



Treinamento para o manejo de casos de doenças sexualmente transmissíveis

Módulos 1, 2 e 3

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids

Treinamento para o manejo de casos de doenças sexualmente transmissíveis

Módulos 1, 2 e 3

Brasília – DF
Outubro 2000

© 2000. Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial e total desde que citada a fonte.

Tiragem: 3.000 exemplares

Produção, distribuição e informações:

Ministério da Saúde
Secretaria de Políticas de Saúde
Coordenação Nacional de DST e Aids
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, sobreloja
CEP: 70058-900
Brasília - DF Brasil
Telefone: (61) 225.7559
Telefax: (61) 315.2643

Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

e-mail: aids@aids.gov.br

www.aids.gov.br

Paulo R. Teixeira

Coordenador
Coordenação Nacional de DST e Aids

Elaboração:

Unidade Técnica de Epidemiologia/CN-DST/AIDS

Edição:

Assessoria de Comunicação/CN-DST/AIDS

Editor responsável:

Ermenegildo Munhoz Júnior

Revisão:

Ana Paula Magalhães Penha
Mara Pamplona
Nágila R. Paiva

Projeto gráfico, editoração e capa:

Daniel Lavenère

Normalização:

Regina Maria Duarte Moreira dos Santos

Impressão e acabamento:

Editora/Coordenação Geral de Documentação e Informação – CGDI/SAA/SE/Ministério da Saúde

Publicação financiada com recursos do Projeto AD/BRA 99 / E 02 UNDCP e CN-DST/AIDS–SPS/MS

Ficha Catalográfica:

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids.

Treinamento para o manejo de casos de doenças sexualmente transmissíveis: Módulo 1, 2 e 3/Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids – Brasília: Ministério da Saúde, 2000

95p.

ISBN 85-334-0246-5

1. Doenças sexualmente transmissíveis - Treinamento - Serviços de Saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. II. Título.

Apresentação

A proposta destes módulos é oferecer material instrucional e metodológico a partir da análise e aplicação do conteúdo programático do *Treinamento para manejo de casos de DST*, elaborado originalmente para a Organização Mundial de Saúde-OMS, adaptado para as necessidades de treinamento de profissionais de saúde brasileiros e a realidade de nosso País. O principal objetivo deste material, portanto, é garantir que, após o treinamento, os nossos profissionais sejam capazes de:

- conhecer e utilizar a abordagem sindrômica das DST na sua unidade de saúde;
- compreender e utilizar cada passo dos fluxogramas das principais síndromes;
- entender a importância da utilização do diagnóstico laboratorial, sempre que disponível;
- conhecer as opções terapêuticas das DST;
- incorporar a prática de aconselhamento na rotina de trabalho; e
- adequar os conhecimentos adquiridos à sua realidade, modificando o que se fizer necessário e estiver ao seu alcance, no serviço de saúde.

Os treinamentos em DST realizados no Brasil vêm se desenvolvendo em resposta à nossa realidade e demanda apresentada. Nesse processo, são criados materiais instrucionais bastante heterogêneos. Ao mesmo tempo em que se pode encontrar riqueza nesta diversidade, eventualmente surgem algumas lacunas no desenvolvimento das atividades do treinamento.

A partir dessa constatação, foi necessário revisar o material existente e elaborar um material de apoio e um guia para a realização dos treinamentos que traduzisse as diretrizes da Coordenação Nacional no que se refere à política das DST no Brasil, padronizando conceitos e procedimentos.

As sugestões apresentadas nos módulos devem servir de referência para a realização dos treinamentos em assistência às DST. Esta proposta ainda prevê espaço a adaptações exigidas pela realidade local.

Na sua atividade educativa, o facilitador, ao optar pela utilização de um material instrucional, também estará optando por uma metodologia, forma singular de construção do conhecimento. Além disso, deve-se levar em conta que a opção por esta metodologia revela a sua postura diante do processo de ensino-aprendizagem.

Se entendermos que “ensinar exige: pesquisa, respeito aos saberes do educando, reflexão crítica sobre a prática, aceitação do novo e rejeição a qualquer forma de discriminação” (Paulo Freire), acreditamos que a aplicação destes módulos de treinamento estará contribuindo para uma mudança no cotidiano do serviço de saúde, e o seu aluno “será capaz de recriar ou refazer o ensinado” a partir do desafio que o professor lhe oferecer.

A edição destes módulos contou, em sua elaboração, com a participação do pessoal técnico da Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde e do grupo de consultores e revisores listados a seguir, coordenados pelo primeiro:

CN–DST/AIDS

Fábio Moherdau
Ana Lúcia R. de Vasconcelos
Cledy Eliana dos Santos
Cristina Alvim Castello Branco
Eduardo Campos
Jeanete Múfalo Silva Bueno
Sandra Filgueiras

Consultores e revisores

Adele Schwartz Benzaken (Médica, Fundação Alfredo da Matta, Manaus - AM)
Alice Mochel (Médica, Fundação Hospitalar do Distrito Federal, Brasília - DF)
Ana Cristina Lima Pinheiro (Médica, Coordenação Municipal de DST e Aids, Belém - PA)
Beatriz Guerra Vitral (Médica, Serviço de DIP do Hosp. Mun. Dr. Nelson de Sá Earp, Petrópolis - RJ)
Consuelo Soares Arruda (Médica, Universidade Federal de Pernambuco, Recife - PE)
Creso Machado Lopes (Enfermeiro, Universidade Federal do Acre, Rio Branco - AC)
Edlany Magaly Parente Filgueira (Psicóloga, Centro de Saúde de Petrolina - PE)
Eliana M. Amaral Freitas da Silva (Médica, CAISM - UNICAMP, Campinas - SP)
Esterina Corsini da Costa (Médica, Escola de Saúde Pública, Campo Grande - MS)
Fernanda Scheridan de M. Bezerra (Enfermeira, Centro de Saúde Escola do Meireles, Fortaleza - CE)
Izabel Cristina Valdez (Educadora, Ambulatório de DST - Hosp. de Clínicas, Porto Alegre - RS)
Jackeline Fabiola Esteves Ferreira de Souza (Assistente Social, João Monlevade - MG)
José Carlos Gomes Sardinha (Médico, Fundação Alfredo da Matta, Manaus - AM)
Leila Cristina Ferreira da Silva (Enfermeira, Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, Manaus - AM)
Lívia Vanessa de Freitas (Farmacêutica-Bioquímica, Hospital de Doenças Tropicais, Araguaína - TO)
Manuel Marrocos Filho (Médico, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB)
Maria do Carmo Moreira de Souza (Farmacêutica-Bioquímica, Policlínica Centro Sul, Belo Horizonte - MG)
Maria de Fátima Borges Sampaio (Enfermeira, Universidade Federal do Piauí, Teresina - PI)
Maria José Scochi (Enfermeira, Universidade Estadual de Maringá - PR)
Maria Luiza Bezerra Menezes (Médica, CISAM, Universidade de Pernambuco, Recife - PE)
Mariângela da Silveira Steffens (Médica, Fundação de Apoio Universitário, Pelotas - RS)
Mauro Cunha Ramos (Médico, Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, Porto Alegre - RS)
Mauro Romero Leal Passos (Médico, Setor de DST - UFF, Niterói - RJ)
Míriam Magalhães Sepulveda (Médica, Centro de Referência Estadual em DST, Salvador - BA)
Mônica Maria Silva da Rocha (Enfermeira, Centro de Referência Estadual em DST, Aracaju - SE)
Newton Sérgio de Carvalho (Médico, Departamento de Ginecologia, UFPR, Curitiba - PR)
Nilsemary Alencar Cruz (Médica, Centro de Saúde José de Alencar, Fortaleza - CE)
Paulo Naud (Médico/GO Amb. de DST, Hosp. de Clínicas Porto Alegre - RS)
Regina Célia Marcondes Nogueira (Educadora, Centro de Treinamento em DST, Santos - SP)
Sandra de Sousa Ribeiro Petrus (Médica, Fundação Hospitalar do Distrito Federal, Brasília - DF)
Valdir Monteiro Pinto (Médico, Centro de Referência e Treinamento DST e Aids, São Paulo - SP)
Vandira Maria dos Santos Pinheiro (Educadora, Setor de DST - UFF, Niterói - RJ)
Wellington da Silva Mendes (Médico, Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA)

Paulo R. Teixeira

Coordenador

Coordenação Nacional de DST e Aids

**Treinamento para o manejo de casos de doenças
sexualmente transmissíveis**

Módulo 1

Transmissão e controle das DST

Módulo 1 - Transmissão e controle das DST _____

Introdução ao Módulo 1	9
Seção 1: DST - Transmissão	11
Como as DST são transmitidas	11
Comportamentos sexuais que influenciam a transmissão	11
Fatores sociais e culturais que influenciam a transmissão	12
Fatores biológicos que influenciam a transmissão	13
Seção 2: DST - O problema	15
Frequência e distribuição das DST	15
Grupos mais vulneráveis	16
As complicações das DST	17
A epidemia do HIV	18
Resumo	19
Seção 3: O desafio do controle das DST	21
Revisão	23
Sugestões de atividades no seu trabalho	24
Respostas	24
Bibliografia	25

Introdução ao Módulo 1

As DST estão, no mundo, entre os agravos à saúde mais comuns. Embora não se conheça a real magnitude do problema, hoje estima-se que nos países em desenvolvimento as DST estão entre as 5 causas mais frequentes de procura por serviços de saúde. A Organização Mundial da Saúde - OMS estimou que, a cada ano, surgem no mundo 330 milhões de casos novos de DST curáveis. Aproximadamente 1 milhão de infecções ocorrem a cada dia.

Estas doenças, de alta morbidade, podem resultar em infertilidade, doenças neonatais e infantis, gravidez ectópica, câncer anogenital e morte. No contexto da saúde pública, elas têm se tornado cada dia mais importantes por suas conseqüências socioeconômicas.

A infecção pelo HIV, por suas características e evolução, é a DST de maior importância em termos de morbidade, mortalidade, custos de assistência à saúde e conseqüências sociais associadas. Sabe-se atualmente que as outras DST, particularmente as úlceras genitais, podem aumentar o risco de transmissão e aquisição do HIV em até 18 vezes¹.

Por outro lado, alguns estudos sugerem que a infecção pelo HIV pode influir na prevalência de outras DST, provavelmente através da facilitação de recorrências e maior duração das lesões².

Este sinergismo e o impacto social destas doenças reforçam a necessidade de se estabelecer estratégias prioritárias de prevenção e controle das DST.

Particularmente, a sífilis congênita tem importância pela sua magnitude, transcendência e pela relativa facilidade na prevenção e controle. No Brasil, estima-se que ocorram por ano mais de 100.000 casos de sífilis congênita, dos quais aproximadamente 40.000 resultam em óbitos. Em maio de 1993, ministros da saúde dos países ibero-americanos se comprometeram a eliminar a sífilis congênita da região das Américas.

A garantia de acesso a serviços de saúde com melhor resolutividade e a ampla disponibilidade de medicamentos permitirão o tratamento oportuno das DST, com a conseqüente redução no tempo de evolução das doenças e de suas complicações, o que indiretamente fará com que o risco de transmissão e aquisição do HIV diminuam. Um estudo conduzido na Tanzânia (África) demonstrou que, apenas com a implementação dessas medidas, a incidência do HIV foi reduzida em 42%.³

Este módulo de atividades fornecerá muitas informações necessárias para a compreensão da gravidade e do impacto que as DST têm sobre a população.

Este módulo proporciona reflexões sobre:

- como as DST são transmitidas e os fatores que influenciam a transmissão;
- as graves complicações decorrentes de DST não tratadas;
- a magnitude do problema das DST e suas repercussões;
- como as DST estão associadas com a disseminação do HIV;
- porque o controle das DST é tão difícil e o que deve ser feito para alcançá-lo

¹ Wasserheit J.: "Epidemiological synergy: Inter-relationships between HIV infection and other STD". Sexually Transmitted Diseases 1992; 19:61-77.

² Laga M, Diallo MO, Buvé A.: Inter-relationship of sexually transmitted diseases and HIV: where are we now? AIDS, 1994, (suppl. 1): S119-S124

³ Grosskurth H., et al: Impact of improved treatment of STD on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. The Lancet, Vol. 346 (530-536) - August 26, 1995.

Seção 1: DST - Transmissão

COMO AS DST SÃO TRANSMITIDAS

Como seu próprio nome diz, o principal modo de transmissão é através de contatos íntimos e da relação sexual (vaginal, anal ou oral) sem proteção. Outros modos incluem:

- de mãe para filho: durante a gestação (ex.: HIV e sífilis), no parto (ex.: gonorréia, clamídia, HPV, HSV e HIV) ou durante a amamentação (ex.: HIV);
- transfusões ou outras formas de contato com sangue ou derivados de sangue (ex.: sífilis, hepatite B, hepatite C, HTLV, HIV).

Atividade 1:

Discuta com o grupo que tipos de comportamento sexual podem influenciar a transmissão das DST. Quais você considera que sejam os mais preponderantes na população de sua região?

COMPORTAMENTOS SEXUAIS QUE INFLUENCIAM A TRANSMISSÃO

Se o principal modo de transmissão das DST é o sexual, então não utilizar preservativos aumenta o risco de infecção:

- nas relações sexuais com mais de um parceiro sexual;
- nas relações sexuais com um parceiro que teve relações sexuais com outros parceiros;
- nas relações sexuais na presença de sintomas e/ou sinais de DST.

Atividade 2:

Agora discuta que fatores sociais e culturais podem influenciar a transmissão das DST. Quais você considera que sejam os mais preponderantes na população de sua região?

FATORES SOCIAIS E CULTURAIS QUE INFLUENCIAM A TRANSMISSÃO

Não adotar medidas de “sexo mais seguro”:

- falta de conhecimento sobre o que significa “sexo mais seguro”;
- falta de acesso a preservativos;
- desconhecimento sobre como usar preservativos corretamente;
- não gostar de usar preservativos;
- razões culturais: em algumas sociedades, o fato de contrair uma DST é considerado um fator de afirmação da masculinidade;
- razões religiosas: a aceitação pura e simples da fatalidade, ou seja, “Deus quis assim”;
- o “amor cego”, ou seja, a confiança irrestrita no parceiro, que leva o indivíduo a se considerar protegido de qualquer infecção.

Demora na busca por assistência:

- sintomatologia leve ou ausência de qualquer sintoma de DST (mais freqüente em mulheres);
- serviços de saúde inadequados (pouco acessíveis, pouco resolutivos, pouco confiáveis);
- preferência por serviços alternativos, como farmácias comerciais, curandeiros etc.;
- existência do estigma associado às DST, que pode levar as pessoas a esconderem algo que consideram vergonhoso.

Não realizar ou não concluir o tratamento prescrito

Qualquer tratamento só é eficaz quando feito de forma adequada, de acordo com a prescrição. Os pacientes podem deixar de fazê-lo por várias razões:

- falta de orientação e aconselhamento;
- falta de convicção de que o tratamento utilizado seja eficaz;
- interrupção do tratamento por acreditar que o desaparecimento dos sintomas signifique a cura;
- efeitos colaterais;
- custo do tratamento;
- falta de confiança no serviço ou no profissional de saúde.

Deixar de comunicar os parceiros para que recebam o tratamento adequado:

- medo;
- vergonha;
- estigma;
- preconceito;
- raiva.

Atividade 3:

Enquanto profissional de saúde, o que você pode fazer para mudar essa situação?
Discuta com os colegas.

Atividade 4:

Agora discuta com os colegas que fatores biológicos podem influenciar a transmissão das DST.

FATORES BIOLÓGICOS QUE INFLUENCIAM A TRANSMISSÃO

- **Fluidos corporais:** sabe-se que existem vírus livres no esperma, nas secreções vaginais, no sangue de uma pessoa portadora do HIV; quanto mais tempo os fluidos corporais do parceiro ou parceira estiverem em contato com as mucosas genitais, maiores as chances de transmissão.
- **Idade:** a mucosa vaginal e o tecido cervical nas mulheres jovens (especialmente no período próximo à primeira menstruação ou perimenarca) e nas menopausadas, podem torná-las muito susceptíveis a infecções.
- **Gênero (sexo masculino ou feminino):** as mulheres adquirem predominantemente DST através de relação sexual vaginal. É mais fácil uma mulher ser infectada pelo HIV por um homem, do que um homem ser infectado por uma mulher. Isso deve-se, dentre outros, ao fato da mulher apresentar maior superfície de exposição (a mucosa vaginal) durante atividade sexual com penetração.
- **Práticas sexuais:** a mucosa anal é menos elástica e despreparada anatomicamente (não há lubrificação natural), e pode sofrer pequenos ferimentos durante a penetração, o que facilita a transmissão.
- **Circuncisão:** homens circuncidados apresentam menor probabilidade de adquirir DST.⁴

⁴ Laga M, Diallo MO, Buvé A.: Inter-relationship of sexually transmitted diseases and HIV: where are we now? AIDS, 1994, 8(suppl. 1): S119-S124

Seção 2: DST - O problema

Por que é tão importante controlar as DST?

- são doenças amplamente disseminadas na população;
- podem causar complicações graves quando não tratadas ou tratadas de forma inadequada;
- facilitam a transmissão do HIV.

FREQÜÊNCIA E DISTRIBUIÇÃO DAS DST

- qual é a extensão estimada das DST?
- qual é a distribuição das DST por idade, sexo e atividade?
- as estatísticas existentes fornecem um quadro preciso da extensão das DST?
- qual é o impacto das DST na sociedade?

A extensão das DST

As DST são um sério problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Porém, os índices de incidência e prevalência são muito mais altos nos países em desenvolvimento, nos quais o tratamento para DST é menos acessível. A Organização Mundial de Saúde - OMS estimou que ocorrem a cada ano, em todo o mundo, 340 milhões de novos casos de algumas das DST curáveis (gonorréia, clamídia, sífilis, cancro mole e tricomoníase)⁵. No Brasil não há dados objetivos, principalmente porque, à exceção da aids e da sífilis congênita, as DST não são doenças de notificação compulsória. Além disso, a maioria dos casos de DST são “atendidos” e medicados diretamente nas farmácias ou nos consultórios privados. Entretanto, segundo estimativas da OMS, baseadas em alguns dados nacionais, ocorrem a cada ano no Brasil entre 10 e 12 milhões de casos de DST curáveis.

Distribuição de DST por idade e sexo

As DST, incluindo a infecção pelo HIV, estão disseminadas por todo o mundo. Elas atingem pessoas de ambos os sexos. No entanto, as estatísticas raramente demonstram uma distribuição igual entre homens e mulheres, ou entre as diferentes faixas etárias.

Na faixa entre 14 e 19 anos, os casos podem ser mais frequentes entre as mulheres porque, entre outros fatores:

- nessa faixa elas geralmente fazem sexo com parceiros mais velhos, os quais em geral têm mais exposições prévias e portanto maior probabilidade de portar infecções;
- são mais vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis devido às características de suas mucosas genitais.

A maioria das pesquisas demonstram que após os 19 anos os casos ocorrem mais ou menos igualmente distribuídos entre os dois sexos. No entanto, existe normalmente uma leve preponderância masculina devido a alguns dos seguintes fatores:

- as DST nas mulheres, em sua maioria, não produzem nenhum sintoma, ou produzem apenas sintomas leves, o que faz com que elas deixem de procurar tratamento e, portanto, não aparecem nas estatísticas;
- pressões culturais e econômicas fazem com que as mulheres deixem de buscar tratamento;
- em algumas regiões os serviços de saúde podem ser mais acessíveis a homens do que a mulheres;
- homens podem ser sexualmente mais ativos do que mulheres na mesma idade;
- estatisticamente os homens têm maior probabilidade de trocar de parceiras do que as mulheres.

Em muitos países em desenvolvimento, os melhores dados disponíveis sobre DST em mulheres são pesquisas realizadas em serviços de planejamento familiar, pré-natal ou clínicas ginecológicas. Esses dados demonstram uma alta prevalência de DST entre as mulheres que freqüentam esses serviços.

⁵ WHO/UNAIDS: Sexually Transmitted Diseases, policies and principles for prevention and care. 1997

GRUPOS MAIS VULNERÁVEIS

Todos os dados existentes demonstram que, como em qualquer agravo à saúde, existem na população em geral, grupos mais ou menos vulneráveis. No caso das DST, são mais vulneráveis:

- adolescentes sexualmente ativos(as);
- homens e mulheres que têm vários parceiros;
- mulheres parceiras de homens que têm várias(os) parceiras(os);
- profissionais do sexo e seus clientes;
- homens e mulheres cuja profissão os obriga a permanecer muito tempo longe de seus cônjuges ou parceiros sexuais fixos;
- usuários de drogas e seus parceiros.

Atividade 5:

Por várias razões, tais pessoas podem deixar de procurar assistência quando têm uma DST. Que razões seriam essas e que medidas poderiam ser adotadas para atraí-las aos serviços? Discuta com os colegas.

Precisão dos dados

Na maioria dos casos, os dados existentes sobre DST se originam das informações das pessoas que procuram tratamento nos serviços de saúde. A tendência, portanto, é de que a verdadeira extensão das DST seja subestimada por diversas razões:

- homens e mulheres com DST podem ser assintomáticos, as mulheres em maior escala do que os homens. Por exemplo: 70% das mulheres e 30% dos homens infectados por clamídia e 80% das mulheres e 10% dos homens infectados por gonorréia podem não apresentar sintomas;
- serviços que oferecem tratamento para DST podem não ser conhecidos o suficiente ou mesmo acessíveis a grande parte da população;
- muitos portadores de DST, ao buscar serviços de saúde por outros motivos, deixam de ser diagnosticados e tratados para as DST;
- por causa do estigma social associado às DST, muitas pessoas procuram tratamento em serviços alternativos, os quais não notificam casos (como balconistas de farmácia e curandeiros).

O efeito na sociedade

O ônus econômico e social causado pelas DST é enorme, pois os portadores, suas famílias, suas comunidades e os serviços de saúde acabam por destinar muito de seu tempo e de seus recursos aos problemas causados pelas DST.

As DST também são causa importante de absenteísmo (falta ao trabalho), diminuindo a produtividade de homens e mulheres no auge de suas vidas.

Dados do governo dos EUA mostram que naquele país, por ano, os custos diretos com doença inflamatória pélvica, cujas causas básicas são a infecção por clamídia ou gonorréia, são da ordem de quatro bilhões de dólares.

AS COMPLICAÇÕES DAS DST

Estudos recentes⁶ revelaram que as DST colaboram com a disseminação do HIV. Pessoas com, por exemplo, sífilis, cancro mole, herpes genital, gonorréia, clamídia, tricomoníase, apresentam maior probabilidade de se tornarem infectadas quando expostas ao HIV e, quando infectadas pelo HIV, apresentam maior probabilidade de transmiti-lo.

Algumas complicações das DST:

- doença inflamatória pélvica (causada na maioria dos casos por infecção prévia por gonococos ou clamídia) e suas conseqüências: dor abdominal crônica e infertilidade ou esterilidade em mulheres;
- em recém-nascidos: infecções oculares, cegueira, pneumonia, encefalite por herpes, sífilis congênita;
- morte devido à septicemia, gravidez ectópica ou câncer genital;
- aborto espontâneo;
- estenose da uretra em homens;
- infertilidade em homens;
- podem haver, ainda, conseqüências sociais e psicológicas. Por exemplo, quando uma pessoa descobre que seu cônjuge tem DST, pode haver violência, abandono e/ou separação.

Gonorréia e clamídia

São as principais causas de doença inflamatória pélvica em mulheres (DIP), que é definida como a inflamação do útero, trompas, ovários e às vezes da cavidade abdominal inferior. Frequentemente, a dor resultante da DIP é o primeiro sintoma nas mulheres com infecção por clamídia e, neste ponto, o dano às trompas pode ser irreversível. Até há dez anos, a clamídia era relativamente desconhecida. Mesmo atualmente, por ser difícil a confirmação laboratorial, raramente é diagnosticada.

- sem tratamento, até 85% das mulheres com DIP podem se tornar estéreis;
- muitas mulheres podem se tornar inférteis sem nem sequer perceber que tiveram DIP. Em um estudo no Zimbábue, 84% de mulheres inférteis apresentavam história de DIP.

Uma vez que a DIP pode provocar estreitamento das trompas, aumenta o risco de gravidez ectópica (fora do útero), uma condição que pode ser fatal para as mulheres, já que pode causar a ruptura das trompas, causando hemorragia extensa (DIP aumenta o risco de gravidez ectópica em 7 a 10 vezes). Nos países em desenvolvimento, a gravidez ectópica causa até 5% de todos os óbitos maternos.

Nos homens, a gonorréia e a clamídia podem se disseminar a partir da uretra para o epidídimo. Pode ocorrer estenose uretral e infertilidade.

Nos homens abaixo de 35 anos de idade, a causa mais comum de epididimite é a infecção por gonorréia ou clamídia. Antes do advento do antibiótico, cerca de 30% dos homens que tinham gonorréia desenvolviam epididimite, e 40% dos homens com epididimite tornavam-se estéreis.

Em diversos países em desenvolvimento, a oftalmia neonatal atinge até 5% dos recém-nascidos. Sem tratamento, esta doença provoca danos permanentes à visão de até 6% dos lactentes afetados.

HPV e câncer de colo uterino

Atualmente, foi estabelecida a estreita relação que tem a infecção por alguns sorotipos de HPV, vírus causador do condiloma acuminado, e o desenvolvimento de lesões com potencial de malignização.

Sífilis

Durante a gravidez, o *Treponema pallidum*, a bactéria causadora da sífilis, pode infectar o feto. Estima-se que 40% das gestações com sífilis terminem em aborto espontâneo, natimortos ou morte perinatal.

⁶ Population Reports: Controlling Sexually Transmitted Diseases, junho de 1993, pag. 5

A EPIDEMIA DO HIV

A infecção pelo HIV é disseminada pelos mesmos comportamentos que favorecem a transmissão das outras DST.

Até o final de 1997, no mundo todo, um total de 30 milhões de adultos e aproximadamente 1,5 milhão de crianças foram infectados pelo HIV, de acordo com estimativas da UNAIDS (agência da ONU para o controle da aids), que também calcula que ocorram por dia em todo o mundo 16.000 novas infecções, 90% das quais em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que sejam portadores do HIV cerca de 500 mil pessoas; a grande maioria nem sabe de sua condição. Até o final de 1998, mais de 140 mil adultos e mais de 5 mil crianças haviam sido notificados como portadores de aids, desde o início da epidemia, em 1980. Desses, mais da metade já morreram.

A associação entre DST e AIDS

? Pergunta 1

As DST ulcerativas aumentam o risco de transmissão de HIV. De que forma isso acontece?

? Pergunta 2

As DST que não causam úlcera podem aumentar o risco de transmissão. Como?

As informações abaixo poderão enriquecer as respostas dadas por você.

- As outras DST, especialmente as ulcerativas, facilitam a transmissão do HIV.
- Infecção por clamídia, gonorréia e tricomoníase, que não causam úlceras, também aumentam o risco de transmissão do HIV. Isso ocorre devido ao processo inflamatório, que altera a estrutura do epitélio, além de provocar um maior aporte de células de defesa, dentre elas os linfócitos, as células pelas quais sabidamente o HIV tem maior tropismo.
- As vulvovaginites e uretrites são muito mais comuns do que as DST que causam úlcera genital, podendo assim ser responsáveis por uma maior participação na transmissão do HIV.

? Pergunta 3

Como a infecção pelo HIV afeta a transmissão de outra DST?

Nos portadores de HIV, as outras DST têm sua história natural alterada:

- podem ser mais resistentes ao tratamento;
- as lesões podem durar mais tempo;
- apresentando sintomas de DST por mais tempo, as pessoas com a infecção pelo HIV apresentam maior probabilidade de transmitir o HIV, aumentando o ritmo da epidemia.

A oportunidade de tratar, orientar e aconselhar portadores de DST é muito valiosa para os profissionais de saúde, pois estes estarão frente a pessoas em risco particularmente alto de adquirir o HIV.

RESUMO

- DST podem causar complicações e até morte, tendo um grave impacto na sociedade. Elas afetam a produtividade e implicam em custos consideráveis para pessoas e serviços de saúde.
- Em pessoas com uma DST não tratada, ou tratada de forma inadequada, os sintomas, complicações e seqüelas podem ser mais graves. Um indivíduo infectado pode contaminar os parceiros com quem manteve relação sexual sem proteção.
- Na maioria dos países, os casos de DST são subnotificados. Há muito mais casos do que os registrados.
- Entre as pessoas que mantêm relações sexuais com múltiplos parceiros, as DST disseminam-se mais rapidamente.
- Na gravidez, o HIV e a sífilis afetam os bebês antes de nascerem; a gonorréia e a clamídia podem afetar o bebê ao passar pelo canal de parto. Clamídia e gonorréia podem deixar a mulher estéril ou resultar em gravidez ectópica.
- DST são associadas à disseminação do HIV. Há uma forte ligação entre ter DST (especialmente úlceras genitais) e tornar-se HIV positivo. A infecção pelo HIV pode tornar as pessoas mais suscetíveis a outras DST e pode tornar outras DST mais graves e mais resistentes ao tratamento.

Atividade 6:

Quais são as principais conseqüências sociais das DST na sua região? Discuta com os colegas.

Atividade 7:

Qual é a atitude dos profissionais de saúde e da comunidade para com os portadores de DST em sua região? Discuta com os colegas.

Atividade 8:

Que serviços de saúde, formais ou informais, as pessoas com DST procuram na sua região? Por que? Discuta com os colegas.

Seção 3: O desafio do controle das DST

O objetivo do controle das DST é reduzir a disseminação das infecções e prevenir novos casos. O controle, porém, é difícil por várias razões.

? Pergunta 4

O que torna o controle das DST tão difícil? Considere o que já leu até aqui e enumere tantos fatores quanto for possível.

Na verdade, são vários os fatores que dificultam o controle das DST. Alguns já foram discutidos ao enumerar-se os fatores sociais e biológicos que influenciam a transmissão e a dificuldade de obter-se estatísticas precisas. No entanto, há outros fatores que também devem ser enfatizados:

O comportamento sexual

Qualquer mudança de comportamento é difícil. O conhecimento do problema e suas possíveis soluções nem sempre implica em mudança de comportamento. A dificuldade em controlar DST está no fato da prática sexual estar profundamente enraizada na cultura e na vida cotidiana das pessoas. O comportamento sexual é vital para que nós aprendamos mais sobre nós mesmos. Ele é moldado pela cultura e influenciado pela religião. O comportamento sexual, por ser pessoal e tão enraizado, é muito difícil de ser mudado. O uso de drogas, incluindo o álcool, prejudica a habilidade das pessoas de tomar decisões acertadas e de adotar medidas de proteção contra o HIV e DST.

A eficácia do preservativo

Algumas pessoas acreditam que o preservativos masculino e feminino não são eficazes na prevenção da aids pelo fato de que o HIV tem proporções tão diminutas que poderia atravessar os microporos do látex do preservativo masculino e do poliuretano do preservativo feminino. Diversos estudos laboratoriais demonstraram que esperma e organismos causadores de DST não são capazes de atravessar os materiais usados na produção de preservativos^{7,8}. Existem estudos que demonstraram essa eficácia contra o HIV e vários outros agentes de DST^{9,10}.

Falar sobre sexo é constrangedor

Já que é constrangedor falar sobre sexo, as pessoas podem intimidar-se em pedir as informações das quais necessitam, podem demorar para buscar tratamento e relutar em contar a seus parceiros sexuais. Falar sobre sexo pode ser muito constrangedor e às vezes um tabu. Como você sabe, esta é uma das razões da subnotificação de DST e do fato delas não serem consideradas um problema de saúde prioritário. As pessoas normalmente sentem vergonha se têm ou suspeitam ter uma DST.

Muitos portadores de DST não apresentam ou não reconhecem os sintomas

As pessoas com DST que não apresentam ou reconhecem sintomas podem transmitir a DST sem sequer perceber que estão doentes.

⁷ NOVELLO, C.A., PETERSON, H.B., KELAGHAN, J. e PERLMAN, J.A. Condom Use for Prevention of Sexual Transmission of HIV infection. JAMA 269 (22), (June, 1993), p. 2840.

⁸ FREE, M.J. e HURCHINGS, J. Condom Quality Management. In: Alexander, N.J. et al(ed) Heterosexual Transmission of Aids. New York, Wiley-Liss, 1990, p. 379-397

⁹ LISKIN, L. et al. Op. cit., 1990, p. 8.

¹⁰ ROSENBERG, M.J. et al. Spermicides and Condoms for the Prevention of HIV and other STD. Viricicle Research Meeting. Geneva, WHO, March 28, 1990, 13 p.

Profissionais de saúde despreparados para o atendimento

Muitos profissionais de saúde que atendem portadores de DST não estão adequadamente preparados para lidar com pessoas nessa situação, fazendo diagnósticos equivocados, tratamentos inadequados, deixando de orientar e aconselhar os pacientes, adotando procedimentos desnecessários.

O tratamento nem sempre é simples ou eficaz

Finalmente, devemos mencionar a resistência de algumas bactérias aos antibióticos, especialmente as que causam gonorréia e cancro mole. A resistência aos medicamentos requer mudanças na escolha dos mesmos e a necessidade do uso de medicamentos cada vez mais caros. Por exemplo, antigamente, existia um tratamento simples e eficaz contra gonorréia, a penicilina; no entanto, atualmente são detectadas, com frequência, cepas de gonococos resistentes a esse antibiótico e seus derivados. Para DST virais como herpes, HPV e HIV, ainda não há medicamentos que levem à cura definitiva (erradicação do vírus).

Atividade 8:

O que pode ser feito para controlar as DST? Observe os problemas que você enumerou anteriormente e decida como poderá superá-los.

Para reduzir a disseminação das DST, precisamos de estratégias factíveis, eficazes e razoáveis em termos de custo. Entre elas destacamos:

- diagnóstico precoce e tratamento imediato das DST para reduzir suas conseqüências e sua transmissão;
- detecção de portadores assintomáticos;
- a educação e o aconselhamento de pacientes (e do público geral) sobre os riscos do sexo sem proteção e a necessidade do uso de preservativos e outras formas de sexo mais seguro;
- tratamento e aconselhamento de parceiros sexuais de pessoas com DST;
- definir estratégias específicas para grupos mais vulneráveis;
- estabelecimento de parcerias com outras instituições.

Tratamento eficaz e precoce

Todos os pacientes com DST devem receber tratamento **em sua primeira visita ao serviço de saúde**. Em termos práticos, isso significa que a assistência a casos de DST deve estar disponível em todas as unidades de saúde. Para que isto aconteça, todas essas unidades devem ter permanentemente medicamentos e profissionais de saúde treinados para diagnóstico e tratamento de DST.

Comunicação e aconselhamento

O aconselhamento é essencial para motivar as pessoas a adotarem práticas de sexo seguro e para auxiliar aqueles que estão expostos ao risco de infecção pelo comportamento de outras pessoas. O objetivo do aconselhamento é garantir que os pacientes tratados fiquem livres de novas infecções e evitem a transmissão da DST a outros. Deve, assim, enfatizar:

- avaliação de risco individual, incluindo o risco de aquisição do HIV;
- informações sobre as DST;
- o uso de preservativos;
- a necessidade da adesão ao tratamento. Os pacientes com DST frequentemente interrompem o tratamento quando os sintomas diminuem ou desaparecem. Devem entender a necessidade de tomar os medicamentos nas doses e tempo estabelecidos.

Habilidade de entrevistar

Para superar a resistência das pessoas em mudar seu comportamento ou ajudá-las a descobrir formas de reduzir o risco e os constrangimentos associados ao sexo e às DST, os profissionais de saúde devem, em primeiro lugar, ganhar a confiança de seus pacientes. Para tal, devem saber ouvir, questionar e aconselhar cada paciente individualmente, de acordo com suas particularidades e necessidades.

Promoção do uso do preservativo

Se usado adequadamente, o preservativo pode prevenir a disseminação do HIV e outras DST. Todas as pessoas sexualmente ativas devem saber utilizá-lo. Os profissionais de saúde devem estar preparados para discutir e demonstrar seu uso. Obviamente, devem sentir-se à vontade ao fazê-lo.

Adoção de uma atitude positiva

Para muitas pessoas, as DST carregam um estigma. Para trabalhar com pacientes de DST, os profissionais de saúde devem respeitá-los em suas dificuldades. Por sua vez, isso exige que reflitamos sobre nossa própria atitude em relação às DST e ao HIV; todos os profissionais de saúde devem ter uma atitude positiva e aberta, sem preconceitos ou expressão de juízos de valor.

Tratamento de parceiros sexuais

Parceiros sexuais conhecidos devem receber tratamento de DST mesmo que não apresentem qualquer sintoma; assim, os profissionais de saúde devem incentivar os pacientes a informarem seus parceiros para que eles possam ser devidamente diagnosticados, tratados e aconselhados.

Acesso a grupos mais vulneráveis

Os profissionais do sexo e seus clientes correm alto risco de se infectarem. Os parceiros destas pessoas, por sua vez, também estão sob alto risco de infecção. Outros grupos vulneráveis: populações confinadas (presos), garimpeiros, caminhoneiros e usuários de drogas lícitas e ilícitas.

Parcerias com outras instituições

Como forma de ampliar o raio de ação para, por exemplo, poder atingir mais facilmente grupos da população mais vulneráveis e outros setores da sociedade, deve-se estabelecer parcerias com outras instituições e organizações governamentais ou não.

Revisão

Este primeiro módulo de atividades apresentou a magnitude e a extensão da epidemia de DST e do HIV. Mesmo dadas as limitações estatísticas, pode-se perceber que as DST representam um enorme ônus pessoal e social e que este ônus cresce de forma alarmante.

Ao mesmo tempo, se você percebeu a extensão do problema, também aprendeu algo sobre as características essenciais de qualquer programa de controle de DST: diagnóstico precoce, tratamento imediato e aconselhamento.

Você já deve ter condições de:

- identificar como as DST são transmitidas e os principais fatores que influenciam a transmissão;
- entender as sérias conseqüências e complicações que podem surgir se as DST não forem tratadas adequadamente;
- identificar e explicar a associação entre HIV e DST;
- explicar por que o controle de DST é tão difícil e o que deve ser feito para consegui-lo.

Sugestões de atividades no seu trabalho

Uma vez conhecidas, de forma resumida, as estatísticas mundiais e nacionais sobre HIV e DST (frequência e distribuição), seria muito útil descobrir mais sobre as estatísticas disponíveis em seu serviço, comunidade, município ou região. Sugerimos três atividades para quando você voltar ao seu serviço de origem: coleta de informação, interpretação da informação e formação de conclusões.

Coleta de informação

- Decida sobre que tipo de informação seria útil obter e por quê.
- Colete informação disponível sobre HIV e DST em seu serviço, comunidade, município ou região. Procure descobrir o número de pessoas que procuram assistência para DST, sexo, faixa etária, origem, etc. ou tente descobrir se foram realizadas pesquisas que usaram testes de laboratório.
- Colete as estimativas sobre DST ou HIV.

Interpretação da informação

- De acordo com a informação que você coletou, quem está sob maior risco de DST? Alguns grupos estão sob maior risco do que outros?
- Até que ponto esta informação é útil, dadas as suas respostas para a pergunta acima?
- O quão precisas são as estatísticas (ou estimativas)?
- Até que ponto as estatísticas podem ignorar as mulheres e por quê?

Formulação de conclusões

- Elabore gráficos ou tabelas simples que mostrem a informação que você coletou.
- Faça uma lista de conclusões que podem ser tiradas sobre as informações que você coletou.

Respostas

1. Devido principalmente à solução de continuidade provocada pelas ulcerações que facilitaria a penetração do HIV e ao acúmulo de linfócitos na região.
2. A presença de vírus ou bactérias estimulam localmente o sistema imunológico a aumentar o número de glóbulos brancos, que são alvo e fonte de HIV. Inflamações genitais podem causar lesões microscópicas que permitem a entrada do HIV.
3. A infecção pelo HIV pode afetar a transmissão das DST da seguinte maneira: alterando sua história natural, período de transmissibilidade, duração das lesões, alterando a resposta ao tratamento e tornando as pessoas mais susceptíveis às DST.
4. Não adotar medidas de “sexo mais seguro”, demorar para buscar assistência, não realizar ou não concluir o tratamento prescrito, deixar de comunicar os parceiros para que recebam o tratamento adequado. Fatores biológicos que influenciam a transmissão. Falta de priorização de uma política de assistência às DST.

Bibliografia

- ADIMORA, A. et al. **Sexually transmitted diseases**. 2th edition. [S.l.]: Mc Graw Hill, 1994.
- ARRUDA, J. M. et al. **Pesquisa sobre saúde reprodutiva e sexualidade**. [S.l. : s.n. , 19- -?].
- BERQUÓ, E. **Anticoncepção da população na virada do século**. São Paulo: Melhoramentos, 1987.
- BERQUÓ, E. ; SOUZA, M. R. Homens adultos: conhecimento e uso do condom. In: LOYOLA, M. (Org.). **AIDS e Sexualidade**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; UERJ, 1994. p. 171-182.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BYRROW, F. **Complicações clínicas na gravidez**. 2. edição. [S.l.]: Toca, 1983.
- CENTER FOR DISEASES CONTROL. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 47, n. RR-1, 1998.
- CONTROLE de doenças sexualmente transmitidas. [S.l. : s.n.], 1993.
- DINIZ, E. M. A. Transmissão vertical das doenças sexualmente transmissíveis. **Rev. Ass. Bred. Brasil**, v. 31, n. 9/10, p. 18-206, 1985.
- DUARTE, G. et al. Doenças sexualmente transmissíveis durante o ciclo grávido-puerperal. In: MORAIS, E. M. (Eds.). **Temas de obstetrícia**. São Paulo: Roca, 1992. p. 385-486.
- EDWARDS, L. Y. et al. Gonorrhoeae in pregnancy. **Am. J. Obstet. Ginecol.** , v. 132, n. 6, p. 637-641, 1978.
- HIV / AIDS COUNSELING. **A key to caring**: guidelines for policy makers and planners. Geneva: WHO, 1995. (Série WHO/AIDS; 8).
- LIMA, A. L. M. et al. **HIV/Aids**: perguntas e respostas. [S.l.]: Atheneu, 1996.
- MANDEL, G. et al. **Principes and practice of infections diseases**. [S.l.]: Churchill Livingstone, 1996.
- MOHERDAVI, F. et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of STA in Brazil: results from a multicentre study. **Sexually Transmitted Infections** (former Genitourinary Medicine), 1998.
- NAUD, P. et al. **Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS**. [S.l.]: Artes Médicas, 1993.
- NOLAN, G. J. ; OSBORNE, N. Gonococcal infection in the female. **Obtet. Gynecol.** , n. 42, p. 156-164, 1973.
- PASSOS, M. R. L. et al. **Doenças sexualmente transmissíveis**. 4. edição. [S.l.], Cultura Médica, 1995.
- SÃO PAULO (SP). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Diretrizes e normas técnicas de diagnóstico, tratamento e prevenção para controle das doenças sexualmente transmissíveis. **Cadernos de Saúde**, v. 1, n. 2, 1991.
- SWEET, R. L. ; GIBBS, R. **Infections diseases of the female genital tract**. 3. edition. [S.l.]: Willians and Wilkins, 1995.
- WASSERHEIT, J. Epidemiological synergy: interrelationships between HIV infection and other STD. **Sexually Transmitted Diseases**, n. 19, p. 61-77, 1992.
- WENDEL, G. D. ; CUNNINGHAM, F. G. Sexually transmitted diseases in pregnancy. In: **Williams Obstetrics**. 18th edition. Norwalk, CT: Appleton & Lange, 1991. Supp. 13.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Counselling for HIV/AIDS**: a key to caring. Geneva: WHO, 1995.

**Treinamento para o manejo de casos de doenças
sexualmente transmissíveis**

Módulo 2

**Anamnese, exame físico e
aconselhamento do portador de DST**

Módulo 2 - Anamnese, exame físico e aconselhamento do portador de DST

Introdução ao Módulo 2.....	31
Seção 1: Princípios da comunicação eficaz	33
Reconhecendo sentimentos	33
Desconstruindo preconceitos, mitos e tabus.....	34
Construindo uma relação de confiança	34
Resumo	35
Seção 2: Fortalecendo a relação de confiança com o paciente	37
As técnicas verbais na interação com o paciente e a condução da anamnese	37
Diálogo e a formulação de perguntas.....	37
Outras técnicas verbais.....	40
Resumo	42
Seção 3: Anamnese de portadores de DST	43
Alguns conceitos	43
Preservativo Masculino	43
Preservativo Feminino	44
A anamnese e a construção do diagnóstico	45
Roteiro de anamnese	45
Avaliação de risco	47
O risco de cada “um”	47
Vulnerabilidade	47
Avaliação do risco para DST e HIV	48
Resumo	49
Seção 4: Exame físico	51
Resumo	52
Seção 5: Aconselhamento	53
O Processo de Aconselhamento	54
Objetivos e Componentes do Aconselhamento	54
Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV	55
Resumo	55
Revisão.....	58
Plano de ação	58
Respostas	58
Bibliografia	62

Introdução ao Módulo 2

Para diagnosticar e tratar pacientes com qualquer tipo de doença, é preciso conhecer seus sintomas e sinais. Conhecemos seus sintomas pela anamnese e identificamos quaisquer sinais examinando-os. Todavia, a fidedignidade das informações obtidas na anamnese e o seguimento das orientações e do tratamento prescrito estão diretamente relacionados à qualidade da interação humana presente no atendimento.

É importante entender que as DST, e a aids em especial, provocam um forte impacto na vida das pessoas, gerado pelas “fantasias” em torno de temas como a expressão das sexualidades, as transgressões aos padrões de comportamento socialmente estabelecidos e a inevitabilidade da morte. Cabe lembrar que estas vivências são produtos de uma cultura que também afeta os profissionais de saúde. Sendo assim, o ato de atender uma pessoa com sintomas de DST é *especial*. Por que é especial? Porque as DST são decorrência do exercício da sexualidade, além do que, em sua maioria, os sintomas aparecem na área genital, o que pode gerar constrangimento, tanto para o profissional, como para o paciente.

Assim, é fundamental estabelecer uma relação de confiança desde o início. Dessa forma, teremos a base para o desenvolvimento do processo de aconselhamento, da anamnese e de um exame físico adequados no período de tempo do qual se dispõe (geralmente pouco).

Este módulo irá estimulá-lo a uma reflexão e percepção sobre sua postura profissional, ajudá-lo a aperfeiçoar suas técnicas de comunicação, listar elementos para a realização de uma anamnese, um exame físico e um aconselhamento adequados para casos de DST.

Atividade 1:

Se você já atendeu pacientes com DST, escreva resumidamente os problemas que enfrentou e como os superou. Se você nunca atendeu pacientes com DST, que problemas você imagina que enfrentaria e como faria para superá-los?

Seção 1: Princípios da comunicação eficaz _____

A comunicação eficaz permite a construção de uma relação de confiança

Ao final desta seção, você será capaz de:

- identificar os objetivos do atendimento a indivíduos com DST;
- explicar porque é tão importante comunicar-se de forma clara e objetiva com o portador de DST;
- oferecer privacidade e confidencialidade ao paciente;
- identificar as características essenciais da comunicação não-verbal (gestos e expressões);
- descrever a relação entre sentimentos e atitudes;
- identificar seus preconceitos, mitos, tabus e/ou posições conflituosas em relação às DST/aids.

Os principais objetivos de uma consulta médica para um portador de DST são:

1. fazer um diagnóstico baseado na história clínica e no exame físico que seja, ao mesmo tempo, preciso e eficiente, dado o tempo disponível;
2. prescrever um tratamento que solucione o problema de saúde apresentado pelo paciente;
3. avaliar com o paciente seus riscos de contrair ou transmitir uma DST;
4. comunicar e tratar os parceiros sexuais;
5. ajudar o paciente a adotar medidas preventivas que evitem futuras DST;
6. auxiliá-lo na adesão ao tratamento prescrito.

RECONHECENDO SENTIMENTOS

? Pergunta 1

Considerando que algumas pessoas já podem estar ansiosas ao entrar em uma unidade de saúde, considere como se sentem pelo fato de apresentarem sintomas na área genital? Como você se sentiria se tivesse esses sintomas?

? Pergunta 2

Coloque-se como um profissional de saúde que está entrevistando uma pessoa com DST. Como você se sentiria ao fazer perguntas muito pessoais, sobre detalhes íntimos? Imagine uma pessoa mais velha do que você ou do sexo oposto e novamente descreva estes sentimentos.

Atividade 2:

Complete as frases mostradas pelo facilitador com a primeira palavra ou idéia que lhe vier à mente

Atividade a ser coordenada pelo facilitador

DESCONSTRUINDO PRECONCEITOS, MITOS E TABUS

Para alcançar os seis objetivos presentes no manejo de casos de DST, uma tarefa fundamental é estabelecer uma relação de confiança com o paciente. Isto implica em reconhecer seus próprios preconceitos, valores, capacidades e limitações, evitando que estes interfiram negativamente no seu trabalho. Em nosso exercício profissional de assistência à saúde, é necessário uma atitude positiva, não-repressiva, solidária e identificada com os sentimentos do paciente.

Ter clareza a respeito dos próprios valores e preconceitos é o primeiro passo para evitar que eles interfiram negativamente no atendimento aos usuários dos nossos serviços.

Atividade 3: “Concordo” e “Discordo”

Atividade a ser coordenada pelo facilitador

CONSTRUINDO UMA RELAÇÃO DE CONFIANÇA

Para construir uma relação de confiança devemos em primeiro lugar, *ouvir* o paciente e *identificar a sua “demanda”*, ou seja, o que de fato está lhe preocupando e o fez buscar o serviço de saúde. Neste campo *aquilo que o paciente sabe, pensa e sente* a respeito da sua situação de saúde deve ser percebido e considerado pelo profissional, que dessa forma, obterá subsídios para definir mensagens que sejam adequadas à vivência do paciente.

As técnicas de comunicação utilizadas apropriadamente aprimoram a qualidade da relação:

- técnicas verbais: a maneira de estabelecer um diálogo com o paciente;
- técnicas não-verbais: como nos comportamos em relação ao paciente e vice-versa, nossos gestos e expressões.

Primeiramente vamos nos concentrar nas técnicas não-verbais. Na próxima seção exploraremos as técnicas verbais.

A atividade seguinte lhe proporcionará a oportunidade de vivenciar e refletir sobre a atitude da “escuta”.

Atividade 4: “Escuta ativa”

Atividade a ser coordenada pelo facilitador

Leia, abaixo o atendimento prestado por Madalena e depois responda às perguntas 3 e 4.

Madalena é uma enfermeira em um Centro de Saúde. Sua manhã foi bastante ocupada. Ela ainda está escrevendo observações para uma colega que está próxima à sua mesa, quando a próxima paciente entra na sala. Madalena olha rapidamente para ela e diz: “um momento, por favor”. A jovem paciente mexe os pés e fica olhando para o chão. Quando Madalena termina de escrever, encosta-se em sua cadeira e suspira. Então, olha para a paciente e pergunta: “Qual é o problema?” A paciente, ainda está de pé olhando para o chão e mexendo os pés nervosamente. A colega de Madalena pega suas anotações e sai da sala.

Madalena repete sua pergunta impacientemente. “É que não tenho me sentido muito bem ultimamente”, responde a jovem, “é que minha barriga...”.

“Moça, não tenho o dia todo para esperar!” diz Madalena.

A paciente começa a chorar.

? Pergunta 3

Se você fosse a paciente de Madalena, como se sentiria?

? Pergunta 4

O que há de errado com a maneira como esta jovem foi tratada? Escreva tudo o que puder imaginar.

Ficou claro que Madalena cometeu vários erros. O que ela deveria ter feito para estabelecer um bom relacionamento com a paciente? Obviamente, o primeiro passo teria sido apresentar-se e cumprimentar a paciente.

A chave da comunicação não-verbal é tratar o paciente com respeito e dar-lhe total atenção além de:

- oferecer-lhe privacidade e garantir-lhe confidencialidade;
- estabelecer contato visual com o paciente, olhando diretamente em seus olhos; dessa forma, você pode observar sentimentos importantes que o ajudarão a reagir adequadamente;
- ouvir atentamente o que o paciente estiver dizendo, fazendo ocasionalmente comentários para encorajá-lo. Evite escrever enquanto o paciente estiver falando;
- manter-se o mais próximo possível do paciente, conforme seja culturalmente aceitável;
- estar atento para administrar preconceitos e não emitir juízos de valor pela linguagem corporal.

RESUMO

Nesta seção foram explorados os aspectos não-verbais da boa comunicação, enfatizando a importância do autoconhecimento do profissional de saúde e da sua capacidade de escuta no estabelecimento de uma relação de confiança.

Na próxima seção, serão revisadas várias técnicas de comunicação que favorecem o fortalecimento da relação profissional de saúde com o paciente e, também, o alcance dos objetivos da anamnese.

Para completar esta primeira seção sobre os princípios da boa comunicação, desenvolva com o grupo as seguintes atividades.

Atividade 5: Garantia de privacidade e de confidencialidade

- a) Lembre-se de como é seu ambiente de trabalho: você pode oferecer privacidade e confidencialidade a seus pacientes?
- b) Se não pode oferecer privacidade, discuta com seus colegas de que maneira isso pode ser resolvido.

Atividade 6: Para aperfeiçoar suas técnicas não-verbais

A linguagem não-verbal ocorre em toda comunicação direta (frente a frente) entre duas ou mais pessoas; desta forma, se você quiser desenvolver ou aperfeiçoar suas técnicas terá várias oportunidades. Abaixo, algumas sugestões.

- a) Frequentemente a comunicação verbal e não-verbal entram em conflito, como por exemplo, quando um colega que aparenta estar cansado ou estressado lhe diz que está “ótimo”. Preste bastante atenção à linguagem não-verbal das pessoas à sua volta. Quantas vezes este comportamento confirma o que a pessoa está dizendo? Quantas vezes revela algo a mais ou apenas diferente sobre os sentimentos dessa mesma pessoa?
- b) Como a comunicação não-verbal é frequentemente inconsciente, muitas vezes não sabemos que mensagens estamos transmitindo a outras pessoas. É importante desenvolver a consciência da linguagem não-verbal: quando estiver conversando com seus colegas ou amigos, observe suas mãos, expressão facial e postura corporal. O que isso revela aos outros sobre seus sentimentos?
- c) Com o grupo de colegas, converse sobre comunicação não-verbal:
 - De que forma se comunicam sentimentos e emoções como cansaço, frustração, impaciência, raiva, alegria e depressão?
 - Que exemplos cada um pode compartilhar sobre observação da linguagem não-verbal? Alguém tem um bom exemplo de linguagem não-verbal que contradiz ou confirma o que se está dizendo?

Seção 2: Fortalecendo a relação de confiança com o paciente

Esta seção apresenta maneiras de como manter o diálogo, formular perguntas apropriadas à condução da anamnese e como aliviar a ansiedade que frequentemente os pacientes apresentam.

Esta seção irá capacitá-lo a:

- identificar atitudes que dificultam e que favorecem a interação humana;
- usar, de forma eficiente, perguntas “abertas” e “fechadas” durante o atendimento;
- identificar várias técnicas verbais adicionais que o ajudarão a conduzir a anamnese, trocar informações e a lidar com as emoções dos pacientes;
- resumir as características de uma comunicação efetiva no atendimento de seus pacientes.

Como já dissemos anteriormente, “ouvindo” o paciente e “identificado sua demanda”, o profissional obterá subsídios para auxiliá-lo a lidar com as dificuldades em aderir ao tratamento, adotar medidas preventivas, comunicar os parceiros sexuais, realizar ou não o teste anti-HIV, receber o diagnóstico etc.

Vale destacar que na relação “profissional de saúde - paciente” ou “pessoa que atende - pessoa atendida”, ambos apresentam possibilidades e limites. A eficiência da comunicação está em viabilizar a *troca de potencialidades* entre os interlocutores e estabelecer um diálogo apesar das diferenças.

AS TÉCNICAS VERBAIS NA INTERAÇÃO COM O PACIENTE E A CONDUÇÃO DA ANAMNESE

DIÁLOGO E A FORMULAÇÃO DE PERGUNTAS

Já vimos que conhecer o paciente, ou seja, ter identificada a sua “demanda” e considerar o que ele sabe, pensa e sente a respeito do seu problema de saúde é o primeiro passo para ganhar sua confiança e alcançar os objetivos presentes no manejo de casos de DST.

Conforme a seção 3 irá ilustrar, para realizar uma anamnese útil ao manejo do caso, em especial para formular a hipótese diagnóstica, você precisará de muitas informações sobre os sintomas e histórico médico de seus pacientes, como também sobre seu histórico sexual. Pelo que mostra a realidade de nossos serviços, você precisará obter estas informações em pouco tempo. Nesta seção 2, vamos ver qual é a melhor maneira de fazer isto.

Com base na sua própria experiência, tente responder a estas perguntas.

? Pergunta 5

Existe algo de errado com cada uma das seis perguntas abaixo. Considere como você se sentiria respondendo a cada uma delas e depois escreva como podem ser aperfeiçoadas.

a) (Começando uma entrevista) “Nome?”

b) “Quantos parceiros sexuais você já teve, e quem são eles?”

c) “Você já manteve relações sexuais com outra pessoa além de seu marido?”

d) “Os sintomas reaparecem apenas durante a sua menstruação, não é mesmo?”

e) “Seus períodos menstruais são normais?”

A pergunta anterior levantou várias sugestões úteis para conduzir a anamnese de seus pacientes:

- receber o paciente de forma acolhedora favorece a relação;
- usar as palavras que seu paciente entenda. Evitar o uso de termos médicos que possam limitar a compreensão do paciente. Usar termos populares ou regionais para as partes do corpo e para doenças. Perguntar ao paciente o significado das palavras quando não entender os termos que ele utiliza. Ambos precisam entender-se;
- explicar ao paciente sobre a necessidade de saber sobre sua sexualidade antes de fazer perguntas relacionadas às DST e a seu comportamento sexual;
- fazer perguntas específicas, para que o paciente saiba exatamente como respondê-las;
- fazer uma pergunta de cada vez; perguntas duplas confundem;
- conversar sem expressar qualquer julgamento moral;
- “guiar” perguntas induzindo ou sugerindo respostas deve ser evitado; deixar que o paciente responda com suas palavras;
- as perguntas relacionadas à intimidade devem ser feitas no momento em que estiver claro para o paciente a relação existente entre as suas práticas sexuais e o seu problema de saúde. Na maioria dos casos, questões relativas à vida sexual devem ser colocadas num segundo momento do atendimento, quando o paciente e você já estão mais confiantes e portanto, espera-se, mais a vontade para tocar nestes assuntos.

Perguntas abertas e fechadas

Ao conversar com alguém, existem basicamente dois tipos de perguntas a serem feitas: perguntas fechadas e perguntas abertas.

Perguntas fechadas

São aquelas que se respondem com uma palavra ou frase curta, geralmente com “sim” ou “não”:

“O inchaço é doloroso?”

“Sua menstruação está atrasada?”

“Você tem um companheiro?”

Perguntas abertas

Permitem que o paciente dê uma resposta mais longa:

“O que o está incomodando?”

“Como é a dor que você está sentindo?”

“Que tipo de medicamento você está tomando no momento?”

As perguntas abertas permitem que o paciente explique o que há de errado ou como se sente e, com suas próprias palavras, conte tudo que considere importante. As perguntas fechadas, por outro lado, fazem com que os pacientes respondam de forma precisa.

Qual a melhor maneira de usar estes dois tipos de perguntas? As pessoas geralmente sentem dificuldade em revelar informações sobre sua sexualidade; desta forma, as perguntas abertas irão ajudá-las a se sentirem mais à vontade. Geralmente, você saberá muito mais do paciente utilizando uma pergunta aberta do que uma pergunta fechada.

Existe ainda outra dificuldade com as perguntas fechadas no começo da entrevista: deixar de obter informações importantes. Compare as perguntas deste exemplo com as do seguinte.

Os seguintes diálogos devem ser reproduzidos em voz alta por dois dos componentes do grupo, cada um representando um papel (o profissional e o paciente).

Exemplo 1:

Paciente: Estou com uma forte dor na barriga.

Profissional: Deve ser bem desconfortável. Onde é a dor?

Paciente: Aqui.

Profissional: A dor é constante?

Paciente: Não.

Profissional: Está doendo agora?

Paciente: Sim.

Profissional: Quando foi que a dor começou?

Paciente: Semana passada.

Exemplo 2:

Paciente: Estou com uma forte dor na barriga.

Profissional: Deve ser bem desconfortável. Fale-me dessa dor.

Paciente: Bem, começou há uma semana. No começo sentia um pouco de dor aqui embaixo, mas às vezes dói bastante. Dói quando me sento e me levanto - não é como minha cólica menstrual.

Profissional: O que mais está incomodando?

Paciente: Bem, existe outra coisa. Estou com um corrimento que nunca tive. Não dói, mas tenho vergonha.

No segundo exemplo, o profissional de saúde conseguiu mais informação usando as perguntas abertas: “Fale-me dessa dor” e “O que mais está incomodando?”. Frequentemente, é conveniente perguntar “Mais alguma coisa?” várias vezes, porque alguns pacientes estão tão constrangidos que acabam falando de outros sintomas não relacionados com a DST, como, por exemplo, uma dor de cabeça.

Uma vez que você já está seguro que entende plenamente o problema do paciente, perguntas fechadas podem ser bastante úteis para conseguir detalhes mais específicos.

? Pergunta 6

Marque com um X quais das perguntas abaixo são abertas e quais são fechadas.

	Aberta	Fechada
a) Você está com um corrimento?		
b) Você é casada?		
c) O que está lhe incomodando?		
d) Dói?		
e) Você usou preservativo na sua última relação sexual?		
f) O corrimento é leitoso ou transparente?		
g) Como é essa dor?		
h) Como é sua menstruação?		

? Pergunta 7

Que tipo de pergunta aberta deve ser feita ao paciente várias vezes? Por quê?

Módulo

2

Avaliação,
exame físico e
aconselhamento
do portador
de DST

OUTRAS TÉCNICAS VERBAIS

Além da linguagem não-verbal positiva e a formulação de perguntas adequadas e respeitosas, existem várias técnicas adicionais que podem ser extremamente úteis ao atender pacientes com DST. Elas podem ajudá-lo a dar apoio e lidar com as emoções dos pacientes, bem como favorecer a troca de informações entre vocês. As seis técnicas são:

- facilitação
- direcionamento
- resumo e verificação
- compreensão
- apoio
- solidariedade

Facilitação

O profissional de saúde pode usar palavras, sentenças ou outros sons para encorajar o paciente a continuar falando.

Paciente: Não tenho certeza.... é constrangedor.

Profissional: Tudo bem, eu estou ouvindo.

Paciente: Bem, é que...

Profissional: Sim?

Paciente: Estou com uma ferida...

Direcionamento

Esta é uma técnica utilizada quando o paciente está confuso, não sabe por onde começar ou está falando rapidamente e mistura questões importantes.

Paciente: Não sei, está aí há três semanas. O que vou dizer ao meu marido? Será que alguém vai descobrir? Tem cura, não tem?

Profissional: Vamos primeiro descobrir qual é o problema. Vamos resolver isto e depois falamos sobre seu marido.

O direcionamento alivia a frustração do profissional de saúde, permitindo que o paciente externar preocupações e medos mais facilmente.

Resumo e verificação

Estas técnicas auxiliam a certificar se o paciente entendeu e ao mesmo tempo dá a ele a oportunidade de corrigir qualquer entendimento equivocado.

Profissional: (resumindo) Então você está preocupada com o que você vai dizer ao seu marido e você se sente envergonhada sobre esta situação. Você quer saber se existe cura (checando). Até aqui está tudo certo?

Paciente: Sim. O que há de errado comigo?

Use esta técnica quando o paciente tiver mencionado uma série de coisas que queira confirmar.

Compreensão

Esta pode ser a técnica mais importante de todas ao lidar com os sentimentos do paciente. Por exemplo, ao notar que um paciente está tenso ou ansioso, você pode expressar sua compreensão, fazendo um comentário sobre o que observou:

Profissional: Imagino que você esteja bastante preocupada.

Paciente: Sim, está me incomodando há mais de uma semana. Estou muito preocupada.

Ao mostrar sua compreensão, você permite que o paciente expresse suas ansiedades e estabeleça uma comunicação mais aberta entre vocês dois. Assim como a facilitação, a compreensão incentiva o paciente a continuar falando.

Apoio

Ainda que ninguém goste de expressões do tipo “Não se preocupe, tudo vai ficar bem”, o apoio moral é importante para demonstrar que você aceita os sentimentos do paciente e que o problema não precisa durar para sempre:

Profissional: Eu posso entender sua preocupação com estes sintomas. Assim que eu confirmar o que você tem, podemos começar o tratamento, e você vai se sentir melhor.

Paciente: Que bom. O que mais você tem que saber?

Solidariedade

Esta técnica permite-lhe oferecer um compromisso para com o paciente:

Profissional: Você fez bem em ter vindo aqui. Buscar um Serviço de Saúde nessas horas é necessário.

Paciente: É... eu não quero que isto aconteça novamente.

Profissional: Pois então antes de ir embora, gostaria de saber se você acha que pode se prevenir desse tipo de doença (DST). Vamos aproveitar para tirar todas as dúvidas e ver como você poderá se prevenir para evitar esses problemas de saúde.

Paciente: Eu sei que devo pedir para meu marido usar camisinha...

Profissional: E como é isso para você?

Paciente: Ele já usou algumas vezes para eu não ficar grávida. Mas agora o motivo é outro.

Profissional: Pois bem, vamos pensar juntos numa maneira de discutir isso com seu marido.

Paciente: Sim ...

RESUMO

Nesta seção, exploramos técnicas de comunicação verbal. Sugerimos em quais situações você poderia usar as perguntas abertas e fechadas durante o atendimento, e também seis técnicas adicionais e várias idéias para ajudá-lo a dar apoio aos pacientes, fortalecer uma relação de confiança e construir uma anamnese adequada para a realização do diagnóstico.

Até o momento, você deve ser capaz de:

- perceber como é importante acolher os pacientes pela recepção, da privacidade e da confidencialidade que você oferece;
- compreender que estabelecer uma relação de confiança com seus pacientes é fundamental para o alcance dos objetivos presentes no manejo de casos de DST;
- conduzir o atendimento sem expressar qualquer julgamento moral;
- usar termos ou palavras que o paciente possa entender com facilidade;
- perceber que o momento adequado para fazer perguntas íntimas ou para examinar o paciente implica que ele demonstre que compreendeu a razão destas perguntas e o motivo do exame físico;
- usar perguntas abertas ou fechadas apropriadamente;
- reconhecer as seis técnicas verbais que o ajudarão a aprimorar a qualidade de seu trabalho.

Módulo

2

Anamnese,
exame físico e
aconselhamento
do portador
de DST

Seção 3: Anamnese de portadores de DST

Após terem sido exploradas as técnicas de comunicação que nos auxiliam no atendimento dos nossos pacientes, serão apresentadas nesta seção as informações e procedimentos necessários para a realização da hipótese diagnóstica. Considerando que as DST são transmitidas com o exercício da sexualidade, abordaremos, também nesta seção, questões relativas a este tema e às medidas preventivas necessárias.

Ao final desta seção você será capaz de:

- discutir o conceito de sexualidade e as implicações de sua expressão;
- realizar junto ao paciente a avaliação de seu próprio risco;
- reconhecer práticas sexuais mais seguras;
- demonstrar o uso correto do preservativo masculino;
- identificar que informações são necessárias e porque;
- associar a coleta da informação às técnicas de comunicação que vimos na seção anterior.

ALGUNS CONCEITOS^{1, 2}

SEXO: refere-se aos aspectos anatômicos, às características físicas.

SEXUALIDADE: envolve não somente os órgãos genitais, mas todas as zonas erógenas do corpo, assim como vontades, desejos e fantasias. É a capacidade de comportar-se sexualmente, isto é, responder a estímulos eróticos e obter prazer de atividades sexuais, como as preliminares, a relação sexual em si e a masturbação.

PRÁTICA SEXUAL: é a “ação”, a manifestação das sensações, toques e fantasias – os três principais pilares para a construção da sexualidade. Não do sexo. Essa “ação”, prática ou atração de cada um, pode manifestar-se pela expressão hetero, homo e bissexual. Que por sua vez terá a base e estruturação ainda na infância, quando se “fecha” o núcleo da identidade sexual; isso ocorre entre 2 e 3 anos de idade.

IDENTIDADE SEXUAL: refere-se ao sentimento da pessoa em relação ao fato de pertencer ao sexo feminino ou masculino. Elaborar-se como um processo em que permanentemente a pessoa confronta seus desejos e sentimentos com os estereótipos de gênero mais marcantes em sua cultura.

ORIENTAÇÃO SEXUAL: chamada hoje em dia de atração sexual, é a expressão sexual de cada pessoa: seja hetero, homo ou bissexual. Não se sabe se a orientação sexual é determinada por fatores sociais, por fatores biológicos ou ambos.

PAPEL SEXUAL: é determinado por leis sociais que indicam como cada sexo deve se portar. São leis culturais.

Atividade 7: Práticas sexuais e o uso do preservativo

Atividade a ser coordenada pelo facilitador

O uso de preservativos, tanto masculinos quanto femininos, é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis. Sua segurança, no entanto, depende do uso correto e sistemático em todas as relações sexuais.

PRESERVATIVO MASCULINO:

- deve ser armazenado afastado do calor, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade;

¹ Villela, W. Homens que fazem sexo com mulheres. NEPAIDS, São Paulo, 1997

² Ribeiro, M. Sexo e sexualidade. Editora Gente, Rio de Janeiro, 1999

- deve ser colocado antes da penetração, após obtida ereção peniana;
- o receptáculo existente na extremidade do preservativo deve ser apertado durante a colocação, retirando todo o ar do seu interior;
- ainda segurando a ponta do preservativo, desenrolá-lo até a base do pênis;
- devem ser usados apenas lubrificantes de base aquosa pois o uso de lubrificantes oleosos (como vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex, aumentando o risco de ruptura;
- no caso de ruptura, o preservativo deve ser substituído imediatamente;
- após a ejaculação, retirar o pênis ainda ereto, segurando o preservativo pela base para que não haja vazamento de esperma;
- o preservativo não deve ser reutilizado, devendo ser descartado no lixo (nunca no vaso sanitário) após o uso.

PRESERVATIVO FEMININO:

- deve ser armazenado afastado do calor, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade;
- não deve ser usado junto com o preservativo masculino;
- ao contrário do preservativo masculino, o feminino pode ser colocado até oito horas antes da relação, e retirado com tranqüilidade após a relação, de preferência antes da mulher levantar-se, para evitar que o esperma esorra do interior do preservativo;
- o preservativo feminino já vem lubrificado, no entanto, se for preciso, podem ser usados na parte interna, lubrificantes de base aquosa;
- para colocá-lo corretamente, a mulher deve encontrar uma posição confortável (em pé com um dos pés em cima de uma cadeira, sentada com os joelhos afastados, agachada ou deitada); o anel móvel deve ser apertado e introduzido na vagina; com o dedo indicador ele deve ser empurrado o mais profundamente possível para alcançar o colo do útero; a argola fixa (externa) deve ficar aproximadamente 3 cm para fora da vagina; durante a penetração o pênis deve ser guiado para o centro do anel externo;
- deve ser utilizado um novo preservativo a cada nova relação.

O uso regular de preservativos pode levar ao aperfeiçoamento na técnica de utilização, reduzindo a frequência de ruptura e escape e, conseqüentemente, aumentando sua eficácia.

? Pergunta 8

Muitas pessoas são resistentes ao uso do preservativo. Quais são as dificuldades para o uso do preservativo mais freqüentemente relatadas?

? Pergunta 9

Quais argumentos você costuma usar para incentivar o uso do preservativo?

A ANAMNESE E A CONSTRUÇÃO DO DIAGNÓSTICO

A anamnese nos possibilita:

1. estabelecer uma hipótese diagnóstica;
2. avaliar com o paciente o risco de ele contrair ou de transmitir uma DST;
3. construir uma relação de confiança viabilizando o processo de aconselhamento;
4. verificar a necessidade da convocação dos parceiros sexuais e dos parceiros no uso de drogas injetáveis.

ROTEIRO DE ANAMNESE

Como obter as informações necessárias?

Abordar assuntos relativos à vida sexual pode ser difícil tanto para o paciente quanto para o profissional. O momento da anamnese pode ser precioso, desde que não seja utilizado como pura e simples aplicação de um roteiro pré-estabelecido. Sendo assim, o modelo de roteiro sugerido abaixo, deve servir apenas para orientar o profissional na organização dos dados obtidos, assim como para lembrá-lo de informações importantes que por ventura possa esquecer de abordar.

Os objetivos a serem alcançados na anamnese são a realização do diagnóstico, o tratamento da DST atual e a prevenção de futuras infecções, ou seja, resolver, junto com o paciente, o problema de saúde por ele apresentado. No entanto, alcançar estes objetivos depende fundamentalmente da participação ativa do paciente nesse processo. Seu papel *não* é apenas responder perguntas, ele precisa entender claramente a situação para poder aderir ao tratamento, comunicar o parceiro e adotar medidas preventivas. Para tal, ele necessita, em primeiro lugar, saber o que é a sua doença, o que o seu comportamento tem a ver com isso e quais são suas possibilidades e limites. Assim, durante a anamnese, deve-se estabelecer um diálogo franco entre o profissional e o paciente.

Atividade 7: Práticas sexuais e o uso do preservativo

Escreva e discuta com o restante do grupo quais são as palavras popularmente usadas em sua região para as seguintes síndromes ou para as DST que compõem as síndromes:

Corrimento vaginal:

Corrimento uretral:

Úlceras genitais:

Verrugas genitais:

Módulo

2

Anamnese,
exame físico e
aconselhamento
do portador
de DST

? Pergunta 10

Em que momento do atendimento devem ser abordadas questões relativas à vida sexual do paciente? Por quê?

Abaixo estão relacionadas algumas informações que devem constar da anamnese:

1. Dados Gerais: idade, sexo, endereço, ocupação, escolaridade.

2. A Doença Atual: queixa principal, sintomas, duração.

Homens:

- se for corrimento uretral: Dor ao urinar? Frequência da micção.

Mulheres:

- se for corrimento vaginal: cor, volume, textura, cheiro, relação com o ciclo menstrual, dor ao urinar, frequência da micção. Avaliação de risco para cervicite positiva? Outros sintomas tais como prurido ou desconforto.
- se for dor pélvica: Sangramento ou corrimento vaginal? Gravidez ou parto? Menstruação dolorosa ou irregular? Menstruação ausente ou atrasada?

Homens e Mulheres:

- se for uma úlcera genital: Dói? É recorrente? Foi precedida de vesículas? Qual a aparência? Início foi espontâneo? Há quanto tempo?
- se o parceiro apresenta queixas.

3. Antecedentes

- Passado de DST: Tipo? Datas? Resultados de exames? Algum tratamento? Quem tratou?
- Medicamentos em uso regular ou eventual.
- Alergia a medicamentos.

4. Histórico Sexual

- Prática sexual. Hábitos sexuais.
- Novo parceiro nos últimos três meses?
- Quando foi a última relação sexual?
- Avaliação de risco.

AVALIAÇÃO DE RISCO

O RISCO DE CADA “UM”

A avaliação de risco pressupõe um diálogo com o paciente sobre a necessidade da adoção de medidas preventivas. Nesse sentido, é preciso que as orientações para a prevenção devam levar em conta a vivência do paciente, suas experiências, dificuldades e dúvidas. Dessa forma, evidencia-se a importância de atentarmos para a *vulnerabilidade* e *risco* presentes na vida dos pacientes.

VULNERABILIDADE

Ser vulnerável, no contexto do HIV/DST, significa ter pouco ou nenhum controle sobre o risco de adquirir o HIV ou outra DST. As pessoas que já estão infectadas também são consideradas vulneráveis quando têm pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde ou cuidados em geral.

Fatores como idade, gênero, condições de vida, escolaridade, acesso aos meios de informação, entre outros, influenciam tanto no comportamento, quanto na vulnerabilidade.

Quando falamos em vulnerabilidade estamos não apenas identificando as situações em que as pessoas correm maior risco de se expor às DST, aids ou fazer uso de drogas, mas sim, procurando fornecer informações de forma que cada pessoa perceba se tem maior ou menor chance de se infectar ou de se proteger.

De forma geral, todas as pessoas que se expõem a uma relação sexual sem proteção, recebem sangue não testado ou compartilham agulhas e seringas, correm o risco de se infectar.

Entretanto, fatores individuais e coletivos (social e institucional) apontam graus variados de vulnerabilidade ao qual cada indivíduo está exposto.

Vulnerabilidade individual: está relacionada, principalmente, com os comportamentos adotados pelo indivíduo e que podem favorecer a infecção. Alguns fatores determinam a vulnerabilidade pessoal para a infecção por DST:

- a) falta de informação e medidas educativas sobre as formas de transmissão e prevenção das DST/HIV;
- b) pouca motivação ou sensibilização pessoal para aceitar os riscos de infecção;
- c) baixo poder de confiança ou estima para adotar medidas preventivas, incluindo mudança comportamental.

Vulnerabilidade coletiva: está relacionada com a vulnerabilidade tanto do ponto de vista social quanto institucional:

- a) **Vulnerabilidade social:** questões sociais e econômicas influenciam no aumento da violência sexual, prostituição e tráfico de drogas, tornando os indivíduos mais vulneráveis à infecção pelo HIV e outras DST. Algumas pessoas são mais vulneráveis que outras, especialmente os jovens que, além de vivenciarem as mudanças próprias da idade, ainda se deparam com mudanças relacionadas com a estrutura familiar e condições de vida, como pobreza, desemprego, falta de moradia, baixa escolaridade e violência, além da falta de acesso aos meios de comunicação, serviços de saúde e aos meios de prevenção (preservativos e seringas descartáveis).
- b) **Vulnerabilidade institucional:** diz respeito ao desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção e assistência aos portadores de DST, envolvendo instituições governamentais, não-governamentais e sociedade civil, buscando a integração desses serviços na promoção da saúde do indivíduo.

Atividade 9:

Discuta com os colegas do grupo quais são as características individuais e socioculturais mais freqüentemente apresentadas pela população usuária do Serviço de Saúde onde você trabalha e se essas características indicam alguma vulnerabilidade nessa população.

A informação precisa é freqüentemente confundida com crenças locais. Certas crenças podem gerar falsos sentimentos de segurança e, se as ignoramos, perdemos a chance de esclarecê-las para o paciente, assim como de pensarmos com ele em alternativas para novos hábitos.

Atividade 10:

Discuta em grupo quais são as crenças, os mitos e os tabus sobre as DST e a aids mais freqüentemente apresentadas pela população em geral e como lidar com estas questões. Por exemplo:

- mulheres casadas, rapazes ou moças mais jovens ou pessoas “limpas” estão livres das DST;
- urinar e/ou lavar-se com chuveirinho após o sexo protege contra as DST;
- não fazer sexo com profissionais do sexo e /ou homossexuais garante que não haja infecção.

Para assegurar maior probabilidade de adoção de práticas seguras, devemos, em primeiro lugar, saber no que o paciente acredita e procurar desmistificar o que se fizer necessário, sem desqualificá-lo e sim procurando fazê-lo compreender as informações científicas, relacionando seu estado atual (sinais e sintomas) e seus comportamentos. Dar exemplos, fazer analogias pode ajudar.

AVALIAÇÃO DO RISCO PARA DST E HIV

Abaixo estão algumas questões objetivas para uma avaliação de risco junto ao paciente. Cabe ao profissional verificar a pertinência destas questões em cada atendimento.

Este roteiro não é uma “camisa de força”, e para que assim não pareça, é fundamental promover um diálogo que permita a abordagem destes assuntos de forma que fique claro para o paciente qual foi a situação de risco que o levou a adquirir a doença atual. A partir desta compreensão ele poderá refletir sobre estratégias viáveis para prevenção dos riscos por ele vivenciados e decidir se fará o exame sorológico anti-HIV.

Comportamento sexual pessoal

1. Quantos parceiros sexuais teve no último ano?
2. Praticou sexo com um parceiro novo ou diferente nos últimos três meses.
3. Tipo de relação sexual: sexo anal, vaginal e oral. Com ou sem proteção ?
4. Teve qualquer outra DST no último ano?

Uso de droga

1. Usou álcool ou outras drogas antes ou durante o sexo? Quais? (Esta é uma questão importante pelo fato das drogas poderem alterar a percepção de risco e a atitude preventiva).
2. Usa droga injetável? Compartilha seringa e/ou equipamentos? (No uso de droga injetável, compartilhar seringas e os demais equipamentos representa um alto risco de infectar-se pelo HIV ou transmiti-lo).

Outros fatores de risco pessoal:

1. Recebeu transfusão de sangue e/ou derivados? Quando?
2. Tem alguma tatuagem? Foi feita com material descartável?
3. Outros fatores de risco.

Comportamento dos parceiros ou parceiras sexuais:

1. Fazem sexo com outras pessoas?
2. Têm ou já tiveram alguma DST?
3. São portadores do HIV?
4. Usam drogas?

Atitudes de proteção do paciente:

1. O que o paciente faz para proteger-se de DST e HIV?
2. Usa preservativos? Quando e como? Com que frequência? Com quem?
3. Quais atividades de baixo risco ou de sexo seguro o paciente pratica? Com que frequência? Com quem? Por que?

RESUMO

Nesta terceira seção, enumeramos as informações que você precisa para diagnosticar uma DST, fazer uma avaliação de risco e ajudar o paciente na compreensão de sua doença atual, formas de transmissão, prevenção e tratamento. Abordamos nas seções anteriores as técnicas de comunicação e atitudes que promovem um clima de confiança e favorecem a troca de informações visando a adesão ao tratamento prescrito, a comunicação e tratamento dos parceiros ou parceiras sexuais e a adoção de medidas preventivas.

Seção 4: Exame físico

O objetivo do exame físico é confirmar quaisquer sintomas de DST descritos pelo paciente, verificando os sinais da DST.

Esta seção orienta sobre o que fazer ao examinar um paciente do sexo masculino ou feminino; sugere maneiras para ajudá-lo a compreender a importância de um exame físico e a superar o embaraço ou desconforto gerados por este exame. O exame físico das partes mais íntimas do corpo de uma pessoa requer tato, sensibilidade e respeito por parte do profissional de saúde.

Esta seção final irá ajudá-lo a:

- conduzir um exame físico eficaz para pacientes de ambos os sexos;
- buscar a confiança daqueles pacientes relutantes para que compreendam a necessidade e sejam examinados.

? Pergunta 11

Que recursos materiais básicos e que condições mínimas são necessários para conduzir um exame físico?

? Pergunta 12

Que preocupações as pessoas têm ao serem examinadas?

? Pergunta 13

O que deve ser feito para dar confiança ao paciente antes do exame físico?

Essas perguntas levantam vários aspectos importantes. As pessoas podem se sentir incomodadas ou relutantes ao serem examinadas na região genital. Para que este incômodo seja superado, o profissional de saúde precisará:

- garantir privacidade e confidencialidade;
- explicar o que será feito e porque o exame físico é importante;
- utilizar bem o tempo que tiver para examinar o paciente;
- atuar com segurança;
- usar todas as habilidades de comunicação aperfeiçoadas nas seções 2 e 3.

Para a maioria das síndromes, o exame físico é importante para se chegar a um diagnóstico. Porém, nunca devemos forçar uma pessoa a ser examinada.

? Pergunta 14

O que pode ser dito a um paciente que não quer ser examinado? Considere estas situações: o que você poderia dizer ou fazer para poder examiná-lo?

a) Um(a) paciente do mesmo sexo que o seu se recusa a ser examinado(a).

b) Uma paciente está relutante em ser examinada por um profissional de saúde do sexo masculino.

c) Um rapaz está relutante em ser examinado por um profissional de saúde do sexo feminino.

RESUMO

Até aqui, exploramos questões sobre a preparação do paciente para o exame físico e ressaltamos que:

- é fundamental explicar aos pacientes a necessidade de examiná-los;
- a garantia da confidencialidade, a privacidade e o respeito aos pacientes são essenciais;
- se o profissional for do sexo masculino, deve ser oferecida às pacientes do sexo feminino a possibilidade de terem outras pessoas presentes ao exame;
- o embaraço ou a timidez do profissional de saúde não deve prejudicar o diálogo com o paciente.

A seguir, mostraremos as etapas básicas para examinar pacientes de ambos sexos.

Exame físico para diagnóstico de DST em pacientes do sexo masculino

1. Peça ao paciente que se levante e se dispa do tórax até os joelhos. É mais fácil examiná-lo de pé, embora alguns prefiram que o paciente se deite.
2. Palpe a região inguinal para detectar a presença de gânglios linfáticos aumentados.
3. Palpe o escroto, para detectar: testículos, epidídimo, cordão espermático.
4. Examine o pênis, observando se há vesículas ou outras lesões. Peça então ao paciente que retraia o prepúcio e observe a glândula e o meato uretral. Se você não puder observar corrimento uretral, peça ao paciente que ordene a uretra, comprimindo o pênis da base à glândula.
5. Anote a presença de: gânglios, úlceras, verrugas, corrimento uretral, observando a cor e a quantidade.
6. Examine ânus e períneo.
7. Examine cavidade oral.
8. Examine pele.

Exame físico para diagnóstico de DST em pacientes do sexo feminino

1. Peça à paciente que tire a roupa e que se deite. Para não deixá-la constrangida, use um lençol para cobrir as partes do corpo que não serão examinadas.
2. Examine as mamas.
3. Palpe delicadamente o abdômen para detectar massas pélvicas e sensibilidade.
4. Palpe a região inguinal para detectar a presença de gânglios linfáticos aumentados.
5. Peça à paciente que dobre seus joelhos e separe suas pernas, então examine a vulva, o ânus e o períneo.
6. Introduza o espécúlo, examine a vagina e o colo. Colete material para bacterioscopia, faça a prova do pH e a prova do KOH.
7. Realize o toque da vagina.
8. Registre a presença de: gânglios, úlceras, verrugas, corrimento vaginal, observando o tipo, cor e quantidade.
9. Examine cavidade oral.
10. Examine pele.

Seção 5: Aconselhamento

Ter clareza a respeito dos nossos preconceitos, valores, habilidades de comunicação, possibilidades e limites não é uma tarefa fácil, mas sem dúvida, aperfeiçoa nosso desempenho profissional. Na seção 1, abordamos a importância de “administrarmos nossos sentimentos” de forma que possamos “ouvir” e “entender”, de fato, as pessoas usuárias dos nossos serviços. Dessa forma, favorecemos o estabelecimento de uma *comunicação eficaz* e uma *relação de confiança* que são a base do *processo de aconselhamento*.

Nesse sentido, ressaltamos que o *processo de comunicação* não é uma linha contínua, de mão única, entre emissor e receptor, mas um processo complexo em que:

- 1) o receptor não é “receptáculo” passivo da mensagem, mas sujeito ativo de reconstrução das informações;
- 2) os “ruídos” que comprometem a apreensão da mensagem não se limitam à falta de clareza de linguagem, mas também dizem respeito à falta de entendimento e aceitação da cultura deste “receptor”;
- 3) a relação “emissor”- “receptor” baseia-se numa troca (conflitiva ou não) entre ambos, na qual o “emissor” se torna “receptor” e vice-versa.

É fundamental que se faça a distinção entre o simples repasse de informação e a comunicação propriamente dita. A comunicação diz respeito, necessariamente, à possibilidade do diálogo, confronto e reciprocidade.

Ao final desta seção você será capaz de:

- explicar porque o aconselhamento é importante no manejo de casos de DST;
- identificar os procedimentos básicos do processo de aconselhamento no atendimento de portadores de DST;
- identificar os assuntos que devem ser abordados no aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV;
- reconhecer e praticar suas habilidades no exercício do aconselhamento.

? Pergunta 15

É importante incorporar o aconselhamento no processo de atendimento das pessoas com DST? Por que?

? Pergunta 16

Na sua opinião, o que deve ser abordado no aconselhamento para portadores de DST?

? Pergunta 17

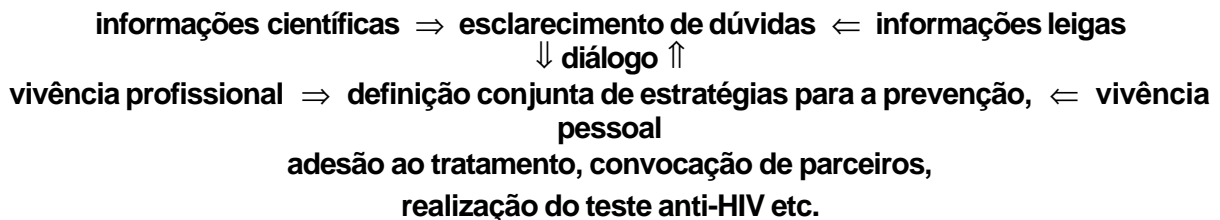
Em que momento, por quem e por meio de quais atividades pode se desenvolver o processo de aconselhamento?

O PROCESSO DE ACONSELHAMENTO

Compreendemos o *aconselhamento* como “um processo de escuta ativa, individualizado e centrado na pessoa em atendimento. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores visando o resgate dos recursos internos da pessoa para que ela mesma tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação”.

Nesse sentido, podemos considerar que o processo de *aconselhamento* se inicia no primeiro contato com o paciente. Desde que ele chega no serviço, “ouvindo-o” conseguimos “identificar a sua demanda”, o que de fato está lhe preocupando e procuramos responder a esta primeira ansiedade, baixando seu nível de estresse e viabilizando o diálogo com vistas ao alcance dos seis objetivos presentes no manejo dos casos de DST.

O aconselhamento implica em uma postura/atitude do profissional em promover uma *parceria*, uma reflexão conjunta, uma troca de informações entre ambos interlocutores, na qual, a partir das informações leigas do usuário e das informações científicas do profissional, as dúvidas são esclarecidas. Estabelecido o diálogo franco e utilizando elementos da vivência pessoal do usuário e da vivência do profissional, ocorre a definição conjunta de estratégias para a prevenção, a adesão ao tratamento, a comunicação dos parceiros ou parceiras sexuais, a realização do exame sorológico anti-HIV etc.



A perspectiva do aconselhamento é de singularizar o atendimento, individualizando a informação geral (e científica) para ajustá-la às características e vivências da pessoa em atendimento.

OBJETIVOS E COMPONENTES DO ACONSELHAMENTO

No contexto das DST/HIV/AIDS, o aconselhamento tem por objetivos promover:

- redução do nível de estresse;
- a reflexão que possibilite a percepção dos próprios riscos e a adoção de práticas mais seguras;
- a adesão ao tratamento;
- a comunicação e o tratamento de parceiros sexuais e de parceiros de usuários de drogas injetáveis

O aconselhamento é um processo que deve-se iniciar com a chegada do paciente ao serviço de saúde. Veremos agora quais são os *componentes* deste processo:

- apoio emocional, que minimiza o estresse do paciente;
- apoio educativo, que trata das trocas de informação sobre as DST e HIV/aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento;
- avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias para redução de riscos.

Para alcançar seus objetivos, o aconselhamento percorre os três componentes acima referidos, nem sempre em um mesmo atendimento. Pode se dar em grupo ou individualmente. No ***aconselhamento coletivo***, recomenda-se abordar as questões relativas ao componente educativo, cabendo ao ***aconselhamento individual*** trabalhar com avaliação de risco, ou seja, aspectos mais ligados à intimidade do paciente. Consideramos que o apoio emocional é trabalhado tanto coletiva como individualmente, na medida em que, nas duas situações, o paciente é acolhido, tem espaço para se colocar e esclarecer suas dúvidas.

ACONSELHAMENTO PRÉ E PÓS-TESTE ANTI-HIV

A detecção precoce e o tratamento das DST é um componente fundamental para prevenção do vírus da aids, pois as DST aumentam o risco da infecção pelo HIV em até 18 vezes. Por outro lado, da mesma forma que o indivíduo contraiu uma DST poderia ter se infectado pelo HIV. Sendo assim, durante a avaliação de risco cabe a você conversar com seu paciente sobre HIV/aids e oferecer-lhe a realização do exame sorológico anti-HIV.

A seguir, está proposta uma atividade para que você possa identificar a complexidade da situação de testagem anti-HIV a partir da sua própria vivência ou depoimentos alheios.

Atividade 11: “Cochicho do teste”

Atividade a ser coordenada pelo facilitador

Pergunta 18

O que você considera essencial ser abordado no aconselhamento pré-teste anti-HIV para portadores de DST?

Pergunta 19

O que você considera essencial ser abordado no aconselhamento pós-teste anti-HIV:

a) negativo

b) positivo

c) indeterminado

RESUMO

Nesta seção, apresentamos o conceito de aconselhamento, seus objetivos e procedimentos básicos. Enfatizamos a importância da qualidade da comunicação estabelecida e a sua relação com o processo de aconselhamento. Lembramos ainda ser fundamental que o profissional de saúde mantenha-se atualizado quanto às informações técnico-científicas a respeito das DST e da aids, para que possa realizar o aconselhamento apropriado, com informações precisas. Na seção anterior, tratamos dos conceitos de vulnerabilidade de risco, os quais definem o campo de atuação do aconselhamento.

É importante ressaltar que toda formação é um processo permanente, instigador de outros conhecimentos e aprofundamentos, no qual nunca se está totalmente pronto mas, antes, suficientemente preparados.

Atividade 12: Exercício de dramatização

Atividade a ser coordenada pelo facilitador

A única maneira de aperfeiçoar suas habilidades na construção de uma relação de confiança com seus pacientes e na realização do aconselhamento é praticá-las. A atividade a seguir lhe ajudará a perceber nesta interação humana (profissional de saúde-paciente) e a identificar alternativas para alcançar os objetivos do seu trabalho.

Os três papéis

A idéia é que uma pessoa faça o papel de paciente de DST, outra o papel do profissional. Uma terceira pessoa irá observar e avaliar a interação. A consulta simulada deverá ter uma duração máxima de 10 minutos. Durante 5 minutos o “paciente” e o “profissional de saúde” falarão sobre o que sentiram; o observador fará sua análise das performances em 5 minutos; os outros componentes do grupo terão mais 5 minutos para fazer comentários.

0 paciente

Seu papel é o de um(a) paciente que procurou uma clínica para tratar uma DST. Faça o seu papel o mais realista possível. Tente SER essa pessoa, dando respostas sinceras ao profissional de saúde que o estiver entrevistando. Não tente tornar as coisas difíceis para ele. Após a encenação, diga a seu entrevistador sobre como ele se saiu. Concentre-se principalmente em como você se sentiu como paciente: até que ponto o entrevistador o fez sentir-se à vontade e contar-lhe tudo o que supostamente seria necessário.

Paciente 1: homem, solteiro, 24 anos, analista de sistemas, bom emprego, bom salário, casa própria, não quer compromisso com nenhuma mulher, quer apenas “curtir a vida”; costuma beber e usar cocaína, às vezes injeta a droga nas veias; tem duas namoradas com quem sai sempre e costuma ocasionalmente “transar” com outras tantas; nunca usa camisinha porque sempre escolhe as “mais limpas ou casadas”; não entende porque está com um corrimento uretral e uma pequena úlcera no pênis.

Paciente 2: mulher, casada, 35 anos, dona de casa, primeiro grau incompleto, três filhos adolescentes, marido motorista de caminhão; só tem relações sexuais com o marido; chegou ao centro de saúde sem saber a causa das dores pélvicas que a atormentam há alguns dias e do corrimento amarelado e fétido que suja sua calcinha.

Paciente 3: mulher, solteira, 28 anos, trabalhadora sexual, não tem companheiro fixo; parte do que ganha manda para os pais que vivem num bairro da periferia; eles dizem não saber como ela ganha aquele dinheiro que os livra da miséria; ela tem muito medo da aids e, no entanto, não usa camisinha com a maioria de seus clientes, que inclusive pagam mais para não usá-la; sabe pouco sobre as outras DST; foi diagnosticada uma ulceração genital e algumas pequenas verrugas na vulva e ânus.

0 profissional de saúde

Durante a dramatização, seja você mesmo. Tente utilizar todas as técnicas verbais e não-verbais exploradas neste módulo, sempre mantendo contato com as emoções do paciente e respondendo a estas emoções. Tente também obter e dar o máximo de informações apropriadas sobre e para o paciente, no menor tempo possível.

Depois da entrevista, você receberá *feedback* do paciente e do observador. O observador concentrar-se-á nas suas técnicas, ao passo que o paciente descreverá como se sentiu durante a entrevista. O paciente também deve lembrar alguma informação importante, caso você tenha esquecido de perguntar.

0 observador

O papel do observador é muito importante, porque você vai dar ao profissional de saúde um *feedback* objetivo sobre as técnicas usadas durante a dramatização. Enquanto você observa, use a lista abaixo para checar se o profissional de saúde está atuando corretamente. Seja claro sobre o que ele fez de adequado ou correto e por quê.

Lista de observação – o profissional de saúde:

- trata o paciente com respeito?
- mostra que está ouvindo, através de linguagem não verbal apropriada?
- obtém a permissão do paciente antes de fazer perguntas constrangedoras?
- sabe lidar com as emoções do paciente?
- usa, em sua maioria, perguntas abertas, limitando o número de perguntas fechadas?
- usa as técnicas verbais de forma apropriada?
- consegue obter as informações necessárias?
- consegue dar as informações necessárias: falar sobre as DST, suas conseqüências, sua relação com o HIV, a importância de fazer o tratamento correto, seu grau de risco, a importância da mudança de comportamento etc.
- ajudou o paciente a definir a melhor forma para comunicar a seus parceiros sexuais da necessidade de também receberem tratamento?

Revisão

Agora que você terminou o módulo 2, você deve ser capaz de:

- identificar os recursos necessários para o atendimento e o exame físico dos pacientes;
- oferecer privacidade e confidencialidade durante o atendimento e o exame físico;
- avaliar a peculiaridade do atendimento de um paciente com DST;
- reconhecer a ansiedade e inibição que os pacientes podem apresentar;
- reconhecer suas próprias emoções e limitações;
- identificar as quatro características essenciais da comunicação não-verbal;
- usar perguntas abertas na anamnese, seguidas de perguntas fechadas quando precisar obter detalhes específicos;
- usar as seis técnicas verbais adicionais que lhe permitam trabalhar com as emoções do paciente para coletar informações de forma eficaz;
- enumerar as quatro áreas de informação que devem ser abordadas durante a entrevista;
- conduzir um exame físico dirigido e eficaz em pacientes de ambos os sexos;
- incentivar o paciente que está relutante em ser examinado e ganhar sua confiança.

Módulo

2

Anamnese,
exame físico e
aconselhamento
do portador
de DST

Atividade 13:

Volte à Atividade 1. Releia os problemas que você listou e escreva abaixo como poderá superá-los no futuro.

Plano de ação

Ao regressar ao seu local de trabalho, avalie se as condições de atendimento, desde a chegada do paciente à unidade até sua saída, garantem sua privacidade e a confidencialidade das informações. Que estratégias você poderá utilizar para garantir essas condições? Discuta com seus colegas de trabalho e com seu superior.

Respostas

1. Não há resposta certa ou errada para esta pergunta. Algumas pessoas sentem-se nervosas, inibidas, ansiosas, constrangidas. A intensidade dessas emoções pode depender do conhecimento que o paciente tem sobre DST, de sua convicção sobre a causa de seus sintomas, de seu sexo, de sua idade ou condição social, ou até mesmo do fato de conhecer ou não o profissional de saúde. Uma consequência importante dessas emoções é que as pessoas podem não expor o sintoma que está causando maior preocupação. Um paciente com uma úlcera genital ou um corrimento, eventualmente irá queixar-se em primeiro lugar de uma dor de cabeça ou de uma garganta inflamada. A descoberta dos verdadeiros sintomas depende das habilidades, atitudes e incentivo do profissional de saúde.

2. O motivo para fazer a segunda pergunta é ver a entrevista sob uma perspectiva diferente: as emoções do profissional de saúde. Não são apenas os pacientes que ficam constrangidos ou ansiosos, porque as perguntas que temos de fazer são muito pessoais. A sexualidade é um assunto pessoal e privado. É importante que você reconheça seus próprios sentimentos ao fazer estas perguntas, tão pessoais, para que possa trabalhar de forma positiva e sensível com seus pacientes.

3. O comportamento de Madalena provavelmente faz com que a paciente se sinta desprezível e sem importância – como uma criança que está fazendo algo de errado e é flagrada. Porém, a maneira pela qual cada pessoa se sentiria dependeria de sua personalidade. Uma pessoa assertiva poderia sentir-se zangada com Madalena, enquanto uma pessoa mais tímida poderia sentir-se amedrontada. Como esta paciente parece já estar constrangida por causa de seus sintomas, existe pouca probabilidade de que a entrevista seja bem sucedida.

4. O que Madalena fez? Não é difícil encontrar pontos a serem revistos:

- Madalena não cumprimenta a paciente e tampouco se apresenta;
- mal olha para a paciente durante os primeiros minutos;
- começa a entrevista enquanto ainda há alguém presente na sala;
- fala e se comporta de maneira impaciente e pouco amigável;
- não demonstra qualquer consideração pelo constrangimento da paciente – na realidade, ela fica ainda mais irritada.

5. Não se preocupe se você achou esta atividade difícil, especialmente se você não teve qualquer treinamento anterior com entrevistas. Gostaríamos de levantar as seguintes observações:

- a) “Nome?”: Seria mais acolhedor apresentar-se antes ao paciente e depois: “Qual o seu nome, por favor?”, ou “Por favor, como você se chama?”.
- b) “Quantos parceiros sexuais você já teve, e quem são?”: Uma pergunta difícil de se fazer e de se responder em qualquer situação, porque além de tudo são duas perguntas! Faça uma pergunta de cada vez. Outra sugestão: quando começar a fazer perguntas muito pessoais, comece pedindo a permissão do paciente. Reconheça que a pergunta será difícil de ser respondida: o paciente sentirá que você entende os sentimentos dele.
- d) “Você já fez sexo com outras pessoas além do seu marido?”: Esta pergunta sugere um julgamento moral por parte do profissional.
- e) “Os sintomas só voltam durante a sua menstruação, não é mesmo?”: Esta pergunta induz a paciente. É conhecida como pergunta “guia”.
- f) “Seus períodos menstruais são normais?”: A sugestão aqui é evitar usar expressões médicas as quais o paciente provavelmente não conhece.

6. Perguntas fechadas podem ser respondidas com uma sentença curta ou com “sim” ou “não”:

Você está com um corrimento? fechada

Você é casada? fechada

O que está lhe incomodando? aberta

Dói? fechada

Você usou preservativo na última vez que manteve relação sexual? fechada

O corrimento é leitoso ou transparente? fechada

Como é essa dor? aberta

Como é sua menstruação? aberta

7. “Mais alguma coisa está incomodando?” ou algo semelhante. A razão pela qual tais perguntas são tão importantes é que permitem que o paciente, a princípio nervoso ou ansioso, saiba lidar com suas preocupações mais íntimas à sua maneira. Lembre-se que muitos pacientes com sintomas de DST vão se sentir tão constrangidos por causa deles que estarão relutantes em admitir estes sintomas até que você tenha demonstrado sua disposição em ouvi-lo e tratá-lo com respeito.

8. As dificuldades variam desde sensações físicas incômodas, valores morais a questões de gênero:

“O preservativo reduz a sensibilidade”; “o preservativo rompe ou escorrega e, portanto, não vale a pena”; “há o risco de quebrar o ritmo, perder o tesão e até brochar”; “quem usa preservativo é promíscuo”, “mulher que pede pra usar não presta”.

9. De acordo com cada caso, as argumentações abaixo podem ser úteis para superar as dificuldades apresentadas quanto ao uso do preservativo:

- o uso de lubrificante à base de água ajuda a evitar o rompimento;
- erotizar o preservativo e o momento de sua colocação torna esta prática excitante;
- o prazer que se tem em transar tranquilo, dando e recebendo proteção.

O fundamental é incluir o tema do uso do preservativo em todo atendimento realizado e promover o uso correto do preservativo incluindo informações mais explícitas sobre sua colocação e retirada.

10. As perguntas sobre aspectos da vida sexual do paciente devem ser feitas no momento em que estiver claro para ele a relação existente entre a sua vida sexual e o seu problema de saúde, e se ele permitir a abordagem deste assunto. Na maioria dos casos, questões relativas à intimidade do paciente devem ser colocadas num segundo momento, quando o paciente e o profissional, espera-se, estejam mais confiantes e portanto mais à vontade para abordar esses assuntos.

11. Para conduzir um exame físico, você precisa, minimamente:

- uma sala bem iluminada e com privacidade;
- uma mesa de exame para que o paciente possa se deitar para o exame, e uma cadeira;
- para o atendimento de mulheres: cama ginecológica, espéculos, pinças, cubas, luvas, gaze, algodão, soro fisiológico, fita de pH, KOH etc;
- tempo, o que também pode limitar a extensão do exame físico.

12. Em geral, as pessoas se sentem muito inibidas em mostrar seus genitais a outra pessoa, especialmente se forem do sexo oposto; também podem se sentir envergonhadas sobre seus sintomas.

13. Os fatores mais importantes para que um paciente se sinta confortável e confiante é garantir, antes do exame físico, privacidade e confidencialidade, além de explicar-lhe todos os detalhes do exame, para que serve cada manobra e de que forma esses procedimentos poderão ajudá-los a encontrar uma solução para o problema.

14. Lembre-se que você não pode forçar qualquer pessoa a ser examinada.

- a) Na primeira situação, tanto o profissional como o paciente são do mesmo sexo: explique porque você precisa examiná-lo, principalmente que você precisa certificar-se de sua doença e prescrever o tratamento correto. Enfatize que o exame físico será breve e sem dor (quando isto for verdadeiro).
- b) Quando um paciente do sexo feminino estiver sendo examinado por um profissional de saúde do sexo oposto, é obrigatório que outra pessoa, um amigo ou uma profissional, esteja presente. Isto provavelmente irá tornar a situação mais confortável para a mulher.
- c) Nesta circunstância, tente persuadir o paciente. Você também pode oferecer que um membro masculino da equipe esteja presente na sala enquanto você faz o exame físico. Se isto não funcionar (e talvez existam fortes razões culturais que não permitam que um paciente masculino seja examinado por uma mulher), sua única alternativa é deixar que um profissional de saúde do sexo masculino realize o exame físico.

15. Pela natureza dessas infecções, na assistência de pessoas com DST, temos a oportunidade ímpar de mantermos contato com a intimidade da vida dos pacientes. Por outro lado, quando a pessoa está doente e busca um serviço de saúde é quando ela manifesta um maior interesse em entender sobre a doença e se cuidar. Sendo assim, não podemos desperdiçar esta oportunidade. Outros aspectos que ressaltam a importância do aconselhamento é que a adesão ao tratamento e a adoção de medidas preventivas cresce à medida em que o paciente entende a sua doença e porque deve submeter-se ao tratamento prescrito, incluindo aí a comunicação e tratamento da parceria sexual; tem claro quais são seus riscos de infectar-se e o que pode fazer para prevenir-se.

16. No atendimento de pacientes com DST é importante:

- oferecer informações específicas sobre a(s) DST apresentada(s), suas possíveis repercussões e seu tratamento;
- avaliar com o cliente seu histórico de outras DST e as situações de risco que culminaram nesta DST;
- reforçar a necessidade da adoção de práticas mais seguras para a redução de riscos;
- identificar barreiras para a mudanças das situações de risco;
- contribuir para a elaboração de um plano viável de redução de riscos;
- explicar os benefícios e demonstrar o uso correto do preservativo;
- avaliar possíveis dificuldades quanto ao uso do preservativo e a sua superação;
- lembrar que o consumo de álcool e outras drogas, lícitas ou ilícitas, podem alterar a percepção de risco;
- explicar as complicações decorrentes de não tratar aquela doença ou de fazer um tratamento incompleto ou da auto-medicação;
- reforçar a necessidade de retorno ao serviço se não houver melhora ou sempre que apresentar algum sintoma;
- reforçar a necessidade do tratamento da(s) parceria(s) sexual(is);
- enfatizar a relação entre DST e HIV/aids;
- oferecer testagem anti-HIV e aconselhamento pré e pós-teste.

17. O aconselhamento pode se dar, por exemplo, por meio de “grupos de sala de espera”, nas consultas médicas, de enfermagem, do serviço social, da psicologia, na dispensação de medicamentos etc. O importante é que os profissionais de saúde da equipe estejam capacitados para desenvolverem o aconselhamento e se organizem, definindo a melhor maneira de viabilizar esta prática no seu serviço.

18. Após feita a avaliação de risco e a decisão do paciente expressada, prepará-lo para a realização do exame sorológico anti-HIV é fundamental. Neste momento é importante:

- reafirmar o caráter voluntário e confidencial da testagem;
- trocar informações sobre o sistema de teste e o conceito de “janela imunológica”;
- trocar informações sobre o significado dos possíveis resultados do teste;
- reforçar a diferença entre HIV e aids;
- considerar com o cliente o impacto em sua vida dos possíveis resultados do teste;
- sondar qual o apoio emocional e social disponível (família, parceiros, amigos, trabalho e outros);
- avaliar com o cliente a realização ou não do teste;
- considerar possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste;
- reforçar a necessidade da adoção de práticas seguras frente ao HIV, também neste período.

19. No aconselhamento pós-teste três situações podem ocorrer:

DIANTE DE RESULTADO NEGATIVO:

- retomar que um resultado negativo significa que a pessoa não está infectada, ou está infectada tão recentemente que não produziu anticorpos suficientes para detecção pelo teste;
- lembrar que um resultado negativo não significa imunidade;
- avaliar a possibilidade do cliente estar em “janela imunológica” e necessidade de retestagem;
- reforçar as práticas seguras já adotadas ou a serem adotadas pelo paciente frente ao HIV e outras DST;
- reforçar o benefício e demonstrar o uso correto do preservativo;
- reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas, **caso seja necessário**.

DIANTE DE RESULTADO POSITIVO:

- permitir o tempo necessário para que o indivíduo assimile o impacto do diagnóstico e expresse seus sentimentos;
- conversar sobre sentimentos e dúvidas, prestando o apoio emocional necessário;
- estar atento para o manejo adequado de sentimentos comuns, tais como raiva, ansiedade, depressão, medo, negação e outros;
- desmistificar sentimentos que associam HIV/aids a culpa, punição, rejeição, degenerescência, morte e outros;
- retomar que um resultado positivo significa que a pessoa é portadora do vírus, podendo ou não estar com a doença desenvolvida;
- enfatizar que mesmo sendo um portador assintomático pode transmitir o vírus para outros;
- reforçar a importância de acompanhamento médico, ressaltando que a infecção é tratável;
- reforçar a necessidade da adoção de práticas seguras para a redução de riscos de reinfecção pelo HIV e outras DST;
- reforçar o benefício e demonstrar o uso correto do preservativo;
- reforçar os benefícios do uso exclusivo de equipamentos para o consumo de drogas injetáveis e demonstrar o método correto de limpeza e desinfecção de seringas e agulhas, **caso seja necessário**;
- enfatizar a necessidade do resultado ser comunicado à(s) parceria(s) atual(is), oferecendo ajuda caso seja solicitada;
- orientar quanto a necessidade da(s) parceria(s) atual(is) de realizar teste anti-HIV;
- encaminhar o paciente para serviços de assistência, incluindo grupos comunitários de apoio, **caso seja necessário**.

Obs: Se sua paciente for do sexo feminino, é fundamental conversarem sobre a relação entre maternidade e soropositividade e suas implicações.

DIANTE DE RESULTADO INDETERMINADO:

- retomar que um resultado indeterminado significa: (1) um falso-positivo devido a razões biológicas ou (2) um verdadeiro-positivo de uma infecção recente cujos anticorpos não estão plenamente desenvolvidos;
- orientar a realização de nova coleta para retestagem no período definido pelo laboratório;
- considerar com o cliente possíveis reações emocionais no período de espera do resultado do teste e referenciar para apoio psicológico, se necessário.

Bibliografia

- ADIMORA, A. et al. **Sexually transmitted diseases**. 2th edition. [S.l.]: McGraw Hill, 1994.
- ARRUDA, J. M. et al. **Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF)**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1987. p. 107-109.
- **Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade**. [S.l. : s.n, 19—?].
- BERQUÓ, E. ; SOUZA, M. R. Homens adultos: conhecimento e uso do condom. In: LOYOLA, M. (Org.). **Aids e sexualidade**. Rio de Janeiro: Relume Dumara; UERJ, 1994. p. 171-182.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos**. 2. edição. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- **Manual de controle das DST**. 3. Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- CENTER FOR DISEASES CONTROL. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 47, n. RR-1, 1998.
- US Public Health Service recommendations for HIV counseling and voluntary testing for pregnant women. **MMWR**, v. 44, n. RR-7, 1995, p. 1-15.
- COSTIN, L. O. et al. HIV testing, counseling and prophylaxis after sexual asalt. **JAMA**, n. 271, p. 436, 1994.
- DUARTE, G. Doenças sexualmente transmissíveis durante o ciclo grávido-puerperal. In : MORAIS, E. M. (Editor). **Temas de obstetrícia**. São Paulo: Roca, 1992. p. 385-486.
- HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Templo Brasileiro, 1989.
- HART, G. Role of preventive methods in the control of venereal disease (STD). **Clinical Obstetric and Gynecology**, v. 18, n. 1, p. 243-253, march 1975.
- LIMA, A. L. M. et al. HIV/Aids: perguntas e respostas. [S.l.]: Atheneu, 1996.
- LISKIN, et al. Condoms: now more than ever. **Population Reports H**, n.8, p. 3-6, sept. 1990.
- LOYOLA, M. A. Percepção e prevenção da Aids no Rio de Janeiro. In : —. **Aids e Sexualidade**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, UERJ, 1994. p. 19-72.
- MANDEL, G. et al. **Principles and practice of infection diseases**. [S.l.]: Churchil Livingstone, 1996.
- MISZTAL, B. A. ; MOSS, D. **Action on AIDS**. New York: Greenwood, 1990.
- MOHERDAVI, F. et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of STD in Brazil: results from a multicentre study. **Sexually Transmitted Infections (former Genitourinary Medicine)**, n. 74, p. 538-543, 1998.
- NAUD, P. et al. **Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS**. [S.l.]: Artes Médicas, 1993.
- PASSOS, M. R. L. et al. **Doenças sexualmente transmissíveis**. 4. edição. [S.l.]: Cultura Médica, 1995.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Diretrizes e normas técnicas de diagnóstico, tratamento e prevenção para o controle das doenças sexualmente transmissíveis. **Cadernos de Saúde**, v. 1, n. 2, 1991.
- SHERRIS, J. D. et al. Atualização sobre condoms: produtos, proteção e promoção. **Populations Reports H**, n. 6, p. 9-13, set.-out. 1982.
- SWEET, R. L. ; GIBS, R. **Infection diseases of the female genital tract**. 3. edition. [S.l.]: Williams and Wilkins, 1995.
- TENORIO, T. E. ; LEAL, J. W. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. In: HALB. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Roca, [19—?].
- THEVENOT, L. Action Qui convient. In: **Raisons pratiques**. Paris: Ehes, 1990. p. 171-1+93. (Deformes de l'action, n. 1).
- TREATMENT of sexually transmitted diseases. **Medical Lett**, n. 26, p. 5-10, 1984 (Editorial).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Counselling for HIV/AIDS: a key to caring**. Geneva: WHO. 1995. (GPA/TCO/HCS, 95.15).
- **HIV/AIDS counselling: a key to caring: guidelines for policy makers and planners**. Geneva: WHO, [19—?]. (WHO/AIDS series, n. 8).

**Treinamento para o manejo de casos de doenças
sexualmente transmissíveis**

Módulo 3

Diagnóstico e tratamento das DST

Módulo 3 - Diagnóstico e tratamento das DST

Introdução ao Módulo 3.....	67
Seção 1: As diferentes abordagens de DST.....	69
Seção 2: Abordagem sindrômica de DST.....	71
Identificação das síndromes.....	71
Tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes.....	72
Respostas às críticas dirigidas à abordagem sindrômica.....	73
Resumo.....	74
Seção 3: O uso dos fluxogramas.....	75
Corrimento uretral (fluxograma).....	77
Notas do fluxograma de corrimento uretral.....	77
Úlcera genital (fluxograma).....	80
Notas do fluxograma de úlcera genital.....	80
Corrimento vaginal (fluxograma).....	83
Notas do fluxograma de corrimento vaginal.....	83
Desconforto ou dor pélvica (fluxograma).....	89
Notas do fluxograma de desconforto ou dor pélvica.....	89
Sugestões de atividades na sua unidade.....	94
Respostas.....	94
Bibliografia.....	95

Introdução ao Módulo 3

Este módulo é um guia prático para o diagnóstico e tratamento das DST. Apresenta a abordagem sindrômica de casos de DST, como funciona, quais são suas vantagens e desvantagens; apresenta também os fluxogramas propostos para o manejo de casos de DST.

Objetivos deste módulo

- apresentar os problemas das abordagens clássicas para portadores de DST.
- identificar as principais características da abordagem sindrômica de casos.
- apresentar detalhadamente os fluxogramas para abordagem sindrômica de DST.

A seguir estão propostas algumas atividades para que você anote e discuta com seus colegas como é realmente sua prática ao atender casos de DST. Se você nunca atendeu como você imagina que faria, qual seria sua conduta?

Atividade 1:

Um homem de meia idade se queixa de dor ao urinar e de um corrimento que sai da uretra. Ao examiná-lo você constata a presença de um corrimento abundante, espesso, amarelado. Sua última relação sexual foi há três dias, com uma mulher que acabara de conhecer; não usou preservativo. Que conduta você adotaria? Anote resumidamente e discuta com seus colegas de grupo.

Atividade 2:

Um jovem de 22 anos queixa-se de uma ferida no pênis. Ao examinar, você observa que não há corrimento, mas existe uma úlcera no prepúcio, indolor, com fundo liso, limpo, bordas endurecidas e bem definidas. Que conduta você adotaria? Anote resumidamente e discuta com seus colegas de grupo.

Atividade 3:

Uma mulher de 19 anos se queixa de um corrimento esbranquiçado que sai da vagina, que já dura duas semanas e está piorando. Não sabe se seu parceiro apresenta corrimento porque não o vê há duas semanas. Teve dois parceiros eventuais nesse período. Não apresenta qualquer outro sintoma. Que conduta você adotaria? Anote resumidamente e discuta com seus colegas de grupo.

Ao longo deste módulo revisaremos alguns conceitos, condutas e práticas no atendimento de casos de DST.

Seção 1: As diferentes abordagens de DST

Os profissionais de saúde, quando estão diante de um possível caso de DST, geralmente usam um dos seguintes métodos diagnósticos:

- clínico: identificação de sintomas e sinais que possam caracterizar uma determinada DST; baseia-se na experiência pessoal e na vivência de cada profissional;
- etiológico: realização de testes laboratoriais que servem para identificar o agente causador;
- sindrômico: identificação de sintomas e sinais comuns a algumas doenças, além da utilização de características epidemiológicas dessas doenças.

O diagnóstico etiológico seria o método ideal, por permitir que os profissionais de saúde saibam qual é o agente causal daquela doença e indiquem o tratamento mais adequado, o que não justifica adiar o tratamento quando não for possível esse diagnóstico no momento da consulta. A identificação etiológica de algumas DST requer profissionais especializados e equipamento de laboratório sofisticado, nem sempre disponíveis.

Atividade 4:

Que problemas você acredita que possam ocorrer ao se tentar identificar o agente etiológico de uma determinada DST antes de indicar o tratamento?

A gonorréia nos homens e a tricomoníase nas mulheres podem ser diagnosticadas no momento da consulta, desde que estejam disponíveis um microscópio, insumos e um técnico treinado para a realização da bacterioscopia.

Tanto a infecção gonocócica como a causada por clamídia nas mulheres só podem ser diagnosticadas atualmente através de testes sofisticados de laboratório; as técnicas de cultura são difíceis e quase nunca estão disponíveis em unidades básicas de saúde;

Testes para outras DST, como por exemplo, para cancro mole e herpes, são até mais complexos.

Um grande número de pacientes procura tratamento para DST em unidades básicas de saúde ou nos ambulatórios de clínica médica, ginecologia, dermatologia ou urologia, onde nem sempre estão disponíveis os equipamentos, insumos e os técnicos habilitados para a realização do diagnóstico etiológico.

Em alguns casos o diagnóstico etiológico pode ser muito demorado e dispendioso. Existe necessariamente um lapso de tempo para a apresentação dos resultados dos testes e conseqüentemente para o início do tratamento, o que pode contribuir para que o paciente não retorne, procurando outro serviço que possa resolver mais rapidamente seu problema.

Alguns profissionais de saúde acham que, após examinar os pacientes, é fácil fazer o **diagnóstico clínico** de uma uretrite gonocócica ou de uma sífilis primária, por exemplo. Porém, até mesmo os especialistas podem equivocar-se quando utilizam apenas sua própria experiência clínica. Por quê? Em muitos casos, não é possível fazer clinicamente o diagnóstico diferencial entre as várias possíveis infecções e, além disso, é comum que ocorram infecções mistas. Um paciente que tem infecções múltiplas necessita receber tratamento para todas elas. Ao se tratar apenas uma das infecções a outra (ou as outras) pode(m) evoluir para complicações sérias, além de continuarem potencialmente sendo transmitidas, ou seja, não se rompe a cadeia de transmissão.

Mesmo em um sistema de saúde bem estruturado, os diagnósticos etiológicos e clínicos são problemáticos. O primeiro é caro e consome tempo; ele necessita de recursos especiais, atrasando assim o início do tratamento. Com o diagnóstico clínico podem ocorrer erros e falhas, principalmente na identificação de infecções mistas.

Atividade 5:

Alguns dos problemas relacionados aos diagnósticos clínicos e etiológicos ocorrem no seu local de trabalho? Se for o caso, quais são eles?

Seção 2: Abordagem sindrômica de DST

Ao final desta seção você saberá quais as diferenças que existem entre a abordagem sindrômica de casos e as duas abordagens vistas anteriormente na seção 1, quais são suas principais características e seus principais benefícios.

Principais características da abordagem sindrômica:

- classifica os principais agentes etiológicos segundo as síndromes clínicas por eles causados;
- utiliza fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome;
- indica o tratamento imediato para os agentes etiológicos mais freqüentes na síndrome.

Além disso, durante o atendimento, permite que se inclua:

- o aconselhamento como o principal fator da relação profissional de saúde/paciente;
- orientações para a adesão ao tratamento;
- o fornecimento e orientação para utilização adequada de preservativos;
- a oferta da sorologia para sífilis e para o HIV;
- as orientações necessárias para que os parceiros possam receber o tratamento adequado;
- o registro adequado e a notificação do caso.

IDENTIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES

Embora as DST sejam causadas por muitos microorganismos diferentes, estes apenas determinam um número limitado de síndromes. Uma síndrome é constituída por um grupo de sintomas referidos pelo paciente e sinais que podem ser observados durante o exame. A tabela a seguir explica os sinais e sintomas das principais síndromes de DST e suas etiologias mais comuns.

Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologias mais comuns
Corrimento vaginal	<ul style="list-style-type: none">• corrimento vaginal• prurido• dor à micção• Dor durante a relação sexual• odor fétido	<ul style="list-style-type: none">• edema de vulva, vagina e cérvix• hiperemia de vulva• corrimento vaginal	Vulvovaginite infecciosa: <ul style="list-style-type: none">• Tricomoníase• Vaginose Bacteriana• Candidíase
		<ul style="list-style-type: none">• mucopus cervical• colo friável• dor à mobilização do colo	Cervicite: <ul style="list-style-type: none">• Gonorréia• Infecção por Clamídia
Corrimento Uretral	<ul style="list-style-type: none">• corrimento uretral• prurido• estrangúria• polaciúria• odor fétido	<ul style="list-style-type: none">• corrimento uretral (se necessário, peça para o paciente ordenhar a uretra)	<ul style="list-style-type: none">• Gonorréia• Infecção por Clamídia• Tricomoníase• Micoplasma• Ureaplasma
Úlcera genital	<ul style="list-style-type: none">• ferida dolorosa• ferida indolor• prurido• ardência	<ul style="list-style-type: none">• úlcera genital• aumento de linfonodos inguinais• fistulas	<ul style="list-style-type: none">• Sífilis• Cancro mole• Herpes genital• Donovanose
Desconforto ou dor pélvica na mulher	<ul style="list-style-type: none">• dor ou desconforto pélvico• dor durante relação sexual	<ul style="list-style-type: none">• corrimento cervical• dor à palpação abdominal• dor à mobilização do colo• temperatura >38°C	<ul style="list-style-type: none">• Gonorréia• Infecção por Clamídia• Infecção por germes anaeróbios

O principal objetivo da abordagem sindrômica é identificar uma ou mais destas síndromes no portador de sintomas e/ou sinais compatíveis com DST, para, então, conduzir o caso de forma adequada.

Como as síndromes são relativamente fáceis de serem identificadas, foi possível elaborar um “fluxograma” para cada uma delas. Cada fluxograma nos conduz às decisões e ações necessárias para a identificação da condição ou condições que devam ser tratadas.

Uma vez treinado, o profissional de saúde poderá usar os fluxogramas com facilidade, tornando possível a assistência aos portadores de DST em **qualquer** serviço de saúde. O portador de DST terá então acesso à orientação, educação, aconselhamento, oferecimento de testes para sífilis e para o HIV e o tratamento já na sua primeira consulta. Seus parceiros sexuais, sempre que possível, serão também assistidos, rompendo-se assim a cadeia de transmissão das DST e evitando novas ocorrências para o paciente.

TRATAMENTO PARA OS AGENTES ETIOLÓGICOS MAIS FREQUENTES

O diagnóstico sindrômico inclui o tratamento imediato para os agentes etiológicos mais frequentes. As infecções mistas ocorrem com frequência, conseqüentemente os custos com o tratamento em excesso - que pode ocorrer ao se utilizar a abordagem sindrômica - são compensados pelos elevados custos das complicações que podem ocorrer ao não tratar pessoas sem os sintomas específicos de uma determinada doença.

Exemplo: um paciente se queixa de ardência e corrimento no pênis. Ao examiná-lo, você observa um corrimento na uretra. O sinal e o sintoma juntos sugerem uma síndrome de corrimento uretral, que é causada, na grande maioria das vezes, pela gonorréia ou pela infecção por clamídia; então, qualquer tratamento prescrito deve ser eficaz para *ambas* as causas. Existem outras causas para a síndrome de corrimento uretral, tais como infecção por micoplasmas e *Trichomonas vaginalis*. O paciente também deverá ser tratado para estas causas? Não necessariamente no primeiro momento, porque elas são menos comuns e causam menos complicações. Porém, tanto a infecção por clamídia quanto a gonorréia são bastante comuns; elas não apenas causam complicações como também podem facilitar a transmissão e a infecção pelo HIV. Dessa forma, é essencial que o paciente com corrimento uretral seja tratado para estas infecções.

? Pergunta 1

Uma jovem reclama de uma ferida e, ao ser examinada, você percebe uma úlcera nos grandes lábios da vulva, ou seja, você está diante de uma síndrome de úlcera genital. Excluindo a possibilidade de que seja um caso de Herpes Genital, são duas as principais causas de úlcera genital: cancro mole e sífilis. Como você conduziria o caso? Marque a opção que considera a melhor:

- tratar a paciente para apenas uma causa e pedir para que retorne se a ferida não melhorar; assim você pode posteriormente tratar a segunda possível causa.
- tratar imediatamente a paciente para ambas as condições e, se possível, coletar material para realização de exames laboratoriais que indicarão o diagnóstico etiológico.
- encaminhar a paciente para uma clínica especializada.

Atividade 6:

Ao apresentar e discutir a abordagem sindrômica percebemos que algumas críticas são feitas. Escreva se você concorda ou discorda. Discuta com os colegas do grupo o por quê.

a) “A abordagem sindrômica é empírica (não é um método científico)”.

b) “O diagnóstico sindrômico é simplificado demais para um médico. Deve ser usado por outros profissionais de saúde que não precisam ser tão bem preparados”.

c) “O manejo sindrômico despreza o conhecimento, habilidades e experiência do profissional de saúde”.

d) “Seria melhor tratar o paciente primeiro para a principal causa e depois, caso os sintomas persistam, tratá-lo para as outras possíveis causas”.

e) “A abordagem sindrômica resulta em um desperdício de medicamentos, porque os pacientes podem estar tomando drogas para doenças inexistentes”.

f) “A abordagem sindrômica induz à resistência bacteriana”.

RESPOSTAS ÀS CRÍTICAS DIRIGIDAS À ABORDAGEM SINDRÔMICA

a) “*A abordagem sindrômica é empírica*”.

Resposta: Ao contrário, baseia-se em um grande número de estudos epidemiológicos realizados em vários países^{1,2,3}. Esses estudos compararam diagnósticos sindrômicos, clínicos e etiológicos para avaliar a precisão do diagnóstico sindrômico. O diagnóstico sindrômico apresentou excelentes resultados especialmente nos casos de corrimento uretral e úlcera genital. Para a síndrome dos corrimentos vaginais alguns fluxogramas que sugerem a combinação de critérios de risco para cervicites e a utilização de algumas provas laboratoriais básicas apresentaram bons resultados. No Brasil também foi feito um estudo⁴ que testou e validou o método.

b) “*A abordagem sindrômica despreza o conhecimento e a experiência do profissional de saúde*”.

Resposta: Ao contrário, a anamnese e o exame físico são fundamentais para a identificação da síndrome e para a indicação do tratamento mais adequado. Por outro lado, no caso de algumas DST, como já demonstrado em diversos trabalhos, o diagnóstico clínico é correto em menos de 50% dos casos; além disso raramente as infecções mistas são diagnosticadas.

¹. Grosskurth H, Mosha F, Todd J et al. Impact of improved treatment of STD on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *The Lancet*. 1995; 346:530-536.

². La Roche G, Lorougnon F, Digbeu N: Therapeutic algorithms for the management of sexually transmitted diseases at the peripheral level in Côte d'Ivoire: assessment of efficacy and cost. *Bulletin of the World Health Organization*, 1995, 73 (3): 305-313.

³. Behets F, Williams Y, Brathwaite A et al. Management of vaginal discharge in women treated at a Jamaican sexually transmitted disease clinic : Use of diagnostic algorithms versus laboratory testing. *Clin Infect Dis* 1995; 21:1450-1455.

⁴Moherdau F, Vuylsteke B et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of STD in Brazil: results from a multicentre study. *Sexually Transmitted Infections (former Genitourinary Medicine)*, 1998; 74 (supl 1):S38-S43

c) “O diagnóstico *sindrômico* é simples demais para o médico. Deve ser usado por outros profissionais de saúde que não precisam ser tão bem preparados”.

Resposta: Certamente é uma vantagem que outros profissionais de saúde possam usar a abordagem *sindrômica* para o diagnóstico do portador de DST. Este fato, entretanto, não dispensa a necessidade de uma adequada capacitação do profissional de saúde, seja ele médico ou não. Por exemplo, na Holanda, os enfermeiros usam o diagnóstico *sindrômico* para tratar pacientes de DST há alguns anos. A legislação brasileira permite que enfermeiros possam indicar tratamentos, desde que estes sejam padronizados (Lei do Exercício Profissional n.º 7.498/86, de 25 de junho de 1986, e regulamentada pelo Decreto n.º 94.406, de 8 de junho de 1987). O diagnóstico simplificado e o tratamento imediato também permitem que os profissionais de saúde possam dedicar mais tempo à educação e ao aconselhamento, e também não impede que sejam colhidos os materiais necessários para que seja feito posteriormente o diagnóstico etiológico.

d) “Seria melhor oferecer tratamento ao paciente primeiro para a causa mais comum e depois, caso os sintomas persistam, tratar as outras possíveis causas”.

Resposta: É exatamente isso o que se deve evitar ao assistir um portador de DST. Os pacientes que não são curados com o tratamento para uma única causa geralmente permanecem com sintomas e sinais e podem não retornar ao serviço, indo procurar tratamento em outro lugar, com frequência nas farmácias comerciais, onde são atendidos por balconistas despreparados, expondo-se a um tratamento incorreto e às conseqüências das complicações. Podem também tornar-se assintomáticos e continuar disseminando a infecção ou infecções.

e) “A abordagem *sindrômica* resulta em um desperdício de medicamentos porque os pacientes podem estar tomando drogas para doenças inexistentes”.

Resposta: Na realidade, estudos demonstraram que a abordagem *sindrômica*, a longo prazo apresenta melhor relação custo-benefício, ou seja as complicações advindas de tratamentos inadequados, ou da falta de tratamento, podem resultar em custos elevados para o paciente e para o sistema de saúde. Portanto, a abordagem *sindrômica* funcionaria como uma ação preventiva de baixo custo relativo.

f) “A abordagem *sindrômica* induz à resistência bacteriana”.

Resposta: O que induz à formação de cepas de microorganismos resistentes é o tratamento feito de forma inadequada, tanto no que se refere à dosagem quanto à adesão a esse tratamento, ou seja, se o paciente não tomar todas as doses indicadas, com os intervalos de tempo indicados, independentemente do desaparecimento dos sintomas, os microorganismos que sobrevivem serão os mais resistentes e tenderão a desenvolver-se em novas cepas, cada vez mais resistentes. Esse processo ocorre quer o tratamento tenha sido feito com base na abordagem etiológica, clínica ou *sindrômica*.

RESUMO

Nesta seção apresentamos a abordagem *sindrômica* de casos de DST. Você aprendeu porque a abordagem *sindrômica* é tão efetiva, sendo a única abordagem, do ponto de vista da saúde pública, capaz de controlar a disseminação das DST e do HIV. Identificamos também as principais características da abordagem *sindrômica*:

- classifica os principais agentes etiológicos segundo as síndromes clínicas por eles causados;
- utiliza fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome;
- indica o tratamento para os agentes etiológicos mais frequentes na síndrome.

Seção 3: O uso dos fluxogramas

Fluxogramas são instrumentos essenciais para o manejo adequado do portador de DST. Eles permitem que qualquer profissional de saúde que passe por um treinamento como este, possa diagnosticar, tratar e aconselhar pacientes com DST já no primeiro atendimento.

Fluxograma é uma árvore de decisões e ações. Através de pequenos polígonos e setas, ele orienta o profissional a tomar as decisões mais adequadas, indicando as ações que precisam ser tomadas.

Ao conhecer a principal queixa de um paciente, o profissional de saúde consulta o fluxograma correspondente e trabalha por meio de decisões e ações sugeridas por ele.

À primeira vista os fluxogramas podem parecer complexos, especialmente para quem nunca usou este tipo de instrumento. Uma vez familiarizados com eles, tornam-se fáceis e práticos. Além disso, após cada um dos fluxogramas, são fornecidas notas explicativas de cada polígono de decisão e ação, com informações detalhadas sobre:

- orientações básicas necessárias para diagnóstico e tratamento;
- orientações para a anamnese e o exame físico, essenciais para o diagnóstico de uma determinada síndrome;
- medicamentos recomendados para cada síndrome, incluindo as doses, as drogas alternativas para pessoas alérgicas e para mulheres grávidas ou lactantes;
- todas as orientações e o aconselhamento, que devem perpassar todas as fases do atendimento.

O polígono de entrada: a queixa

O ponto de entrada do fluxograma é um quadro-problema. Ele sempre contém um sintoma relacionado a uma DST, geralmente a principal queixa, que é o denominador comum para aquela síndrome.

Os polígonos de decisão e ação

Os quadros de decisão apresentam perguntas que ao serem respondidas se encaminham para os quadros de ação. Os quadros ao final dos fluxogramas incluem medidas tais como:

- tratar a causa ou causas;
- aconselhar (orientar, promover/fornecer preservativos, promover adesão ao tratamento);
- convocar e tratar parceiros;
- oferecer os testes de VDRL e anti-HIV;
- notificar o caso;
- orientar para o retorno.

O polígono de saída: educação para a saúde, orientações e aconselhamento

- Lembre seu paciente da importância de sempre completar o tratamento prescrito mesmo que os sintomas e sinais tenham desaparecido. Explique também o modo de transmissão das DST, as possíveis complicações da infecção e a associação com o HIV. Oriente o paciente para que evite relações sexuais até que esteja completamente curado ou então, se for inevitável, que use preservativos de forma correta.
- Instrua o paciente sobre o que é sexo mais seguro e suas alternativas. Use parte do tempo da consulta para conversar com o paciente e discutir sobre as medidas preventivas mais adequadas para o seu caso (por exemplo: sexo com preservativos, abstinência sexual, evitar multiplicidade de parceiros, sexo sem penetração etc.). Instrua o paciente sobre o uso adequado do preservativo. Demonstre seu uso com uma prótese peniana, ou qualquer outro objeto fállico, e ofereça ao paciente um suprimento de preservativos, ou explique onde ele pode consegui-los.
- Explique ao paciente porque é tão importante que seu parceiro ou parceiros também sejam tratados. Isto envolve mais do que apenas pedir ao paciente que identifique seus parceiros sexuais e os encaminhe ao serviço de saúde. O paciente pode precisar da sua ajuda para saber o que e como dizer a seus parceiros.

Passos para o uso de fluxogramas

1. Comece perguntando ao paciente sobre sua principal queixa.
2. Procure o fluxograma apropriado.
3. O polígono do problema clínico leva a um polígono de ação, o qual pede que se faça a anamnese e se examine o paciente.
4. Após fazer a anamnese e examinar o paciente, você terá a informação necessária para tomar algumas decisões.
5. Dependendo da escolha, poderá haver outros polígonos de decisão e ação, e assim por diante, até a conclusão.

A seguir, são apresentados os fluxogramas desenvolvidos para as síndromes mais comuns, já testados e validados nacionalmente⁵. Eles são precedidos de atividades que permitirão seu conhecimento de uma forma mais dinâmica do que sua simples observação e leitura.

Após a realização das atividades, leia com atenção as notas explicativas referentes a cada um dos passos, procurando identificar em cada uma delas a localização do polígono de decisão ou ação e os possíveis caminhos que podem ser seguidos.

De posse dos fluxogramas, de suas notas explicativas será possível o manejo da grande maioria dos casos de DST que se apresentam nas unidades de saúde de qualquer nível e de qualquer região do País.

Atividade 7:

(atividade a ser coordenada pelo facilitador)

Antes de passar à leitura e estudo do primeiro fluxograma (Corrimento Uretral), o facilitador distribuirá a cada membro do grupo o desenho de um dos polígonos de decisão ou ação e desenhos de setas.

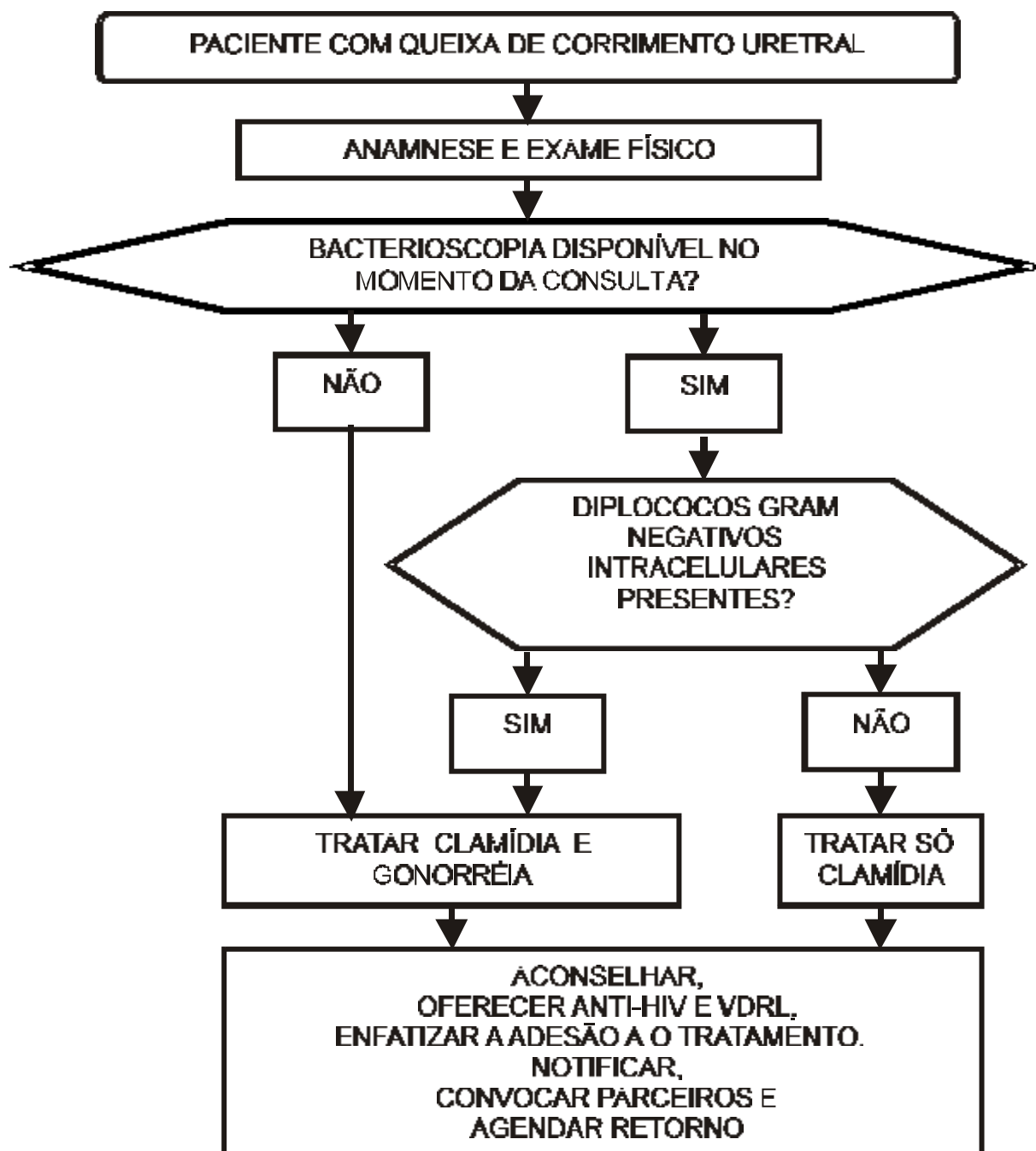
Sem olhar nas páginas seguintes, você e os outros participantes irão, um a um, montando o fluxograma, na parede ou mesmo no chão, baseados no seguinte caso:

“Um jovem se apresenta ao serviço de saúde dizendo que estava com um corrimento no pênis. Ao examiná-lo você observou um corrimento ralo, pouco volumoso, esbranquiçado saindo da uretra. Embora houvesse um microscópio na unidade, não havia corantes. Você concluiu que o rapaz poderia estar com mais de uma DST, instituiu o tratamento e o orientou sobre uma série de medidas que deveriam ser adotadas.”

Após todos terem encaixado seus polígonos e setas, discutam se o fluxograma está estruturado corretamente; só depois passem à leitura das páginas seguintes e corrijam, se for necessário, o fluxograma montado.

⁵ Moherdau F, et al. Op. cit., 1998; 74(supl 1):S38-S43

CORRIMENTO URETRAL



NOTAS DO FLUXOGRAMA DE CORRIMENTO URETRAL

(Para maiores detalhes, consulte o Manual de Controle das DST, 3.^a edição, MS, 1999. Aqui serão apresentadas as notas resumidas e as drogas definidas como de primeira escolha para cada condição)

Paciente com queixa de corrimento uretral

Este é o quadro de entrada do fluxograma. Nele está descrita a principal queixa do paciente ao se apresentar no serviço de saúde.

Anamnese e exame físico

Este quadro de ação indica que é necessário fazer a anamnese e examinar o paciente para determinar se ele tem corrimento uretral ou outro sinal de DST.

Bacterioscopia disponível no momento da consulta?

Este quadro de decisão indica a possibilidade de se fazer a bacterioscopia durante a consulta, o que poderia auxiliar na decisão sobre os procedimentos a serem seguidos.

Diplococos GRAM negativos intracelulares presentes?

Este quadro de decisão indica que se houver exame bacterioscópico disponível durante a consulta, deve-se questionar o paciente sobre a utilização prévia de antibióticos ou sobre uma eventual micção imediatamente anterior à coleta do material. Estando presentes diplococos Gram negativos intracelulares, se faz o diagnóstico de gonorréia, não se podendo, porém, descartar a possibilidade de co-infecção pela clamídia, cujo diagnóstico laboratorial exige técnicas demoradas e raramente disponíveis. Recomenda-se, sempre, o tratamento concomitante para as duas infecções.

Tratar clamídia e gonorréia

Este quadro de ação orienta para o tratamento concomitante para clamídia e gonorréia, respectivamente:

- Azitromicina 1g, VO, em dose única
mais
- Ofloxacina 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em menores de 18 anos)

Tratar clamídia

Este quadro de ação indica que se estiverem ausentes os diplococos intracelulares, deve-se tratar o paciente apenas para clamídia com:

- Azitromicina 1g, VO, dose única

Aconselhar, oferecer ANTI-HIV e VDRL, enfatizar a adesão ao tratamento, notificar, convocar parceiros e agendar retorno

Neste quadro de ação:

- A associação de mais de uma DST é muito freqüente. Explicar ao paciente sobre a importância de realizar a sorologia para sífilis.
- Considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Aconselhar o paciente e oferecer-lhe a realização de sorologia anti-HIV.
- Como orientação mínima para o paciente:
 - interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;
 - após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais ou adotar outras formas de sexo mais seguro.
- Oferecer preservativos ao paciente, orientando sobre as técnicas de uso.
- Encorajar o paciente a comunicar a todas as suas parceiras sexuais do último mês, para que possam ser atendidas e tratadas. Desta forma, não ocorrerá a reinfecção do pacientes e a cadeia de transmissão poderá ser rompida. Fornecer ao paciente cartões para as parceiras, convidando-as a comparecer ao serviço para tratar de assunto de seu interesse.
- Notificar o caso.
- Marcar o retorno para o controle de cura.

ATENÇÃO: no retorno, em caso de persistência do corrimento ou recidiva, tratar com:

- Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, 6/6 horas, por 7 dias
mais
- Metronidazol 2g, VO, dose única

Pergunta 2

Um jovem relata timidamente que está com um corrimento no pênis. Você pede que ele ordene a uretra; você confirma que há um corrimento esbranquiçado. Não existem outras lesões. Ao examinar o esfregaço do material corado pelo método de Gram você não observa diplococos Gram negativos intracelulares. Acompanhe os passos do fluxograma utilizando estas informações e responda para qual infecção ou infecções este paciente deve ser tratado? O que mais deve ser feito?

Atividade 8:

Volte à Atividade 1. O que você reconsideraria na conduta daquele caso após conhecer o fluxograma proposto para casos de corrimento uretral? Anote resumidamente e discuta com seus colegas.

Atividade 9:

(atividade a ser coordenada pelo facilitador)

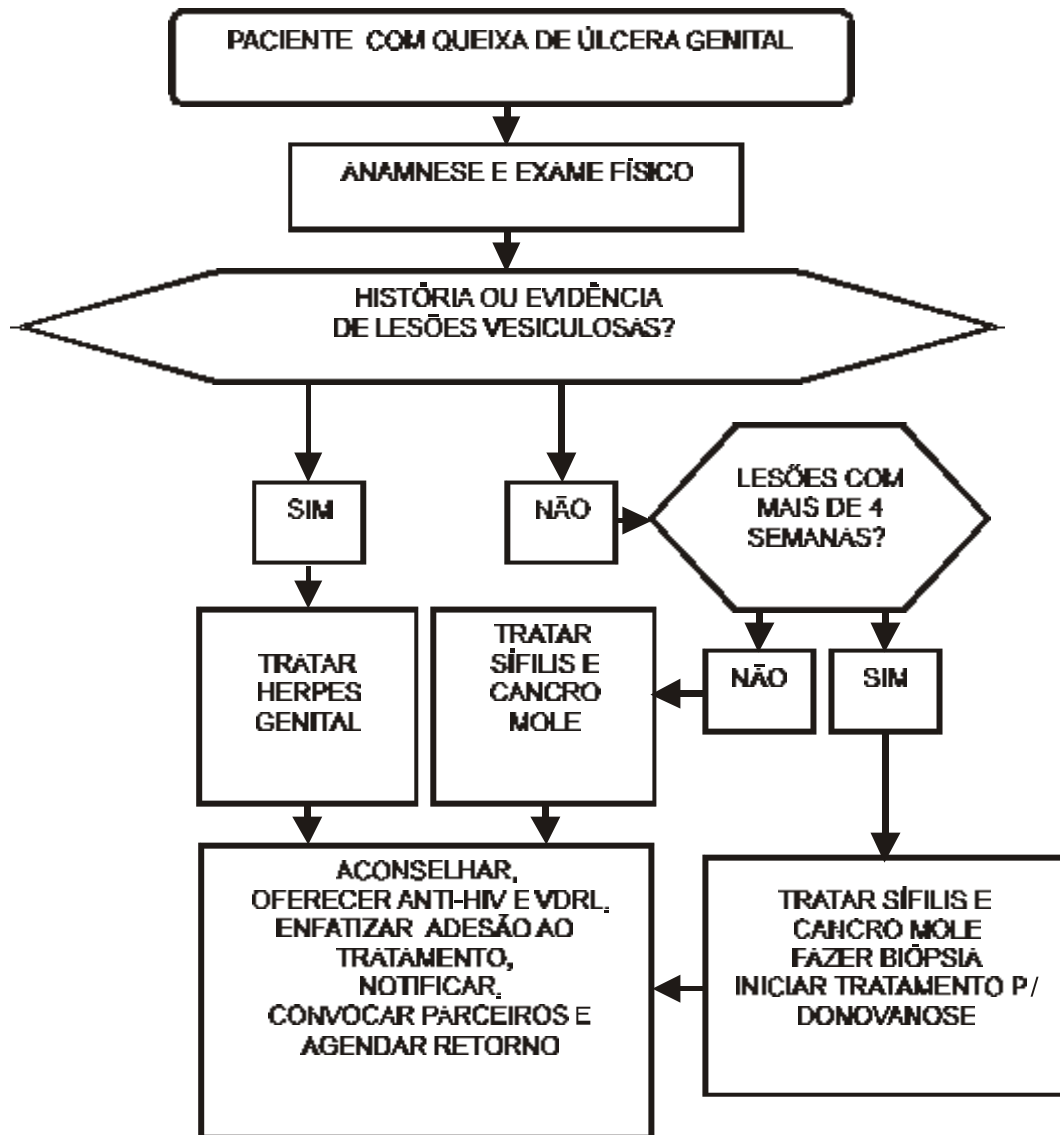
Antes de passar à leitura e estudo do segundo fluxograma (Úlcera Genital), o facilitador distribuirá a cada membro do grupo o desenho de um dos polígonos de decisão ou ação e desenhos de setas.

Sem olhar nas páginas seguintes, você e os outros participantes irão, um a um, montando o fluxograma, na parede ou mesmo no chão, baseados no seguinte caso:

“Um senhor se apresenta ao serviço de saúde queixando-se de uma ferida na glândula que o estava incomodando muito. Após fazer sua anamnese e examiná-lo você soube que aquela ulceração havia aparecido há uma semana e observou que tinha bordas disformes, de fundo purulento, muito dolorosa e com odor fétido; não estava acompanhada e nem havia sido precedida de vesículas. Você concluiu que o rapaz poderia estar com mais de uma DST, instituiu o tratamento e o orientou sobre uma série de medidas que deveriam ser adotadas.”

Após todos terem encaixado seus polígonos e setas, discutam se o fluxograma está estruturado corretamente; só depois passem à leitura das páginas seguintes e corrijam, se for necessário, o fluxograma montado.

ÚLCERA GENITAL



NOTAS DO FLUXOGRAMA DE ÚLCERA GENITAL

Módulo

3

Diagnóstico
e tratamento
das DST

(Para maiores detalhes, consulte o Manual de Controle das DST, 3.^a edição, MS, 1999. Aqui serão apresentadas as notas resumidas e as drogas definidas como de primeira escolha para cada condição)

Paciente com queixa de úlcera genital

Este é o quadro de entrada do fluxograma. Nele está descrita a principal queixa do paciente ao se apresentar no serviço de saúde.

Anamnese e exame físico

Este quadro de ação indica que é necessário fazer a anamnese e examinar o paciente para determinar se ele tem úlcera genital ou outro sinal de DST. Sempre que possível, coletar material para o diagnóstico etiológico.

História ou evidências de lesões vesiculosas?

O diagnóstico de Herpes Genital pode ser feito ao se investigar e constatar: a presença de ulcerações e/ou a evidência ou história de vesículas agrupadas em “cacho” sobre base eritematosa, cujo aparecimento foi precedido de aumento de sensibilidade, ou ardência, ou prurido, ou sintomas uretrais (dor ou ardência) especialmente com história de recorrência das lesões.

Tratar herpes genital

No primeiro episódio de herpes genital o tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível com:

- Aciclovir 400 mg, VO, 4/4 horas por 7 a 10 dias.

No caso de manifestações severas com lesões mais extensas, o tratamento deve ser injetável com: Aciclovir 5 a 10 mg por Kg de peso EV de 8/8 horas por 5 a 7 dias, ou até resolução clínica do caso.

Tratar sífilis e cancro mole

Como o diagnóstico laboratorial imediato não é conclusivo e nem sempre está disponível, recomenda-se o tratamento para as duas causas mais frequentes de úlcera genital, a sífilis primária e o cancro mole, respectivamente:

- Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única (1,2 milhão UI em cada nádega)
mais
- Azitromicina 1g VO em dose única

Gestantes:

- Penicilina G Benzatina, 2.4 milhões UI, via IM, em dose única
mais
- Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, por 7 dias ou até a cura clínica

Pessoas comprovadamente alérgicas à penicilina: dessensibilizar e tratar.

Lesões com mais de 4 semanas?

Se a lesão ou lesões tiverem mais de 4 semanas, é possível que esteja ocorrendo um quadro crônico compatível com donovanose ou outras patologias, como neoplasias.

Fazer biópsia e iniciar tratamento para donovanose

Encaminhar o paciente ou, se houver condições, realizar biópsia. Ao mesmo tempo, tratar para sífilis e cancro mole (ver acima) e iniciar tratamento para **Donovanose**, com:

- Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 horas por, no mínimo, 3 semanas ou até a cura clínica

Aconselhar, oferecer ANTI-HIV e VDRL, enfatizar adesão ao tratamento, notificar, convocar parceiros, agendar retorno

Neste quadro de ação:

- Considerar com o paciente a possibilidade de associação de mais de uma DST. Explicar sobre a importância de realizar a sorologia para sífilis.
- Considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Fazer o aconselhamento pré-teste e oferecer a realização de sorologia anti-HIV.
- Como orientação mínima para o paciente:
 - ◆concluir o tratamento mesmo se os sintomas ou sinais tiverem desaparecido;
 - ◆interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;
 - ◆após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais ou adotar outras formas de sexo mais seguro;
 - ◆oferecer preservativos ao paciente, orientando sobre as técnicas de uso.
- Encorajar o paciente a comunicar a todas as suas parceiras sexuais dos últimos três meses, para que possam ser atendidas e tratadas. Fornecer ao paciente cartões para as parceiras, convidando-as a comparecer ao serviço para tratar de assunto de seu interesse.
- Notificar o caso.
- Agendar retorno para controle de cura e conhecimento de resultados de exames de laboratório.
- Alertar o paciente para a longa duração do tratamento para donovanose e solicitar retornos semanais para avaliação da evolução clínica. Não havendo melhora do quadro, e de posse do diagnóstico histopatológico, encaminhar o paciente para o tratamento adequado.

Atividade 10:

Uma jovem se queixa que sua vulva está dolorida. O marido é seu único parceiro. Ela se apresenta com febre e mal-estar. Ao exame, apresenta várias pequenas vesículas cheias de líquido transparente, nos grandes e pequenos lábios, e algumas pequenas feridas entre elas. Apenas com estas informações e utilizando o fluxograma correspondente que medidas você adotaria?

Atividade 11:

Volte à Atividade 2. O que você reconsideraria na conduta daquele caso após conhecer o fluxograma proposto para casos de ulcera genital? Anote resumidamente e discuta com seus colegas.

Atividade 12:

(atividade a ser coordenada pelo facilitador)

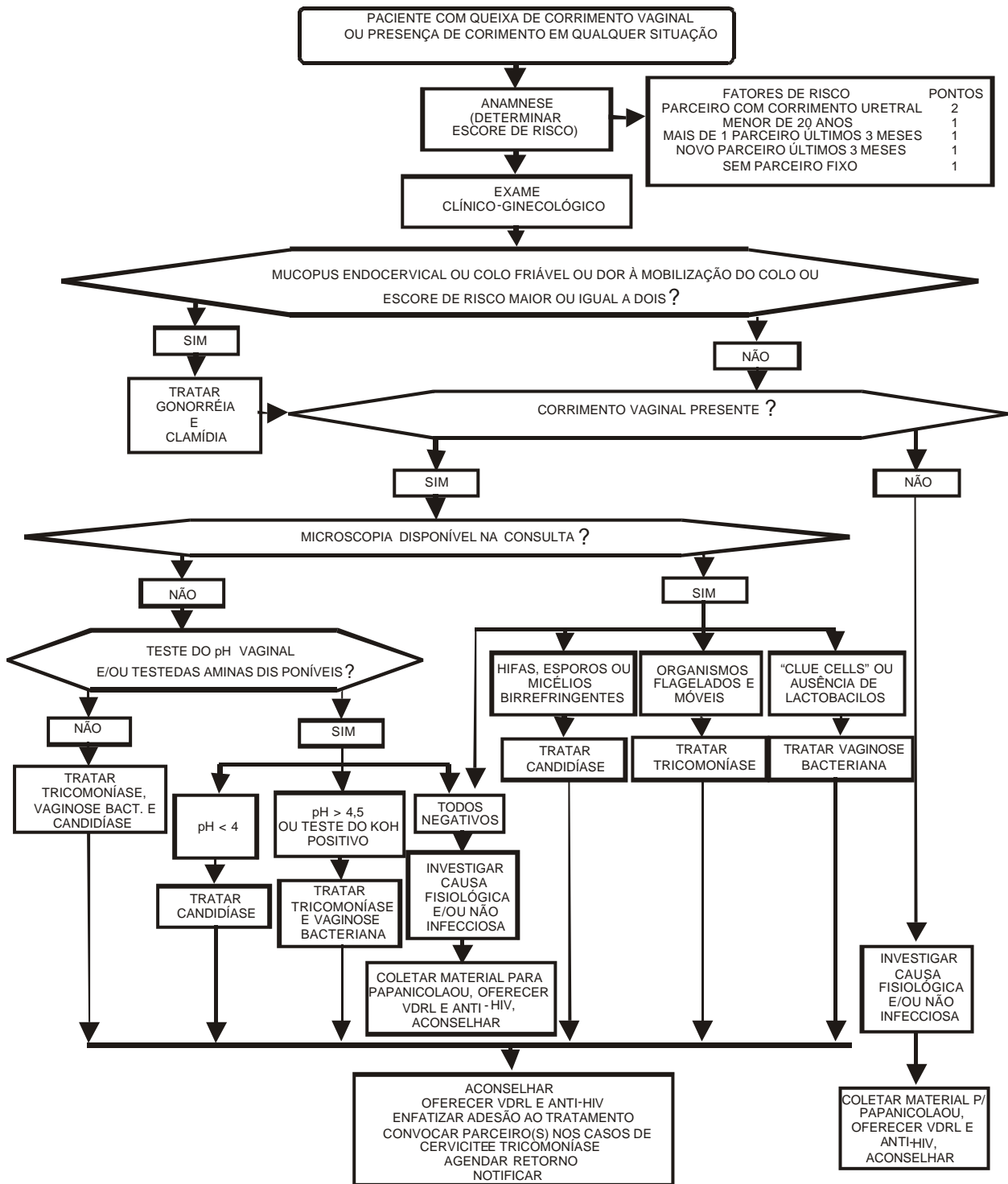
Antes de passar à leitura e estudo do terceiro fluxograma (Corrimento Vaginal), o facilitador distribuirá a cada membro do grupo o desenho de um dos polígonos de decisão ou ação e desenhos de setas.

Os participantes, então, sem olharem nas páginas seguintes, irão, um a um, montando o fluxograma, na parede ou mesmo no chão, baseados no seguinte caso:

“Uma jovem de 18 anos se apresenta ao serviço de saúde queixando-se de um corrimento que saía da vagina. Após algumas perguntas, você soube que ela tinha uma vida sexual intensa, com muitos parceiros eventuais, especialmente durante os últimos meses, após ela ter completado a maioridade. Ao examiná-la você observou que ela tinha um colo uterino bastante friável. Concluiu que ela era portadora de gonorréia e/ou clamídia. Entretanto também observou que as paredes da vagina estavam recobertas por um corrimento branco-acinzentado, bolhoso, com odor forte. Não havia microscópio disponível na unidade e as fitas de medida do pH haviam acabado, assim como o KOH necessário para o teste das aminas, ou teste do cheiro. Você também concluiu que ela deveria estar com uma vulvovaginite; instituiu o tratamento e a orientou sobre uma série de medidas que deveriam ser adotadas.”

Após todos terem encaixado seus polígonos e setas, discutam se o fluxograma está estruturado corretamente; só depois passem à leitura das páginas seguintes e corrijam, se for necessário, o fluxograma montado.

CORRIMENTO VAGINAL



NOTAS DO FLUXOGRAMA DE CORRIMENTO VAGINAL

(Para maiores detalhes, consulte o Manual de Controle das DST, 3.^a edição, MS, 1999. Aqui serão apresentadas as notas resumidas e as drogas definidas como de primeira escolha para cada condição)

Paciente com queixa de corrimento vaginal ou presença de corrimento em qualquer situação

Este é o quadro de entrada do fluxograma. Nele está descrita a principal queixa da paciente ao se apresentar no serviço de saúde ou, estando a paciente no serviço, para ser atendida por qualquer outra queixa e for detectada a presença de corrimento.

Anamnese (determinação do escore de risco)

Realizar anamnese, determinando, neste momento, o escore de risco, que é a coleta de algumas informações, atribuindo a cada uma delas um determinado valor; se o valor encontrado for maior ou igual a 2, o escore de risco é considerado positivo para cervicite, ou seja, de acordo com os critérios estabelecidos (já testados e validados para a população feminina brasileira), mesmo na ausência dos sinais clínicos para cervicite, a paciente é considerada como portadora assintomática e, portanto, deve receber o tratamento concomitante para gonorréia e clamídia, como descrito adiante. Esse procedimento contribuirá para a manutenção da saúde reprodutiva da mulher, e evitará complicações resultantes da doença inflamatória pélvica (DIP), por vezes muito graves.

Escore de Risco

- Parceiro com corrimento uretral = 2
- Idade menor que 20 anos = 1
- Sem parceiro fixo = 1
- Mais de um parceiro nos últimos três meses = 1

Exame clínico-ginecológico

- Examinar a genitália externa e região anal, separar os lábios vaginais e visualizar o intróito vaginal.
- Introduzir o espéculo para examinar a vagina, suas paredes, fundo de saco e colo uterino.
- Neste momento colher material para a realização da bacterioscopia, quando estiver disponível, e para o teste das aminas (do “cheiro”): uma gota de KOH 10% em uma gota de conteúdo vaginal. Positivo: odor fétido semelhante ao de peixe podre.
- Sempre que possível, fazer o teste do pH vaginal, colocando, por um minuto, a fita de papel indicador na parede vaginal (evitar tocar o colo).
- Havendo possibilidade de realização no local ou em referência, coletar material para cultura de gonococos e para pesquisa de clamídia.

Mucopus endocervical ou colo friável ou dor à mobilização do colo ou escore de risco maior ou igual a dois ? —> sim

Se a paciente apresentar os sinais clínicos de cervicite (mucopus ou colo friável ou dor à mobilização do colo) ou, na ausência destes, apresentar escore de risco maior ou igual a dois, recomenda-se o tratamento concomitante para as causas mais comuns e importantes de cervicite, que são **gonorréia e clamídia**, como sugerido a seguir.

Mucopus endocervical ou colo friável ou dor à mobilização do colo ou escore de risco maior ou igual a dois ? —> sim

Não estando presentes os sinais de cervicite e sendo o escore de risco menor que 2, deve-se seguir na investigação do corrimento vaginal.

Tratar infecção por clamídia e gonorréia

- Azitromicina, 1g, VO, dose única
mais
- Ofloxacina 400 mg, VO, dose única (contra-indicado em gestantes, nutrizes e menores de 18 anos)

Gestantes:

- Amoxicilina 500mg, VO, de 08/08 horas, por 7 dias
mais
- Cefixima 400mg, VO, dose única

Parceiros:

- Azitromicina 1g, VO, dose única
mais
- Ofloxacina 400 mg, VO, dose única

Corrimento vaginal presente? —> não

Não havendo evidências de corrimento vaginal deve-se pensar em causas fisiológicas e/ou não infecciosas.

Investigar causas fisiológicas e/ou não infecciosas

Estando a bacterioscopia normal ou os testes do pH e das aminas normais ou inconclusivos, pensar em causas fisiológicas e/ou não infecciosas:

- a vagina apresenta normalmente um conteúdo fisiológico que pode aumentar em volume no período perimenstrual, no período ovulatório e quando a mulher está excitada sexualmente;
- além disso, pode ter origem alérgica (sabonete, desodorante, roupa íntima de material sintético) ou irritativa (produtos químicos, absorvente interno);
- a paciente deve ser esclarecida sobre essas possibilidades e orientada para um eventual retorno, devendo-se, também, oferecer-lhe os testes para sífilis e anti-HIV;
- a citologia oncótica deve ser realizada quando houver indicação (seguir as normas e diretrizes do Programa de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino).

Corrimento vaginal presente? —> sim

Havendo evidências de corrimento vaginal, deve-se, sempre que possível, proceder a análise microscópica que é, na prática, o método definitivo para o diagnóstico etiológico do corrimento vaginal.

Microscopia disponível na consulta? —> sim

Diferentes técnicas podem ser utilizadas para preparar o conteúdo vaginal para análise microscópica: a fresco, com KOH a 10%, ou pelo método de Gram. A seguir alguns possíveis achados e respectivos diagnósticos:

- clue-cells (células chaves) e/ou a ausência de lactobacilos: vaginose bacteriana;
- microorganismos flagelados móveis: tricomoníase;
- hifas ou micélios birrefringentes semelhantes a um caniço e esporos de leveduras: candidíase.

Microscopia disponível na consulta ? —> não

Não havendo exame microscópico disponível no momento da consulta, utilizar a medida do pH vaginal e o teste das aminas (“do cheiro”), que auxiliam a realização de um diagnóstico mais preciso que aquele baseado simplesmente no aspecto do corrimento, enganoso na maioria das vezes.

Teste do pH vaginal e/ou teste das aminas disponível? —> não

Não estando disponíveis no momento da consulta o teste para a medida do pH vaginal e o teste das aminas, e sendo visualizado o corrimento vaginal no exame especular, a paciente deve ser tratada para todas as possíveis patologias que causam, mais comumente, vulvovaginites infecciosas: tricomoníase, vaginose bacteriana e candidíase (ver tratamentos sugeridos adiante).

Teste do pH vaginal e/ou teste das aminas disponível? —> sim

Os testes do pH vaginal e das aminas (ou do KOH ou do cheiro) são testes fáceis, baratos e rápidos. O valor do pH vaginal normal varia de 4 a 4,5. Estando, portanto, nesta faixa, deve-se pensar em causas fisiológicas ou não infecciosas.

ph menor que 4

Valores menores que 4 sugerem a presença de candidíase.

ph maior que 4,5

Valores acima de 4,5 sugerem tricomoníase e/ou vaginose bacteriana. O teste das aminas positivo fornece o diagnóstico de vaginose bacteriana e, em alguns casos, da tricomoníase.

Ambos negativos (pH entre 4 e 4,5 e teste das aminas negativo)

Se o teste de pH for normal (entre 4 e 4,5) e o teste das aminas for negativo, é preciso investigar uma possível causa fisiológica e/ou não infecciosa, conforme descrito anteriormente.

Tratar tricomoníase

- Metronidazol 2 g, VO, dose única

Gestantes: tratar somente após completado o primeiro trimestre.

Nutrizes:

- Metronidazol Gel a 0,75%, 1 aplicador vaginal (5g), 1 vez ao dia, por 7 dias

Parceiros: tratar sempre, ao mesmo tempo que a paciente.

Observações:

- Evitar a ingestão de álcool (efeito antabuse, que é o quadro conseqüente à interação de derivados imidazólicos com álcool, e se caracteriza por mal-estar, náuseas, tonturas, “gosto metálico na boca”).
- A tricomoníase vaginal pode alterar a classe da citologia oncótica.

Tratar vaginose bacteriana

- Metronidazol 500mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias

Gestantes:

- Clindamicina 300 mg, VO, de 12/12 por 7 dias

Parceiros: não precisam ser tratados. Alguns autores recomendam tratamento de parceiros apenas para os casos recidivantes.

Observações:

- Durante o tratamento, deve-se evitar a ingestão de álcool.

Tratar tricomoníase e vaginose bacteriana (ao mesmo tempo)

- Metronidazol 500mg, VO, de 12/12 horas por 7 dias

Gestantes: tratar após completado o primeiro trimestre com Metronidazol 250mg, VO, de 8/8 horas, por 7 dias

Parceiros: Metronidazol 2g, VO dose única

Tratar candidíase

- Miconazol, creme a 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias

Para alívio do prurido (se necessário): fazer embrocção vaginal com violeta de genciana a 2%

O tratamento sistêmico deve ser feito somente nos casos recorrentes ou de difícil controle:

- Itraconazol 200mg, VO, de 12/12h, só duas doses

Parceiros: não precisam ser tratados. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes.

Observações:

- Em mulheres que apresentam 4 ou mais episódios por ano, devem ser investigados outros fatores predisponentes: diabetes, imunodepressão, uso de corticóides.
- Sempre orientar quanto à higiene adequada e uso de roupas que garantam boa ventilação.

Aconselhar, oferecer VDRL e ANTI-HIV, enfatizar adesão ao tratamento, convocar parceiro(s), notificar, agendar retorno

Este quadro de ação indica:

- A associação de mais de uma DST é muito freqüente. Conversar com a paciente sobre a importância de se realizar a sorologia para sífilis.
- Considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV, especialmente nas mulheres que apresentem vulvovaginites infecciosas comprovadas e com uma freqüência igual ou maior que 4 vezes ao ano. aconselhar a paciente e oferecer-lhe a realização de sorologia anti-HIV.
 - Como orientação mínima para a paciente:
 - concluir o tratamento prescrito, mesmo que os sintomas ou sinais tenham desaparecido;
 - interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;
 - após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais ou adotar outras formas de sexo mais seguro;
 - oferecer preservativos à paciente, orientando sobre a técnica de uso.
- Encorajar apenas a paciente portadora de cervicite ou tricomoníase a comunicar a todos os seus parceiros sexuais do último mês, para que possam ser atendidos e tratados.
- Notificar o caso.
- Agendar o retorno da paciente para o conhecimento de resultados dos exames laboratoriais, controle de cura e coleta de material para citologia oncocítica (Papanicolaou), quando houver indicação.

Atividade 13:

Uma paciente reclama de corrimento vaginal. Você realiza sua anamnese e a examina. Ela lhe diz que sua menstruação está normal, nunca engravidou, tem 19 anos e refere que alguns de seus vários parceiros disseram que ela estava com um corrimento parecido com pus saindo da vagina. Que conduta você adotaria?

Atividade 14:

Volte à Atividade 3. O que você reconsideraria na conduta daquele caso após conhecer o fluxograma proposto para casos de corrimento vaginal? Anote resumidamente e discuta com seus colegas.

Atividade 15:

(atividade a ser coordenada pelo facilitador)

Antes de passar à leitura e estudo do terceiro fluxograma (Corrimento Vaginal), o facilitador distribuirá a cada membro do grupo o desenho de um dos polígonos de decisão ou ação e desenhos de setas.

Os participantes, então, sem olharem nas páginas seguintes, irão, um a um, montando o fluxograma, na parede ou mesmo no chão, baseados no seguinte caso:

“Uma mulher de 28 anos chega para uma consulta queixando-se de uma dor insistente no “pé da barriga”. Tinha 2 filhos pequenos, e um companheiro com o qual vivia há 7 anos, com quem tinha relações sexuais freqüentemente; tinha sido seu primeiro e único parceiro sexual. Não tinha nenhum sangramento vaginal,

sua menstruação estava normal; sua última gravidez foi a de seu segundo filho, há mais de 3 anos. Ao examiná-la ela não estava febril e você não percebeu defesa muscular ou dor à descompressão, porém ela sentia dor à mobilização do colo. Você concluiu que ela era portadora de uma doença inflamatória pélvica (DIP); iniciou o tratamento e agendou seu retorno para depois de 3 dias. Ao retornar ela havia melhorado; você manteve a conduta e a orientou sobre uma série de medidas que deveriam ser adotadas.”

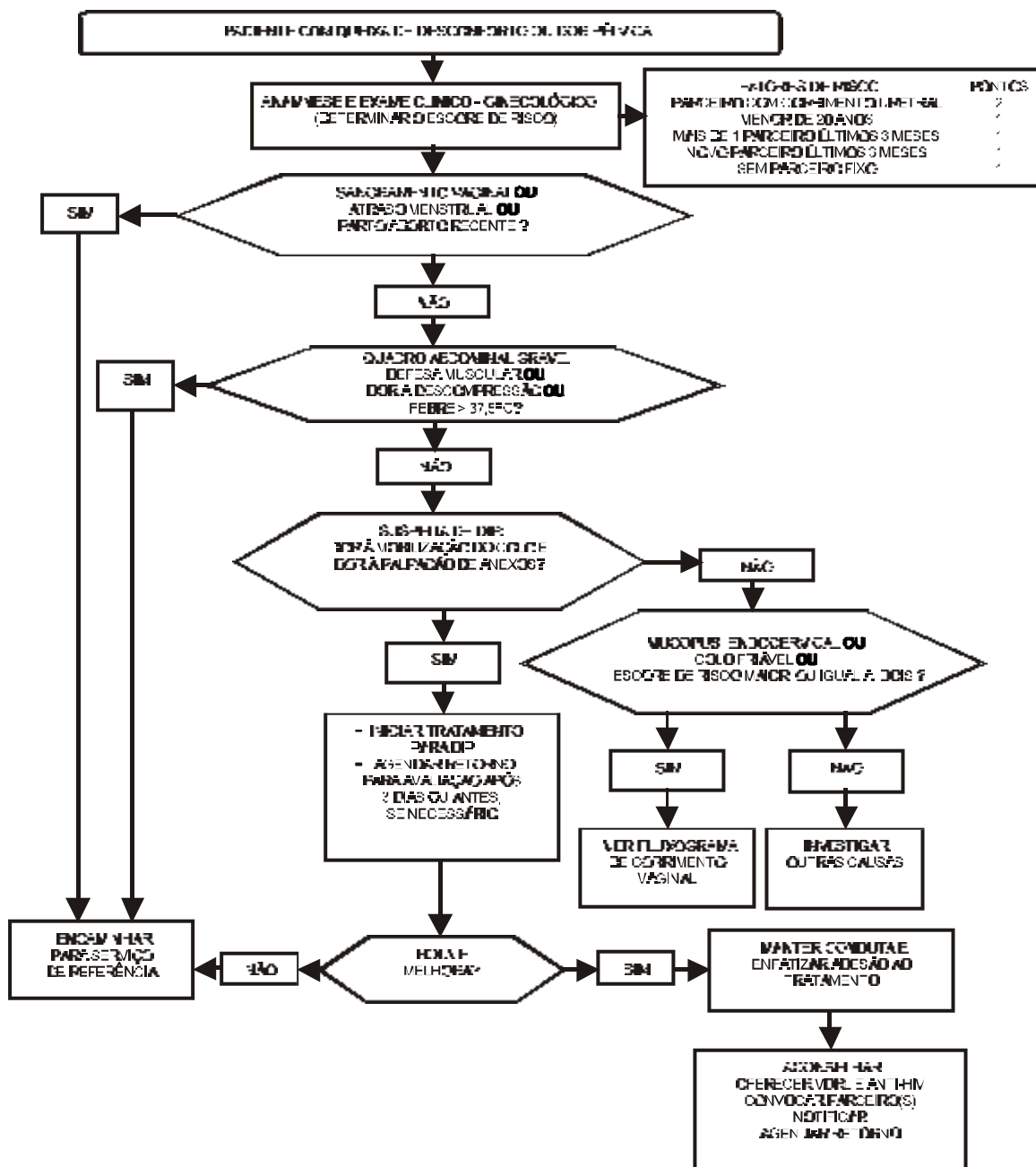
Após todos terem encaixado seus polígonos e setas, discutam se o fluxograma está estruturado corretamente; só depois passem à leitura das páginas seguintes e corrijam, se for necessário, o fluxograma montado.

Módulo

3

Diagnóstico
e tratamento
das DST

DESCONFORTO OU DOR PÉLVICA



NOTAS DO FLUXOGRAMA DE DESCONFORTO OU DOR PÉLVICA

(Para maiores detalhes, consulte o Manual de Controle das DST, 3ª edição, MS, 1999. Aqui serão apresentadas as notas resumidas e as drogas definidas como de primeira escolha para cada condição)

Paciente com queixa de desconforto ou dor pélvica

Este é o quadro de entrada do fluxograma. Nele está descrita a principal queixa da paciente ao se apresentar no serviço de saúde.

Anamnese (determinar escore de risco)

Realizar anamnese determinando, neste momento, o escore de risco, que pode indicar a probabilidade da paciente ser portadora de uma cervicite assintomática.

Exame clínico-ginecológico

(Ver fluxograma de corrimento vaginal)

Sangramento vaginal ou atraso menstrual ou parto/aborto recente?

Pacientes com atraso menstrual, parto ou aborto recente, perda de sangue pela vagina podem ter um quadro grave instalado ou por se instalar e, portanto, devem ser encaminhadas imediatamente para um serviço de referência.

Quadro abdominal grave: defesa muscular ou dor à descompressão ou febre > 37,5° c?

Quadro abdominal grave: se a paciente apresenta defesa muscular ou dor, de intensidade forte ou moderada, à descompressão brusca, ao exame abdominal, ou febre maior que 37,5°C, deverá ser encaminhada para serviço de referência a fim de possibilitar o seu diagnóstico, tratamento e seguimento de forma imediata e adequada.

Suspeita de DIP: dor à mobilização do colo e dor a palpação de anexos?

Quando, ao exame clínico-ginecológico, houver presença de discreta defesa muscular ou dor à descompressão e/ou dor à mobilização do colo, deve-se iniciar o tratamento para DIP. Havendo condições para realizar o diagnóstico, tratamento e seguimento da paciente em nível ambulatorial, este poderá ser realizado conforme esquema sugerido a seguir. As unidades básicas de saúde que não permitem a realização do exposto acima devem referir a paciente imediatamente.

Mucopus endocervical ou colo friável ou escore de risco maior que dois?

Após a limpeza do colo uterino, se for observado mucopus endocervical ou friabilidade, configura-se o quadro de cervicite mucopurulenta. Não sendo identificados esses dois sinais, mas o escore de risco, conforme orientado acima, for maior ou igual a 2, estabelece-se o diagnóstico presuntivo de cervicite, devendo-se seguir, nestes casos, o fluxograma de Corrimentos Vaginais (apresentado anteriormente), com o objetivo de preservar a saúde reprodutiva da paciente. Em caso negativo, outras possíveis causas da dor ou desconforto pélvicos devem ser investigadas: infecções do trato urinário, endometriose, varizes pélvicas, aderências pélvicas, tumores pélvicos, alterações gastro-intestinais (verminoses, constipação intestinal, doenças da vesícula). Nesses casos, encaminhar ao especialista.

Iniciar tratamento para DIP e marcar retorno para avaliação após 3 dias ou antes, se necessário.

Este quadro de ação indica que, ao iniciar-se o tratamento para DIP no ambulatório, deve-se recomendar à paciente o retorno para avaliação após 3 dias, ou antes, se não houver melhora ou se houver piora do quadro. Há vários esquemas recomendados para antibioticoterapia de pacientes com DIP leve, sem sinais de peritonismo importante ou febre (tratamento ambulatorial); a seguir apenas um deles:

- Ceftriaxone 250 mg, IM, dose única **mais** Doxiciclina 100 mg, VO de 12/12 horas, por 14 dias

Houve melhora do quadro?

Se, ao retornar, a paciente estiver apresentando melhora do quadro, o tratamento instituído deve ser mantido, segundo o mesmo esquema, recomendando-se sempre a necessidade de completar o tratamento, mesmo que já tenha havido grande melhora. Não havendo melhora, ou havendo piora do quadro, a paciente deve ser encaminhada para tratamento hospitalar.

Aconselhar, oferecer VDRL e ANTI-HIV, convocar parceiro(s), notificar, agendar retorno

Este quadro de ação indica:

- a associação de mais de uma DST é muito freqüente. Conversar com a paciente sobre a importância de se realizar a sorologia para sífilis.
- considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Aconselhar a paciente e oferecer-lhe a realização de sorologia anti-HIV.
- como orientação mínima para a paciente:
 - concluir o tratamento, mesmo se os sintomas ou sinais tiverem desaparecido;
 - interromper as relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas;
 - após a cura, usar preservativo em todas as relações sexuais, ou adotar outras formas de sexo mais seguro;
 - oferecer preservativos à paciente, orientando sobre a técnica de seu uso.
- encorajar a paciente a comunicar sobre a sua doença a todos os seus parceiros sexuais do último mês, para que possam ser atendidos e tratados. Fornecer à paciente cartões de convocação para parceiros devidamente preenchidos. Essa medida é fundamental para se romper a cadeia de transmissão e para evitar que a paciente se reinfecte. Não havendo suspeita de DIP, e afastada a possibilidade de cervicite, essa recomendação não se aplica.
- notificar o caso.
- agendar o retorno para conhecimento de resultados dos exames laboratoriais, controle de cura e coleta de material para citologia oncológica (Papanicolaou), quando houver indicação (seguir as normas e diretrizes do Programa de Prevenção do Câncer Cérvico-uterino).

Atividade 16:

O parceiro de uma mulher informou-a que está com gonorréia. Ela não apresenta corrimento nem febre, mas tem dor pélvica. Na palpção, seu abdômen está flácido, com sensibilidade aumentada no lado esquerdo mas sem defesa muscular ou dor à descompressão. Ao exame físico apresentou discreta dor à mobilização do colo. Que conduta você adotaria? Anote resumidamente e discuta com seus colegas de grupo.

Pergunta 3

Quando o corrimento vaginal não é um problema?

Pergunta 4 - Sobre avaliação de risco

a) Para quais síndromes a avaliação de risco torna-se útil?

b) Ao avaliar o risco da paciente, devemos levar em consideração quatro fatores. Quais são eles?

? Pergunta 5

Madalena, de 22 anos, usava pílulas anticoncepcionais e tinha ido à clínica de planejamento familiar para fazer seu exame periódico. Ela disse à enfermeira que estava com um corrimento vaginal, acompanhado de coceira, há quatro dias. Qual fluxograma você usaria?

Madalena diz não apresentar dor pélvica ou disúria. Sua menstruação foi há duas semanas e estava normal. Timidamente, ela revela que teve relações sexuais há uma semana com um antigo namorado e que não usou preservativo por estar tomando pílula e que a última vez que tinha tido relação sexual com seu namorado regular, foi há um mês. O que mais é necessário saber? Que procedimentos e exames você adotaria?

? Pergunta 6

Ana, uma jovem de 18 anos, afirma que está saindo com um novo parceiro há três meses, além de outros dois amigos com quem mantém relações sexuais. Ela está agora com uma dor não muito forte mas persistente na parte de baixo da barriga, que pensa ter sido resultado da intensa atividade sexual com o novo parceiro. Qual fluxograma você usaria?

Ana diz que sua menstruação está normal e que nunca engravidou. Ela crê que está com mais corrimento vaginal do que o normal. Ao ser examinada, não apresenta dor à descompressão abdominal nem dor à mobilização do colo; seu colo do útero está bastante friável. Qual tratamento você daria a Ana?

O que mais você conversaria com ela?

Atividade 17:

Quatro estudos para você praticar um pouco mais com o fluxograma de corrimento vaginal. Decida que perguntas, exames ou procedimentos adotaria a partir destas informações.

a) Sara, de 22 anos, foi morar com seu parceiro há apenas quatro meses. Além de corrimento, ela diz que seu abdômen inferior está dolorido. Seu parceiro não tem qualquer sintoma.

b) Márcia queixa-se de um leve corrimento vaginal. Ela tem 25 anos e está casada há oito. Seu terceiro filho nasceu há quatro meses, por isso está muito ocupada cuidando da criança em casa. Fora o corrimento, sente-se bem e não apresenta qualquer sintoma.

c) Alice tem 17 anos. Está com um leve corrimento, mas não tem qualquer outro sintoma. Ela vive com seu namorado há nove meses mas costuma ter relações sexuais com outros homens; no último mês foram três.

d) Maria de Lourdes, de 34 anos, queixa-se de um leve corrimento amarelado. Ela não esteve com ninguém desde que seu marido a deixou, há seis meses. Não apresenta qualquer outro sintoma.

Atividade 18: simulação de casos

(atividade a ser coordenada pelo facilitador)

O facilitador projetará diapositivos de casos reais de DST. Para cada diapositivo o grupo escolherá um dos componentes para simular, a partir do caso mostrado, uma consulta completa. Cada componente do grupo terá direito a fazer uma pergunta ou uma afirmação para o “paciente”, de modo que este forneça todas as informações necessárias para que seu caso seja resolvido. O grupo deverá utilizar o fluxograma correspondente à síndrome apresentada. Se após todos os componentes do grupo terem feito suas perguntas ou afirmações o caso não tiver sido concluído, nova rodada de perguntas ou afirmações deverá ser feita até que o caso esteja resolvido.

Sugestões de atividades na sua unidade

Abaixo, vão algumas sugestões de como você pode praticar a utilização dos fluxogramas em sua unidade. Os fluxogramas são instrumentos que já foram testados e validados. Entretanto, eles podem e devem sofrer adaptações de acordo com as características de cada região. Adapte-os de acordo com suas necessidades, porém, sempre respeitando o princípio de que o paciente que procurar a unidade com uma queixa de DST deve receber diagnóstico, tratamento e orientação.

Prática com os fluxogramas

- Faça cópias dos fluxogramas e as mantenha sempre à mão, na mesa de trabalho ou afixados na parede em tamanho grande. Use este módulo ou o Manual de Controle das DST, no qual as notas explicativas estão mais aprofundadas; além disso o Manual contém capítulos específicos para cada uma das DST.
- Pratique o manejo das diferentes síndromes com seus colegas da unidade, simulando casos e seguindo passo a passo cada um dos fluxogramas.

Verifique quais medicamentos para DST estão disponíveis em sua unidade.

- Ao voltar para sua unidade verifique quais medicamentos estão disponíveis para cada síndrome. Não havendo algum ou alguns dos medicamentos, explique para seu superior a importância de que medicamentos para os portadores de DST estejam sempre disponíveis.
- Certifique-se que você tenha uma lista dos medicamentos recomendados e que esta lista esteja sempre à mão. Você poderia, por exemplo, escrevê-los em uma ficha, colocando-a sobre sua mesa, ou num mural para afixá-los, ou anotá-los em cada fluxograma para fácil referência.

Respostas

1. Resposta B. Clinicamente, não é possível diferenciar a causa de úlcera genital com precisão; nesse caso, a opção mais segura é o tratamento imediato para as duas causas mais frequentes. A opção a) apresenta os problemas típicos da abordagem clínica ao diagnóstico e tratamento. Se o paciente não for curado pelo primeiro tratamento, ele pode disseminar a infecção. Existe ainda um risco adicional de que o paciente possa procurar tratamento em outro lugar e fazê-lo de forma inadequada. Se você marcou c): “Encaminhe o paciente para um diagnóstico etiológico, lembre-se que, na primeira seção, enfatizamos os vários problemas que podem decorrer do atraso no início do tratamento.
2. Tratamento apenas para clamídia, que não pode ser identificada na bacterioscopia.
3. A vagina apresenta normalmente um conteúdo fisiológico que pode aumentar em volume no período perimenstrual, no período ovulatório e quando a mulher está excitada sexualmente; além disso, pode o corrimento pode ter origem alérgica (sabonete, desodorante, roupa íntima de material sintético) ou irritativa (produtos químicos, absorvente interno); portanto, nem sempre a queixa do corrimento corresponde necessariamente a uma patologia.
4. a) para as síndromes de corrimento vaginal e de desconforto ou dor pélvica. b) Parceiro sintomático para DST, idade (menor de 20 anos), novo parceiro últ.3 meses, mais de 1 parceiro últ.3 meses, sem parceiro fixo.
5. Fluxograma de corrimento vaginal. Seguindo os passos do fluxograma: exame clínico-ginecológico, análise microscópica do conteúdo vaginal, teste do pH e das aminas, tratamento segundo achados, aconselhamento, oferecimento de VDRL e anti-HIV, adesão ao tratamento, manejo de parceiros, agendamento de retorno, notificação.
6. Fluxograma de desconforto ou dor pélvica. Seguindo os passos do fluxograma: escore de risco positivo e colo friável são indicativos de uma cervicite. Acompanhando então o fluxograma de corrimento vaginal (como orientado no fluxograma de desconforto ou dor pélvica), Ana receberia tratamento para gonorréia e clamídia, além de aconselhamento, oferecimento de VDRL e anti-HIV, adesão ao tratamento, manejo de parceiros, agendamento de retorno, notificação.

Bibliografia

- ADIMORA, A. et al. **Sexually transmitted diseases**. 2th edition. [S.l.]: McGraw Hill, 1994.
- ARRUDA, J. M. et al. **Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF)**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1987. p. 107-109.
- **Pesquisa sobre Saúde Reprodutiva e Sexualidade**. [S.l. : s.n, 19—?].
- BERQUÓ, E. ; SOUZA, M. R. Homens adultos: conhecimento e uso do condom. In: LOYOLA, M. (Org.). **Aids e sexualidade**. Rio de Janeiro: Relume Dumara; UERJ, 1994. p. 171-182.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aconselhamento em DST, HIV e Aids** : diretrizes e procedimentos básicos. 2. edição. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- **Manual de controle das DST**. 3. Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- CENTER FOR DISEASES CONTROL. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 47, n. RR-1, 1998.
- US Public Health Service recommendations for HIV counseling and voluntary testing for pregnant women. **MMWR**, v. 44, n. RR-7, 1995, p. 1-15.
- COSTIN, L. O. et al. HIV testing, counseling and prophylaxis after sexual asalt. **JAMA**, n. 271, p. 436, 1994.
- DUARTE, G. Doenças sexualmente transmissíveis durante o ciclo grávido-puerperal. In : MORAIS, E. M. (Editor). **Temas de obstetrícia**. São Paulo: Roca, 1992. p. 385-486.
- HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Templo Brasileiro, 1989.
- HART, G. Role of preventive methods in the control of venereal disease (STD). **Clinical Obstetric and Gynecology**, v. 18, n. 1, p. 243-253, march 1975.
- LIMA, A. L. M. et al. HIV/Aids: perguntas e respostas. [S.l.]: Atheneu, 1996.
- LISKIN, et al. Condoms: now more than ever. **Population Reports H**, n.8, p. 3-6, sept. 1990.
- LOYOLA, M. A. Percepção e prevenção da Aids no Rio de Janeiro. In : —. **Aids e Sexualidade**. Rio de Janeiro: Relume Dumara, UERJ, 1994. p. 19-72.
- MANDEL, G. et al. **Principles and practice of infection diseases**. [S.l.]: Churchill Livingstone, 1996.
- MISZTAL, B. A. ; MOSS, D. **Action on AIDS**. New York: Greenwood, 1990.
- MOHERDAVI, F. et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of STD in Brazil: results from a multicentre study. **Sexually Transmitted Infections (former Genitourinary Medicine)**, n. 74, p. 538-543, 1998.
- NAUD, P. et al. **Doenças sexualmente transmissíveis e AIDS**. [S.l.]: Artes Médicas, 1993.
- PASSOS, M. R. L. et al. **Doenças sexualmente transmissíveis**. 4. edição. [S.l.]; Cultura Médica, 1995.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Diretrizes e normas técnicas de diagnóstico, tratamento e prevenção para o controle das doenças sexualmente transmissíveis. **Cadernos de Saúde**, v. 1, n. 2, 1991.
- SHERRIS, J. D. et al. Atualização sobre condons: produtos, proteção e promoção. **Populations Reports H** n. 6, p. 9-13, set.-out. 1982.
- SWEET, R. L. ; GIBBS, R. **Infection diseases of the female genital tract**. 3. edition. [S.l.]: Williams and Wilkins, 1995.
- TENORIO, T. E. ; LEAL, J. W. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. In: HALB. **Tratado de Ginecologia**. São Paulo: Roca, [19—?].
- THEVENOT, L. Action Qui convient. In: **Raisons pratiques**. Paris: Ehess, 1990. p. 171-1+93. (Deformes de l'action, n. 1).
- TREATMENT of sexually transmitted diseases. **Medical Lett**, n. 26, p. 5-10, 1984 (Editorial).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Counselling for HIV/AIDS**: a key to caring. Geneva: WHO. 1995. (GPA/TCO/HCS, 95.15).
- **HIV/AIDS counselling**: a key to caring: guidelines for policy makers and planners. Geneva: WHO, [19—?]. (WHO/AIDS series, n. 8).

Editoração, Revisão, Impressão, Acabamento e Expedição
Editora – Coordenação de Processo Editorial/CGDI/SAA/SE
Ministério da Saúde
SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP 71200-040
Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Brasília-DF, outubro de 2000

ISBN 85-334-0247-3



9 788533 402478



www.aids.gov.br

