

AMPLIAÇÃO DO TRATAMENTO DE PARCEIROS COM CLAMÍDIA E GONORREIA NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Scaling Up Partner Treatment for Chlamydia and Gonorrhoea in Brazil: An Integrative Review

Ampliación del Tratamiento de Parejas con Clamidia y Gonorrea en Brasil: Una Revisión Integradora

Marcos Vinícius da Silva^a; Eduarda Pegoretti Pires^b; Kamilla Isabel Nardi^c; Jardel C. Bordignon^d; Valdir Spada Júnior^e

Resumo

Objetivos: Esse artigo visa analisar o impacto da *expedited partner therapy* (EPT), uma forma de tratamento para parcerias de pacientes com infecções sexualmente transmissíveis curáveis (como clamídia e gonorreia), sem exame médico prévio, e identificar barreiras à sua aplicação no Brasil. **Métodos:** Revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados PubMed, SciElo e Cochrane Library em julho de 2022, incluindo 12 artigos divididos em duas categorias: (1) taxas de parceiros tratados/notificados e (2) taxas de infecção persistente/reinfecção. **Resultados:** A EPT mostrou maior adesão ao tratamento de parceiros infectados do que o manejo padrão, com potencial para reduzir infecções persistentes/recorrentes. **Conclusão:** A EPT é uma estratégia promissora para o controle de clamídia e gonorreia no Brasil, mas estudos adaptando-a ao contexto brasileiro são necessários.

Palavras-chave: Doenças sexualmente transmissíveis. Busca de comunicante. Parceiros sexuais. Clamídia. Gonorreia.

Abstract

Objectives: This article aims to analyze the impact of expedited partner therapy (EPT), a treatment approach for partners of patients with curable sexually transmitted infections (STIs) such as chlamydia and gonorrhoea,

^a Centro Universitário de Pato Branco; Paraná. ORCID: 0009-0002-1230-6958. Contato: the.mvsilva@gmail.com

^b Centro Universitário de Pato Branco. Paraná. ORCID: 0009-0006-2156-4253

^c Centro Universitário de Pato Branco; Paraná. ORCID: 0009-0005-0841-3904

^d Farmacêutico, Especialista pela PUCPR. Professor no IFPR, Paraná. <https://orcid.org/0000-0002-9533-2627>

^e Médico, Residência em Infectologia pela SES. Docente do Curso de Medicina da UNIOESTE, Paraná. ORCID - 0000-0002-6400-3329

without prior medical examination, and to identify barriers to its implementation in Brazil. **Methods:** An integrative literature review was conducted in PubMed, SciELO, and Cochrane Library databases in July 2022, including 12 articles divided into two categories: (1) rates of partners treated/notified and (2) rates of persistent/reinfection. **Results:** EPT showed higher adherence to treatment among infected partners than standard management, with potential to reduce persistent/recurrent infections. **Conclusion:** EPT is a promising strategy for the control of chlamydia and gonorrhoea in Brazil, but studies adapting it to the Brazilian context are needed.

Keywords: Sexually transmitted diseases. Contact tracing. Sexual partners. Chlamydia. Gonorrhoea.

Introdução

Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) como a clamídia e a gonorreia são frequentemente assintomáticas e podem levar a várias complicações, principalmente na saúde reprodutiva. Assim, é de extrema importância otimizar a rede de tratamento das pessoas infectadas para a prevenção dessas complicações e evitar que contribuam para novas transmissões e reinfecções [1].

A *expedited partner therapy* (EPT) – tratamento entregue pelo paciente índice à sua parceria – consiste em uma estratégia de tratamento de parceiros sexuais de pessoas com ISTs (dentre as quais destacam-se a clamídia e a gonorreia) sem que haja necessidade de uma avaliação clínica intermediária, dando o antibiótico ou uma receita adicional ao paciente índice ou uma receita diretamente para a parceria sexual [2,3]. Nesse sentido, a EPT é um meio com potencial de auxiliar no controle da cadeia de transmissão destas doenças.

No Brasil, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST), o tratamento de parcerias sexuais das infecções por clamídia e gonorreia preconiza a notificação por meio de cartões, correspondência ou busca ativa, necessitando de uma análise clínica prévia [4]. Assim, a pesquisa busca elucidar os possíveis impactos e barreiras da aplicação da EPT no tratamento de clamídia e gonorreia no Brasil.

METODOLOGIA

A presente monografia consiste de revisão integrativa, método que analisa e sintetiza resultados de estudos independentes sobre uma temática em comum, contribuindo para um possível impacto benéfico na qualidade dos cuidados prestados ao paciente. Os passos abordados são: elaboração da pergunta norteadora, busca e amostragem, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão [5].

MÉTODO DE PESQUISA

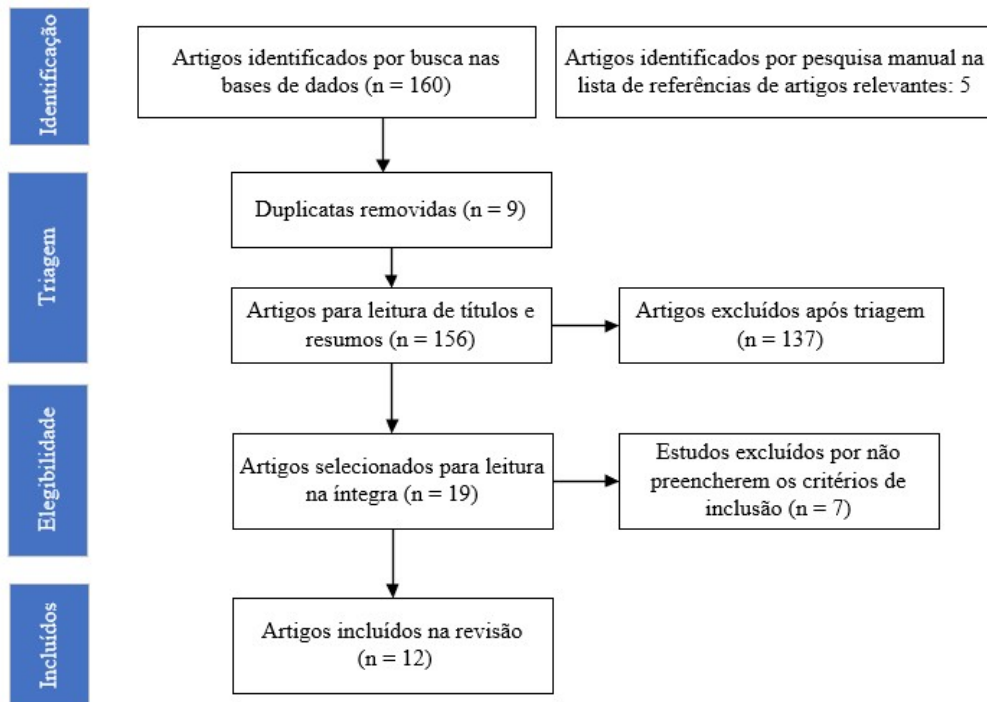
Uma busca abrangente foi realizada em julho de 2022 nas seguintes bases de dados: PubMed, SciELO e Cochrane Library. Os termos de pesquisa incluíram os descritores controlados selecionados nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e MeSH Database: *gonorrhoea*, *chlamydia*, e *contact tracing* (idioma inglês). A palavra-chave não controlada delimitada foi *expedited partner therapy* (idioma inglês). Limitou-se incluir apenas estudos disponíveis na íntegra com acesso online e gratuito.

O cruzamento entre os descritores e a palavra-chave foi realizado por meio de operadores booleanos, sucedendo-se: (*expedited partner therapy*) AND ((*contact tracing*) OR (*gonorrhoea*) OR (*chlamydia*)).

SELEÇÃO DOS ARTIGOS

Foram identificados 144 artigos na PubMed, 0 na SciELO e 16 na Cochrane Library, que passaram por seleção através de triagem - com remoção de artigos duplicados e leitura de títulos e resumos para seleção de estudos possivelmente relevantes - e leitura na íntegra para avaliação de elegibilidade por critérios de inclusão. A figura 1 apresenta o fluxograma referente à amostragem de cada etapa de seleção dos artigos incluídos na revisão.

Figura 1. Fluxograma de amostragem, segundo The PRISMA Group, Pato Branco, 2022.



Fonte: Adaptado de Moher *et al.* [6].

Os critérios de inclusão estabelecidos para os estudos foram baseados no problema da pesquisa. Assim, foram incluídos somente artigos quantitativos que abordassem o efeito do uso da EPT isoladamente ou EPT com outras estratégias de manejo das parcerias sexuais de pacientes com clamídia e/ou gonorreia. Não houve limitação de idiomas, período de publicação ou de localização geográfica de abrangência devido à escassa produção científica sobre o assunto em alguns países e para facilitar a análise comparativa dos estudos.

Para apresentação dos dados extraídos dos estudos quantitativos incluídos na revisão, foi realizado agrupamento dos artigos e de suas informações em formato de quadro com base nas semelhanças de impacto que apresentavam. Contudo, alguns estudos abrangeram os dois parâmetros de impacto e, portanto, não tiveram suas informações repetidas nos quadros.

RESULTADOS

Dos 12 artigos selecionados para compor a revisão, o país com maior número de estudos sobre o tema foram os Estados Unidos, com sete (58,3%), seguido do Peru, com dois (16,67%), seguido do Quênia, África do Sul e da Uganda com um (8,3%) estudo cada. Desses, sete estudos realizaram comparação de EPT com o encaminhamento padrão similar ao realizado no Brasil.

Em se tratando dos periódicos de publicação desses estudos e de seus estratos Qualis/CAPES, 5 foram publicados na *Sexually Transmitted Diseases* (A2), 2 na *Clinical Infectious Diseases* (A1), 1 na *BMC Medicine* (A1), 1 na *New England Journal of Medicine* (A1), 1 na *PLOS Med* (A1), 1 na *PLOS One* (A2) e 1 na *International Journal of STD & AIDS* (B2).

IMPACTOS DA APLICAÇÃO DA EPT

A partir do agrupamento das semelhanças de impacto dos artigos selecionados, foi possível a divisão em duas categorias temáticas: (1) taxas de parceiros tratados ou notificados; e (2) taxas de infecção persistente ou reinfeção. Os estudos incluídos em cada categoria foram descritos no Quadro 1 e no Quadro 2.

TAXAS DE PARCEIROS TRATADOS OU NOTIFICADOS

Ao total, 10 estudos abordaram taxas de parceiros tratados ou notificados, sendo que os dados foram coletados majoritariamente por meio de questionário aplicado aos pacientes índices em acompanhamento realizado após intervenção com EPT.

Nos estudos que avaliaram comparativamente a EPT vs. encaminhamento padrão, a intervenção com EPT se mostrou independentemente favorável no aumento da taxa de parceiros tratados ou notificados [7-9].

Apesar dos resultados positivos de estudos como o de Clark *et al.* (2017) e Kerani *et al.* (2011), que abordam o subgrupo de homens que fazem sexo com homens (HSH), os autores também ressaltam as limitações para se chegar à uma conclusão quanto ao uso da

EPT nesse contexto [7,8]. Dentre essas limitações estão principalmente as pequenas amostras e a falta de estudos clínicos randomizados para avaliar impactos biológicos como reinfecção e oportunidades perdidas para a identificação de outras ISTs/HIV nesses pacientes.

Contudo, em uma rede sexual já mais bem elucidada por evidências como a heterossexual, estudos como o de Nguyen *et al.* (2016) demonstram o potencial da EPT como estratégia complementar ao encaminhamento padrão – no caso de sua falha, sendo aplicada na consulta de acompanhamento – para que se maximize o número de parceiros tratados sem perder a oportunidade inicial de engajar os parceiros em uma análise clínica mais ampla [10].

O aumento na taxa de parceiros tratados, assim como a quantidade de parceiros que comparecem aos serviços médicos também foi associado a políticas públicas. Golden *et al.* (2015), em um estudo que avaliou dados de uma ampla amostra e que se utilizou de um estímulo à nível de saúde pública nos EUA com o fornecimento de pacotes de EPT, indicou um aumento no uso da EPT para o tratamento e também da quantia de parceiros que receberam atenção de serviços médicos [11].

Quadro 1. Descrição dos estudos que avaliaram principalmente a taxa de parceiros tratados ou notificados incluídos na revisão, Pato Branco, 2022.

| Autores | Título (ano), periódico de publicação e país | Tipo de estudo e amostra | Métodos | Principais resultados |
|----------------------|--|---|---|---|
| GOLDEN <i>et al.</i> | Uptake and Population-Level Impact of Expedited Partner Therapy (EPT) on Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae: The Washington State Community-Level Randomized Trial of EPT (2015). <i>PLOS Med.</i> EUA. | Estudo clínico randomizado (ECR)/ casos de clamídia e gonorreia em homens e mulheres em 23 jurisdições locais de saúde. | Promoção do aumento do uso de EPT - fornecimento de pacotes de EPT aos médicos e disponibilização de pacotes gratuitos em farmácias para os médicos prescreverem aos parceiros de seus pacientes - e prestação de serviços de saúde pública direcionado para parceiros. | Aumento da porcentagem de pessoas que recebem EPT de médicos (de 18% para 34%) e a porcentagem que recebeu serviços direcionados aos parceiros (de 25% para 45%). |

(continua na próxima página)

| Autores | Título (ano), periódico de publicação e país | Tipo de estudo e amostra | Métodos | Principais resultados |
|----------------------|--|---|---|---|
| KERANI <i>et al.</i> | A Randomized, Controlled Trial of inSPOT and Patient-Delivered Partner Therapy for Gonorrhea and Chlamydial Infection Among Men Who Have Sex With Men (2011). <i>Clinical Infectious Diseases</i> . EUA. | ECR/ 53 homens que fazem sexo com homens (HSH) com infecção por NG ou CT. | Os participantes foram randomizados para: inSPOT (um serviço de notificação de parceiros online), EPT, inSPOT e EPT combinados e encaminhamento padrão dos parceiros. | O número de parceiros tratados por paciente índice foi de 2,33 com EPT e 1,52 nos sem a EPT. A atribuição de EPT aumentou o número médio de parceiros tratados por paciente índice em 54%, após ajuste para atribuição do inSPOT. |
| NGUYEN <i>et al.</i> | High rate of partner treatment among Chlamydia trachomatis infected pregnant women in Lima, Peru (2016). <i>Sexually Transmitted Diseases</i> . Peru. | Estudo transversal/ 60 gestantes com infecção por CT. | Gestantes cujas amostras foram testadas positivas para CT tiveram orientação para encaminhamento padrão no tratamento de seus parceiros. Os parceiros que não compareceram foram designados à tratamento por EPT. | 55 (91,7%) parceiros aceitaram tratamento, sendo que 21 (38,2%) parceiros compareceram para realizar o tratamento por encaminhamento padrão e 34 (61,8%) dos parceiros que não vieram receberam tratamento por meio de EPT. |
| CLARK <i>et al.</i> | Expedited Partner Therapy (EPT) increases the frequency of partner notification among MSM in Lima, Peru: a pilot randomized controlled trial (2017). <i>BMC Medicine</i> . Peru. | ECR/ 173 HSH com infecção por NG ou CT. | Participantes foram randomizados para aconselhamento com encaminhamento padrão ou aconselhamento mais EPT para até cinco parceiros recentes. A notificação autorreferida foi avaliada por pesquisa autoadministrada assistida por computador entre 155 participantes que retornaram para acompanhamento em 14 dias. | Para os participantes randomizados para receber EPT 83,1% relataram notificar pelo menos um parceiro, em comparação com 58,3% dos participantes no grupo de controle. A proporção de todos os parceiros recentes notificados foi significativamente maior no EPT do que no grupo controle (53,5% versus 36,4%). |

(continua na próxima página)

| Autores | Título (ano), periódico de publicação e país | Tipo de estudo e amostra | Métodos | Principais resultados |
|----------------------|---|-----------------------------|---|---|
| NUWAHA <i>et al.</i> | Efficacy of Patient-Delivered Partner Medication in the Treatment of Sexual Partners in Uganda (2001). <i>Sexually Transmitted Diseases</i> . Uganda. | ECR/ 383 homens e mulheres. | Os autores compararam a eficácia do encaminhamento padrão com notificação <i>vs.</i> EPT em homens e mulheres com ISTs. | Dos 237 parceiros eliciados, 176 (74%) foram relatados como tratados no grupo da EPT. No grupo do encaminhamento padrão, no qual foram eliciados 234 parceiros, 79 (34%) foram encaminhados ao ambulatório de tratamento. |

(continua na próxima página)

Fonte: elaborado pelos autores com base nos estudos incluídos na revisão (2022).

Os estudos de Golden *et al.* (2005), Schillinger *et al.* (2003), Kissinger *et al.* (2005), Garrett *et al.* (2018) e Omollo *et al.* (2021) também mostraram um alto índice de notificação da parceria ou efetuação de tratamento pela parceria, porém foram descritos no quadro 2 por abordarem infecção persistente ou reinfecção [12-16].

Por fim, Nuwaha *et al.* (2001) evidenciou ainda que a EPT foi mais eficaz do que o encaminhamento padrão para mulheres (86/103 parceiros tratados *vs.* 23/104) e parceiros casuais (18/51 parceiros tratados *vs.* 3/45), para os quais o encaminhamento é considerado difícil [9].

Taxas de Infecção Persistente ou Reinfecção

Dos estudos analisados, 7 estudos avaliaram taxas de infecção persistente ou reinfecção, sendo que os dados foram coletados majoritariamente por meio de retestagem aplicada aos pacientes índices em consultas de acompanhamento realizadas semanas a meses após a intervenção com EPT.

No geral, os estudos encontraram taxas de reinfecção que favorecem receber EPT *vs.* não receber a EPT/encaminhamento padrão. O principal estudo que demonstra esse

achado com uma amostra favorável e na situação de estudo clínico randomizado é o de Golden *et al.* (2005) na qual a EPT permaneceu independentemente associada a um risco reduzido de infecção persistente ou recorrente após ajuste para outros preditores de infecção no acompanhamento [12].

Estudos como os de Omollo *et al.* (2021), Schillinger *et al.* (2003) e Stephens *et al.* (2010) encontraram melhorias nos parâmetros de reinfecção que não foram estatisticamente significativas [13,16,17]. Contudo, esses dados podem sugerir que, ao menos, o tratamento com a EPT é comparável em efetividade ao encaminhamento padrão e pode ser uma opção adequada para alguns pacientes.

Quadro 2. Descrição dos estudos que avaliaram principalmente infecção persistente ou reinfecção incluídos na revisão, Pato Branco, 2022.

| Autores | Título (ano), periódico de publicação e país | Tipo de estudo e amostra | Métodos | Principais resultados |
|----------------------|--|--|--|--|
| GOLDEN <i>et al.</i> | Effect of Expedited Treatment of Sex Partners on Recurrent or Persistent Gonorrhea or Chlamydial Infection (2005). <i>New England Journal of Medicine</i> . EUA. | ECR/ 1860 homens e mulheres com infecção por NG ou CT. | Os participantes foram designados aleatoriamente para que seus parceiros recebessem tratamento por EPT ou encaminhamento padrão. | A EPT foi mais eficaz do que o encaminhamento padrão de parceiros na redução da infecção persistente ou recorrente entre pacientes com gonorreia (3 por cento vs. 11 por cento, P = 0,01) do que naqueles com infecção por clamídia (11 por cento vs. 13 por cento, P = 0,17). |

(continua na próxima página)

| Autores | Título (ano), periódico de publicação e país | Tipo de estudo e amostra | Métodos | Principais resultados |
|-------------------------------|---|--|---|--|
| SCHILLING ER <i>et al.</i> | Patient-Delivered Partner Treatment With Azithromycin to Prevent Repeated Chlamydia trachomatis Infection Among Women (2003). <i>Sexually Transmitted Diseases</i> . EUA. | ECR multicêntrico/ 1787 mulheres com infecção por CT. | As mulheres tratadas para infecção foram randomizadas para EPT ou encaminhamento padrão. | O risco de reinfeção foi 20% menor entre as mulheres no grupo da EPT (12%) do que entre aquelas no grupo de encaminhamento padrão (15%); no entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa (<i>odds ratio</i> , 0,80; intervalo de confiança de 95%, 0,62-1,05; P 0,102). |
| KISSINGER <i>et al.</i> | Patient-Delivered Partner Treatment for Male Urethritis: A Randomized, Controlled Trial (2005). <i>Clinical Infectious Diseases</i> . EUA. | ECR/ 977 homens com infecção por NG ou CT. | Os participantes foram randomizados para (1) encaminhamento padrão; (2) entrega de cartões de notificação e de referenciamento com informações para o parceiro e orientações de tratamento para os profissionais que atenderiam os parceiros; (3) EPT. | Entre os homens testados na reavaliação, os homens do terceiro e segundo grupo eram menos propensos do que aqueles do primeiro estudo a testar positivo para CT e/ou NG (23,0%, 14,3% e 42,7%, respectivamente; P < 0,001). |
| OMOLLO <i>et al.</i> | A Pilot Evaluation of Expedited Partner Treatment and Partner Human Immunodeficiency Virus Self-Testing Among Adolescent Girls and Young Women Diagnosed With Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in Kisumu, Kenya (2021). <i>Sexually Transmitted Diseases</i> . Quênia. | Estudo coorte prospectivo/ 135 mulheres com infecção por NG ou CT. | As mulheres receberam EPT para CT e/ou NG e calculou-se o número de reinfeções por NG e infecção por CT entre as mulheres inscritas na EPT cujos parceiros usaram a medicação, entre as mulheres inscritas na EPT cujos parceiros não usaram a EPT e entre as mulheres inscritas que não receberam EPT. | O risco geral de reinfeção por gonorreia e infecção por clamídia foi menor entre as mulheres que receberam EPT em comparação com as mulheres que não receberam EPT, embora esse resultado não tenha sido estatisticamente significativo (RR, 0,68; IC 95%, 0,28-1,51). |

(continua na próxima página)

| Autores | Título (ano), periódico de publicação e país | Tipo de estudo e amostra | Métodos | Principais resultados |
|------------------------|--|--|---|---|
| TAYLOR <i>et al.</i> | Use of expedited partner therapy among chlamydia cases diagnosed at an urban Indian health centre, Arizona. (2013). <i>International Journal of STD & AIDS</i> . EUA. | Estudo observacional 1 / 472 casos tratados de infecção por CT em homens e mulheres. | Casos confirmados laboratorialmente foram extraídos do prontuário eletrônico para análise de conclusão do tratamento, data do tratamento, data do reteste, data da reinfeção e fornecimento de EPT. Análises univariadas foram realizadas usando qui-quadrado e a multivariada por regressão logística. | A reinfeção foi significativamente maior entre os pacientes que não receberam EPT nesta amostra (P = 0,003). Em um modelo multivariado de controle de gênero, a reinfeção foi menos comum entre os pacientes retestados que receberam EPT (13% versus 27%; OR = 0,5, IC 95% 0,3–0,9). |
| GARRETT <i>et al.</i> | Beyond syndromic management: Opportunities for diagnosis-based treatment of sexually transmitted infections in low- and middle-income countries (2018). <i>PLOS One</i> . África do Sul. | Estudo coorte/ 62 mulheres tratadas para infecção por NG, CT ou <i>Trichomonas vaginalis</i> | Mulheres tratadas para NG, CT ou TV receberam pacotes de EPT, preservativos masculinos e um folheto informativo para o(s) parceiro(s) atual(is). | Em uma análise de equação de estimativa generalizada modelando o efeito do tempo, CT, NG e TV diminuíram significativamente desde a condição de base, com apenas dois casos de CT e um caso de NG detectados após 12 semanas. |
| STEPHENS <i>et al.</i> | The Effectiveness of Patient-Delivered Partner Therapy and Chlamydial and Gonococcal Reinfection in San Francisco (2010). <i>Sexually Transmitted Diseases</i> . EUA. | Estudo observacional 1/ 6532 casos de infecção por CT ou NG em homens e mulheres | Os pacientes que aceitaram a EPT receberam “pacotes de parceiros” que continham materiais de sexo seguro, preservativos, instruções para tomar a medicação e medicamentos para tratamento do parceiro. Foi realizada uma análise comparativa com não receber EPT. | Não houve diferença significativa entre os pacientes que receberam EPT e aqueles que não receberam no risco cumulativo bruto de reinfeção por <i>C. trachomatis</i> ou <i>N. gonorrhoeae</i> [RR: 0,99 (0,86–1,14) para reinfeção por clamídia e 0,90 (0,72–1,11) para reinfeção gonocócica]. |

Fonte: elaborado pelos autores com base nos estudos incluídos na revisão (2022).

ABORDAGEM À PARCERIA SEXUAL NA EPT

Com exceção de Nuwaha *et al.* (2001), todos os artigos detalharam quais foram as abordagens medicamentosas utilizadas para o tratamento das parcerias. Além disso, 8 estudos detalharam a presença de pacotes de materiais informativos – que incluíam informações sobre a tratamento e seus possíveis efeitos adversos, número telefônico para contato em caso de reações ou dúvidas, informações sobre as ISTs e a importância de avaliação médica – e preservativos juntamente com a medicação que foi prescrita/dada [7-8;10-18].

Ao se abordar o subgrupo de HSH, Clark *et al.* (2017) ainda inclui como conselho em seus materiais informativos para que o destinatário procurasse testes profissionais para HIV e outras ISTs, às quais havia sido colocado em risco, e apenas usasse o medicamento incluído se não quisesse ou não pudesse procurar testes e tratamento em uma unidade de saúde local [7].

Dos artigos que descreveram a abordagem medicamentosa, todos utilizaram 1g de azitromicina via oral (VO) para o tratamento de parcerias cujos pacientes foram diagnosticados com infecção por CT. Na abordagem das parcerias de pacientes diagnosticados com infecção por NG, a abordagem mais comum foi o uso de cefixima 400mg VO. Nos casos em que o método diagnóstico não conseguia excluir uma ou outra infecção, ou havia coinfeção diagnosticada, o tratamento geralmente era a combinação de azitromicina 1g e cefixima 400mg VO [16].

Apenas Stephens *et al.* (2010) utilizou 100 mg de doxiciclina VO duas vezes ao dia por 7 dias para parceiros masculinos de pacientes com clamídia e 400 mg de cefpodoxima VO no caso de infecções por NG. Além disso, nesse estudo, 63% dos HSH receberam pacotes de parceiros de doxiciclina em vez de azitromicina por levar em conta que a doxiciclina poderia tratar a sífilis incubada [17].

BARREIRAS E PERFIL DE SEGURANÇA

Preocupações ao se implementar estratégias novas são esperadas. Assim, a compreensão de possíveis barreiras e do perfil de segurança durante a implementação se faz necessária.

A maioria dos estudos não encontrou incidentes adversos importantes quanto a reações alérgicas aos medicamentos ou danos sociais durante o contato com a parceria. Contudo, quando descritos, os eventos mais comuns eram desconforto abdominal e vômitos em relação aos medicamentos e medo/ocorrência de brigas, recusa de relação sexual ou término de relacionamento quanto aos danos sociais [9,16].

A legalidade mal definida e a falta de posicionamentos administrativos sobre a EPT juntamente a preocupações dos provedores em relação à responsabilização legal em caso de eventos adversos também foram levantadas dois estudos como empecilhos ao uso mais amplo dessa abordagem [12,18].

Discussão

Os resultados da revisão corroboram com os achados das melhorias na ampliação de rede de tratamento de parceiros e na taxa de reinfecção de pacientes com clamídia e gonorreia propostas inicialmente pela estratégia [2].

Por mais que alguns estudos demonstraram resultados não estatisticamente significativos para as taxas de reinfecção, na maioria dos casos não foi possível elucidar o comportamento sexual do paciente índice no período até a retestagem e distinguir se as testagens positivas proviam de parceiros originais, novas infecções com cepas de parceiros recém-adquiridos ou persistência da infecção original.

A falta de leis ou diretrizes específicas encontrada como uma das barreiras reforça a necessidade de posicionamentos e diretrizes internas para que a comunidade médica brasileira consiga aplicar os conceitos dessa abordagem em sua prática.

LIMITAÇÕES

Apesar de encontrarmos estudos de impacto positivo com a aplicação da EPT em países em desenvolvimento, não foi encontrado nenhum estudo de aplicação da EPT realizado no Brasil. Portanto, algumas nuances dos impactos e da aplicação da EPT na realidade brasileira podem ser diferentes das encontradas em outros países. Um exemplo disso, é a utilização da cefixima/cefpodoxima oral para o tratamento da gonorreia, já que, no Brasil, o PCDT-IST preconiza o uso de dose única de 500mg de ceftriaxona intramuscular e tais medicações não fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (2022) [19].

Os estudos incluídos não passaram por instrumentos sistematizados para avaliação do nível de evidência científica/qualidade antes de serem selecionados. Ademais, a maioria deles detalharam apenas a estratégia de entrega direta das medicações, sendo necessária uma melhor elucidação e comparação dos impactos com o método de entrega de receita/prescrições em estudos observacionais e estudos clínicos randomizados.

Conclusão

A revisão integrativa da literatura permitiu estabelecer a EPT como uma estratégia com um relevante potencial para a ampliação da rede tratamento de parceiros de pacientes heterossexuais diagnosticados com infecção por clamídia e/ou gonorreia no Brasil. Contudo, diretrizes e estudos da aplicação dessa abordagem que consigam adaptar as estratégias já delineadas em outros países para a realidade brasileira e para os diferentes subgrupos de relação sexual – principalmente HSH – ainda precisam ser projetados, especialmente para melhor compreensão sobre taxas de infecção persistente e reinfeção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ghanem KG, Tuddenham S. Screening for sexually transmitted infections [Internet]. UpToDate. 2022. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-sexually-transmitted-infections>. Acesso em: 15 jul. 2022.
2. Hadsall C, Riedesel M, Carr P, Lynfield R. Expedited partner therapy: a new strategy for reducing sexually transmitted diseases in Minnesota. *PubMed*. 2009 Oct 1;92(10):55–7.
3. Hogben M. Partner Notification for Sexually Transmitted Diseases. *Clinical Infectious Diseases*. 2007 Apr 1;44(Supplement_3):S160–74.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 211 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>. Acesso em: 17 ago. 2022.
5. Souza MT de, Silva MD da, Carvalho R de. Integrative Review: What Is It? How to Do It? *Einstein (São Paulo)* [Internet]. 2010 Mar;8(1):102–6. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
6. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2009 Oct;62(10):1006–12.
7. Clark JL, Segura ER, Oldenburg CE, Rios J, Montano SM, Perez-Brumer A, et al. Expedited Partner Therapy (EPT) increases the frequency of partner notification among MSM in Lima, Peru: a pilot randomized controlled trial. *BMC Medicine*. 2017 May 4;15(1).
8. Kerani RP, Fleming M, DeYoung B, Golden MR. A Randomized, Controlled Trial of inSPOT and Patient-Delivered Partner Therapy for Gonorrhea and Chlamydial Infection Among Men Who Have Sex With Men. *Sexually Transmitted Diseases*. 2011 Oct;38(10):941–6.
9. Nuwaha F, Kambugu F, Nsubuga PS, Höjer B, Fanelid E. Efficacy of Patient-Delivered Partner Medication in the Treatment of Sexual Partners in Uganda. *Sex Transm Dis*. 2001 Feb;28(2):105–10.
10. Nguyen M, Cabeza J, Segura E, García PJ, Klausner JD. High Rate of Partner Treatment Among Chlamydia trachomatis-Infected Pregnant Women in Lima, Peru. *Sexually Transmitted Diseases*. 2016 May;43(5):296–8.
11. Golden MR, Kerani RP, Stenger M, Hughes JP, Aubin M, Malinski C, et al. Uptake and Population-Level Impact of Expedited Partner Therapy (EPT) on Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae: The Washington State Community-Level Randomized Trial of EPT. *Low N*, editor. *PLOS Medicine*. 2015 Jan 15;12(1):e1001777.

12. Golden MR, Whittington WLH, Handsfield HH, Hughes JP, Stamm WE, Hogben M, et al. Effect of Expedited Treatment of Sex Partners on Recurrent or Persistent Gonorrhoea or Chlamydial Infection. *New England Journal of Medicine*. 2005 Feb 17;352(7):676–85.
13. Schillinger JA, Kissinger P, Calvet H, Whittington WLH, Ransom RL, Sternberg MR, et al. Patient-Delivered Partner Treatment With Azithromycin to Prevent Repeated *Chlamydia trachomatis* Infection Among Women. *Sexually Transmitted Diseases*. 2003 Jan;30(1):49–56.
14. Kissinger P, Mohammed H, Richardson-Alston G, Leichter JS, Taylor SN, Martin DH, et al. Patient-Delivered Partner Treatment for Male Urethritis: A Randomized, Controlled Trial. *Clinical Infectious Diseases*. 2005 Sep 1;41(5):623–9.
15. Garrett NJ, Osman F, Maharaj B, Naicker N, Gibbs A, Norman E, et al. Beyond syndromic management: Opportunities for diagnosis-based treatment of sexually transmitted infections in low- and middle-income countries. Cameron DW, editor. *PLOS ONE*. 2018 Apr 24;13(4):e0196209.
16. Omollo V, Bukusi EA, Kidoguchi L, Mogaka F, Odoyo JB, Celum C, et al. A pilot evaluation of expedited partner treatment and partner HIV self-testing among adolescent girls and young women diagnosed with *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in Kisumu, Kenya. *Sexually Transmitted Diseases*. 2021 Apr 13; Publish Ahead of Print.
17. Taylor MM, Reilley B, Yellowman M, Anderson L, L de Ravello, Tulloch S. Use of expedited partner therapy among chlamydia cases diagnosed at an urban Indian health centre, Arizona. *International Journal of STD & AIDS*. 2013 May 1;24(5):371–4.
18. Golden MR, Whittington WLH, Handsfield HH, Hughes JP, Stamm WE, Hogben M, et al. Effect of Expedited Treatment of Sex Partners on Recurrent or Persistent Gonorrhoea or Chlamydial Infection. *New England Journal of Medicine*. 2005 Feb 17;352(7):676–85.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Renome 2022*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 181 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2022.