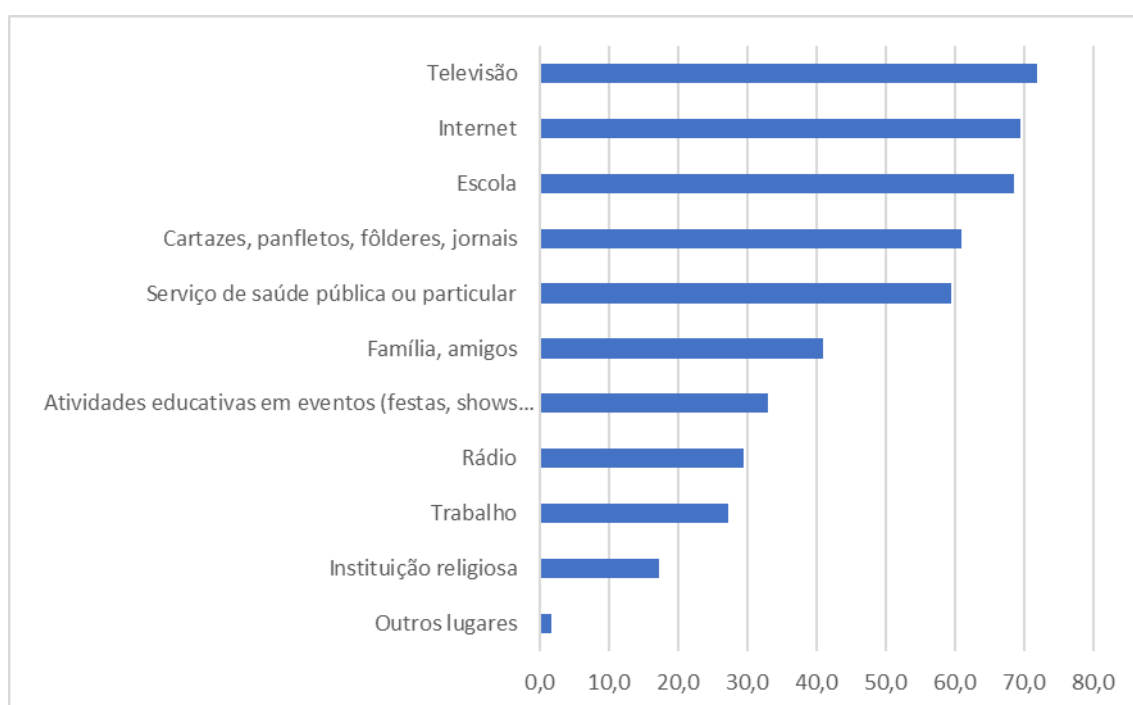
**Tabela 2 – Conhecimento sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis segundo prevalência de sífilis ativa entre conscritos. Brasil, 2016.**

Variável	Total (37.282)	Prevalência de sífilis ativa	
	n (%)	n (%)	IC 95%
<b>Conhecimento correto sobre a transmissão das IST</b>			
Sim	2.389 (6,41)	26 (1,12)	0,46-2,71
Não	34.893 (93,59)	367 (1,09)	0,85-1,40
<b>Conhecimento sobre a transmissão das IST</b>			
<b>Concordou</b>			
Compartilhamento de agulhas e seringas	33.538 (89,96)	318 (0,98)	0,75-1,29
Relação sexual sem preservativo	35.477 (95,16)	332 (0,97)	0,75-1,25
Durante a gravidez, parto e amamentação	25.212 (67,63)	244 (1,0)	0,73-1,38
Sexo oral	24.066 (64,55)	271 (1,17)	0,86-1,59
<b>Discordou</b>			
Comendo alimentos contaminados	21.126 (56,67)	199 (0,98)	0,69-1,40
Banho em rios ou praias	25.017 (67,10)	235 (0,97)	0,69-1,37
Picada de mosquito	15.326 (41,11)	121 (0,82)	0,54-1,24
Banheiros públicos	14.023 (37,61)	157 (1,15)	0,71-1,87
Beijo	15.918 (42,70)	107 (0,70)	0,41-1,18
<b>Conhecimento sobre transmissão vertical das IST</b>			
Gonorreia	5.610 (15,05)	92 (1,70)	1,00-2,87
Sífilis	7.962 (21,36)	106 (1,38)	0,98-1,96
HPV	7.761 (20,82)	59 (0,78)	0,48-1,27
Herpes genital	6.380 (17,11)	55 (0,89)	0,53-1,49
HIV/aids	25.150 (67,46)	248 (1,02)	0,74-1,40
Hepatite	17.248 (46,26)	182 (1,09)	0,74-1,60
Todas mencionadas	6.202 (16,64)	71 (1,19)	0,62-2,25
Nenhuma	2.501 (6,71)	15 (0,64)	0,23-1,72
<b>Conhecimento sobre sinais e sintomas das IST</b>			
Nada, mesmo estando doente	8.959 (24,03)	105 (1,21)	0,65-2,24
Verruga anogenital	12.496 (33,52)	147 (1,21)	0,83-1,78
Bolhas no pênis	14.476 (38,83)	186 (1,33)	0,88-2,00
Úlcera anogenital	17.607 (47,23)	207 (1,22)	0,83-1,79
Corrimento uretral	14.412 (38,66)	163 (1,17)	0,81-1,68
Disúria	14.386 (38,59)	162 (1,16)	0,76-1,78
Não sabe	12.888 (34,57)	88 (0,71)	0,42-1,19
<b>Existe tratamento para pessoas com IST</b>			
Concorda	31.671 (84,95)	322 (1,05)	0,80-1,38
Discorda	1.202 (3,22)	5 (0,46)	0,20-1,05
Não sabe	4.409 (11,83)	66 (1,57)	0,67-3,63
<b>Sabe onde há testes gratuitos</b>			

HIV	14.209 (38,11)	236 (1,72)	1,25-2,35
Sífilis	9.390 (25,19)	197 (2,18)	1,47-3,23
Hepatites	12.606 (33,81)	197 (1,62)	1,1-2,39

Fonte: Estudo epidemiológico sobre a prevalência da infecção por sífilis, HIV, hepatites virais B e C e dos fatores comportamentais associados em conscritos das Forças Armadas, 8ª edição, 2016.

Na Figura 4, em relação à fonte de interesse para busca de informações sobre IST, observou-se sobreposição dos IC 95% das prevalências de sífilis entre as categorias. Não obstante, destacaram-se as cinco fontes mais citadas: 71,8% dos conscritos preferiram a televisão; 69,4% escolheram internet; 68,9% optaram pela escola; 61% selecionaram cartazes, panfletos, folders e jornais; e 59,5% elegeram o serviço de saúde pública ou privada. Os jovens também especificaram locais, como *YouTube*, *Facebook*, páginas web, *e-mail* e universidade (dados não apresentados na figura).



**Figura 4 – Percentual de conscritos segundo fonte de interesse para busca de informações sobre IST. Brasil, 2016.**

Fonte: Estudo epidemiológico sobre a prevalência da infecção por sífilis, HIV, hepatites virais B e C e dos fatores comportamentais associados em conscritos das Forças Armadas, 8ª edição, 2016.

A maioria dos jovens (73,7%) afirmou ter tido relação sexual (oral, vaginal ou anal) em algum momento da vida (dados não apresentados na tabela). Destes, 82,2% relataram que o início da atividade sexual se deu com 14 anos ou mais de idade, nos quais se detectou prevalência de sífilis mais baixa [1,0% (IC 95%: 0,68-1,41)]. Por outro lado, um menor percentual (16,2%) declarou ter iniciado a vida sexual antes dos 14 anos e apresentou prevalência de sífilis maior [2,8% (IC 95%: 1,71-4,67)], sendo que o limite superior do IC 95% da primeira categoria se afastou do segundo parâmetro, conforme indica a Tabela 3.

Mais da metade dos participantes (59,2%) relatou até cinco parcerias no mês anterior à aplicação do questionário, tendo sido identificados com menor prevalência de sífilis [0,7% (IC 95%: 0,37-1,27)], ao passo que, nos jovens que referiram mais de cinco parcerias (40,8%), detectou-se maior prevalência de sífilis [2,1% (IC 95%: 1,53-2,90)]. No que diz respeito a essa variável, os IC 95% não se sobrepuseram entre si.

Na Tabela 3, 60,4% e 60% dos participantes afirmaram ter utilizado preservativo na primeira e última relação sexual, respectivamente. No entanto, verificou-se sobreposição dos IC 95% das prevalências de sífilis entre tais categorias.

Constatou-se que a prevalência de sífilis foi maior [4,6% (IC 95%: 2,73-7,62)] entre os HSH (4,4% da amostra), enquanto a grande maioria dos jovens não HSH (95,1%) apresentaram menor prevalência de sífilis [1,1% (IC 95%: 0,80-1,52)]. Verificou-se, ainda, que o limite inferior do IC 95% da primeira categoria se afastou desse último parâmetro, de acordo com a Tabela 3.

Os jovens que referiram ter tido relação sexual com parcerias fixas nos 12 meses anteriores ao estudo apresentaram menor prevalência de sífilis [1,5% (IC 95%: 1,03-2,05)], enquanto os que relataram atividade sexual com parcerias eventuais foram identificados com maior prevalência de sífilis [2,1% (IC 95%: 1,39-3,09)], mesmo ocorrendo sobreposição entre os respectivos IC 95%.

Embora os IC 95% tenham se sobreposto, entre os participantes que pagaram para ter relação sexual nos últimos 12 meses da pesquisa (2,7% da amostra) observou-se menor prevalência de sífilis [1,2% (IC 95%: 0,50-2,83)], em comparação com a prevalência de sífilis [1,3% (IC 95%: 0,99-1,70)] da grande maioria (93,3%) que não se utilizou dessa prática.

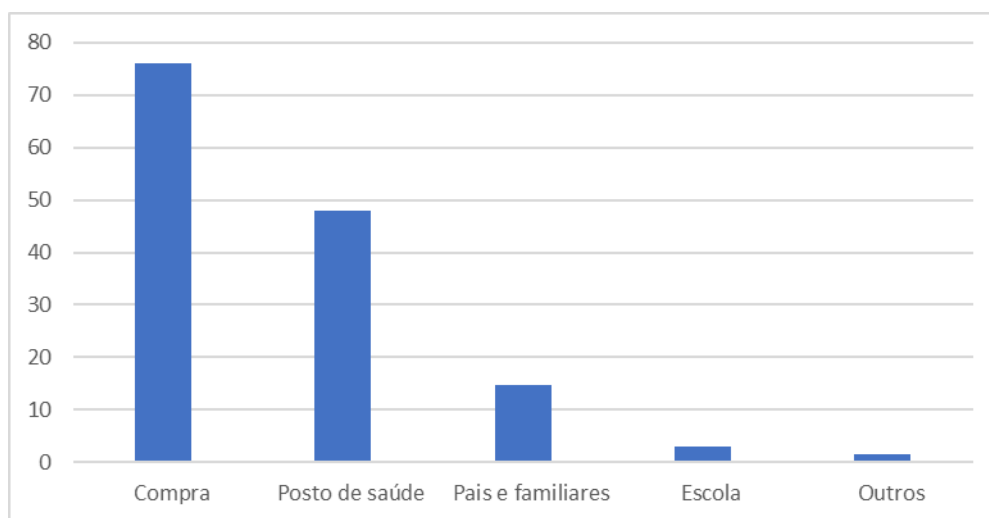
Sob outra perspectiva, a prevalência de sífilis foi maior (3,5% [IC95%: 1,68-7,10]) entre os que receberam presentes, drogas ou outros incentivos para ter relação sexual nos 12 meses anteriores ao estudo (2,0% do total), não havendo sobreposição com o IC 95% da prevalência de sífilis [1,2% (IC 95%: 0,93-1,65)] daqueles que não se utilizaram de tal permuta.

**Tabela 3 – Comportamento e práticas sexuais entre conscritos que iniciaram a vida sexual, segundo prevalência de sífilis ativa. Brasil, 2016.**

Variável	Prevalência de sífilis ativa		
	n (%)	n (%)	IC 95%
<b>Idade da primeira relação sexual</b>			
<14 anos	4.719 (16,18)	129 (2,84)	1,71-4,67
≥14 anos	23.964 (82,16)	228 (0,98)	0,68-1,41
Não respondeu	486 (1,66)	3 (0,55)	0,21-1,46
<b>Número de parcerias sexuais no último mês</b>			
Até 5 parceiros(as)	17.296 (59,2)	114 (0,69)	0,37-1,27
Mais de 5 parceiros(as)	11.934 (40,8)	245 (2,11)	1,53-2,90
<b>Homens que fazem Sexo com Homens (HSH)</b>			
Sim	1.308 (4,41)	59 (4,59)	2,73-7,62
Não	28.208 (95,08)	301 (1,11)	0,80-1,52
Outros	49 (0,16)	0,00	-
Não respondeu	105 (0,35)	1 (1,07)	0,36-3,13
Não respondeu	889 (3,03)	6 (0,7)	0,33-1,44
<b>Recebeu presentes, drogas ou outros incentivos para ter relação sexual nos últimos 12 meses</b>			
Sim	578 (1,96)	20 (3,49)	1,68-7,10
Não	27.889 (94,44)	334 (1,24)	0,93-1,65
Não sabe	267 (0,9)	2 (0,76)	0,30-1,92
Não respondeu	798 (2,7)	5 (0,61)	0,31-1,23

Fonte: Estudo epidemiológico sobre a prevalência da infecção por sífilis, HIV, hepatites virais B e C e dos fatores comportamentais associados em conscritos das Forças Armadas, 8ª edição, 2016.

A maior parte dos conscritos (99,5%) relatou conseguir preservativos (dado não apresentado na tabela). A Figura 5 demonstra que 76% dos jovens compram esse insumo de prevenção, 47,8% o adquirem no posto de saúde e 14,3% o recebem de pais e familiares, enquanto apenas 3,1% o conseguem na escola. Os IC 95% das prevalências de sífilis entre essas categorias se sobrepuseram entre si. Na categoria 'outros', também foram citados universidades e organizações não governamentais (dado não apresentado na figura).



**Figura 5 – Meios e locais de aquisição de preservativo relatados pelos conscritos. Brasil, 2016**

Fonte: Estudo epidemiológico sobre a prevalência da infecção por sífilis, HIV, hepatites virais B e C e dos fatores comportamentais associados em conscritos das Forças Armadas, 8ª edição, 2016.

Na Tabela 4, a maioria dos participantes (79,7%) não referiu antecedentes de sinal/sintoma de IST, sendo que esse grupo apresentou prevalência de sífilis mais baixa [0,7% (IC 95%: 0,49-0,91)] em relação à categoria que relatou quadro sintomático prévio, cuja prevalência foi 2,7% (IC 95%: 1,83-4,10). Convém frisar que não houve sobreposição entre esses dois IC 95%.

Em relação a sinais e sintomas específicos das IST, percebeu-se maior prevalência de sífilis [9,3% (IC 95%: 5,42-15,67)] entre os jovens que mencionaram antecedentes de úlcera anogenital (3,6% da amostra). Assim, não se observou sobreposição do respectivo IC 95% a outras categorias de sintomatologia das IST, com exceção ao da verruga anogenital [5,1% (IC 95%: 1,80-13,55)].

A Tabela 4 revela que, na ocasião em que os conscritos apresentaram sinais e sintomas de IST, 39,0% deles procuraram o serviço de saúde pública ou particular para tratamento; 9,9% não buscaram ajuda; 7,6% procuraram familiares ou amigos; 3,5% não buscaram cuidados profissionais, porque a sintomatologia desapareceu; e 1,4% procurou o balconista da farmácia. A maior prevalência estimada foi entre os jovens que buscaram o balconista da farmácia [4,0% (IC 95%: 1,01-14,57)]; no entanto, os IC 95% das outras categorias se sobrepueram a este.

Destaca-se que, entre os jovens que relataram antecedentes de sintomatologia de IST, apenas 1,1% e 1,3% afirmaram ter recebido solicitação de exame de sífilis e de HIV, respectivamente, considerando o mesmo momento (dados não apresentados na tabela). Também em relação aos participantes com relato de história prévia de IST, 43,1% referiram não ter realizado tratamento, os quais apresentaram prevalência de sífilis mais baixa [2,4% (IC 95%: 1,27-4,29)] se comparada à prevalência de sífilis daqueles que realizaram a terapêutica medicamentosa [3,5% (IC 95%: 2,05-5,95)]. Nesses casos, constatou-se sobreposição de ambos os IC 95% (Tabela 4).

**Tabela 4 – Antecedentes de IST e busca de tratamento segundo prevalência de sífilis ativa entre conscritos. Brasil, 2016.**

Variável	Total (37.282)	Prevalência de sífilis ativa	
	n (%)	n (%)	IC 95%
<b>Antecedentes de pelo menos um sinal/sintoma de IST</b>			
Sim	7572 (20,31)	203 (2,74)	1,83-4,10
Não	29710 (79,69)	191 (0,67)	0,49-0,91



**Antecedentes de sinal/sintomas de IST**

Verruga anogenital	1006 (2,7)	50 (5,09)	1,80-13,55
Bolhas no pênis	756 (2,03)	14 (1,83)	1,04-3,18
Ferida anogenital	1342 (3,6)	124 (9,35)	5,42-15,67
Corrimento uretral	488 (1,31)	14 (2,82)	1,69-4,66
Disúria	2685 (7,20)	37 (1,41)	0,55-3,59
Nenhum	28033 (75,19)	168 (0,62)	0,45-0,86

**Busca de tratamento<sup>(1)</sup>**

Serviço de saúde pública ou particular	2.948 (38,94)	93 (3,20)	1,79-5,65
Balconista da farmácia	519 (1,39)	21 (4,01)	1,01-14,57
Família/amigos	2827 (7,58)	71 (2,54)	1,18-5,40
Não procurou ajuda	3681 (9,87)	50 (1,42)	0,69-2,91
Problema desapareceu sem procurar tratamento	1307 (3,51)	37 (2,88)	0,66-11,65
Outros	193 (0,52)	3 (1,38)	0,44-4,24

**Realização de tratamento<sup>(1)</sup>**

Sim	4020 (33,51)	138 (3,51)	2,05-5,95
Não	5167 (43,08)	118 (2,35)	1,27-4,29
Não se lembra	2404 (20,05)	27 (1,14)	0,5-2,61
Não respondeu	403 (3,36)	5 (1,23)	0,49-3,04

Fonte: Estudo epidemiológico sobre a prevalência da infecção por sífilis, HIV, hepatites virais B e C e dos fatores comportamentais associados em conscritos das Forças Armadas, 8ª edição, 2016.

Nota: (1) Percentuais calculados em relação àqueles que tiveram pelo menos um sinal/sintoma de IST.

A Tabela 5 revela, em geral, sobreposição entre os IC 95% da prevalência de sífilis na vida [1,6% (IC 95%: 1,33-1,98)] e de sífilis ativa [1,1% (IC 95%: 0,85-1,40)]. Da mesma forma, observaram-se poucas diferenças entre essas prevalências, de acordo as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínicas.

**Tabela 5 – Fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos segundo a prevalência de sífilis na vida e ativa entre os conscritos. Brasil, 2016.**

Variáveis	Sífilis na vida		Sífilis ativa	
	Prevalência	IC 95%	Prevalência	IC 95%
<b>Total</b>	<b>584 (1,62)</b>	<b>1,33-1,98</b>	<b>393 (1,09)</b>	<b>0,85-1,40</b>
<b>Região de residência</b>				
Centro-Oeste	24 (0,87)	0,48-1,55	19 (0,67)	0,36-1,24
Nordeste	161 (1,48)	0,86-2,52	104 (0,97)	0,52-1,80
Norte	74 (2,27)	1,59-3,25	43 (1,28)	0,76-2,17
Sudeste	232 (1,65)	1,25-2,18	154 (1,09)	0,74-1,60

Sul	93 (1,88)	1,50-2,34	73 (1,48)	1,03-2,12
<b>Idade</b>				
17	74 (1,11)	0,70-1,76	52 (0,78)	0,41-1,48
18	388 (1,65)	1,30-2,09	267 (1,14)	0,81-1,60
19	72 (1,90)	1,00-3,56	30 (0,79)	0,54-1,16
20	20 (1,62)	0,86-3,03	16 (1,26)	0,60-2,63
21	25 (5,00)	2,03-11,79	25 (4,99)	2,02 - 11,78
22	5 (2,00)	0,87-4,57	16 (1,32)	0,59-2,91
<b>Idade da primeira relação sexual</b>				
<14 anos	148 (3,24)	2,07-5,02	129 (2,84)	1,71-4,67
≥14 anos	370 (1,59)	1,17-2,16	228 (0,98)	0,68-1,41
<b>HSH</b>				
Sim	67 (5,22)	3,24-8,31	59 (4,59)	2,72-7,62
Não	452 (1,66)	1,29-2,12	301 (1,10)	0,80-1,52
<b>Antecedentes de sinais e sintomas das IST</b>				
Verruga anogenital	53 (5,37)	2,00-13,61	50 (5,09)	1,80-13,55
Bolhas no pênis	35 (4,78)	2,34-9,45	14 (1,83)	1,04-3,18
Úlcera anogenital	128 (9,64)	5,69-15,88	124 (9,35)	5,42-15,67
Corrimento uretral	15 (3,22)	2,00-5,14	14 (2,82)	1,69-4,66
Disúria	53 (2,0)	1,01-3,91	37 (1,41)	0,55-3,59
Nenhum	311 (1,15)	0,92-1,45	168 (0,62)	0,45-0,86

Fonte: Estudo epidemiológico sobre a prevalência da infecção por sífilis, HIV, hepatites virais B e C e dos fatores comportamentais associados em conscritos das Forças Armadas, 8ª edição, 2016.

## 5 DISCUSSÃO

Os dados analisados nesta dissertação indicaram que as prevalências de sífilis na vida (1,6%) e de sífilis ativa (1,1%) apresentaram valores próximos. Os resultados mais consideráveis, em que não houve sobreposição dos IC 95% das prevalências de sífilis ativa entre si, foram: idade de 21 anos; inexistência de acesso à internet no domicílio; atividade sexual iniciada antes dos 14 anos; categoria HSH; relações sexuais com mais de cinco parcerias; recebimento de presentes, drogas ou outros incentivos em troca de sexo; e antecedentes de sinais e sintomas de IST.

Esta pesquisa apresentou prevalência de sífilis na vida duas e três vezes maiores em relação aos estudos brasileiros sobre os conscritos realizados em 2002 e 2007, respectivamente (16,17). As regiões Norte, Sudeste e Sul se destacaram com aumentos mais expressivos nessas prevalências, sendo três a sete vezes maiores no atual estudo, dada similar comparação com o inquérito de 2007 (17).

Cabe destacar os resultados de uma pesquisa realizada no centro de referência em IST/HIV (69) de Londrina (Paraná), que identificou maior prevalência de sífilis na vida em pessoas na faixa etária de 13 a 24 anos e 25 a 34 anos (4,8% e 7,4%, respectivamente).

Dados produzidos neste inquérito se assemelham à investigação, realizada nos Estados Unidos, entre componentes do serviço ativo das Forças Armadas, que apontou maior número de casos de sífilis na população masculina, entre a raça/cor preta e na faixa etária entre 20 e 29 anos, ao passo que divergiu da presente pesquisa devido à maior incidência entre solteiros em relação aos casados (47,70). No entanto, um estudo conduzido na República dos Camarões se aproxima dos achados do presente trabalho, revelando que a chance de ter HIV e/ou sífilis aumentou três vezes entre militares separados, divorciados ou viúvos do serviço ativo, com 18 anos ou mais de idade (48).

No que se refere à maior prevalência de sífilis entre conscritos de menor escolaridade, um estudo conduzido no Brasil, México e Estados Unidos revelou, em geral, que homens com menos anos de estudo se expõem mais a risco sexual, aumentando a chance de ter herpes genital, clamídia, gonorreia e/ou sífilis [ORa=1,62 (IC 95%: 1,01-2,59)] (71).

Ademais, na presente pesquisa, maiores prevalências de sífilis foram estimadas em conscritos que referiram não ter acesso à internet no domicílio, comparados aos jovens que tinham acesso a essa rede. No contexto de fatores sociodemográficos, autores destacaram que a inclusão digital, utilizada da melhor forma, proporciona expansão do conhecimento, assim como oportuniza atitudes e práticas de prevenção das IST/HIV (72).

Na presente investigação, cerca 16% dos jovens iniciaram a vida sexual com menos de 14 anos de idade, tendo apresentado maior prevalência de sífilis em relação aos demais, enquanto cerca de 35% dos homens iniciaram as relações sexuais com menos de 15 anos de idade, conforme demonstrado na Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) realizada em 2013, contemplando 12.000 pessoas de 15 a 64 anos (73).

Todavia, em distinta realidade, a exemplo da Coreia do Sul, uma pesquisa conduzida no intervalo de 2007 a 2013, abrangendo 15 mil estudantes do ensino fundamental e médio, mostrou que as chances de ter uma infecção sexualmente transmissível foram sete e duas vezes maiores quando a atividade sexual foi iniciada na faixa etária de 10-11 e 15-16 anos, respectivamente (74).

Por outro lado, um estudo conduzido no Peru apontou como fator de proteção o início da vida sexual menos precoce [ORa=0,7 (IC 95%: 0,53-0,93)] (75). August et al. também evidenciaram, em uma análise realizada com 3.047 homens brasileiros, mexicanos e norte-americanos, que cerca de 40% começaram a vida sexual entre 15 e 17 anos; quando esse início ocorreu com 14 anos ou menos de idade, a chance de ter uma IST foi duas vezes maior (60).

No que se refere à variável HSH do presente estudo, a prevalência de sífilis foi maior quando comparada aos não HSH. Destaca-se que a pesquisa de 2007 verificou associação entre a categoria HSH e sífilis [(OR 4,5 (IC95%: 2,59-7,81)] (17). Diversos estudos evidenciaram o aumento da prevalência de sífilis entre HSH, em Sidney (76), Nova Iorque (77), China (78), América Latina e Caribe (79). Autores associaram alguns aspectos desse segmento ao desfecho de sífilis na vida, como faixas etárias de 20 a 24 anos e acima de 29 anos, distintas práticas sexuais e antecedentes de ferida anogenital nos últimos 12 meses (80).

Entre os conscritos que receberam presentes, drogas ou outros incentivos em troca de sexo, verificou-se maior prevalência de sífilis na atual investigação. No entanto, uma pesquisa realizada na República dos Camarões associou o fato de pagar para ter relações sexuais à ocorrência de sífilis e/ou HIV [ORa=1,64 (IC 95%:1,19-2,27)] (48).

Em relação aos jovens que relataram mais de cinco parcerias sexuais no mês anterior ao estudo e foram detectados com maior prevalência de sífilis, a dificuldade com a gestão de risco, no que tange ao uso do preservativo, testagem, diagnóstico precoce e demais medidas prevenção combinada, pode tornar mais vulnerável esse segmento populacional (81).

Outra investigação, conduzida em uma universidade na Turquia, assemelha-se com o presente trabalho no que diz respeito ao conhecimento sobre infecções de transmissão sexual, indicando que 50,9% dos estudantes sabem que corrimento uretral pode representar uma IST; 45,9% reconhecem verrugas e feridas genitais; e 29,1% compreendem que esse tipo de infecção pode não apresentar sinais e sintomas. Ainda, destacou-se que as atividades educativas devem priorizar temas como formas de transmissão e prevenção, diagnóstico, riscos, sintomatologia, nomenclatura das IST e terapêutica medicamentosa (82).

A presente investigação não questiona os conscritos brasileiros sobre realização de testagem para HIV, sífilis, hepatites virais B e C em momento anterior à aplicação do questionário; entretanto, universitários da Nova

Zelândia relataram ter ficado mais propensos à realização de exames de rotina quando compreendiam melhor as IST. Estes também demonstraram interesse em obter mais aprendizado a respeito de tal assunto, inclusive acerca dos riscos correlatos, revelando não terem sido preparados adequadamente na escola em relação à educação sexual (83). Nesse sentido, é importante frisar que as fontes de interesse para busca de informações sobre IST mais apontadas no atual trabalho (televisão, internet e escola) corroboram resultados de outros autores (84).

No presente estudo, o sexo oral foi considerado pela maior parte dos jovens como uma via de transmissão das IST; contudo, não se investigou a relação entre esse tipo de prática e o uso de preservativo. Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, abordando 3.520 homens heterossexuais na faixa etária de 15 a 24 anos, demonstrou que mais da metade relatou experiência com sexo oral, mas a prevalência de uso do preservativo na última relação foi muito baixa (9%) – o que indica a necessidade de ampliar o entendimento sobre riscos de transmissão quando o insumo não é utilizado (85).

A maior parte dos participantes da pesquisa sabe que uma IST pode ser transmitida sexualmente sem preservativo, e praticamente todos os conscritos referiram obter esse insumo de prevenção; no entanto, apenas pequena percentagem relatou conseguir camisinha na escola. A integração com o ambiente escolar contribui para a formação de uma rede de proteção para a promoção e prevenção em saúde (55).

Confirmando achados da presente investigação, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), conduzida em 2015, mostrou que há pouca alteração no comportamento de escolares de 16 a 17 anos, quando se compara o uso de preservativo na primeira e na última relação (86).

No que se refere aos antecedentes de sintomatologia das IST, verificou-se que o tratamento foi realizado por apenas um terço dos conscritos. Nesses casos, a prevalência de sífilis foi mais alta se comparada àqueles que não apresentaram relato de sintomatologia anterior. Para Gomes et al., na

perspectiva da masculinidade construída socialmente, os homens sentem-se invulneráveis, expõem-se mais a riscos e se afastam dos serviços de saúde, tornando-se realmente vulneráveis (87). Pouca resolutividade e desarticulação entre os níveis de atenção acarretam tal distanciamento, levando os homens a buscarem atendimento somente em situações mais extremas (88), prevalecendo a ação curativa em detrimento da preventiva (57).

No presente estudo, entre os participantes que relataram antecedentes de úlcera anogenital, a prevalência de sífilis foi maior em relação a demais quadros sintomáticos. Uma investigação em unidade da Atenção Básica, em Fortaleza, confirmou a associação entre úlcera genital e sífilis (89). Entretanto, uma pesquisa sobre etiologia de úlcera genital, realizada em um serviço de referência em IST, no município de Manaus, demonstrou prevalências mais altas (55,3%) de vírus herpes simples tipo 2 (HSV-2), comparadas ao *Treponema pallidum* (8,1%) (90). Dessa forma, é pertinente considerar também a infecção por HSV-2 nos jovens que relataram ocorrência prévia de úlcera anogenital.

Além disso, estudo realizado em um centro de referência em IST/Aids em Campinas, no estado de São Paulo, no período de 2004 a 2012, identificou 117 indivíduos (13,6%) com mais de um episódio de sífilis, do total de 860 adolescentes e adultos atendidos, tendo-se registrado 1.009 episódios dessa infecção. Os principais fatores associados a essa recorrência foram: sexo masculino (OR= 4,28; IC 95% 1,31-14,0), HSH (OR=2,29; IC 95% 1,22-4,32), coinfeção por HIV (OR=3,54; IC 95% 2,22-5,63) e ausência de sintomatologia de IST na ocasião do diagnóstico de sífilis (OR=1,70; IC 95% 1,03-2,80) (91).

As pessoas poderão ser infectadas quantas vezes forem expostas ao *Treponema pallidum*, não existindo imunidade protetora (23). Embora haja esforços de investigação para o desenvolvimento de vacina que vise à prevenção da sífilis (92), a imunização ainda não é uma realidade na prática clínica.

No vigente inquérito, menos de 2% dos jovens buscaram atendimento na farmácia quando apresentaram sintomatologia de IST; no entanto, foram

identificados com maior prevalência de sífilis em relação às demais categorias. Na população geral, resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 apontaram que 2,9% das pessoas buscam a farmácia para atendimento (93). Nesses casos, em geral, os homens procuram uma devolutiva mais rápida e direta aos seus problemas de saúde (87).

Cabe também ressaltar que, em 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou a Resolução da Diretoria Colegiada nº 20/2011, regulamentando a venda de antibióticos no Brasil (94). Dessa forma, o uso racional de medicamentos compõe uma das estratégias para controle da resistência de bactérias aos antimicrobianos. Não se questiona a legitimidade da medida, mas é provável que isso tenha contribuído para aumento de casos de sífilis, considerando que a benzilpenicilina benzatina era amplamente utilizada para outros agravos (ex.: faringite) nas farmácias, sem receituário médico, o que indiretamente responderia ao tratamento de pessoas com sífilis.

Ademais, é frequente a automedicação com outros medicamentos, que pode ser resultado das dificuldades de acesso a unidades de saúde (95). No Brasil, em geral, a prevalência de automedicação foi de 16,1% (IC 95%: 5,0-17,5), sendo associada especialmente a pessoas de 20 a 29 anos, com base nos dados da PNAUM (96).

Quanto ao atendimento da população adolescente no serviço de saúde, citam-se desafios ligados a aspectos socioculturais e religiosos, dificuldade de integração entre programas e ações e conduta inadequada de profissionais de saúde em relação a questões sobre sexualidade (97). Além disso, pesquisa realizada na cidade do Rio de Janeiro, em 147 unidades ambulatoriais, que oferecem serviços em saúde sexual e reprodutiva, mostrou que todas as regiões administrativas do município dispõem de unidades de saúde para atendimento a adolescentes. Mas, constatou-se que em mais de 10% desses serviços a assistência somente é prestada na presença do responsável. Nas situações de violência sexual, esse percentual alcança 34% dos casos. Outro problema apontado foi que somente 12,9% das unidades realizam atividades educativas voltadas para esse segmento populacional (98).



As pequenas diferenças entre as prevalências de sífilis na vida e sífilis ativa ratificam os resultados do estudo de 2007, quando se considerou a prevalência de sífilis na vida como *proxy* de sífilis ativa. Como os jovens iniciaram recentemente a vida sexual, há menor probabilidade de ocorrência prévia de sífilis (17).

Nesse contexto, uma revisão sistemática mostrou a diversidade dos algoritmos utilizados para estimar a prevalência de sífilis. Do total de 95 pesquisas contempladas, 75% utilizaram fluxogramas para detectar sífilis ativa. Nos outros estudos, 19% não citaram o tipo de teste utilizado, 4,2% utilizaram apenas um teste treponêmico e 3,1% empregaram um teste não treponêmico (79).

Dessa forma, enquanto não se disponham de melhores testes para diagnóstico, sugere-se que estudos futuros adotem o fluxograma com dois testes, aplicando o terceiro nas situações de discordância entre os primeiros resultados. Além disso, recomenda-se que o teste rápido seja utilizado como teste treponêmico inicial, a fim de favorecer o início do tratamento na mesma oportunidade, com orientações para seguimento laboratorial e controle da resposta imunológica no serviço de saúde, caso seja confirmado o diagnóstico.

O fato de parte dos jovens não serem chamados para as comissões de seleção após a fase de alistamento militar, devido ao excesso de contingente (quando se atinge o número de vagas em cada local, resultando em dispensa do serviço militar), pode representar viés de seleção em um momento anterior à coleta de dados do inquérito. A definição do grupo que compõe o excesso de contingente parece ser aleatório, mas não se tem todos os critérios bem estabelecidos na legislação militar para essa dispensa, o que pode limitar a validade externa da pesquisa.

Como o estudo original é transversal, observa-se a impossibilidade de determinar relações causais entre as variáveis pesquisadas. Também pode haver influência do viés de memória para responder aos itens, que remetem ao que ocorreu em meses ou anos anteriores ao inquérito.

Ademais, com a autoaplicação do questionário, é provável que ocorra viés de informação, considerando a resposta a assuntos mais íntimos, como uso de preservativo nas relações sexuais, número de parcerias sexuais, práticas sexuais com outros homens, entre outros. Nesse sentido, apesar da coleta de dados ser de caráter confidencial, vale frisar que pode estar subestimado o percentual de conscritos HSH, que tenham relatado relações homossexuais e bissexuais, em decorrência do receio de represália no contexto militar.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2016, a estimativa da taxa de analfabetismo entre homens de 15 anos ou mais de idade foi de 7,4% (99). Quanto à variável escolaridade, os respectivos IC 95% das prevalências de sífilis se sobrepunham entre si, entretanto, pontualmente, foi observada maior prevalência desse agravo entre aqueles com menor escolaridade. Portanto, convém salientar que a exclusão dos analfabetos da pesquisa pode interferir na prevalência de sífilis entre conscritos de 17 a 22 anos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido ao fato de que no Brasil são obrigatórios o alistamento militar e a apresentação às comissões de seleção, a população de conscritos representa um marco amostral que favorece a vigilância ativa, acompanhada de investigações seriadas e monitoramento de eventos de interesse em saúde pública. Essa vigilância baseada em inquéritos populacionais desperta questionamentos quanto ao modelo de vigilância universal adotado para sífilis, o que precisa ser mais estudado para verificar possíveis adequações futuras.

O presente estudo possibilitou a análise de fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos diante da prevalência de sífilis dos conscritos. Em geral, observou-se aumento de taxas em comparação a estudos anteriores de perfil semelhante. Assim, no contexto atual, a sífilis atinge a sociedade como um todo, mas vem alcançando sobretudo a população mais jovem. A distribuição de frequências e as prevalências de sífilis mais expressivas de determinadas categorias analisadas contribuem para subsidiar inovações nas políticas públicas interfederativas e intersetoriais, com vistas a impactar efetivamente na redução da sífilis entre esse grupo específico.

Diante disso, é pertinente articular políticas de saúde com estratégias de educação, em particular quando se contempla um segmento populacional cuja maioria já iniciou atividade sexual e está cursando ensino médio ou em processo de conclusão deste. Em virtude de o espaço escolar representar um local privilegiado para ações de promoção da saúde sexual (55), é urgente e necessário conter o crescente movimento conservador no país, que mitiga o debate sobre sexualidade, bem como a abordagem de questões de prevenção nesses ambientes. Ficou evidente que ainda precisa ampliar a disponibilidade de preservativos na escola, considerando que a minoria de jovens tem acesso a esses insumos em tais locais.

A internet pode ser parceira na elaboração de projetos educativos para promoção da saúde, especialmente no que se refere ao desenvolvimento de habilidades pessoais. No entanto, é essencial considerar potenciais riscos, questões socioculturais e econômicas, além de compreender que essas estratégias de educação precisam adaptar-se às necessidades de cada local (100).

Esta pesquisa apontou que ainda há desafios a serem superados principalmente com relação ao conhecimento a respeito da gratuidade dos testes de HIV, sífilis e hepatites virais B e C nos serviços de saúde, bem das formas de transmissão e da sintomatologia das IST. Dessa forma, recomenda-se intensificar ações de informação, comunicação e educação em saúde mais focalizadas para essa população com linguagem e metodologia apropriadas.

Quanto aos próximos estudos com jovens conscritos, citam-se algumas sugestões de alteração do questionário, como incluir pergunta sobre renda familiar; testagem prévia para HIV, sífilis e hepatites virais B e C; sexo oral e uso de preservativo. Além disso, propõe-se a revisão de questões sobre as formas de transmissão das IST, como exemplo, especificar que é o sexo oral sem preservativo. No tocante ao conhecimento da transmissão vertical, é pertinente contemplá-lo somente no bloco específico, de forma separada da transmissão sexual. Também é importante distinguir hepatites virais B e C nessas situações e na que se refere aos testes gratuitos.

Na perspectiva de potencializar estratégias para controle da sífilis, torna-se essencial a sinergia entre vários fatores, como a ampliação da solicitação e utilização de testes rápidos, especialmente na presença de antecedentes de IST; o acesso equitativo a medidas oportunas de prevenção combinada, diagnóstico e tratamento de casos-índice e parcerias sexuais; a garantia de financiamento para saúde; o incentivo à pesquisa para inovações preventivas, diagnósticas e terapêuticas; o aprimoramento da vigilância; e a disseminação de informação, comunicação e educação em saúde para gestores, profissionais e comunidade.

A sífilis é uma infecção que não oferece lucratividade, por isso o problema apresentado com o desabastecimento da benzilpenicilina, medicamento absolutamente eficaz para tratamento. Isso mostra a necessidade da busca de uma saída promissora a longo prazo para assegurar a terapia medicamentosa a todas as pessoas infectadas. Ademais, são necessárias pesquisas sobre tratamentos alternativos, inclusive via oral, entre outras inovações tecnológicas quanto aos testes para diagnóstico de sífilis e neurosífilis.

Cabe destacar também que a sífilis se sobrepõe a outras IST, como a infecção pelo HIV, na população jovem, observando-se a necessidade de investigação de modo a conhecer melhor os contextos e os determinantes sociais no que concerne a coinfeções, sobretudo com HIV e hepatites virais. É fundamental ainda a realização de estudos de prevalência, que contemplem outras populações, como as privadas de liberdade e aquelas em situação de rua, por exemplo.

Diante do exposto, é pertinente reforçar que, em 2017, o MS lançou o projeto de resposta rápida à sífilis nas redes atenção à saúde, denominado “Sífilis Não”, com base em trabalhos coletivos e mobilizações intensas nos anos anteriores para incluir a sífilis como pauta prioritária em espaços estratégicos. O projeto é resultado de parceria do MS com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a Opas/OMS, após pactuação na Comissão Intergestores Tripartite. É uma das iniciativas que evidencia a reemergência da sífilis como problema de saúde pública e propõe força-tarefa com ações impactantes para redução do agravo no país.

## REFERÊNCIAS

1. Maatouk I, Moutran R. History of Syphilis: Between Poetry and Medicine. *J Sex Med* [Internet] jan 2014 [acesso em: 8 mar 2018];11(1):307–10. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609515305452>.
2. Willeford WG, Bachmann LH. Syphilis ascendant: a brief history and modern trends. *Trop Dis Travel Med Vaccines* [Internet] 26 dez 2016 [acesso em: 23 mar 2018];2(1):20. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28883964>.
3. Hook EW. Syphilis. *Lancet* [Internet]. 2017 Apr [cited 2018 Feb 23];389(10078):1550–7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616324114>
4. Emerson CR. Syphilis: A Review of the Diagnosis and Treatment. *Open Infect Dis J* [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2018 Mar 15];3(1):143–7. Available from: <http://benthamopen.com/ABSTRACT/TOIDJ-3-143>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Retratos da Atenção Básica no Brasil - 2012 [Internet]. v. 2. n.3. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [cited 2018 Mar 26]. Available from: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos\\_ab\\_3\\_vol\\_2.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/retratos_ab_3_vol_2.pdf)
6. WHO. Addressing the global shortages of medicines, and the safety and accessibility of children’s medication. 2015 [cited 2018 Mar 24]; Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250709/B138\\_41-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250709/B138_41-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
7. World Health Organization. Global Health Sector Strategy on Sexually Transmitted Infections 2016–2021 [Internet]. World Health Organization,

- editor. Genebra: WHO; 2016 [acesso em: 24 mar 2018]. 64 p. Disponível em: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/>.
8. Organização Pan-Americana da Saúde. Plano de Ação para a prevenção e o controle do HIV e de infecções sexualmente transmissíveis. Washington, D.C.: Opas; 2016 [acesso em: 14 mar 2018]. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34077/CD552017-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
  9. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de Ações Estratégicas para Redução da Sífilis no Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em: 14 mar 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/agenda-de-acoes-estrategicas-para-reducao-da-sifilis-no-brasil>.
  10. Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N, et al. Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. Meng Z, editor. PLoS One [Internet] 8 dez 2015 [acesso em: 7 mar 2018];10(12):e0143304. Disponível em: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0143304>.
  11. Zoni AC, González MA, Sjögren HW. Syphilis in the most at-risk populations in Latin America and the Caribbean: A systematic review. International Journal of Infectious Diseases [internet] fev 2013 [acesso em: 15 mar 2018];17(2):e84-92. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23063547>.
  12. HHS, CDC, Oid, NCHHSTP, DSTDP. Sexually Transmitted Diseases Surveillance 2016. 2016 [acesso em: 8 mar 2018]. Disponível em: [https://www.cdc.gov/std/stats16/CDC\\_2016\\_STDS\\_Report\\_for508WebSep21\\_2017\\_1644.pdf](https://www.cdc.gov/std/stats16/CDC_2016_STDS_Report_for508WebSep21_2017_1644.pdf).
  13. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico – Sífilis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em: 16 mar 2018]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>.

14. Brasil. Portaria nº 2.472/GM/MS, de 31 de agosto de 2010. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Diário Oficial da União [internet] 1 set 2010 [acesso em: 16 mar 2018]. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472\\_31\\_08\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2472_31_08_2010.html).
15. Szwarcwald CL, Carvalho MF de, Barbosa Júnior A, Barreira D, Speranza FAB, Castilho EA de. Temporal trends of HIV-related risk behavior among Brazilian Military Conscripts, 1997-2002. Clinics. [Internet] 2005 [acesso em: 13 mar 2018];60(5): 367-74. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-59322005000500004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322005000500004).
16. Szwarcwald CL, Andrade CLT de, Pascom ARP, Fazito E, Pereira GFM, Penha IT da. HIV-related risky practices among Brazilian young men, 2007. Cad Saude Pública [Internet] 2011 [acesso em: 13 mar 2018];27(suppl 1):s19–26. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001300003&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001300003&lng=en&tlng=en).
17. Ribeiro D, Rezende EF, Pinto VM, Mendes Pereira GF, Miranda AE. Prevalence of and risk factors for syphilis in Brazilian armed forces conscripts: Table 1. Sex Transm Infect [Internet] fev 2012 [acesso em: 14 mar 2018];88(1):32–4. Disponível em:  
<http://sti.bmj.com/lookup/doi/10.1136/sextrans-2011-050066>.
18. Veronesi R, Foccacia R. Tratado de Infectologia. 4. ed. São Paulo: Ateneu; 2009. p. 1405–11.



19. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2010. p. 3043–53.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em: 20 mar 2018]. 252 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>.
21. World Health Organization. WHO Guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* [Internet]. Geneva: WHO; 2016 [acesso em: 7 mar 2018]. 60 p. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249572/1/9789241549806-eng.pdf>.
22. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. Recommendations and Reports. Atlanta: CDC; 2015 [acesso em: 17 mar 2018]. p. 1-140. Disponível em: <https://www.cdc.gov/Mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [acesso em: 16 mar 2018]. 52 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/en/node/59218>.
24. Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, de Vries HJC, Francis SC, Mabey D, et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. *Lancet Infect Dis* [Internet] ago 2017 [acesso em: 13 set 2017];17(8):e235–79. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309917303109>.
25. Pillay A. CDC Syphilis Summit - Diagnostics and Laboratory Issues. *Sex Transm Dis* [Internet] mar 2018. [acesso em: 14 jul 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29596224>
26. Peeling RW, Mabey D, Kamb ML, Chen X-S, Radolf JD, Benzaken AS. Syphilis. *Nat Rev Dis Prim* [Internet]. out 2017 [acesso em: 14 jul

- 2018];3:17073. Disponível em:  
<http://www.nature.com/articles/nrdp201773>.
27. Stamm LV. Syphilis: antibiotic treatment and resistance. *Epidemiol Infect* [Internet] jun 2015 [acesso em: 7 mar 2018];143(08):1567–74. Disponível em: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S0950268814002830](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0950268814002830).
  28. Lewis DA, Lukehart SA. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* and *Treponema pallidum*: evolution, therapeutic challenges and the need to strengthen global surveillance. *Sex Transm Infect* [Internet]. BMJ Publishing Group Ltd; 1 dez 2011 [acesso em: 24 mar 2018];87(Suppl 2):ii39-43. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22110154>.
  29. Clement ME, Okeke NL, Hicks CB. Treatment of Syphilis. *JAMA* [Internet] 12 nov 2014 [acesso em: 8 mar 2018];312(18):1905. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2014.13259>.
  30. Janier M, Hegyi V, Dupin N, Unemo M, Tiplica GS, Potočník M, et al. 2014 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatology Venereol* [Internet]. Wiley/Blackwell (10.1111); 1 dez 2014 [acesso em: 13 maio 2018];28(12):1581–93. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/jdv.12734>.
  31. Tiplica G-S, Radcliffe K, Evans C, Gomberg M, Nandwani R, Rafila A, et al. 2015 European guidelines for the management of partners of persons with sexually transmitted infections. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet] jul 2015 [acesso em: 13 mar 2018];29(7):1251–7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25951082>.
  32. Galvao TF, Silva MT, Serruya SJ, Newman LM, Klausner JD, Pereira MG, et al. Safety of Benzathine Penicillin for Preventing Congenital Syphilis: A Systematic Review. *PLoS One* [Internet] 2013 [acesso em: 12 mar 2018];8(2). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3578834/pdf/pone.0056463.pdf>.
  33. Sousa LAO de, Fonteles MM de F, Monteiro MP, Mengue SS, Bertoldi AD, Pizzol T da SD, et al. Prevalência e características dos eventos adversos

a medicamentos no Brasil. Cad Saude Pública [Internet] 29 mar 2018 [acesso em: 16 maio 2018];34(4). Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000405005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405005&lng=pt&tlng=pt).

34. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa Conjunta SVS/MS e SCTIE/MS nº109/2015. Orienta a respeito da priorização da penicilina G benzatina para sífilis em gestantes e penicilina cristalina para sífilis congênita no país e alternativas para o tratamento da sífilis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa GAB/SVS/MS nº 01/2016: Dispõe sobre nova remessa da penicilina benzatina 1.200.000 UI para as Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) dos Estados e do Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Informativa Conjunta DIAHV/SVS e DAF/SCTIE/MS nº 024/2017. Dispõe sobre a distribuição de penicilina G potássica (cristalina) 5.000.000 UI para as Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) dos estados e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
37. Presidência da República. Medida Provisória Nº 754, de 19 de dezembro de 2016. Altera a Lei nº 10.742, de 6 de outubro de 2003, que define normas de regulação para o setor farmacêutico. Diário Oficial da União [Internet] 20 dez 2016 [Acesso em: 15 jul 2018]. Disponível em: [http://www.impresanacional.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21295530/do1-2016-12-20-medida-provisoria-no-754-de-19-de-dezembro-de-2016-21295493](http://www.impresanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21295530/do1-2016-12-20-medida-provisoria-no-754-de-19-de-dezembro-de-2016-21295493).
38. Brasil. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
39. Mitidieri TL, Pimentel VP, Braga C de A, Pieroni JP. Há espaços competitivos para a indústria farmacêutica brasileira? Reflexões e propostas para políticas públicas. BNDES Setorial [Internet] 2015 [acesso em: 15 jul 2018];41. Disponível em:

[https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/4286/1/BS%2041%20H%C3%A1%20espa%C3%A7os%20competitivos%20para%20a%20ind%C3%BAstria%20farmoqu%C3%ADmica\\_P.pdf](https://web.bndes.gov.br/bib/jspui/bitstream/1408/4286/1/BS%2041%20H%C3%A1%20espa%C3%A7os%20competitivos%20para%20a%20ind%C3%BAstria%20farmoqu%C3%ADmica_P.pdf).

40. Universidade Federal do Ceará (UFC). Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr. Estudo de abrangência nacional de comportamentos, atitudes, práticas e prevalência de HIV, Sífilis e Hepatites B e C entre Homens que fazem sexo com homens. Relatório Técnico Final. Ceará: UFC; 2017.
41. Read P, Fairley CK, Chow EPF. Increasing trends of syphilis among men who have sex with men in high income countries. *Sex Health* [Internet] 2015 [acesso em: 9 mar 2018];12(2):155. Disponível em: <http://www.publish.csiro.au/?paper=SH14153>.
42. Public Health England. Sexually Transmitted Infections and Chlamydia Screening in England, 2017. *Heal Prot Rep* [Internet] 2017 [acesso em: 11 mar 2018];12(20). Disponível em: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/713944/hpr2018\\_AA-STIs\\_v5.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/713944/hpr2018_AA-STIs_v5.pdf).
43. Nopkesorn T, Mock PA, Mastro TD, Sangkharomya S, Sweat M, Limpakarnjanarat K, et al. HIV-1 Subtype E Incidence and Sexually Transmitted Diseases in a Cohort of Military Conscripts in Northern Thailand. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirology* [Internet] ago 1998 [acesso em: 17 maio 2018];18(4):372–9. Disponível em: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00042560-199808010-00009>.
44. Ollivier L, Pommier de Santi V, Morand J-J, Romand O, Desjeux G, Mrabet A, et al. Infections sexuellement transmissibles et contaminations sexuelles par le virus de l'immunodéficience humaine dans les armées françaises en 2006. *Ann Dermatol Venerol* [Internet] maio 2009 [acesso em: 20 abr 2018];136(5):412–8. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0151963809001355>.
45. Rimoin A, Hoff N, Djoko C, Kisalu N, Kashamuka M, Tamoufe U, et al. HIV infection and risk factors among the armed forces personnel stationed in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Int J STD AIDS* [Internet] 14

- mar 2015 [acesso em: 20 abr 2018];26(3):187–95. Disponível em:  
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0956462414533672>.
46. Jadranin Z, Suljagić V, Todorović V, Trkuljić M, Vucetić D. HIV/AIDS and other sexually transmitted infections among military members of the Armed Forces of Serbia. *Vojnosanit Pregl* [Internet] jan 2012 [acesso em: 20 abr 2018];69(1):43–8. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22397296>.
47. Clark LL, Hunt DJ. Incidence of syphilis, active component, U.S. Armed Forces, 1 January 2010 through 31 August 2015. *MSMR* [Internet] set 2015 [acesso em: 13 mar 2018];22(9):8–16. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26418886>.
48. Grillo M, Tran BR, Tamoufe U, Djoko CF, Saylor K, Woodland K, et al. HIV and Syphilis Prevalence and Associated Risks in the Cameroonian Armed Forces. *Curr HIV Res* [Internet] 15 jun 2017 [acesso em: 20 abr 2018];15(2):137–45. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28521725>.
49. Djibo DA, Sahr F, McCutchan JA, Jain S, G. Araneta MR, Brodine SK, et al. Prevalence and Risk Factors for Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Syphilis Infections Among Military Personnel in Sierra Leone. *Curr HIV Res* [Internet] 15 jun 2017 [acesso em: 13 mar 2018];15(2):128–36. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28521722>.
50. World Health Organization. Developing sexual health programmes: A framework for action. Geneva: WHO; 2010 [acesso em: 27 mar 2018]. Disponível em:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO\\_RHR\\_HRP\\_10.22\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70501/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf?sequence=1).
51. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva: WHO; 2002 [acesso em: 27 mar 2018]. Disponível em:  
[http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf).

52. Nasser MA, Nemes MIB, Andrade MC, Prado RR do, Castanheira ERL. Assessment in the primary care of the State of São Paulo, Brazil: incipient actions in sexual and reproductive health. Rev Saude Pública [Internet]. Jan 2017 [Acesso em 27 mar 2018];51. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/138332>.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 132 p.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em: 25 fev 2018]. 234 p. il. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger\\_cuidar\\_adolescentes\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf).
56. Alexander SC, Fortenberry JD, Pollak KI, Bravender T, Davis JK, Ostbye T, et al. Sexuality talk during adolescent health maintenance visits. JAMA Pediatr [Internet] fev 2014 [acesso em: 28 mar 2018];168(2):163–9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24378686>.
57. Ribeiro CR, Gomes R, Moreira MCN. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. Physis Rev Saúde Coletiva [Internet] jan 2017 [acesso em: 27 mar 2018];27(1):41–60. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000100041&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000100041&lng=pt&tlng=pt).
58. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: saúde sexual e reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
59. Wangu Z, Burstein GR. Adolescent Sexuality Updates to the Sexually Transmitted Infection Guidelines. Pediatr Clin North Am [Internet] abr 2017

[acesso em: 23 fev 2018];64(2):389–411. Disponível em:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28292454>.

60. Forsyth S, Rogstad K. Sexual health issues in adolescents and young adults. Clin Med (Northfield Il) [Internet] 25 out 2015 [acesso em: 6 mar 2018];15(5):447–51. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26430183>.
61. Lipozenčić J. Update on sexually transmitted infections Definition. Clin Dermatol [Internet] 2014 [acesso em: 23 fev 2018];32:179–80. Disponível em: [https://www.cidjournal.com/article/S0738-081X\(13\)00191-0/fulltext](https://www.cidjournal.com/article/S0738-081X(13)00191-0/fulltext).
62. Brasil. Ministério da Saúde. 5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
63. Tylee A, Haller DM, Graham T, Churchill R, Sanci LA. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done? Lancet [Internet] 5 maio 2007 [acesso em: 20 mar 2018];369(9572):1565–73. Disponível em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17482988>.
64. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis Rev Saúde Coletiva [Internet]. Instituto de Medicina Social da UERJ; Abr 2007 [acesso em 14 abr 2018];17(1):77–93. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&tlng=pt).
65. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 57.654, de 20 de janeiro de 1966. Regulamenta a lei do Serviço Militar (Lei nº 4.375, de 17 de agosto de 1964), retificada pela Lei nº 4.754, de 18 de agosto de 1965. Diário Oficial da União [Internet] 31 jan 1966 [acesso em: 22 mar 2018]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d57654.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d57654.htm).
66. Brasil. Ministério da Saúde. Termo de Referência para contratação de consultoria técnica especializada para executar estudo epidemiológico sobre a prevalência da infecção de sífilis, do HIV, das hepatites “B” e “C” e, fatores comportamentais associados em conscritos das forças armadas. Brasília; Ministério da Saúde; 2014.

67. Universidade de Caxias do Sul (RS). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Laboratório de Pesquisa em HIV/Aids. Estudo epidemiológico sobre a prevalência da infecção por sífilis, HIV, hepatites virais B e C e dos fatores comportamentais associados em conscritos das Forças Armadas, 8a edição. Relatório Técnico Final. Caxias do Sul: UCS; 2016.
68. Pereira MG. Como redigir artigos científicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 383p.
69. Gomes NCRC, Meier DAP, Pieri FM, Alves E, Albanese SPR, Lentine EC, et al. Prevalence and factors associated with syphilis in a Reference Center. Rev Soc Bras Med Trop [Internet] fev 2017 [acesso em: 12 set 2017];50(1):27–34. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822017000100027&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822017000100027&lng=en&tlng=en).
70. Stahlman S, Oetting AA. Sexually transmitted infections, active component, U.S. Armed Forces, 2007-2016. MSMR [Internet] set 2017 [acesso em: 7 mar 2018];24(9):15–22. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28953412>.
71. August EM, Daley E, Kromrey J, Baldwin J, Romero-Daza N, Salmeron J, et al. Age-related variation in sexual behaviours among heterosexual men residing in Brazil, Mexico and the USA. J Fam Plan Reprod Heal care [Internet] out 2014 [acesso em: 12 set 2017];40(4):261–9. Disponível em: <http://jfprhc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jfprhc-2012-100564>.
72. Fontes MB, Crivelaro RC, Scartezini AM, Lima DD, Garcia A de A, Fujioka RT. Fatores determinantes de conhecimentos, atitudes e práticas em DST/Aids e hepatites virais, entre jovens de 18 a 29 anos, no Brasil. Cien Saude Colet [Internet] abr 2017 [acesso em: 30 mar 2018];22(4):1343–52. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002401343&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401343&lng=pt&tlng=pt).



73. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira, 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 166 p.
74. Lee SY, Lee HJ, Kim TK, Lee SG, Park E. Sexually Transmitted Infections and First Sexual Intercourse Age in Adolescents: The Nationwide Retrospective Cross-Sectional Study. *J Sex Med* [Internet] dez 2015 [acesso em: 23 fev 2018];12(12):2313–23. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743609516300376>.
75. Apolaya-Segura M, Cárcamo-Cavagnaro C. Influencia del servicio militar voluntario sobre el comportamiento sexual de una población de jóvenes [Internet]. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet] jul 2013 [acesso em: 29 abr 2018];30(3):386–392. Disponível em: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342013000300003](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000300003).
76. Botham SJ, Ressler KA, Maywood P, Hope KG, Bourne CP, Conaty SJ, et al. Men who have sex with men, infectious syphilis and HIV coinfection in inner Sydney: Results of enhanced surveillance. *Sex Health* [Internet] ago 2013 [acesso em: 16 abr 2018];10(4):291-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23639847>.
77. Schillinger JA, Slutsker JS, Pathela P, Klingler E, Hennessy RR, Toro B, et al. The epidemiology of syphilis in New York City; historic trends and the current outbreak among men who have sex with men, 2016. *Sex Transm Dis* [Internet] jan 2018 [acesso em: 15 mar 2018]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29465651>.
78. Chow EPF, Wilson DP, Zhang L. HIV and Syphilis Co-Infection Increasing among Men Who Have Sex with Men in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. Thorne C, editor. *PLoS One* [Internet] 15 ago 2011 [acesso em: 15 mar 2018];6(8):e22768. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21857952>.
79. Zoni AC, Nica M, González A, Werin H, Gren S. Syphilis in the most at-risk populations in Latin America and the Caribbean: a systematic review. *Int J*

- Infect Dis [Internet] 2013 [acesso em: 14 mar 2018];17:e84–92. Disponível em: [http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(12\)01250-7/pdf](http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(12)01250-7/pdf).
80. Fernandes FRP, Zanini PB, Rezende GR, Castro LS, Bandeira LM, Puga MA, et al. Syphilis infection, sexual practices and bisexual behaviour among men who have sex with men and transgender women: a cross-sectional study. Sex Transm Infect [Internet] 1 mar 2015 [acesso em: 1 mar 2018];91(2):142–9. Disponível em: <http://sti.bmj.com/cgi/doi/10.1136/sextrans-2014-051589>.
81. Slater C, Robinson AJ. Sexual health in adolescents. Clin Dermatology [Internet] 2014 [acesso em: 23 fev 2018];32:189–195. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24559553>.
82. Ekşi Z, Kömürcü N. Knowledge Level of University Students about Sexually Transmitted Disease. Procedia - Soc Behav Sci [Internet] 2014 [acesso em 23 fev 2018];122:465–72. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814013913>.
83. Denison HJ, Bromhead C, Grainger R, Dennison EM, Jutel A. What influences university students to seek sexually transmitted infection testing?: A qualitative study in New Zealand [Internet] 2018 [acesso em: 10 jun 2018]16:56-60. Acesso em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29804776>.
84. Tilson EC, Sanchez V, Ford CL, Smurzynski M, Leone PA, Fox KK, et al. Barriers to asymptomatic screening and other STD services for adolescents and young adults: focus group discussions. BMC Public Health [Internet] 2004 [acesso em: 14 abr 2018]4:21. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC436061/pdf/1471-2458-4-21.pdf>.
85. Holway GV, Hernandez SM. Oral Sex and Condom Use in a U.S. National Sample of Adolescents and Young Adults. J Adolesc Health [Internet] abr 2018 [acesso em: 10 jun 2018];62(4):402-410. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29174873>.

86. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde do escolar. 2015 / IBGE, Coord Popul e Indicadores Sociais [Internet]. Rio Janeiro: IBGE; 2016 [cited 2018 Feb 25]. 132 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>.
87. Gomes R, Nascimento EF do, Araújo FC de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad Saude Publica [Internet] mar 2007 [acesso em: 23 mar 2018];23(3):565–74. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=pt&tlng=pt).
88. Machado MF, Ribeiro MAT. Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. Interface Comun Saúde, Educ [Internet] 19 jun 2012 [acesso em: 23 mar 2018];16(41):343–56. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000200005&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200005&lng=pt&tlng=pt).
89. Araújo MAL, Rocha AFB, Cavalcante EGF, Moura HJ de, Galvão MTG, Lopes ACMU. Doenças sexualmente transmissíveis atendidas em unidade primária de saúde no Nordeste do Brasil. Cad Saúde Coletiva [Internet] dez 2015 [acesso em: 29 abr 2018];23(4):347–53. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2015000400347&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000400347&lng=pt&tlng=pt).
90. Gomes Naveca F, Sabidó M, Amaral Pires de Almeida T, Araújo Veras E, Contreras Mejía M del C, Galban E, et al. Etiology of Genital Ulcer Disease in a Sexually Transmitted Infection Reference Center in Manaus, Brazilian Amazon. Tang J, editor. PLoS One [Internet] 21 maio 2013 [acesso em: 1 maio 2018];8(5):e63953. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23704961>.
91. Almeida VC, Donalisio MR, Cordeiro R. Factors associated with reinfection of syphilis in reference centers for sexually transmitted infections. Artig

- Orig Rev Saude Publica [Internet] 2017 [acesso em: 14 mar 2018];51.  
Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/>.
92. Gottlieb SL, Deal CD, Giersing B, Rees H, Bolan G, Johnston C, et al. The global roadmap for advancing development of vaccines against sexually transmitted infections: Update and next steps. *Vaccine* [Internet] jun 2016 [acesso em: 22 mar 2018];34(26):2939–47. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0264410X16301700>.
93. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2013 : acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [acesso em: 30 abr 2018]. 100p. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.
94. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada Nº 20, DE 5 DE MAIO DE 2011. Diário Oficial da União. [internet] 9 mai 2011 [acesso em: 15 jul 2018] Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf>.
95. Moura EC de, Gomes R, Pereira GMC. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. *Cien Saúde Colet* [Internet] 2017 [acesso em: 23 mar 2018];22(1):291–300. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017000100291&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100291&lng=pt&tlng=pt).
96. Arrais PSD, Fernandes MEP, Dal Pizzol TS, Ramos LR, Mengue SM, Luiza VL, et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. *Rev Saúde Pública* [Internet] 2016 [acesso em: 30 abr 2018];50(supl 2):13s. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt\\_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006117.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006117.pdf).
97. Newton-Levinson A, Leichter JS, Chandra-Mouli V. Sexually Transmitted Infection Services for Adolescents and Youth in Low- and Middle-Income Countries: Perceived and Experienced Barriers to Accessing Care. *J*

- Adolesc Health [Internet] jul 2016 [acesso em: 23 fev 2018];59(1):7–16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27338664>.
98. Taquette SR, Monteiro DLM, Rodrigues NCP, Rozenberg R, Menezes DCS, Rodrigues A de O, et al. Saúde sexual e reprodutiva para a população adolescente, Rio de Janeiro, Brasil. Cien Saude Colet Associação Brasileira de Saúde Coletiva [Internet] jun 2017 [acesso em: 29 mar 2018];22(6):1923–32. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017002601923&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601923&lng=pt&tlng=pt).
99. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [acesso em: 6 maio 2018]. Disponível em: [https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/95090ddfb63a3412f04fedafd6d65469.pdf](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/95090ddfb63a3412f04fedafd6d65469.pdf).
100. Garbin HB da R, Maria Cristina Rodrigues Guilam MCR, Pereira Neto AF. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. Physis Rev Saúde Coletiva [Internet] 2012 [acesso em: 16 jul 2018]; 22(1):347-363. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n1/v22n1a19.pdf>.

**ANEXO A - QUESTIONÁRIO**

# QUESTIONÁRIO CONSCRITOS

## APRESENTAÇÃO

Este questionário é anônimo e sigiloso. Portanto, não coloque seu nome. Assim, ninguém saberá que a opinião e as respostas das perguntas são suas.

A sua colaboração é muito importante para que o Ministério da Saúde conheça o comportamento do jovem brasileiro frente às doenças transmitidas pelo sexo e pelo uso de drogas.

As suas respostas darão ao Ministério da Saúde mais conhecimento para enfrentar os problemas detectados.

Contamos com a sua cooperação.

Obrigado.

### IMPORTANTE

Após o preenchimento, o questionário deverá ser depositado em uma inviolável que somente será aberta por técnicos do Ministério da Saúde, responsáveis pela análise das informações.

# INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE REGISTRO DE DADOS

Para o preenchimento do questionário, você deverá:

- ▶ Usar somente caneta preta;
- ▶ Preencher os campos em letra de forma;

**ex.** Município (Cidade): Bom Princípio

**B O M P R I N C Í P I O**

- ▶ Preencher as casas numéricas da direita para a esquerda, não completando os espaços vazios com o número zero.

**ex.** Quantas pessoas moram com você?

- ▶ Preencher as questões de assinalar com um "X".

**ex.**  Solteiro

- ▶ Qualquer correção poderá ser feita caso ocorra algum erro no preenchimento do questionário, riscando a informação incorreta e adicionando a nova informação.

**ex.** Qual é a sua idade?

Reportado incorretamente  
pelo participante como:

OBS.: Não usar corretivo líquido ou caneta que impossibilite a leitura da informação original.





8. Você ainda está estudando?

1. Sim     2. Não

9. Na casa onde você mora tem quais objetos? Você pode selecionar mais de uma alternativa.

- A. Rádio (inclusive integrado a outro tipo de aparelho)  
 B. Televisão  
 C. Máquina de lavar roupa (Não considerar tanquinho)  
 D. Geladeira  
 E. Telefone celular  
 F. Telefone fixo  
 G. Computador  
 H. Acesso à internet  
 I. Motocicleta para uso particular  
 J. Automóvel para uso particular

10. Qual é o grau de escolaridade da sua mãe?

1. Nunca foi à escola  
 2. 1ª a 4ª série do ensino fundamental (1º grau)  
 3. 5ª a 7ª série do ensino fundamental (1º grau)  
 4. 8ª série do ensino fundamental incompleta (1º grau)  
 5. Ensino fundamental completo (1º grau)  
 6. Ensino médio (2º grau) e/ou técnico incompleto  
 7. Ensino médio (2º grau) e/ou técnico completo  
 8. Superior incompleto  
 9. Superior completo  
 10. Não sei

11. Qual é o grau de escolaridade da seu pai?

1. Nunca foi à escola  
 2. 1ª a 4ª série do ensino fundamental (1º grau)  
 3. 5ª a 7ª série do ensino fundamental (1º grau)  
 4. 8ª série do ensino fundamental incompleta (1º grau)  
 5. Ensino fundamental completo (1º grau)  
 6. Ensino médio (2º grau) e/ou técnico incompleto  
 7. Ensino médio (2º grau) e/ou técnico completo  
 8. Superior incompleto  
 9. Superior completo  
 10. Não sei



## PARTE B

12. Você já transou com penetração (relação oral, anal ou vaginal) alguma vez na vida?

1. Sim    2. Não (vá para a questão 30)    3. Não sei (vá para a questão 30)

13. Quantos anos você tinha quando transou pela primeira vez?   anos.

14. Você usou camisinha na primeira vez que transou?

1. Sim    2. Não    3. Não me lembro

15. Com quantas pessoas você já transou na vida?

1. 1    4. 11 a 15  
 2. 2 a 5    5. 16 a 20  
 3. 6 a 10    6. mais de 20

16. Na maioria das vezes você usou camisinha?

1. Sim    2. Não    3. Não me lembro

17. Você transa:

1. Só com mulher    2. Só com homem    3. Com homens e mulheres    4. Outros

18. Você transou nos últimos 12 meses com parceiras(os) fixas(os)?

1. Sim    2. Não (vá para a questão 21)

19. Caso tenha transado nos últimos 12 meses, transou com   parceiras(os) fixos.

20. Com essas pessoas que você transou:

1. Nunca usou camisinha  
 2. Usou camisinha em menos da metade das vezes  
 3. Usou camisinha em mais da metade das vezes  
 4. Usou camisinha em todas as vezes

21. Você transou nos últimos 12 meses com parceiras(os) eventuais?

1. Sim    2. Não (vá para a questão 24)

22. Caso tenha transado nos últimos 12 meses, transou com   parceiras(os) eventuais.

23. Com essas pessoas que você transou:

1. Nunca usou camisinha  
 2. Usou camisinha em menos da metade das vezes  
 3. Usou camisinha em mais da metade das vezes  
 4. Usou camisinha em todas as vezes

24. Você pagou para transar nos últimos 12 meses?

1. Sim    2. Não (vá para a questão 26)    3. Não sei (vá para a questão 26)





36. A picada de um inseto, como por exemplo, um mosquito ou pernilongo, pode transmitir o vírus da aids.

1. Concordo  2. Discordo  3. Não sei

37. Uma pessoa pode pegar o vírus da aids beijando.

1. Concordo  2. Discordo  3. Não sei

38. Uma pessoa pode pegar o vírus da aids fazendo sexo oral.

1. Concordo  2. Discordo  3. Não sei

39. Existem medicamentos contra a aids para serem usados após uma situação de risco de infecção.

1. Concordo  2. Discordo  3. Não sei

40. Existem medicamentos para pessoas HIV negativas tomarem antes de fazerem sexo com outras pessoas para prevenir a infecção pelo HIV.

1. Concordo  2. Discordo  3. Não sei

41. Como se pode pegar uma doença sexualmente transmissível?

- |  |                                      |                                      |                                     |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| a) Comendo alimentos contaminados                                | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| b) Usando as mesmas agulhas e seringas que outras pessoas usaram | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| c) Tomando banho em rios ou praias                               | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| d) Por picada de mosquito  | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| e) Transando sem camisinha                                       | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| f) Em banheiros públicos   | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| g) De mãe para filho(a), durante a gravidez, parto e amamentação | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| h) Beijando  | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| i) Pelo sexo oral  | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |

42. Como se pode pegar hepatite?

- |   |                                      |                                      |                                     |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| a) Nas relações sexuais sem preservativo  | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| b) Compartilhando os instrumentos de manicure/pedicure (alicate de unha, lixa, espátula etc)      | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| c) Compartilhando instrumentos para o uso de drogas (cachimbo, latinha, canudo, seringa e agulha) | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| d) Fazendo tratamento dentário, endoscopia ou hemodiálise   | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| e) Por meio de alimentos contaminados   | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| f) Compartilhando talheres, copos ou refeições  | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| g) Por meio de água contaminada   | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| h) Em transfusão de sangue  | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| i) Em banheiros públicos  | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| j) Compartilhando escova de dente   | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| k) Compartilhando lâminas de barbear e depilar  | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| l) Fazendo tatuagem ou colocando piercing   | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| m) Da mãe para o bebê, no parto   | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |
| n) Ao realizar cirurgias  | <input type="checkbox"/> 1. Concordo | <input type="checkbox"/> 2. Discordo | <input type="checkbox"/> 3. Não sei |









66. Crack / merla / pedra / oxi

- 1. Nunca usei
- 2. Só experimentei
- 3. Já usei, não uso mais
- 4. Uso de vez em quando
- 5. Uso todo dia, ou quase todo dia

68. Ecstasy (bala)

- 1. Nunca usei
- 2. Só experimentei
- 3. Já usei, não uso mais
- 4. Uso de vez em quando
- 5. Uso todo dia, ou quase todo dia

70. Cocaína cheirada

- 1. Nunca usei
- 2. Só experimentei
- 3. Já usei, não uso mais
- 4. Uso de vez em quando
- 5. Uso todo dia, ou quase todo dia

67. Heroína

- 1. Nunca usei
- 2. Só experimentei
- 3. Já usei, não uso mais
- 4. Uso de vez em quando
- 5. Uso todo dia, ou quase todo dia

69. LSD (ácido)

- 1. Nunca usei
- 2. Só experimentei
- 3. Já usei, não uso mais
- 4. Uso de vez em quando
- 5. Uso todo dia, ou quase todo dia

71. Cocaína injetada

- 1. Nunca usei
- 2. Só experimentei
- 3. Já usei, não uso mais
- 4. Uso de vez em quando
- 5. Uso todo dia, ou quase todo dia

72. Se você já usou drogas injetáveis, alguma vez você compartilhou a mesma agulha ou seringa (aparelho, arpão) com outras pessoas?

- 1. Nunca usei drogas injetáveis
- 2. Nunca compartilhei
- 3. Já compartilhei, não compartilho mais
- 4. Compartilho atualmente

73. Com quantas pessoas você compartilhou seringa (aparelho, arpão) ou agulha na última semana?

- 1. Nunca usei drogas injetáveis
- 2. Eu não compartilhei
- 3. Eu compartilhei com   (em números) pessoas na última semana

74. Atualmente você compartilha seringas (aparelho, arpão) ou agulhas?

- 1. Nunca usei drogas injetáveis
- 2. Não compartilho
- 3. Compartilho sempre com as mesmas pessoas
- 4. Compartilho com pessoas diferentes cada vez que uso drogas injetáveis

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO, AO RESPONDER  
COM SINCERIDADE ESSE QUESTIONÁRIO.





## ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

# PROJETO CONSCRITOS

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

VIA DO PARTICIPANTE

Você está sendo convidado para participar de um estudo do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Defesa, que tem a finalidade de conhecer o que os jovens sabem sobre determinadas doenças sexualmente transmissíveis, e como se comportam nas situações que envolvem risco de infecção. Esse estudo pretende, também, obter informações sobre o número de pessoas infectadas pelo HIV, sífilis e hepatites B e C na população jovem masculina brasileira.

Se você decidir participar, você responderá a um questionário de forma anônima (sem escrever o seu nome) com informações sobre condições socioeconômicas, práticas sexuais, uso de preservativo, conhecimento sobre transmissão da sífilis, do HIV, das hepatites virais e outras DSTs, e experiência com drogas.

Será coletada uma amostra do seu sangue para teste de HIV, sífilis e hepatites B e C com material descartável, seguindo todos os procedimentos de biossegurança. Você poderá sentir um leve desconforto com a coleta de sangue. Em caso de haver qualquer complicação pós-coleta de sangue, você receberá assistência integral gratuita pela equipe médica da unidade de saúde mais próxima.

Os benefícios pela sua participação no estudo são a realização do teste de HIV, sífilis e hepatites virais B e C e, em caso de resultado positivo, você receberá orientações, tratamento e acompanhamento necessários nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Você receberá os resultados dos testes em um serviço de saúde cujo endereço está incluso no Cartão, denominado Protocolo para Retirada de Resultado (PRR), no qual consta seu número de identificação.

Toda informação obtida no estudo é confidencial. A participação neste estudo é de caráter voluntário. Você poderá desistir de participar do estudo em qualquer momento, e isso não trará tipo algum de prejuízo no processo de seleção para ingresso no serviço militar.

Você poderá receber qualquer informação adicional sobre sua participação nesse estudo junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em horário comercial, que tem a função de garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas pesquisas no Brasil.

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP  
Eplanada dos Ministérios - Bloco G - Edifício Anexo - Ala B - 1º andar - Sala 103B - 70058-900 - Brasília/DF  
Fone: (61) 3315.5878 - Atendimento: das 8h às 18h

Se você tiver alguma dúvida adicional, entre em contato com o pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa através do endereço abaixo:

**Dr. Rosa Dea Sperhake**  
Laboratório de Pesquisa em HIV/AIDS - Universidade de Caxias do Sul - UCS  
Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 - Bloco S, sala 315  
CEP: 95070-560 - Caxias do Sul/RS  
Fone: (54) 3218.2737 - E-mail: lpha@ucs.br

**Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Caxias do Sul - CEP-UCS**  
Rua Francisco Getúlio Vargas, 1130 Bloco M, sala 106  
CEP: 95070-560 - Caxias do Sul/RS  
Fone: (54) 3218.2829 - E-mail: krदारos@ucs.br

Atendimento das 8h às 11h30 e das 13h30 às 18h

Sua assinatura neste documento indica que você leu as informações acima e concordou em participar do estudo. Mesmo após a assinatura desse documento, você poderá sair do estudo, caso decida deixar de participar. Você guardará uma via assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido.

Após ter lido e compreendido esse termo de consentimento (TCLE), concordo em participar do estudo.

Nome do Participante (letra de imprensa / forma)

Assinatura

Data

Estudo epidemiológico sobre a prevalência da infecção por sífilis, HIV, hepatites virais B e C e dos fatores comportamentais associados em conscritos das Forças Armadas, 8ª Edição

## ANEXO C - PARECER DA COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estudo com Conscritos das Forças Armadas: Prevalência da Sífilis, do HIV, das Hepatites B e C e, Fatores Comportamentais Associados, 2013.

**Pesquisador:** Gerson Fernando Mendes Pereira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 13030513.8.0000.0008

**Instituição Proponente:** Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

**Patrocinador Principal:** Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 278.616

**Data da Relatoria:** 18/03/2013

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se da análise de pendências, razão pela qual o item em questão faz parte do Parecer inicial.

#### Objetivo da Pesquisa:

Trata-se da análise de pendências, razão pela qual o item em questão faz parte do Parecer inicial.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se da análise de pendências, razão pela qual o item em questão faz parte do Parecer inicial.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

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

Não se aplica.

#### Recomendações:

Não se aplica.

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

1. No projeto de pesquisa é informado que não haverá armazenamento das amostras biológicas, no entanto, no TCLE é informado que: "Uma pequena amostra do seu sangue será guardada, de forma anônima, e poderá ser utilizada, posteriormente, em outros estudos de

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 278.616

interesse para a saúde pública.". Solicitam-se esclarecimentos quanto ao armazenamento das amostras coletadas durante o estudo. Caso não haja armazenamento, solicita-se adequação do texto do TCLE. Caso haja armazenamento, além da adequação do texto do TCLE, solicita-se esclarecer se tal banco de material biológico corresponde a um Biobanco ou Biorrepositório, conforme definições estabelecidas na Resolução CNS 441/2011, que contém as diretrizes vigentes a respeito do armazenamento e utilização de material biológico humano no âmbito de projetos de pesquisa. A depender da categorização do banco, solicita-se a apresentação do cumprimento das disposições contidas na Resolução destacada, em particular, o regulamento aprovado pela instituição depositária destinado à constituição e ao funcionamento do banco de material biológico humano."

Resposta: INFORMO QUE NÃO HAVERÁ ARMAZENAMENTO DE AMOSTRA BIOLÓGICA; O TCLE FOI ADEQUADO, RETIRANDO-SE O TEXTO QUE VERSAVA SOBRE A GUARDA DE MATERIAL BIOLÓGICO. O texto foi retirado.

Análise: Pendência atendida.

2. Com relação ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

a. Deve ser informado que o mesmo será elaborado em duas vias, sendo uma retida com o pesquisador responsável e outra com o sujeito de pesquisa (Resolução CNS 196/96 item IV.2."d", VI.2."g").

Resposta: INFORMO QUE FOI CONTEMPLADO NO NOVO TCLE.

Análise: Pendência atendida.

b. Não foi apresentada nenhuma forma de contato com o CONEP, que no estudo em tela desempenha o papel de CEP responsável pelo acompanhamento do estudo. Solicita-se que seja incluída no TCLE uma breve descrição do que é o CONEP, qual sua função no estudo, seu endereço, horário de funcionamento e as suas formas de contato. Solicita-se adequação.

Resposta: INFORMO QUE FOI CONTEMPLADO NO NOVO TCLE.

Análise: Pendência atendida.

c. Não constam garantias de assistência e indenização em caso de danos relacionados ao estudo. De acordo com o preconizado pelos itens III.3."q", IV.1."d" e V.6 da Resolução CNS 196/96, os sujeitos de pesquisa têm o direito de assistência integral e indenização e exige-se que no TCLE constem as formas de acompanhamento e assistência, assim como seus responsáveis. É

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 278.616

necessário que sejam expressos de modo claro e afirmativo os direitos de indenização e de assistência integral gratuita, enquanto for necessário, ao sujeito de pesquisa, em caso de danos decorrentes de sua participação no projeto de pesquisa. Solicita-se adequação.

Resposta: INFORMO QUE FOI CONTEMPLADO NO NOVO TCLE.

Análise: Pendência atendida.

3. Detalhar o perfil dos profissionais que trabalharão nas coletas das pesquisas bem como no preenchimentos dos questionários.

Resposta: INFORMO QUE FOI CONTEMPLADO NOVO PROJETO, ITEM: 5.6.1.2.

Análise: Pendência atendida.

4. Garantir espaço onde seja possível garantir o sigilo dos sujeitos de pesquisa.

Resposta: INFORMO QUE FOI CONTEMPLADO NO NOVO PROJETO, ITENS: 5.6.2.1 A 5.6.2.5.

Análise: Pendência atendida.

5. Solicita-se informar onde será o local designado para o recrutamento dos sujeitos de pesquisa.

Resposta: INFORMO QUE FOI CONTEMPLADO NO NOVO PROJETO, ITEM: 5.6.2.4.

Análise: Pendência atendida.

6. Solicita-se informar quais serão as garantias de que o espaço a ser utilizado no recrutamento permita uma intervenção segura e sigilosa.

Resposta: INFORMO QUE FOI CONTEMPLADO NO NOVO PROJETO, ITEM: 5.6.2.

Análise: Pendência atendida.

7. Tendo em vista as questões relacionadas à assimetria de poder, solicita-se que a equipe que realizará o recrutamento seja independente à instituição alvo da pesquisa.

Resposta: INFORMO QUE ESSA RECOMENDAÇÃO SERÁ ATENDIDA QUANDO DA CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE CAMPO, DEIXANDO CLARO QUE A AUTORIDADE MILITAR REALIZARÁ UM RECRUTAMENTO TOTALMENTE VOLUNTÁRIO, SEM ASSIMETRIA DE PODER. É IMPOSSÍVEL INCLUIR PESSOAL CIVIL PARA O RECRUTAMENTO POR QUESTÕES INERENTES AO SERVIÇO MILITAR. FOI PERMITIDA A INCLUSÃO DE TÉCNICO DE LABORATÓRIO, EXTERNO À COMISSÃO DE SELEÇÃO, POR NÃO HAVER, NAS COMISSÕES DE SELEÇÃO, PESSOAL CAPACITADO PARA COLETA DE MATERIAL

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

**Bairro:** Asa Norte

**CEP:** 70.750-521

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3315-5878

**E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE  
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 278.616

BIOLÓGICO. INFORMO AINDA QUE EM ESTUDOS ANTERIORES O PRESIDENTE DA COMISSÃO DE SELEÇÃO FOI O RESPONSÁVEL PELA SELEÇÃO DO CONSCRITO VOLUNTÁRIO, NÃO HAVENDO PROBLEMAS DE ASSIMETRIA DE PODER.

Análise: Pendência atendida.

8. Solicita-se esclarecer de maneira detalhada como será o recrutamento e a aplicação do TCLE, garantindo que o processo será conduzido de forma autônoma sem sofrer a influência da assimetria de poder.

Resposta: INFORMO QUE FOI CONTEMPLADO NO NOVO PROJETO, ITEM: 5.6.2.1. Tais modificações encontram-se no Projeto.

Análise: Pendência atendida.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério da CONEP:**

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

BRASILIA, 21 de Maio de 2013

---

**Assinador por:**  
**Aníbal Gil Lopes**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde  
**Bairro:** Asa Norte **CEP:** 70.750-521  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

## ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE DE CAXIAS  
DO SUL-RS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Projeto Sentinela Conscritos - 8ª Edição - 2015

**Pesquisador:** Rosa Dea Sperhacke

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 43465815.8.0000.5341

**Instituição Proponente:** Fundação Universidade de Caxias do Sul - FUCS/RS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.074.338

**Data da Relatoria:** 19/05/2015

#### **Apresentação do Projeto:**

Idem parecer número 1.027.033

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Idem parecer número 1.027.033

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Idem parecer número 1.027.033

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Idem parecer número 1.027.033

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

Idem parecer número 1.027.033

#### **Recomendações:**

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

Pendência Atendida, resposta enviada pelo pesquisador: "O Termo de Consentimento (TCLE) encaminhado a este CEP, em 16/03/2015, segunda página, prevê no seu conteúdo as informações referentes ao Nome e Assinatura do Guardião Legal quando, na ocasião, o participante da pesquisa for menor que 18 anos de idade e estiver acompanhado do seu(sua) representante legal. Neste caso reiteramos que foi cumprida a exigência da Res. 466/12, cap IV.6 alínea a; a qual contempla

**Endereço:** FRANCISCO GETULIO VARGAS  
**Bairro:** PETROPOLIS **CEP:** 95.070-560  
**UF:** RS **Município:** CAXIAS DO SUL  
**Telefone:** (54)3218-2829 **Fax:** (54)3218-2100 **E-mail:** cep-ucs@ucs.br

UNIVERSIDADE DE CAXIAS  
DO SUL-RS



Continuação do Parecer: 1.074.338

a etapa do esclarecimento e do consentimento livre e esclarecido, por meio dos representantes legais dos convidados a participar da pesquisa, preservado o direito de informação destes, no limite de sua capacidade".

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CAXIAS DO SUL, 22 de Maio de 2015

---

**Assinado por:**  
**Luciane Andreia Bizzi**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** FRANCISCO GETULIO VARGAS  
**Bairro:** PETROPOLIS **CEP:** 95.070-560  
**UF:** RS **Município:** CAXIAS DO SUL  
**Telefone:** (54)3218-2829 **Fax:** (54)3218-2100 **E-mail:** cep-ucs@ucs.br

**ANEXO E – TERMO DE RESPONSABILIDADE DE CESSÃO DA BASE DE  
DADOS**





MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DAS IST, DO HIV/AIDS E DAS HEPATITES VIRAIS  
SCLTVN Quadra 701, Lote D, Edifício PO700 – 5º Andar  
70719-090 – Brasília/DF

### TERMO DE RESPONSABILIDADE DIANTE DA CESSÃO DAS BASES DE DADOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO GERENCIADOS PELA SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Pelo presente instrumento, na qualidade de responsável pela guarda e uso da(s) base(s) de dados solicitadas ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, assumimos as seguintes responsabilidades:

1. Utilizar essa(s) base(s) de dados única e exclusivamente para as finalidades descritas ao final deste documento;
2. Guardar sigilo e zelar pela privacidade dos indivíduos relacionados/listados nessa(s) base(s) de dados;
3. Não disponibilizar, ceder ou permitir a pessoas ou instituições não autorizadas pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde o acesso a essa(s) base(s) de dados;
4. Não divulgar, por qualquer meio de divulgação, dados ou informações contendo o nome dos indivíduos ou outras variáveis que permitam a identificação do indivíduo e que afetem, assim, a confidencialidade dos dados contidos nessa(s) base(s) de dados;
5. Não praticar ou permitir qualquer ação que comprometa a integridade dessa(s) base(s) de dados;
6. Não utilizar isoladamente as informações contidas nessa(s) base(s) de dados para tomar decisões sobre a identidade de pessoas falecidas/nascidas, para fins de suspensão de benefícios ou outros tipos de atos punitivos, sem a devida certificação dessa identidade por meio de outras fontes;
7. Em todo e qualquer material impresso, editado, filmado ou gravado em vídeo que venha a ser produzido em função da cessão de dados, fazer constar o nome e/ou a logomarca do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Ministério da Saúde. As logomarcas serão fornecidas após a análise e aprovação do material por parte do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais.

8. As publicações resultantes do(s) banco(s) de dados disponibilizados deverão fazer referência ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, à Secretaria de Vigilância em Saúde e ao Ministério da Saúde, e deverão conter a seguinte frase:

8.1. Este trabalho foi desenvolvido com dados cedidos pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde.

Dessa forma, Francisca Lidiane Sampaio Freitas, que é servidora pública neste Ministério e mestrandia do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, assume total responsabilidade pelas consequências legais decorrentes da utilização indevida dessa(s) base(s) de dados, por parte de servidores desta instituição ou por terceiros.

Base	Anos e abrangência (UF)
Estudo epidemiológico sobre a prevalência de sífilis, HIV, hepatites virais B e C e dos fatores associados em conscritos das Forças Armadas, 3ª Edição.	Dados coletados, entre julho a setembro de 2016, em todas as Unidades da Federação, sendo selecionadas 90 Comissões de Seleção do Serviço Militar Obrigatório.

Declara-se que essa(s) base(s) de dados será(ão) usada(s) única e exclusivamente para as seguintes finalidades:

A base de dados requerida terá finalidade de identificar a prevalência de sífilis, as características sociodemográficas dos conscritos, caracterizar conhecimentos, atitudes e práticas sobre as formas de transmissão da sífilis e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), identificar a percepção dos conscritos a respeito de sinais e sintomas clínicos das IST, além de acesso ao diagnóstico e tratamento. O produto final será a dissertação de Mestrado de Francisca Lidiane Sampaio Freitas.

A análise dos dados secundários visa propor estratégias de ação com abordagem específica para atenção integral de adolescentes e jovens, destacando a interrupção da cadeia de transmissão das IST e especialmente da sífilis. Além disso, propõe subsidiar a elaboração de Políticas Públicas, que fortaleça a interface com diversas áreas temáticas, favorecendo

ações conjuntas em educação em saúde que privilegie o protagonismo dos adolescentes e jovens na promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Brasília, 21 de fevereiro de 2018.

Responsável(is) pelo uso e guarda da(s) base(s) de dados solicitada(s):

Responsável legal: **Adele Schwartz Benzaken**

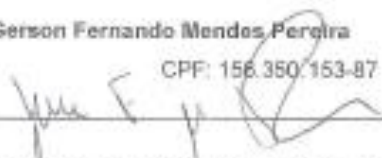
RG: 193552/SSP-AM CPF: 041.479.802-82

Assinatura: 

Instituição: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (Dietora)

Responsável legal: **Gerson Fernando Mendes Pereira**

RG: 181298/SSP-PI CPF: 156.350.153-87

Assinatura: 

Instituição: Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (Coordenador-Geral de Ações Estratégicas em IST, Aids e Hepatites Virais)

#### USO DOS DADOS

Nome: **Francisca Lidiane Sampaio Freitas**

RG: 99002309938/SSP-CE CPF: 000.020.043-30

Assinatura: \_\_\_\_\_

Instituição: Universidade de Brasília (Mestranda em Saúde Coletiva)

Nome: **Ximena Pamela Diaz Bermudez**

RG: 2220053/SSP-DF CPF: 578.704.971-34

Assinatura: 

Instituição: Universidade de Brasília (Professora Orientadora)

Nome: **Edgar Mércan-Hamann**

RG: 2579368/SSP-DF CPF: 504.770.721-00

Assinatura: 

Instituição: Universidade de Brasília (Professor Coordenador)