

Ac. 54679

C 710431
R 1453432
04/03/02
2#505

**EFICÁCIA DO ACONSELHAMENTO INDIVIDUAL PARA
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST) EM
UNIDADES DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE FORTALEZA.**

MARIA ALIX LEITE ARAUJO

Dissertação apresentada como trabalho de conclusão do curso de Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública com área de concentração em Epidemiologia

Profª Dra. Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher
Orientadora

Fortaleza - CE, 2001

616.9518
A687c
2001

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº.	1453432
	04 / 03 / 2002

A69e

Araújo, Maria Alix Leite

Eficácia do aconselhamento individual para doenças sexualmente transmissíveis (DST) em unidades de referência da cidade de Fortaleza / Maria Alix Leite Araújo. – Fortaleza, 2001
101 fs..

Orientador: Prof^a. Dra. Júlia Nobre Surchis Bucher.

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará.
Faculdade de Medicina

1. Aconselhamento. 2. Doenças sexualmente transmissíveis.
3. Educação do paciente

I. Bucher, Júlia Nobre Surchis (orient.) II. Título

CDD 158.3

**EFICÁCIA DO ACONSELHAMENTO INDIVIDUAL PARA DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST) EM UNIDADES DE
REFERÊNCIA DA CIDADE DE FORTALEZA.**

Maria Alix Leite Araujo

**Dissertação de Mestrado submetida ao Departamento de Saúde
Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do
Ceará, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau
de Mestre em Saúde Pública.**

Aprovado por:



Profª Dra. Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher



Profª Dra. Terezinha do Menino Jesus e Silva



Prof. Dr. Cilio Ziviani

Instituições que apoiaram a pesquisa que norteou esta dissertação:

Esta dissertação contou com o apoio do Projeto HIV/DST, através das seguintes instituições:

União Européia - Universidade de Bordeaux - França

Ministério da Saúde - Brasil

DEDICATÓRIA

Ao meu marido Airton e meus queridos filhos Artur e André, pelos nossos momentos de lazer sacrificados em prol da minha qualificação profissional.

Ao meu amigo Pierre Yves Bello, de uma forma muito especial, pela paciência, atenção e companheirismo com que me ensinou a trabalhar os resultados do estudo e por todas as horas dedicadas à leitura crítica do material.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me iluminou com a luz do Espírito Santo, me ajudando a encontrar forças para continuar nos momentos mais difíceis e quando me senti mais desanimada.

A minha orientadora Júlia Bucher, que com sua competência contribuiu com excelentes propostas e sempre esteve disponível para me ajudar.

A Telma Queiróz, coordenadora do Projeto HIV/DST, que possibilitou os meios logísticos para a realização deste estudo e partilhou com sua experiência na análise dos resultados.

Às colegas das unidades, Laurinete Andrade, M^a Teresa Franco, Verônica Linhares, Rosário Pessoa, Fátima Salgueiro, Aparecida Araujo, que realizaram o trabalho de campo, pela seriedade com que conduziram o estudo nas unidades .

Ao colega Pedro Fernando Rocha, com quem dividi dúvidas importantes e que acompanhou a análise dos resultados e contribuiu de nos meus momentos de dúvidas.

As secretárias do Projeto HIV/DST, Weruska, Marlene e Marlice, que me ajudaram nas horas árduas em que a tecnologia resolveu me desafiar.

Ao sr. Aluísio Ferreira da Silva, motorista do projeto HIV/DST, que pacientemente acompanhou as visitas de supervisão ao trabalho de campo.

E em especial, aos pacientes que participaram da pesquisa, oferecendo desta maneira uma valorosa contribuição que com certeza trará melhoria na qualidade do aconselhamento ao portador de DST.

E a todos que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	viii
LISTA DE FIGURAS.....	ix
LISTA DE SIGLAS.....	x
RESUMO.....	xiii
INTRODUÇÃO.....	1
CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	4
AIDS, problema de saúde pública.....	4
DST, problema de Saúde pública	4
Estratégias para prevenção e controle das DST/HIV/Aids.....	6
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
O Aconselhamento	9
Do aconselhamento psicológico ao aconselhamento para DST	9
O Aconselhamento individual para DST.....	15
Técnicas de avaliação do aconselhamento	21
O PROJETO HIV/DST CEARÁ.....	27
DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	31
Objetivos.....	34
Material e Métodos.....	34
Ética na pesquisa.....	42

RESULTADOS.....	43
DISCUSSÃO.....	60
CONCLUSÃO.....	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS.....	97



RESULTADOS.....	43
DISCUSSÃO.....	60
CONCLUSÃO.....	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS.....	97

LISTA DE TABELAS

1. Perfil sócio-demográfico dos pacientes com DST.....	46
2. Dados por sexo sobre número de parceiros sexuais.....	47
3. Dados por sexo sobre o modo de chegada à unidade.....	47
4. Distribuição dos pacientes por sexo, segundo a utilização de antibiótico anterior à consulta.....	48
5. Distribuição dos pacientes de acordo com o número de atendimentos recebidos na unidade.....	49
6. Distribuição do diagnóstico sindrômico, por sexo.....	50
7. Dados gerais por sexo das pessoas atendidas com DST.....	51
8. Análise comparativa das variáveis sócio demográficas, entre os pacientes atendidos com DST.....	54
9. Distribuição dos pacientes com DST atendidos, segundo tratamento e aconselhamento para DST.....	55
10. Distribuição dos pacientes com DST atendidos, segundo uso do preservativo e aconselhamento para DST.....	56
11. Distribuição dos pacientes com DST atendidos, segundo número de parceiros sexuais tratados e aconselhamento para DST.....	57
12. Distribuição dos pacientes com DST atendidos, segundo aceitação do exame de VDRL e aconselhamento para DST.....	58
13. Distribuição dos pacientes com DST atendidos, segundo aceitação do teste anti-HIV e aconselhamento para DST.....	58
14. Distribuição dos pacientes com DST atendidos, segundo retorno à unidade para reavaliação e aconselhamento para DST.....	59
15. Análise estratificada das variáveis estudadas, segundo aconselhamento para DST.....	60

LISTA DE FIGURAS

1 - Mapa de Fortaleza.....	37
2 - Modelo de Análise dos dados.....	39

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CDC - Centro de Controle de Doenças

CN-DST/AIDS - Coordenação Nacional de DST/AIDS

COAS/CTA - Centros de Orientação e Apoio Sorológico/Centro de Testagem e Aconselhamento

DST - Doença Sexualmente Transmissível

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV - Papiloma Vírus Humano

MS - Ministério da Saúde

WHO - World Health Organization

OMS - Organização Mundial da Saúde

SER - Secretaria Executiva Regional

VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

CONCEITOS UTILIZADOS NO DESENHO DO ESTUDO

Aconselhamento - processo de escuta ativa individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha a possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua saúde e transformação.

Centrado no cliente - o cliente é o centro do atendimento; o diálogo deve primar pela atenção às necessidades do cliente, consideradas a partir de sua história pessoal, seus mitos, suas crenças e seus sentimentos.

Diagnóstico sindrômico - identificação de sintomas e sinais comuns a algumas doenças, além da utilização de características epidemiológicas dessas doenças.

Diagnóstico etiológico - realização de testes laboratoriais que servem para identificar o agente causador.

Etiologia - estudo sobre a origem das coisas.

Exame anti-HIV - exame para detecção de anticorpos do vírus HIV, causador da AIDS.

Pré-teste - sessão de aconselhamento que antecede o teste e ajuda o cliente a decidir se irá realizá-lo ou não.

Pós-teste - sessão de aconselhamento de entrega do resultado, de reforço da percepção de risco e da adoção de práticas preventivas e de apoio emocional.

Recursos Internos - bagagem vivencial e emocional de cada indivíduo para resolver diferentes situações de vida.

Síndrome - conjunto de sintomas ligados a uma entidade mórbida e que constitui o quadro geral de uma doença.

Voucher - Cartão entregue ao paciente com DST, para ser levado ao parceiro(a)s sexual(is), solicitando seu comparecimento à unidade.

Vulnerabilidade - ser vulnerável no contexto do HIV/DST significa ter pouco ou nenhum controle sobre o risco de adquirir HIV ou outra DST e para aqueles já infectados ou afetados, ter pouco ou nenhum acesso a cuidados e suportes apropriados.

DEFINIÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS BASEADAS NA ABORDAGEM SINDRÔMICA

Úlcera genital - presença de lesão ulcerada em região genital, de origem não traumática.

Corrimento uretral em homem - presença de corrimento uretral verificado com o prepúcio retraído e, se necessário, pela compressão da base do pênis em direção à glândula.

Corrimento cervical - presença de mucopus cervical verificado obrigatoriamente ao exame especular.

Corrimento vaginal - presença de corrimento vaginal associado a hiperemia, e/ou edema da mucosa vaginal, associado ou não a sinais de colpíte, com ou sem ectrópio.

Dor pélvica - dor à compressão ou defesa muscular abdominal ou dor à mobilização do colo ou anexos ao toque vaginal combinado.

RESUMO

Este estudo visa estimar a eficácia do aconselhamento individual para pacientes com Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Foi realizado durante o período de maio de 2000 a abril de 2001 em unidades de saúde de referência para DST da cidade de Fortaleza-CE. Estas unidades são o ambulatório do Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição e do Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota de Messejana, o Centro de Saúde Carlos Ribeiro e o Centro de Saúde Anastácio Magalhães. Participam do Projeto HIV/DST-CE, que trabalha na estruturação da rede de referência para DST no Estado do Ceará. As mesmas têm organizado na rotina, o atendimento para pessoas com DST e disponibilizam o tratamento e o preservativo a todos os pacientes atendidos. A amostra consistiu de 306 pacientes com DST, distribuídos aleatoriamente entre dois grupos. Nos primeiros quinze dias do mês, um grupo recebia a consulta médica e o aconselhamento para DST/HIV e nos últimos quinze dias, o outro grupo recebia somente o atendimento médico. Por orientação do Comitê de Ética do Estado, manteve-se a todos os pacientes o oferecimento do teste anti-HIV precedido de aconselhamento pré-teste. Os dois grupos, apresentaram-se homogêneos para sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita, o que possibilitou a comparação entre os mesmos. Por ocasião da consulta de retorno, os pacientes eram entrevistados através de um questionário com perguntas fechadas, acerca do tratamento, uso do preservativo durante o tratamento, tratamento dos parceiros sexuais, aceitação dos exames de VDRL e anti-HIV e retorno para reavaliação. Realizou-se uma análise univariada e estratificada das variáveis através do Programa Epi-info versão 6.04. Na análise univariada, o aconselhamento para DST apresenta-se como uma medida de orientação eficaz para todas as variáveis analisadas, independente de sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita, especialmente com relação ao tratamento dos parceiros sexuais ($p=0,000$; $OR=10,96$; $IC=4,49-28,01$). Na análise estratificada, os homens quando aconselhados, aparecem realizando mais o tratamento corretamente e usando mais a camisinha que as mulheres ($p=0,028$ e $0,036$).

RESUMO

Este estudo visa estimar a eficácia do aconselhamento individual para pacientes com Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Foi realizado durante o período de maio de 2000 a abril de 2001 em unidades de saúde de referência para DST da cidade de Fortaleza-CE. Estas unidades são o ambulatório do Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição e do Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota de Messejana, o Centro de Saúde Carlos Ribeiro e o Centro de Saúde Anastácio Magalhães. Participam do Projeto HIV/DST-CE, que trabalha na estruturação da rede de referência para DST no Estado do Ceará. As mesmas têm organizado na rotina, o atendimento para pessoas com DST e disponibilizam o tratamento e o preservativo a todos os pacientes atendidos. A amostra consistiu de 306 pacientes com DST, distribuídos aleatoriamente entre dois grupos. Nos primeiros quinze dias do mês, um grupo recebia a consulta médica e o aconselhamento para DST/HIV e nos últimos quinze dias, o outro grupo recebia somente o atendimento médico. Por orientação do Comitê de Ética do Estado, manteve-se a todos os pacientes o oferecimento do teste anti-HIV precedido de aconselhamento pré-teste. Os dois grupos, apresentaram-se homogêneos para sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita, o que possibilitou a comparação entre os mesmos. Por ocasião da consulta de retorno, os pacientes eram entrevistados através de um questionário com perguntas fechadas, acerca do tratamento, uso do preservativo durante o tratamento, tratamento dos parceiros sexuais, aceitação dos exame de VDRL e anti-HIV e retorno para reavaliação. Realizou-se uma análise univariada e estratificada das variáveis através do Programa Epi-info versão 6.04. Na análise univariada, o aconselhamento para DST apresenta-se como uma medida de orientação eficaz para todas as variáveis analisadas, independente de sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita, especialmente com relação ao tratamento dos parceiros sexuais ($p=0,000$; $OR=10,96$; $IC=4,49-28,01$). Na análise estratificada, os homens quando aconselhados, aparecem realizando mais o tratamento corretamente e usando mais a camisinha que as mulheres ($p=0,028$ e $0,036$

respectivamente) e as mulheres aparecem retornando mais para reavaliação e aceitam melhor o exame de VDRL ($p=0,001$ e $p=0,052$). Já com relação a idade, pessoas acima de 30 anos quando aconselhadas aparecem realizando mais o tratamento corretamente ($p=0,034$). O conhecimento de leitura e escrita mostrou-se significativo para todas as variáveis estudadas. O desafio seria de como desenvolver o aconselhamento para pessoas com pouco ou nenhum conhecimento de leitura e escrita, considerando que esta variável aparece como um componente importante, dificultando a adesão às orientações recebidas.

Um aconselhamento que privilegie informações acerca do problema apresentado pelo paciente com DST, realizado através de profissionais treinados, pode melhorar a adesão às informações oferecidas durante o atendimento.

Enfim, concluímos que este modelo de aconselhamento mostra-se eficaz para pessoas com DST e pode ser utilizado em unidades de saúde, promovendo desta forma, uma dinâmica interna de melhoramento desta atividade na rede pública de saúde.

ABSTRACT

This study aims to estimate the efficacy of individual counseling for patients with Sexually Transmitted Disease. It was conducted from May 2000 to April 2001 in excellency health units for STD in Fortaleza City. These units are following: Gonzaga Mota Hospital, Nossa Senhora da Conceição Hospital, Health Unit Carlos Ribeiro and Health Unit Anastácio Magalhães. These participants have continuously organized the assistance for STD patients and given treatment and condoms. The DST/HIV project that deals with structuring reference health units for STD in the State of Ceará has the participation of the state and city coordination.

We had 306 STD patients sample divided at random in two groups. In the first 15 days one group received medical assistance and STD/HIV counseling. In the last 15 days the other group was only given medical assistance. As a demand of the State Ethic Committee we kept offering all patients the anti-HIV test preceded by counseling. Both groups were homogeneous referring to sex, age and knowledge of reading and writing which made possible comparison between them. When returning for the next appointment the patients were interviewed through straight forward questions regarding the treatment, use of condom during the treatment, treatment of the sexual partners, approval of the VDRL and anti-HIV exams and return for reevaluation. An univariate and stratiform analysis of the variable using the EPI-INFO program, version 6.04, was done. The univariate analysis for STD counseling is shown as an efficient guideline for all variable analyzed regardless to sex, age or knowledge of reading and writing, mainly concerned the treatment of the sexual partner ($p=0,000$; $OR=10,96$; $IC - 4,49-28,01$). In the stratiform analyses, men who were advised seem to follow the treatment more accurately and using condom more often than women ($p=0,028$ e $0,036$) and women seem to come back more often for reevaluation and accept better VDRL exam ($p=0,034$). Regarding age, people above 30 years when advised seem to follow harder.

The challenge would be how to develop counseling for people with little or no knowledge of reading or writing, since this variable seems to be an important aspect making it difficult to absorb the advice given.

A kind of counseling that favors information about the problem reported by patients held by trained professionals might improve the understanding of information given during the counseling to the STD patients.

Finally, we came to the conclusion that the counseling is efficient for people with STD and can be used in health units providing, this way, improvement of this activity in public health units, nevertheless, studies are necessary to identify other factors that contribute to the educational process.

1 INTRODUÇÃO

O aconselhamento para portadores de DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis) é uma estratégia importante de prevenção primária ao HIV e tem como objetivo principal interromper a cadeia de transmissão da DST da forma mais efetiva e imediata possível e prevenir novas ocorrências (MS, 1999a).

Com o advento da Aids, as DST passaram a receber maior prioridade. Isto ocorreu devido a similaridade entre os comportamentos que transmitem as DST e o vírus HIV e o fato das DST contribuírem para a transmissão do vírus da Aids (Wasserheit, 1992).

Há uma necessidade urgente de controlar as DST, que também geram problemas sérios de ordem econômica, social e em particular para a saúde dos indivíduos acometidos. Porém, alguns problemas de ordem institucional e técnica existem, dificultando o acesso dos pacientes ao tratamento e a detecção precoce de casos de DST.

“O estigma associado às DST, a limitação de recursos e acessibilidade a um tratamento de saúde de boa qualidade, para os que correm maior risco (mulheres e jovens), assim como a falta de medicamentos acessíveis e eficazes, são apenas alguns dos principais empecilhos para o controle das DST” (Dallabetta, 1997).

A recomendação do Ministério da Saúde é a disseminação do atendimento a portadores de DST na rede básica de saúde, através da abordagem sindrômica. Esta estratégia visa diagnosticar e tratar as DST o mais precocemente possível (MS, 1999a).

Juntamente com esta recomendação, outra estratégia que também está sendo incorporada aos serviços é o aconselhamento para portadores de DST. É uma atividade que vem assumindo importante papel na rotina dos serviços e investimentos são feitos no sentido de torná-lo cada vez mais eficaz.

O que se observa na prática é que os profissionais mesmo durante o atendimento a portadores de DST, dão mais prioridade ao

aconselhamento para o teste anti-HIV e para a mudança de comportamento do paciente ou mais especificamente, para o uso da camisinha.

A grande maioria dos estudos sobre aconselhamento, ocorreram através de coortes longos e avaliaram a mudança de comportamento do paciente. Os que estudaram os aspectos ligados às DST, estão mais voltados para o manejo dos parceiros sexuais.

A eficácia do aconselhamento agindo nas orientações ligadas às DST não foram estudadas anteriormente, apesar das recomendações oficiais do Ministério da Saúde sobre a implantação desta atividade como rotina para pacientes com DST.

Desde 1995, o Projeto HIV/DST Ceará, vem trabalhando na implantação do atendimento às DST em unidades de referência do sistema público de saúde, tendo o aconselhamento como uma atividade primordial para o alcance dos objetivos do atendimento.

Avaliar a eficácia do aconselhamento para DST, considerando todo investimento de educação continuada realizado com os profissionais e a dificuldade de operacionalização desta prática como rotina nas unidades de saúde visando melhorar a qualidade do atendimento é o objetivo deste trabalho.

Recursos são investidos através deste projeto em treinamentos, reuniões e supervisões dos técnicos que fazem aconselhamento nessas unidades. Esses investimentos atingem diretamente os profissionais, quando os tornam mais qualificados para desenvolver o aconselhamento e indiretamente o paciente, que tem a oportunidade de receber um atendimento de maior qualidade. É possível assim, favorecer a quebra imediata da cadeia de transmissão, através da adesão do paciente e dos(as) parceiros(as) sexuais ao tratamento.

O interesse na temática partiu do fato de que, apesar do Ministério da Saúde recomendar como rotina nas unidades de saúde que atendem pessoas com DST o aconselhamento para a DST, desconhece-se a eficácia desta atividade. Identifica-se também na

prática, uma dificuldade por parte dos profissionais em organizar o volume de informações a serem oferecidas ao paciente, devido ao grande quantitativo de pessoas que procuram diariamente estas unidades, tanto com DST, como à procura pelo teste anti-HIV.

O presente estudo visa estimar a eficácia do aconselhamento para DST, comparando os resultados entre pacientes aconselhados e não aconselhados para DST em unidades de referência da cidade de Fortaleza.

O tema que nos propusemos estudar é muito complexo, pois envolve a mudança de comportamento do paciente, mesmo que a curto prazo e sabemos que muitos outros aspectos subjetivos estão envolvidos nesta questão. Mas este pode ser um momento inicial importante no processo de mudanças.

Não pretendemos desta forma esgotar todas as possibilidades de análise, mas sim contribuir para uma melhor organização do aconselhamento para pacientes com DST na rede dos serviços de saúde.

2 CONSIDERAÇÕES GERAIS:

2.1 AIDS - problema de saúde pública

Duas décadas após o surgimento do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) cerca de 8.500 pessoas, das quais 1000 crianças são infectadas diariamente (Banco Mundial, 1997). Estima-se que mais de 4,5 milhões de pessoas desenvolveram a AIDS em todo o mundo (OMS, 1995). A grande maioria destes casos foram detectados em países em desenvolvimento, reduzindo consideravelmente a expectativa de vida das pessoas acometidas e agravando a situação desses países, já penalizados por tantas outras mazelas.

O primeiro caso de AIDS no Brasil foi identificado em 1982, em pacientes com práticas homo/bissexuais, o que levou, a partir daí, a criar-se estigmas, preconceitos e identificar pessoas como pertencentes a grupos de riscos. De 1980 a agosto de 1999, foram notificados ao Ministério da Saúde, 170.073 casos acumulados de AIDS no país. Observa-se um aumento a cada ano, inclusive com uma mudança significativa nas características iniciais da epidemia, que passou a acometer, numa incidência cada vez maior, os jovens e os heterossexuais, especialmente as mulheres. Fatores biológicos e de comportamento têm contribuído para a rapidez com que o HIV se propaga na população. Foi constatada uma redução da razão de sexo, atingindo uma proporção cada vez maior de mulheres (MS, 1999b).

2.2 Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) - Problema de Saúde Pública.

Quando nos reportamos às DST, doenças que não se enquadravam como merecedoras de atenção especial por parte dos serviços de saúde, estas, com o advento da AIDS passaram a ter destaque. As DST são marcadores do comportamento humano e podem favorecer a contaminação pelo vírus HIV. Pessoas que adquirem DST não estão consistentemente praticando sexo seguro, ou seja, sexo com

preservativos e consequentemente estão em risco de adquirir o vírus HIV. Wasserheit (1992) mostrou a importância das DST, especialmente as ulcerativas, interagindo e facilitando a entrada no organismo do vírus HIV.

Estima-se no mundo a cada ano, 333 milhões de novos casos de DST, representando a segunda maior causa de perda de vida saudável entre as mulheres entre 15 e 49 anos, depois da morbidade e mortalidade maternas (Dallabetta, 1997).

No Brasil, dados epidemiológicos de DST não se encontravam disponíveis, pois destas doenças, somente a AIDS e a sífilis congênita são de notificação obrigatória, o que leva a um certo relaxamento por parte dos profissionais em notificá-las. Trabalho de educação tem sido desenvolvido com os profissionais de saúde no sentido de mostrar a importância da notificação destes casos, para se conhecer a real magnitude do problema.

O Ministério da Saúde vem padronizando o atendimento de casos de DST através da abordagem sindrômica, que tem por objetivo prover o paciente com DST e seu(s) parceiro(s) de tratamento imediato e aconselhamento, com o objetivo de quebrar a cadeia de transmissão. Esta é a estratégia recomendada para todas as unidades de saúde do país (MS, 1999a). A sua adoção requer todo um investimento político-institucional e o entendimento por parte das autoridades municipais e estaduais da importância do controle das DST. Entre outras ações, uma demonstração importante desse entendimento por parte das autoridades, se dá na aquisição de medicamentos, preservativos e na facilitação e apoio para treinamento dos profissionais.

Os dados epidemiológicos de DST no Estado do Ceará sofrem a mesma problemática enfrentada no Brasil. Existe um grande sub-registro de casos, impossibilitando uma análise mais apurada da prevalência destas doenças aqui no Estado. Poucas unidades estão realizando o atendimento seguindo as orientações do Ministério da Saúde, ou seja, atendendo pela abordagem sindrômica, devido a

problemas burocráticos na aquisição de medicamentos e de treinamento dos profissionais.

2.3 Estratégias para prevenção e controle das DST/HIV/Aids

A nível mundial, a epidemia de AIDS trouxe um desafio, que é o de encontrar alternativas educacionais e de prevenção, que promovam uma verdadeira mudança de comportamento de risco na população.

Muitos recursos foram investidos no desenvolvimento de ações que objetivem este fim. Uma dessas estratégias, foi a introdução em 1985 dos COAS (Centros de Orientação e Apoio Sorológico), como foram inicialmente chamados os atuais CTA's (Centros de Testagem e Aconselhamento). Estes serviços têm por objetivo, realizar o aconselhamento para redução de comportamento de risco e oferecer o teste anti-HIV. Foram expandidos a vários locais do país, visando garantir às pessoas em alto risco o acesso ao aconselhamento e a testagem anti- HIV.

A partir de 1987, o Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC) de Atlanta, Estados Unidos, propôs a expansão do teste anti-HIV e tem recomendado que todas as pessoas que procurarem tratamento para DST, deveriam ser rotineiramente aconselhadas e testadas para o HIV (CDC, 1987).

Somente em 1990, essa mesma instituição distribuiu \$204 milhões de dólares entre países e organizações para atividades de prevenção ao HIV. Praticamente metade deste recurso foi usado para ações de aconselhamento, testagem e notificação de parceiros sexuais (CDC, 1990).

Nos Estados Unidos, o aconselhamento representa uma das tentativas de prevenção ao HIV de maior custo, tendo utilizado anualmente de 27% a 30% de todos os recursos públicos. Nos serviços públicos, se apresentaram 25% de todos os resultados de teste anti-HIV positivos (CDC, 1997).

A disponibilização do aconselhamento e testagem anti-HIV em clínicas de DST, também tem sido uma estratégia amplamente utilizada em países em desenvolvimento.

No Brasil, o enfrentamento da epidemia de AIDS ocorreu de maneira mais diversificada entre os estados da federação. Logo quando apareceram os primeiros casos de AIDS no mundo, alguns estados se organizaram em ações voltadas para prevenção do HIV/Aids. Depois, em 1986, quando da criação do Programa Nacional de DST/AIDS, muitas das experiências existentes serviram de substrato para definição das estratégias nacionais nesse primeiro período. É possível definir essas estratégias em ações voltadas para: informação, testagem/aconselhamento e ações focadas em grupos considerados de maior risco para infecção pelo HIV/Aids, visando a mudança de comportamento (MS, 1999c).

A exemplo do que ocorreu no mundo, surgiram também no Brasil, à partir de 1988, os CTA/COAS. Esses serviços foram considerados como uma das ações prioritárias pelo Ministério da Saúde e tem como propósito garantir à população o acesso à sorologia para o HIV, confidencial, gratuita e acompanhada de aconselhamento pré e pós teste. Até junho de 1999, a rede de CTA/COAS contava com 139 unidades em funcionamento em todo país. Estes são mais voltados para ações de prevenção relacionadas ao HIV/Aids (MS, 1999c).

Existem atualmente no Estado do Ceará, quatro CTA/COAS implantados, distribuídos da seguinte forma: dois (2) em Fortaleza, um (1) em Maracanaú e um (1) em Sobral.

O Ministério da Saúde iniciou, juntamente com Estados e Municípios, a implantação do atendimento às DST na rede básica de saúde e em unidades de referência, estabelecendo como atividade importante o aconselhamento para DST e o oferecimento do teste anti-HIV a todos os portadores de DST. Passou também a conveniar unidades para atuarem como Centros de Treinamento em DST. Definiu então políticas de funcionamento para estes serviços, estabelecendo

diretrizes também para as ações de aconselhamento.

À partir de 1995, inicia-se no Estado do Ceará a implantação de uma rede de unidades de referência para DST, através do projeto HIV/DST, que tem financiamento da União Européia e do Ministério da Saúde do Brasil. Este projeto visa melhorar a qualidade do atendimento para portadores de DST e trabalha em articulação com as instituições públicas responsáveis pelo controle das DST no Estado.

Neste contexto desenvolveu-se o aconselhamento individual para os portadores de DST, visando atingir as metas de promoção para a saúde e proteção dos agravos decorrentes das DST.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O ACONSELHAMENTO

A pesquisa bibliográfica para fundamentação desta dissertação, está subdividida em trabalhos que iniciam o estudo do aconselhamento, dando um arcabouço teórico para esta investigação e em trabalhos atuais, indicando a evolução do aconselhamento para a área de saúde pública.

3.1.1 Do aconselhamento psicológico ao aconselhamento para DST

Desde muitos anos, várias práticas foram desenvolvidas e amplamente difundidas para o aconselhamento, com muitos posicionamentos teóricos, visavam explicar os fenômenos ocorridos no seu processo.

Ao longo dos anos as definições de aconselhamento foram sofrendo alterações e os limites conceituais entre aconselhamento e psicoterapia não são muito bem definidos. O que inicialmente era considerada uma atividade estática, mais recentemente foi definida como um processo dinâmico e operacional.

Normalmente na sua técnica priorizava-se a utilização de testes e era uma prática desenvolvida por psicólogos, especialistas em orientação vocacional, matrimonial e nos serviços de orientação educacional nas escolas. Era uma prática associada a pessoas com distúrbios de personalidade e consideradas anormais sob o ponto de vista psíquico. Por este motivo, os autores destacam a importância de vários contatos com o paciente, e vêm como produto do trabalho do aconselhamento a modificação do comportamento do indivíduo.

Para Rogers (1942), o aconselhamento é uma série de contatos com o indivíduo com o objetivo de lhe oferecer assistência na modificação de suas atitudes e comportamentos. Ele trata a diferença como uma questão de terminologia. Defende que o aconselhamento é

uma prática usada nos meios educacionais e psicoterapia nos meios psicológicos e clínicos. Sugere que o aconselhamento é usado em entrevistas mais superficiais, enquanto que a psicoterapia se refere a um contato mais duradouro e intensivo, objetivando uma reorganização mais profunda da personalidade.

Rogers ressalta ainda que quando a relação se dá no sentido do que ele chama de *relação de ajuda*, dispensa a importância normalmente atribuída entre orientação, aconselhamento e psicoterapia. Essa teoria baseia-se no pressuposto de que o cliente é capaz de viver e elaborar suas experiências de forma integradora, quando se engaja numa relação com um conselheiro que não o julga, nem avalia.

Mowrer (1951), define o aconselhamento como uma atividade que proporciona assistência a pessoas que sofrem de conflitos plenamente conscientes, acompanhados da chamada ansiedade normal.

Já Brammer e Shostrom (1960), definem aconselhamento e psicoterapia como um "continuum" e que ocasionalmente se sobrepõem, mas isto não significando que constituam a mesma atividade.

Tyler, Tiedeman e Wrenn (1961), (citados por Rosenberg, 1987), também procuram estabelecer as diferenças entre aconselhamento e psicoterapia. Referem o aconselhamento como uma prática que diferencia-se da psicoterapia pela sua centralização nas potencialidades e nos aspectos psicologicamente saudáveis do indivíduo e não nas suas fraquezas psicológicas ou patológicas.

Patterson (1966), admite que o aconselhamento se refere ao trabalho com clientes menos perturbados ou com clientes que apresentam problemas específicos, sem relativo comprometimento da estrutura da personalidade, usualmente atendidos em ambiente não-médico; a psicoterapia refere-se a trabalho com clientes mais seriamente perturbados e em ambiente médico. A psicoterapia

entretanto requer uma relação mais prolongada e o aconselhamento é educativo e pode constituir-se em um único momento.

Os poucos autores que o consideram como uma atividade voltada para pessoas normais ressaltam como fundamental a importância da ajuda ao cliente.

Rogers e Rosenberg (1977), reforçam que é dispensável a necessidade de teorias bem elaboradas e constatam que a consulta empática por parte do conselheiro, tinha por si, um efeito facilitador do processo de auto-exploração e mudança no cliente. Valorizam mais a pessoa e não a doença, a relação cliente-conselheiro e não o instrumental de avaliação, o processo terapêutico e não os resultados. Segundo eles, a relação desenvolvida entre o cliente e o conselheiro é um componente importante para o sucesso do aconselhamento.

Scheffer (1986), trata o aconselhamento como algo educativo, preventivo, de apoio, situacional, voltado para a solução de problemas. Para ela, o aconselhamento, como área de especial relevância na psicologia preventiva, tem encontrado crescente penetração nas atividades e nos empreendimentos que envolvem a criação de condições propícias e eficazes para o desenvolvimento harmonioso do ser humano.

May (1987), diz que o aconselhamento pessoal é qualquer compreensão profunda entre duas pessoas que resulte numa mudança de personalidade.

A postura desenvolvida pelo profissional passa a ser considerada como um aspecto extremamente importante para o sucesso do aconselhamento. Postura esta que está no desenvolvimento de uma atitude empática, capacidade de resposta, permissividade com relação a expressão dos sentimentos por parte do cliente evitando atitudes moralistas e de juízo de valores e abster-se durante as sessões de expressar seus próprios desejos, reações e inclinações.

Como o aconselhamento surgiu inicialmente a partir de consultas psicológicas, muita controvérsia existia para definir qual o profissional

que realmente poderia realizá-lo. Surge então outra discussão a respeito de quais categorias de profissionais deveriam desempenhar as funções de aconselhadores.

Como uma atividade mais voltada para prestar assistência educacional e profissional, era desenvolvida mais comumente no interior das escolas visando ajudar o estudante a desenvolver melhor as suas potencialidades ou para ajudar os indivíduos quanto as suas habilidades vocacionais.

Schmidt (apud Rosenberg, 1987), em um capítulo que escreveu para o livro Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa, admite não existir funções definidas e reconhecidas institucionalmente como sendo do conselheiro, podendo ser exercida por diferentes tipos de profissionais.

May (1987; p.14), afirma ainda que "o aconselhamento é mais uma técnica ou arte do que uma profissão e deve ser empregado como parte de uma responsabilidade mais coerente com profissões cujo objetivo principal são pessoas. Isto é, no trabalho de médicos, professores, diretores, encarregados de disciplina, pastores, religiosos e assistentes sociais" .

O aconselhamento passou então pouco a pouco a ser utilizado em várias outras áreas até vir a se desenvolver na área de saúde pública, quando mais recentemente foi incorporado na área das DST/HIV/Aids.

Iremos neste estudo, considerar o aconselhamento para pacientes com DST sob duas perspectivas: a educacional e a da relação de ajuda. Pois como citado anteriormente, este momento tem um objetivo previamente definido, que é o de educar o paciente acerca do problema apresentado pelo mesmo; mas além disso, o profissional tem que atuar numa relação de ajuda, porque trabalha junto com o paciente um aspecto que normalmente gera desconforto emocional, que é o fato de estar com uma DST.

É necessário portanto, que os profissionais estejam preparados para lidar com este tipo de situação, colocando-se realmente livres de qualquer juízo de valor, pois só assim pode-se realmente estabelecer uma relação de ajuda entre estes técnicos e as pessoas com DST.

3.1.2 Os métodos de aconselhamento psicológico diretivo, não diretivo e eclético.

Existem vários métodos de aconselhamento psicológico e estes foram evoluindo ao longo dos tempos. A seguir, procuraremos realizar uma breve explanação destes três métodos: o diretivo, o não diretivo e o eclético.

O método diretivo é mais voltado para o diagnóstico e tratamento dos problemas do paciente. A maior responsabilidade para a solução do problema fica a cargo do conselheiro, que desenvolve um papel autoritário e durante o processo da entrevista assume a direção do diálogo, definindo os problemas a serem trabalhados e a condução de cada problema. Este método apresenta uma série de limitações do ponto de vista prático, pois não favorece ao paciente uma reflexão crítica do problema, nem um repensar acerca das possíveis soluções. Cria no entanto uma condição de dependência, considerada a partir do momento em que todas as propostas para solução do caso vieram do aconselhador, ficando o paciente numa posição de muita passividade e aceitação, participando muito pouco do processo de mudança. Mostra a tendência para concentrar seus esforços no problema que o paciente apresenta (Scheeffler, 1986).

O método não diretivo é caracterizado pelo predomínio da atividade do paciente, que assume a maior parte da conversação sobre os seus problemas. O papel do conselheiro é mais no sentido de ajudar o paciente a reconhecer com mais clareza os seus sentimentos, atitudes e padrões de conduta e encorajá-lo a falar sobre eles. Concentra os esforços no paciente e não no problema. Proporciona uma escolha consciente e permite autenticidade ao indivíduo.

No método diretivo é importante a aceitação e no não diretivo a participação por parte do aconselhado. Uma diferença crucial entre eles, é a maneira como o processo é conduzido pelo aconselhador e o nível de participação do aconselhado. No método diretivo essa participação limita-se a aceitação do que for definido pelo aconselhador, já no não diretivo, o paciente é sujeito do processo.

O ponto de vista não diretivo confere um grande valor ao direito que todo o indivíduo tem de ser psicologicamente independente e de manter a sua integridade psíquica. O ponto de vista diretivo confere um alto valor ao conformismo e o direito do mais apto dirigir o menos apto (Scheffer, 1986).

Já o método eclético utiliza conceitos e técnicas aplicadas pelos dois modelos.

Thorne é o maior defensor do aconselhamento eclético. Ele admite ser a técnica não diretiva inadequada ao indivíduo que deseje apenas informação (Thorne, 1944). Defende também a possibilidade de se utilizar técnicas diretivas e não-diretivas na mesma entrevista, sem perturbar a atmosfera e a relação permissiva que deve caracterizar a boa entrevista.

Apesar do método utilizado pelos aconselhadores não ser objetivo deste trabalho, queremos destacar que todos os treinamentos e reciclagens em aconselhamento realizados pelo Projeto HIV/DST-Ceará, visam preparar os profissionais para utilizar o modelo eclético, ou adaptarem os métodos a cada situação.

Constatamos através das visitas de supervisão, que estes profissionais adotaram na sua prática o modelo eclético, considerando a necessidade de focar o aconselhamento tanto na parte educativa, como também nos aspectos emocionais apresentados pelo paciente por ocasião da consulta. Aspectos estes que estão relacionados ao nível de ansiedade, muitas vezes associada a falta de informações corretas sobre o problema.

Dificuldades relacionadas ao tempo devem ser consideradas, visto que o aconselhamento para DST tem um objetivo muito bem definido que é a cura do paciente com DST, favorecendo a quebra imediata da cadeia de transmissão, podendo essas orientações em algumas situações, terem um caráter mais objetivo.

É importante conhecer o momento oportuno para realizar as orientações e as propostas de solução deverão ser elaboradas pelo paciente, atuando o aconselhador como um facilitador do processo.

É fundamental portanto que todos os profissionais que realizam o aconselhamento conheçam os objetivos da consulta psicológica diretiva, não diretiva e eclética, para que possam definir uma escolha da técnica que irão utilizar de maneira racional. Até porque a maioria destes profissionais não têm formação na área de psicologia, mas precisam se apropriar de alguns conteúdos e conceitos importantes desta profissão para exercerem o aconselhamento com qualidade.

Por esse motivo, enfocamos a necessidade de continuar o trabalho educativo também com os profissionais que realizam aconselhamento, promovendo encontros periódicos onde estas questões possam ser trabalhadas e aprofundadas com os mesmos.

3.1.3 O Aconselhamento Individual para DST

O aconselhamento pode ser considerado como uma ferramenta útil nos vários locais onde atuam os profissionais de saúde e oferece uma oportunidade para a educação de pacientes com DST durante o atendimento. Favorece um contato direto com a intimidade da vida do cliente, podendo assim, promover um trabalho de prevenção ajustado às necessidades individuais e melhorar o nível de conhecimento destes sobre as formas de prevenção. Oferece ainda oportunidade ao paciente de refletir sobre os riscos da infecção e a necessidade de prevenção.

O contato direto do paciente com DST e o profissional de saúde é um momento oportuno de aprendizagem e deve ser muito bem

utilizado. A disponibilidade limitada de recursos humanos, a demanda excessiva, a dificuldade por parte dos serviços em trazerem os pacientes à unidade por várias vezes e o tempo limitado que tem o aconselhador e o paciente, fazem com que seja importante que o profissional de saúde tome uma decisão adequada sobre quais as questões prioritárias a serem abordadas, considerando que aquele pode ser um momento ímpar de contato com o paciente. Para o paciente, a educação sobre a DST deve prevalecer sobre os outros temas. É importante que se determine a melhor abordagem educativa e os conteúdos específicos que devem ser utilizados durante o atendimento de uma pessoa com DST.

O modelo de aconselhamento utilizado pelas unidades de referência para DST não é muito bem definido. O que se observa na prática é que os profissionais dão muita ênfase ao aconselhamento para o teste anti-HIV e para a mudança de comportamento de risco do paciente. Desconsidera-se em muito o aconselhamento específico para a DST, quando as mensagens educativas são mais voltadas para o aspecto imediato da adesão ao tratamento, tratamento do parceiro, uso do preservativo durante o período do tratamento, oferecimento do teste anti-HIV e retorno para reavaliação.

Como os contatos entre o paciente e o aconselhador são limitados nos serviços de saúde, faz-se necessário aproveitar o máximo este momento, explorando a demanda do paciente e elaborando conjuntamente estratégias de superação dos conflitos que porventura possam ser gerados devido a DST. Há necessidade de se desenvolver uma relação empática e de extrema confiança, considerando o problema apresentado pelo cliente, a DST, que é algo comumente ligado a forte preconceito e discriminação inclusive por parte dos profissionais de saúde. Daí a importância fundamental de um trabalho com esses técnicos, no sentido de capacitá-los a lidar com essas situações.

Durante o atendimento, aspectos educativos são imprescindíveis de serem discutidos com o cliente, uma vez que além dos outros

objetivos do atendimento, é fundamental o cumprimento do processo terapêutico e o tratamento dos parceiros sexuais, para a cura da doença.

O paciente com DST deveria ter a oportunidade de passar por três momentos de aconselhamento na unidade: um aconselhamento coletivo e dois individuais (que o Ministério da Saúde chama de pré e pós teste anti-HIV). Esses momentos visam despertar a pessoa para a necessidade de mudança de comportamento de risco, através da troca de informações sobre DST/HIV/Aids. Uma vez que esse indivíduo adquiriu uma DST, necessita ser discutido com ele a associação entre a DST, o sexo sem preservativo e o risco de adquirir o HIV.

O aconselhamento para DST vem sendo realizado pelas diversas categorias de profissionais de saúde, devidamente treinados. A partir da recomendação do Ministério da Saúde de difundir esta prática entre os diversos serviços de atendimento, como os serviços de DST, de pré-natal, de planejamento familiar e os Centros de Testagem Anônima (CTA's), iniciou-se o treinamento dos profissionais e o aconselhamento tornou-se rotina nesses serviços. Está paulatinamente se expandindo e sendo considerado atualmente imprescindível no dia-a-dia dessas unidades.

O Ministério da Saúde defende que a mudança de comportamento de risco pode não acontecer em um único momento ou encontro, sugerindo que o número de sessões seja definido de acordo com as necessidades da clientela, o que consideramos algo difícil de ser implementado na rotina das unidades de saúde que atendem pacientes com DST, uma vez que a indisponibilidade de profissionais treinados e o excesso de demanda para aconselhamento tem dificultado o acompanhamento do paciente por um período mais longo de tempo (MS, 2000).

Como um dos objetivos do aconselhamento para DST é também a realização da avaliação de risco pessoal para aquisição do HIV, visando a mudança de comportamento, é fundamental o treinamento

dos profissionais em sexualidade e em formas adequadas de abordagem dos pacientes.

Estudos realizados com médicos de família, médicos generalistas e ginecologistas-obstetras em Quebec, no Canadá, mostrou que existe um total despreparo destes profissionais para fazer uma avaliação de risco para DST, pois os mesmos têm dificuldades em abordar o paciente acerca de sua história sexual. Entre os aspectos referidos por eles para não abordarem sobre a história sexual, estava a suposição de que os pacientes não estavam em risco para DST e o desconforto do profissional e do paciente em falar sobre sexualidade (Maheux, 1995; Haley , 1999).

Bull et al. (1999) nos Estados Unidos, também apresentaram dados semelhantes. No estudo que eles realizaram, os profissionais sugeriram o treinamento em sexualidade, como uma maneira de sanar tais dificuldades e melhorar a abordagem do paciente.

O trabalho da unidade deve se dar de maneira articulada com outros serviços de prevenção na comunidade, garantindo desta forma que o paciente possa ser referenciado para um trabalho mais aprofundado como por exemplo, os grupos de auto-ajuda. Pessoas que necessitam de acompanhamento mais sistemático ou mais especializado e que têm dificuldades em mudar o comportamento devem ser referenciados a outros profissionais, de preferência ao psicólogo.

É importante aproveitar a oportunidade de educar o paciente com DST no momento em que ele está sendo atendido na unidade. Por esse motivo, todos os profissionais deveriam realizar o aconselhamento. O que se observa na prática é que devido às características da ação, ou seja, como é uma atividade que está muito relacionada ao trabalho educativo e isso requer um pouco mais de dedicação e tempo dos profissionais, fica restrita a enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

Uma Pesquisa realizada para o Ministério da Saúde sobre a qualidade do aconselhamento, recomenda o incentivo da prática do mesmo por todos os profissionais das equipes, discutindo-se que papel cada técnico poderá desempenhar numa perspectiva de atendimento centrado no cliente (Filgueiras, 1999).

O Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de DST/AIDS, propõe o aprimoramento do aconselhamento nos serviços de saúde que prestam assistência a pessoas portadoras de DST e HIV/Aids, nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA/COAS), nos serviços de pré-natal, nas Organizações não-Governamentais (ONG/AIDS) e projetos de prevenção junto a populações específicas (MS, 2000).

Como este trabalho tem por objetivo o aconselhamento realizado pelos Centros de Referência em DST, utilizaremos o conceito e os objetivos do Ministério da Saúde e as orientações em situações específicas do aconselhamento individual para portadores de DST.

3.2 Definição de aconselhamento individual para DST/HIV/Aids

Segundo o Ministério da Saúde, o aconselhamento para DST/HIV e Aids, é entendido como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha a possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (MS, 2000).

3.2.1 Objetivos do aconselhamento para DST/HIV/Aids

De um modo geral, segundo o Ministério da Saúde, no contexto das DST/HIV/aids, os objetivos do aconselhamento são 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 parceria(s) sexual(is) e de parceiros de uso de drogas injetáveis;

3.2.2 Situações específicas do aconselhamento para DST

No caso específico da DST, as seguintes abordagens são sugeridas:

- Trocar informações específicas sobre a(s) DST apresentada(s);
- avaliar com o cliente seu histórico de outras DST e as situações de risco que culminaram na atual DST;
- reforçar a necessidade de adoção de práticas mais seguras para redução de riscos;
- explicar as complicações decorrentes do não-tratamento, tratamento incompleto ou auto-medicação das DST;
- reforçar a necessidade de retorno ao serviço se não houver melhora ou sempre que o cliente apresentar algum sintoma;
- reforçar a necessidade de tratamento dos parceiro(s) sexual(is)
- enfatizar a relação entre DST e HIV/Aids
- oferecer testagem anti-HIV e aconselhamento pré e pós-teste.

3.2.4 A quem se destina o aconselhamento para DST/HIV/Aids

- às pessoas com HIV/Aids, seu(s) parceiro(s) sexual(is) e de uso de drogas injetáveis;
- às pessoas que desejam fazer o teste anti-HIV (infectadas ou não);
- às pessoas que buscam ajuda devido a prováveis situações de risco;
- às pessoas com DST e seu(s) parceiro(a)(s) sexual(is).

3.3 Técnicas de Avaliação do Aconselhamento para DST/HIV/Aids

Os estudos que avaliaram a incidência de doenças sexualmente transmissíveis em pacientes de clínicas de DST após receberem o aconselhamento pós teste, são escassos e apresentaram resultados controversos.

Otten et al. (1993), avaliaram em Miami seis meses após a pessoa ter sido atendida com DST a incidência de novas DST em pacientes HIV positivos e HIV negativos e concluíram que pacientes HIV positivos retornaram com menos gonorréia que os HIV negativos. Esta diferença portanto não foi estatisticamente significativa.

Padian (1993), estudou casais sorodiscordantes para o HIV, e mostrou que o aconselhamento de casais combinado com um suporte social, parece ser efetivo para promover e sustentar mudanças de comportamento entre indivíduos infectados pelo HIV e seus parceiros heterossexuais.

Ni et al. (1997), mostraram em Óregon, nos Estados Unidos, que após terem passado por sessões de aconselhamento pré-teste anti-HIV, uma maior proporção de clientes da clínica de DST se consideraram em alto risco para o HIV.

George et al. (1998), concluíram em Londres que as taxas de novas DST adquiridas foram altas entre os pacientes HIV positivos e HIV negativos.

Esses estudos levantaram questões polêmicas acerca da eficácia do aconselhamento para mudança de comportamento, especialmente entre pessoas HIV negativas. Outros aspectos podem interferir para que pessoas HIV positivas mudem seus comportamentos.

Por outro lado, os estudos que tentaram avaliar a eficácia do aconselhamento individual ou em grupo, também apresentam resultados variados.

Bentley et al. (1998), mostraram que o aconselhamento e testagem quando realizados de maneira continuada, estavam associados com redução do comportamento de risco entre uma grande proporção de homens.

Já Brandson (1998) em Houston, não apresentou maior eficácia na mudança de risco para novas DST, em várias sessões de aconselhamento coletivo, do que em uma sessão de um modelo padrão de aconselhamento individual. Este estudo de Brandson tem uma série de limitações, porque compara o aconselhamento coletivo com o individual e os objetivos diferem em cada uma das técnicas. O aconselhamento em grupo não trata dos aspectos ligados a confidencialidade das informações, sendo este um ponto importante que pode ter comprometido de certa forma os resultados. Entendemos os dois tipos de aconselhamento (em grupo e individual), como práticas complementares.

O aconselhamento foi avaliado sobre diferentes pontos de vista, a grande maioria enfocando mais os aspectos relacionados à mudança de comportamento de risco e a melhoria do nível de informação das pessoas após passarem pelas sessões de pré e pós teste anti-HIV.

Estudos de coorte, utilizaram diferentes períodos para acompanhamento dos pacientes, alguns avaliando o impacto do aconselhamento e testagem na mudança de comportamento somente

muitas semanas ou meses após a intervenção. Esses estudos que avaliaram a mudança de comportamento de risco, utilizaram diferentes metodologias. Necessitavam do comparecimento do paciente à unidade muitas vezes após a consulta inicial, quando pretendiam reavaliá-lo por períodos pré-definidos, chegando às vezes a 4 sessões de aconselhamento. Além disso, ofereciam um incentivo financeiro aos pacientes para que os mesmos retornassem para as avaliações.

Estudos longitudinais em pacientes com DST são de difícil realização, pois quando é necessário um tempo muito longo para acompanhamento, as pessoas normalmente não comparecem para as avaliações subsequentes. Estudos têm mostrado uma baixa taxa de adesão do paciente às consultas subsequentes, com o decorrer do tempo (Padian, 1993; Brandson, 1998; Kamb, 1998).

Bentley et al. (1998), avaliaram o impacto do aconselhamento e testagem através de questionários auto-preenchidos. Eles acompanharam o comportamento de homens heterossexuais de clínicas de DST durante dois anos. Esses pacientes eram avaliados a cada três meses, quando era oferecido o aconselhamento, promovido o uso do preservativo, realizado exame físico e solicitado o HIV. Os resultados mostraram que entre os homens que reportaram sempre usar o preservativo depois de terem sido envolvidos no estudo, a incidência de HIV foi alta.

Este mesmo estudo apresentou uma melhora significativa no nível de conhecimento destes homens, após submetidos a sessões de aconselhamento de 3 em 3 meses, durante 2 anos: por ocasião da visita inicial, 45% dos homens sabiam que o preservativo poderia prevenir a transmissão sexual do HIV, com 6 meses essa proporção aumentou para 89% e continuou crescendo com as visitas subsequentes, atingindo 96% com 24 meses de seguimento.

Estudo longitudinal realizado por Kamb (1998), a partir da avaliação de três modelos de aconselhamento: um interativo e longo que consistiu em 4 sessões, cada uma com duração média de 60 minutos e quando era elaborado juntamente com o paciente um plano

para redução de riscos; um breve e interativo que consistia em 2 sessões de 20 minutos cada e que também era elaborado o plano de redução de riscos; e um didático, que consistia em uma sessão com duração de cinco minutos, concluiu que o aconselhamento breve e interativo previne novas DST.

O que não é explicitado na maioria destes estudos, é o conteúdo técnico das orientações oferecidas durante o aconselhamento bem como o nível de capacitação dos profissionais para realizá-lo.

A mudança de comportamento de risco para DST/HIV, envolve, além de outros aspectos, a necessidade de incorporação por parte dos profissionais de mensagens viáveis e factíveis.

Já em 1991, Hein sugere que as estratégias para reduzir riscos devem ser realistas e incorporar modelos de relações que se ajustem à maneira de atuar dos mais jovens.

Morrondo (1997), ressalta em seu trabalho “a educação para a saúde sobre HIV/Aids”, que um dos aspectos que têm merecido maior atenção dos autores que trabalham o tema da educação é a dificuldade que têm as pessoas em passar do conhecimento para a ação. Isto sem considerar a necessidade de estratégias diferenciadas de intervenção, com medidas e mensagens que devem ser apropriadas a cada uma das situações e populações a que se destinam.

Pesquisa qualitativa recentemente realizada pelo Ministério da Saúde do Brasil e que visava avaliar o aconselhamento em serviços de atendimento para pessoas com HIV/Aids, pessoas com DST ou demanda espontânea de Centros de Testagem Anônima, destacou como aspecto importante a freqüência com que as oportunidades para a avaliação de riscos foram perdidas nos aconselhamentos coletivos e especialmente nos aconselhamentos individuais, demonstrando ainda, a inabilidade destes profissionais em interagir com o paciente e realizar um plano de redução de riscos individualizado e viável a cada cliente (Filgueiras, 1999).

A grande maioria dos profissionais não havia recebido treinamento específico para tal prática e de um modo geral estavam muito preocupados em repassar informações pré-determinadas em um modelo, tornando o processo de comunicação prejudicado. O estudo assinala que não foi possível reconhecer um processo comunicacional de fato, predominando um repasse “surdo” de informações.

Esse mesmo estudo fez muitas recomendações. Algumas ligadas a formação dos técnicos e a instituição e outras que sugerem a discussão de maneiras para enfrentar o impasse gerado entre a grande demanda e a necessidade de disponibilidade de tempo para a realização de um atendimento de boa qualidade, incluindo ações de aconselhamento.

Filipe et al. (2000), estudaram em São Paulo, a percepção de risco para HIV/Aids em mulheres soropositivas antes de receberem o aconselhamento pré e pós teste. Identificaram que 64% das mulheres entrevistadas não haviam passado pelo aconselhamento pré-teste, tendo sido o aconselhamento pós-teste mais freqüente, (82% delas haviam recebido o aconselhamento pós-teste), o que parece reforçar a dificuldade que estão enfrentando os técnicos em disponibilizar o aconselhamento na rotina das unidades, levando-os a organizá-lo de acordo com as conveniências do serviço.

O conteúdo técnico, a postura do profissional e a relação que se estabelece entre este e o usuário do serviço, são aspectos importantes para garantir o sucesso e a qualidade do aconselhamento.

O mesmo estudo de Filipe e col., concluiu que o aconselhamento pós-teste para mulheres soropositivas não é consistentemente de alta qualidade.

Os estudos que tratam dos aspectos relacionados ao conteúdo técnico, tempo e qualidade do aconselhamento, apresentam um tempo limitado para a sua realização ou deixam o tempo de certa forma livre, levando em conta o volume de informações que devem ser repassadas(Otten, 1993; Kamb, 1998).

A escassez de estudos que analisem a eficácia do aconselhamento para DST, nos seus aspectos objetivos, relacionados ao tratamento do paciente e dos seus parceiro(s) sexual(is), a abstinência sexual ou uso da camisinha durante o período do tratamento, o retorno do paciente para reavaliação e a aceitação do exame de VDRL e do teste anti-HIV, levou-nos a optar pela realização deste estudo.

4 O PROJETO HIV/DST - CEARÁ

A partir de uma proposta de desenvolvimento de estruturas de referência para DST, iniciaram-se em 1995, através do Projeto DST/HIV-Ceará, as ações de controle a essas patologias no Estado. Esse projeto desenvolve-se através de uma parceria interinstitucional entre a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Fortaleza, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Bordeaux II na França. Conta com o financiamento da União Européia e da Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, e tem como finalidade melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento, aconselhamento e notificação de casos de DST.

Inicialmente foi desenvolvido em uma fase piloto (1995-1998) e contava com a participação de quatro unidades: o Centro de Saúde Carlos Ribeiro, o Centro de Saúde José de Alencar, o Posto de Assistência Médica do Meireles e o ambulatório do Hospital das Clínicas.

Em 1998, após avaliação da fase piloto pela União Européia, a proposta foi expandida, e atualmente existem no Estado do Ceará, 15 unidades de saúde envolvidas no controle das DST, 10 na cidade de Fortaleza e 5 no interior do estado. As unidades do interior estão situadas nas cidades de Aracati, Sobral, Crateus, Crato e Quixadá.

A metodologia utilizada, fundamentou-se na criação de uma equipe central de coordenação, composta por técnicos de nível central de cada uma das instituições envolvidas e na formação de equipes técnicas, compostas por profissionais das unidades de saúde integrantes do projeto.

As equipes técnicas são formadas nas seguintes áreas temáticas: epidemiologia, clínica, laboratório e aconselhamento. Os membros destas equipes se reúnem regularmente e são responsáveis por toda política para o controle das DST em suas áreas de atuação, bem como pela educação continuada dos profissionais das unidades de referência.

Ao término da fase piloto, além da melhoria no atendimento às DST, outros avanços foram identificados:

- integração das diversas instituições envolvidas no controle das DST no estado;
- desenvolvimento de um grupo de profissionais capazes de atuar como instrutores em treinamentos em DST;
- descentralização do atendimento às pessoas soropositivas para o HIV;
- criação de uma rede de unidades capazes de atuarem em projetos de pesquisa científica em DST;
- criação de centros de treinamento em DST conveniados pelo Ministério da Saúde;
- disseminação da importância do aconselhamento a pacientes portadores de DST.

O aconselhamento para DST tem sido um aspecto considerado de extrema relevância e muitas ações de capacitação foram realizadas com os profissionais, através do projeto. Supervisões mensais são feitas às unidades de referência por técnicos da equipe de aconselhamento, cujo objetivo é realizar um trabalho de educação continuada com os profissionais de ponta, bem como, oferecer apoio técnico, emocional e identificar as dificuldades institucionais que possam comprometer a qualidade do aconselhamento.

Os membros que compõem a equipe técnica de aconselhamento, são profissionais de nível central das Coordenações Estadual e Municipal de DST/AIDS e técnicos que fazem aconselhamento nas unidades de saúde. É uma equipe multidisciplinar e interinstitucional, responsável pelas diretrizes técnicas, educação continuada, apoio técnico e psicológico aos profissionais das 15 unidades de referência. Este grupo buscou como estratégia, o envolvimento e a capacitação continuada dos profissionais aconselhadore.

A partir da definição das unidades que atuariam como centros de referência, muitos investimentos foram realizados com os profissionais antes de iniciar o aconselhamento nas unidades. Entre estas atividades podemos destacar:

- treinamento introdutório sobre DST, destacando-se 8 (oito) horas para aconselhamento;

- aplicação de um instrumento de diagnóstico após o treinamento, com a finalidade de verificar se todas as unidades haviam implantado o aconselhamento (coletivo e individual) e levantar as dificuldades técnicas e/ou institucionais que dificultavam sua realização, bem como, encontrar junto com as equipes propostas de solução para tais dificuldade;

- seminário para avaliação dos resultados do diagnóstico e encaminhamento de propostas;

- treinamento de reciclagem com carga horária de 24 (vinte e quatro) horas em aconselhamento, para os 36 (trinta e seis) profissionais que realizam o aconselhamento nas unidades;

- seminário de 8 (oito) horas em aconselhamento, para todos os membros das equipes de DST das unidades;

- adaptação do roteiro de orientação do aconselhamento para os profissionais, a partir do modelo do Ministério da Saúde;

- supervisões mensais às unidades pela equipe técnica de aconselhamento, que entre outras atividades, desenvolve o trabalho de educação continuada e favorece apoio técnico e psicológico aos profissionais. Estas supervisões tem por objetivo também, identificar as dificuldades vividas por estes profissionais e encontrar propostas conjuntas de solução;

- Seminário sobre ética e direitos humanos;

- criação de normas de funcionamento comuns a todas as unidades, ou seja, aconselhamentos (coletivo e individual) em todas as unidades e para todos os pacientes com DST;

- envolvimento dos profissionais médicos, através da elaboração de um roteiro mínimo de aconselhamento.

Em algumas unidades, a equipe de aconselhadores tem desenvolvido trabalhos de sensibilização sobre a importância da acolhida ao portador de DST com os profissionais de nível médio de outros setores, bem como realizado trabalhos de prevenção na comunidade.

O aconselhamento atualmente já é uma atividade incorporada à rotina de atendimento para pacientes com DST e iniciou-se a proposta de expandir a outros atendimentos realizados na unidade. Para os pacientes com DST, ele ocorre normalmente em dois momentos distintos: na primeira consulta acontecem os aconselhamentos coletivo e o individual (também chamado pré-teste anti-HIV), e por ocasião do retorno do paciente à unidade quando acontece o aconselhamento individual pós-teste. Pelo menos em três oportunidades o paciente deve ter contato com os profissionais e troca informações sobre aspectos ligados às DST e ao HIV/Aids. Cada um desses momentos tem objetivos bem definidos.

Pesquisar a eficácia do aconselhamento para DST, utilizando as orientações do instrumento sugerido pelo Ministério da Saúde é o objetivo deste estudo.

5 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

A demora nas unidades para a realização do aconselhamento vem de certa forma provocando um desconforto entre os pacientes que aguardam atendimento. Os profissionais, na ansiedade de oferecer um atendimento de qualidade, sentem dificuldade em se conduzir nas orientações, ficando o processo às vezes prejudicado. Muitas vezes elas deixam de ser oferecidas com o mínimo de conteúdo necessário. O que se observa na prática é que o fator tempo é um aspecto limitante diante do volume de pacientes que se apresentam diariamente a estes serviços à procura de atendimento.

Ressaltam-se ainda as dificuldades técnicas e institucionais que enfrentam os profissionais de saúde para a realização do aconselhamento, aspectos estes que vão desde espaço físico adequado, salários compatíveis com a função e tempo, até o fato de não se sentirem devidamente preparados para lidar com questões tão polêmicas e que ainda hoje são tratadas com muito tabu e preconceito pela sociedade, que são os temas ligados a DST, a epidemia de AIDS, a sexualidade e tantos outros assuntos envolvidos nesta temática.

Além de treinamentos sobre DST, que tem um conteúdo mínimo de aconselhamento, faz-se necessário um trabalho de educação continuada com os profissionais que o realizam, pois eles também necessitam passar por um processo de mudança de comportamento, relacionado a questão de quebras de preconceitos e tabus.

Camargo em um capítulo que escreveu sobre “A Formação do Conselheiro”, coloca que a formação do mesmo está baseada no tripé: teoria, prática e crescimento pessoal (Rosenberg, 1987).

Faz-se necessário organizar os serviços de aconselhamento visando adotar informações pertinentes a cada um deles, bem como, diminuindo o conteúdo e o volume das informações repassadas.

É importante encontrar alternativas de aconselhamento eficazes e eficientes e que levem em consideração a dificuldade de tempo e o excesso de demanda enfrentada pelos profissionais na rotina dos

serviços. As instituições responsáveis pela implantação e implementação deste serviço devem também desenvolver com os seus profissionais um processo contínuo de formação e crescimento técnico e pessoal, visando desta forma melhorar as relações entre estes e os usuários dos serviços e conseqüentemente a qualidade do atendimento.

Apesar das limitações dos estudos que envolvem o tema do aconselhamento para DST, hipotetizamos ser este momento muito importante e fundamental para que se consiga sucesso no tratamento de pacientes que se apresentam com tais patologias.

A necessidade de avaliar a eficácia do aconselhamento para DST, se deu a partir de todo investimento realizado com os profissionais das unidades de referência para DST em Fortaleza através da equipe técnica de aconselhamento do projeto DST/HIV-Ceará, acreditando que é fundamental um trabalho realizado de maneira continuada com os profissionais, para garantir uma melhor resposta no atendimento ao paciente.

Esta proposta propicia a orientação da discussão do profissional com o usuário com DST, mas não pretende tornar o momento do aconselhamento algo rígido ou inflexível. Entendemos que os momentos em que são oferecidos o aconselhamento, são de ansiedade e incerteza por parte dos pacientes, por isso, o mesmo deve se dar de maneira flexível, levando-se em consideração a demanda e necessidades do cliente. Considerar cada caso com suas especificidades é uma das principais características do aconselhador.

A dinâmica utilizada durante os atendimentos é centrada no problema apresentado pelo paciente, e o aconselhador tem uma atuação mais diretiva, mas sem atitude autoritária, em algumas situações usando a abordagem eclética. No momento do primeiro atendimento é fundamental que haja uma etapa importante de troca de informações acerca da DST, o que pode ser considerado como um primeiro passo no processo para o início da mudança de comportamento.

O momento do aconselhamento para DST é muito limitado para se almejar uma mudança de comportamento sexual, uma vez que para tal objetivo outros aspectos estão envolvidos e podem influenciar diretamente esta mudança. Faz-se necessário portanto um trabalho mais continuado. Defendemos que neste momento, se articule com o paciente um aconselhamento voltado para as questões da(s) DST apresentada(s) pelo mesmo, e que nos momentos de aconselhamento coletivo e aconselhamento pós teste, aspectos voltados para as informações sobre HIV/Aids sejam mais detalhados e aprofundados. Sugerimos que durante a primeira consulta de um paciente com DST seja repassado conteúdos técnicos específicos ao problema apresentado pelo mesmo. O processo deve ser interativo e a atitude de escuta ativa deve perpassar por todos os momentos.

Este trabalho visa portanto, considerando os aspectos citados anteriormente, estimar a eficácia do aconselhamento individual para DST em unidades de referência que fazem parte do Projeto HIV/DST-Ceará. Por uma questão de facilidade de acesso às unidades para supervisão e acompanhamento do trabalho, somente as unidades de saúde de Fortaleza participaram do estudo.

5.1 OBJETIVOS

5.1.1 Geral:

- Estimar a eficácia do aconselhamento individual para pacientes com Doenças Sexualmente Transmissíveis, visando favorecer uma dinâmica interna de melhoramento desta atividade em unidades de saúde de referência para DST na cidade de Fortaleza.

5.1.2 Específicos:

Apresentar o perfil sócio-demográfico, comportamental e clínico dos portadores de DST;

- Estimar o percentual de pacientes que realizam o tratamento completo;

- Estimar o percentual de pacientes que abstiveram-se das relações sexuais ou usaram preservativos durante o período do tratamento;

- Estimar o percentual de parceiro(a)(s) sexual(is) tratados;

- Apresentar o percentual de pacientes que realizam o exame de VDRL e anti-HIV.

- Apresentar o percentual de pacientes que retornam espontaneamente à unidade para reavaliação;

5.2 MATERIAL E MÉTODOS

5.2.1 Universo do estudo

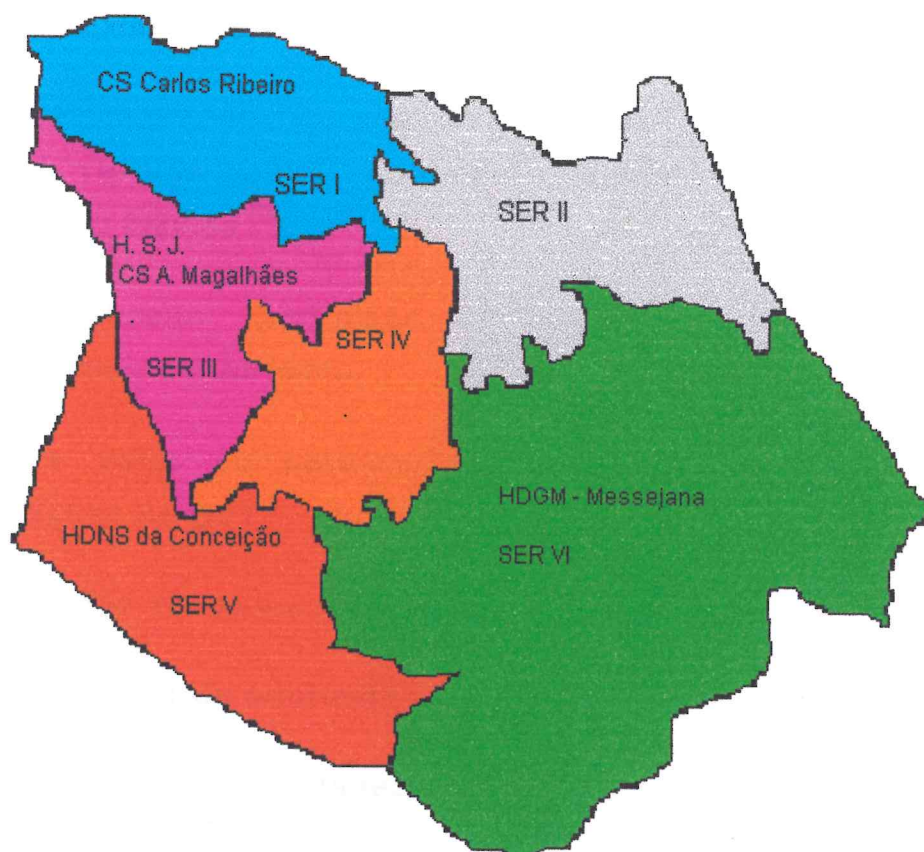
O estudo ocorreu em duas unidades de saúde e no ambulatório de dois hospitais da cidade de Fortaleza. Essas instituições são o Centro de Saúde Carlos Ribeiro, o Centro de Saúde Anastácio Magalhães, o Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição e o

Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota. Funcionam como referência para doenças sexualmente transmissíveis e encontram-se localizadas em regiões distintas, de acordo com a divisão político-administrativa da cidade de Fortaleza.

Há pelos menos três anos estas unidades participam do Projeto DST/HIV-Ceará e têm implantado como rotina o fluxo de atendimento do portador de DST, de maneira que os mesmos recebam na primeira consulta atendimento médico e aconselhamento para DST/HIV.

De um modo geral, as unidades dispõem somente de um profissional que realiza todos os aconselhamentos e estes normalmente trabalham nos dias dos atendimentos médicos de DST. Somente o Hospital N. Sr^a da Conceição tem duas profissionais realizando tal atividade, e ambas participaram do estudo. Esses profissionais são técnicos de nível superior, enfermeiros e assistentes sociais, com experiência em aconselhamento, que realizam esta atividade há no mínimo um ano e receberam treinamentos e reciclagens periódicas sobre o tema. Recebem ainda supervisões sistemáticas de técnicos de nível central, com grande experiência nessa temática.



Figura 1 - Mapa de Fortaleza

5.2.2 Definição da amostra:

O cálculo do tamanho da amostra se deu a partir da estimativa do percentual de parceiros sexuais de pacientes com DST tratados, que segundo dados do Projeto HIV/DST-Ceará (1995-1998), foi inferior a 10%.

O critério mínimo de sensibilidade do estudo é apresentar os resultados com um $\alpha=5\%$, uma potência = 80% e uma diferença esperada de 15%. Para tanto, faz-se necessário um recrutamento mínimo de 200 pacientes com DST.

Durante o período de trabalho de campo, foram atendidos um total de 328 pacientes com DST nessas unidades, e destes, 306 (93,3%), se enquadraram nos critérios de participação.

5.2.3 Critérios utilizados para definição dos pacientes que participaram do estudo:

Critérios de inclusão:

- ter diagnóstico sindrômico de DST (corrimento uretral, úlcera genital, verruga genital, corrimento vaginal, cervical ou cervicite com prescrição médica.
- aceitar participar do estudo e assinar o termo de consentimento informado.
- estar comparecendo à unidade pela primeira vez com diagnóstico de DST.
- não ser parceiro de paciente atendido com DST.

Critérios de exclusão:

- demanda espontânea para o teste anti-HIV
- pacientes com DST virais, exceto o condiloma
- pacientes que tiveram o resultado prévio do teste anti-HIV positivo
- pacientes que não aceitarem participar da pesquisa
- parceiros de pacientes atendidos com DST na unidade ou em outro serviço.

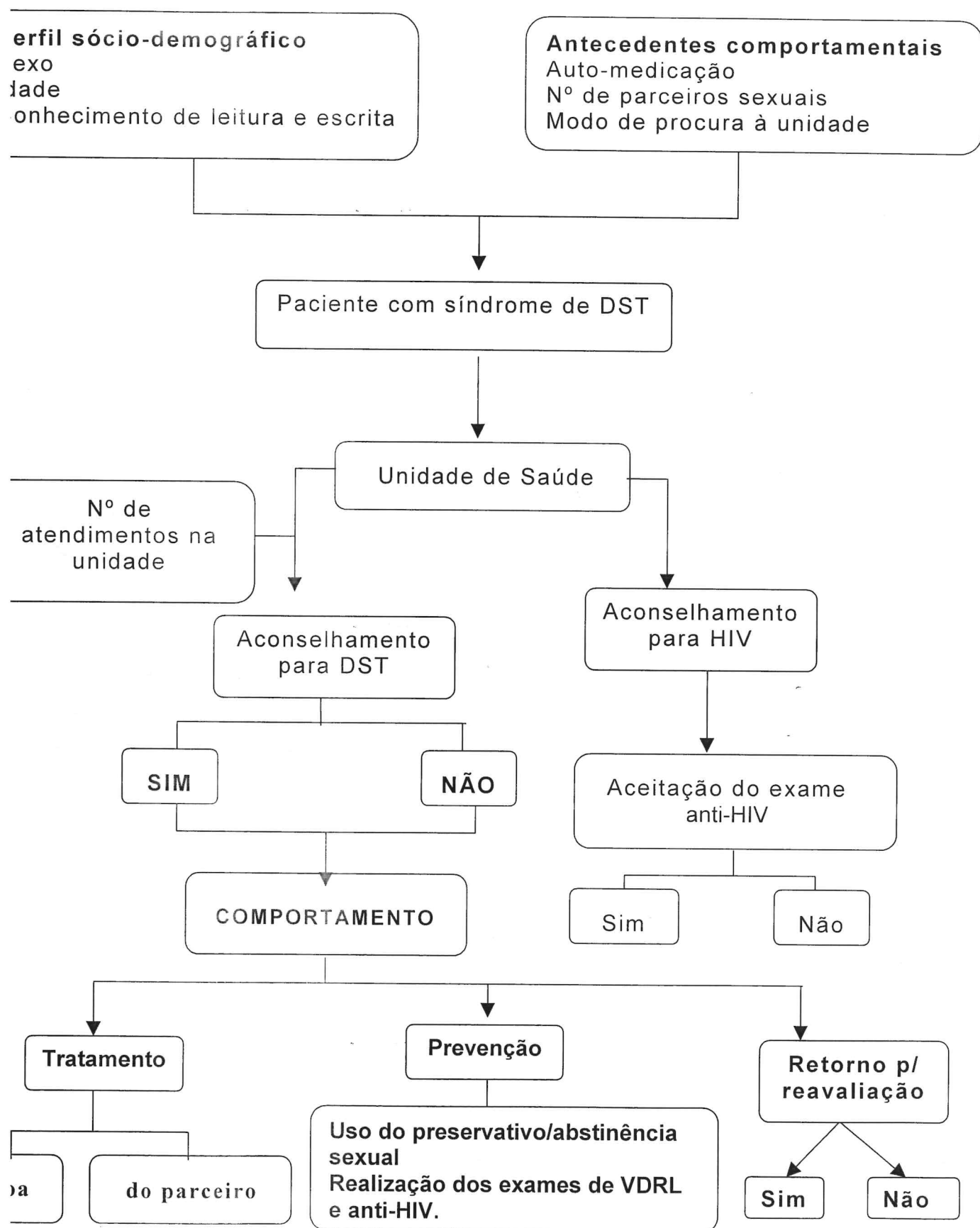
5.2.4 Período do Estudo:

O trabalho de campo ocorreu durante o período de maio de 2000 a abril de 2001.

5.2.5 Abordagem metodológica:

A metodologia parte do seguinte modelo para análise dos dados:

Figura 2: Modelo de Análise dos dados



A proposta é de um estudo quantitativo, visando avaliar o aconselhamento para DST realizado por profissionais de saúde das unidades de referência para DST.

O projeto HIV/DST-Ceará financiou a compra de medicamentos, sem os quais estaria em risco os resultados da pesquisa. O suprimento de preservativo às unidades já era feito de rotina pelas Coordenações Estadual e Municipal de DST/AIDS. A quota de preservativos distribuídos ocorria de acordo com a necessidade do cliente, desde que fossem suficientes para o período do tratamento.

Em torno de 20 a 30 minutos eram dispensados a cada paciente no grupo de intervenção enfocando as informações especialmente nas questões acerca da DST.

Os mesmos, utilizaram durante o atendimento as orientações do aconselhamento individual para DST elaborado pelo Ministério da Saúde, dando ênfase às informações sobre a DST (anexo II). Era discutido com os pacientes acerca do diagnóstico e da importância do tratamento completo, da abstinência sexual ou o uso do preservativo em todas as relações sexuais durante o período do tratamento, do tratamento dos parceiros sexuais, da realização do exame de VDRL e anti-HIV e do retorno à unidade para reavaliação. O atendimento era realizado de maneira interativa, não se constituindo num simples repasse de informações.

Por ocasião do atendimento o conteúdo não se restringia a aspectos voltados para o teste anti-HIV. O mesmo era oferecido durante o aconselhamento coletivo e solicitado por ocasião do atendimento individual e o paciente recebia o aconselhamento pós-teste no momento do retorno à unidade.

Os outros pontos do roteiro (avaliação de fatores de risco, possibilidade de mudança de comportamento sexual e barreiras que os pacientes poderiam enfrentar para mudar o comportamento, ajudando-os a encontrar alternativas de solução), também foram discutidos, mas

não foram analisados neste trabalho, considerando que requerem um estudo diferenciado. Estes aspectos eram trabalhados de maneira mais voltada para a necessidade imediata do uso da camisinha, do tratamento dos parceiros sexuais, que são aspectos onde normalmente os pacientes com DST encontram mais necessidade de ajuda.

Informações sócio-demográficas, comportamentais e clínicas também foram colhidas e retiradas da ficha de atendimento.

Um dos critérios utilizados para definição das unidades, foi a motivação apresentada pelo coordenador da equipe e a existência de um profissional responsável em dar encaminhamento ao estudo. Solicitou-se também aos profissionais médicos que não realizassem nenhuma orientação aos pacientes, após os atendimentos encaminharem as pessoas para o aconselhamento.

Após o diagnóstico e prescrição médica da DST pela abordagem sindrômica, todos os pacientes eram encaminhados para o aconselhamento. Nesta ocasião, os mesmos eram colocados em grupos que iriam ou não receber o aconselhamento para DST, obedecendo aos seguintes critérios: realizava-se o aconselhamento nos primeiros quinze dias do mês; nos últimos quinze dias, colhiam-se os dados sócio-demográficos, oferecia-se o teste anti-HIV com aconselhamento pré-teste anti-HIV e agendava-se o retorno.

Os pacientes que foram atendidos durante o período em que não era oferecido o aconselhamento receberam os medicamentos e os preservativos e tiveram o retorno agendado. Este retorno era marcado de acordo com a rotina da unidade ou com a síndrome apresentada pelo cliente, variando normalmente em torno de sete dias.

Todos os pacientes, independente de terem ou não recebido o aconselhamento, foram orientados a retornar à unidade. O motivo do agendamento do retorno, foi para que pudéssemos realizar as entrevistas subsequentes de coleta de dados.

Como necessitávamos do comparecimento dos mesmos à unidades para reavaliação, os que não compareceram na data marcada

do retorno receberam um telefonema de convocação. Os que não compareceram mesmo após a solicitação e que foi possível o contato, tiveram os dados colhidos por telefone. A facilidade de utilização do recurso telefônico se deu devido a população dos bairros da cidade de Fortaleza já terem o costume de utilizar o telefone público, tornando mais fácil o contato com os pacientes.

No período do trabalho de campo, durante os primeiros quinze dias do mês, todos os pacientes que se enquadraram nos critérios estabelecidos receberam atendimento médico e aconselhamento individual para DST. Durante os últimos quinze dias, os pacientes receberam atendimento médico e foram encaminhados ao aconselhador para marcar o retorno e preencher a ficha da coleta de dados. Os mesmos não recebiam nenhuma orientação sobre a DST.

Comparar os dois grupos de pessoas que receberam e que não receberam o aconselhamento nas mesmas unidades fez-se necessário, na tentativa de evitar viés nos resultados, pois todos os pacientes recebiam as mesmas condições de atendimento.

Por uma questão de ética, os exames anti-HIV foram oferecidos a todos os pacientes durante o período do estudo, seguidos de aconselhamento pré e pós teste.

Era solicitado ao paciente que trouxesse todos os seus(sua) parceiros(as) sexuais dos últimos três meses por ocasião da consulta de retorno. Os parceiros(as) que compareceram tiveram atendimento individualizado e não foram incluídos na pesquisa.

5.2.6 Indicadores utilizados para medir a eficácia do modelo:

- Percentual de pacientes que relataram o tratamento completo.
- Percentual de pacientes que referiram abstinência sexual ou usaram o preservativo em todas as relações sexuais durante o período do tratamento.

- Percentual de pacientes que informaram ter trazido o(s) (as) parceiro(s) (as) para tratamento.
- Percentual de pacientes que aceitaram realizar o exame de VDRL e anti-HIV.
- Percentual de pacientes que retornaram à unidade para reavaliação até a data definida pelo Projeto HIV/DST Ceará para o envio da Ficha Individual. Este período é normalmente em torno de 2 meses.

5.2.8 Coleta e análise dos dados:

O instrumento de coleta de dados foi a ficha utilizada pelo projeto DST/HIV-Ceará, devidamente adaptada para este estudo (anexo I). A escolha deste questionário foi necessária, visando não aumentar ainda mais o trabalho destes profissionais com um outro instrumento. Trata-se de um questionário com perguntas fechadas, preenchido pelos aconselhadores durante a sessão de aconselhamento individual.

Os dados foram analisados utilizando-se o Programa Epi-info versão 6.04, com associação expressa através das médias de odds ratio (OR), e com intervalo de confiança (IC) a 95%.

5.3. Ética na pesquisa

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética do Estado, segundo resolução nº 196 do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), de 10 de outubro de 1996.

Todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de Consentimento Informado (anexo III). No momento da assinatura identificava-se se o paciente tinha algum conhecimento de leitura e escrita. Quando o mesmo tinha pouco ou nenhum conhecimento de leitura e escrita, a aconselhadora lia o termo, e em caso de dúvida explicava e solicitava a anuência daqueles participantes.

6 RESULTADOS:

6.1 Características sócio-demográficas

Consideramos as categorias sexo, faixa etária e conhecimento de leitura e escrita como importantes para definir as características da população estudada.

Tendo em vista as dificuldades na precisão de conhecimentos quando se utiliza a categoria escolaridade no nível formal (1º e 2º graus completos e/ou incompletos), optamos por utilizar a categoria mais geral de conhecimento de leitura e escrita.

Foram enquadrados entre os pacientes que tinham conhecimento de leitura e escrita, todos os sujeitos que sabiam ler e escrever, e como sem conhecimento de leitura e escrita as pessoas que eram analfabetas ou que sabiam apenas assinar o nome, o que é muito comum na população de baixa renda. Esse dado foi tomado mais detalhadamente, por ocasião do momento da assinatura do termo de consentimento informado.

O grupo de pacientes com DST que procurou as unidades é formado na sua maioria por pessoas jovens e por pessoas que sabem ler e escrever, embora um percentual considerável de pacientes apresentam pouco ou nenhum conhecimento de leitura e escrita (25,8%).

Tabela 1. Sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita de pacientes com DST atendidos em unidades de saúde de referência para DST. Fortaleza - Ceará, 2000 e 2001.

Características	Nº	%
Sexo		
Masculino	153	50,0
Feminino	153	50,0
Total	306	100,0
Faixa Etária		
10-19 anos	52	17,0
20-29 anos	154	50,3
≥ 30 anos	100	32,7
Total	306	100,0
Conhecimento de leitura e escrita		
Sim	227	74,2
Não	79	25,8
Total	306	100,0

A tabela 1, apresenta os dados referentes as características sócio-demográficas dos pacientes envolvidos na pesquisa. 99,7% eram procedentes da cidade de Fortaleza.

O percentual de homens atendidos foi igual ao de mulheres 50,0% (153). Praticamente a metade da população estudada 50,3%, (154) encontrava-se na faixa etária entre 20 a 29 anos; 32,7% tinham mais de 30 anos e 17% (52) das pessoas tinham de 10 a 19 anos de idade. A média das idades foi de 27 anos para os homens e 28 anos para as mulheres. 74,2% (227) tinham conhecimento de leitura e escrita.

6. 2 Comparação entre os sexos masculino e feminino

Tomando-se como base a participação idêntica entre homens e mulheres nestes centros de referência em DST, procurou-se analisar a relação entre os sexos e os seguintes aspectos: número de parceiros sexuais durante os três meses anteriores à consulta, modo de chegada à unidade, uso prévio de antibiótico antes de procurar por tratamento,

número de consultas recebidas na unidade e distribuição do diagnóstico sindrômico.

6.2.1 Dados sobre número de parceiros sexuais

Tabela 2: Número de parceiros sexuais nos últimos três meses segundo o sexo, em portadores de DST atendidos em unidades de saúde de referência para DST. Fortaleza - Ceará, 2000 e 2001.

Número de parceiros sexuais	Sexo				Total	
	Homens		Mulheres			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 parceiro	82	55,0	132	92,3	214	73,3
2 ou mais parceiros	67	45,0	11	7,7	78	26,7
Total	149	100,0	143	100,0	292	100,0

p= 0,0000

Dos pacientes dos quais se obteve informações acerca dos parceiros sexuais nos últimos três meses anteriores à consulta, 73,3% (214/292) disseram ter tido somente um parceiro sexual. Entre as mulheres, 92,3% (132/143) referiram um parceiro durante esse período. Somente 26,7% (78) das pessoas relataram ter tido mais de um parceiro sexual.

A média de parceiros sexuais nos três meses anteriores à consulta foi de 1,87 para homens e 1,12 para mulheres.

Existe uma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres no que se refere ao número de parceiros sexuais (p = 0,0000). O estudo mostra que há uma maior probabilidade dos homens com DST terem mais parceiras sexuais que as mulheres com DST. (OR=9,66; IC a 95%: 4,59 - 20,78).

6.2.2 Modo de chegada à unidade

Tabela 3. Distribuição dos pacientes atendidos com DST, segundo modo de chegada à unidade e sexo. Fortaleza - Ceará, 2000 e 2001.

Chegada à unidade	Sexo				Total	
	Homens		Mulheres			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Demanda espontânea	82	53,6	93	60,8	175	57,2
Colega da unidade	31	20,3	31	20,3	62	20,3
Unidade de saúde	21	13,7	20	13,1	41	13,4
Amigo	19	12,4	9	5,9	28	9,2
Total	153	100,0	153	100,0	306	100,0

p = 0,2320

A procura à unidade na sua maioria ocorreu de maneira espontânea, foi o que relataram 57,2%(175) dos pacientes. Destes, 20,3% vieram encaminhados através de um colega médico ou enfermeiro que trabalha na própria unidade.

Não se observou diferença estatisticamente significativa no modo de chegada à unidade segundo o sexo (p = 0,232).

6.2.3 Uso de antibióticos anterior à consulta

Tabela 4. Distribuição por sexo dos pacientes atendidos com DST, segundo uso anterior de antibióticos. Fortaleza - Ceará, 2000 e 2001.

Descrição	Sexo				Total	
	Homens		Mulheres			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Uso de antibiótico nos últimos 15 dias						
Sim	41	27,0	16	10,5	57	18,7
Não	111	73,0	137	89,5	248	81,3
Total	152	100,0	153	100,0	305	100,0
Tratar DST						
Sim	37	90,2	7	46,7	44	78,6
Não	4	9,8	8	53,3	12	21,4
Total	41	100,0	15	100,0	56	100,0

p<0,0001

Para cada cinco pacientes 18,7% (57/305), quase um relatou o uso de antibiótico nos quinze dias que precederam a consulta e destes, 78,6% (44/56), disseram que foi na tentativa de curar a DST atual.

Observou-se uma diferença significativa ($p < 0,0001$) entre homens e mulheres no que se refere ao uso de antibióticos anteriormente à consulta. As chances de um homem com DST ter feito uso de antibiótico antes de procurar a unidade é maior que a das mulheres com DST (OR = 3,16; IC a 95%: 1,61 – 6,28).

6.2.4 Número de atendimentos recebidos na unidade

Tabela 5. Distribuição por sexo dos pacientes com DST, segundo número de atendimentos na unidade. Fortaleza - Ceará, 2000 e 2001.

Nº de consultas	Sexo				Total	
	Homens		Mulheres			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2 atendimentos	53	34,6	41	26,8	94	30,7
> 2 atendimentos	100	75,4	112	73,2	212	69,3
Total	153	100,0	153	100,0	306	100,0

$p = 0,338$

O número de atendimentos na unidade varia de acordo com a síndrome apresentada pelo paciente, pois disso depende a definição da quantidade de retornos necessários. Pacientes com verrugas genitais normalmente necessitam retornar mais à unidade que os pacientes com outras síndromes.

Foram considerados como tendo recebido dois atendimentos, todos os pacientes que ao comparecerem pela primeira vez à unidade, receberam atendimento médico e aconselhamento para DST. A consulta médica e o aconselhamento tanto da primeira vez como no retorno, sempre ocorriam no mesmo dia.

Mais de dois atendimentos, tiveram todos os pacientes que até o encerramento da ficha receberam outros atendimentos, quer pelo médico, quer pela enfermeira, quer pela aconselhadora da unidade.

Para os pacientes que retornaram mais de duas vezes, o número de atendimentos foi considerado independentemente do retorno ter sido espontâneo ou convocado. Todos os pacientes receberam no mínimo

dois atendimentos e isso correspondeu a 30,7% (94/306) do total de pessoas atendidas.

Não se observou diferença estatisticamente significativa por sexo para o número de atendimentos recebidos na unidade ($p = 0,338$).

6.2.5 Principais síndromes

A tabela 6 apresenta as síndromes mais frequentes.

Tabela 6. Distribuição do diagnóstico sindrômico, entre os pacientes atendidos com DST, segundo o sexo. Fortaleza - Ceará, 2000 e 2001.

Diagnóstico Sindrômico	Sexo				Total	
	Homens		Mulheres			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Corrimento vaginal	-	-	114	76,5	114	38,0
Corrimento uretral	80	53,0	-	-	80	26,7
Verrugas genitais	43	28,5	28	18,8	71	23,7
Cervicite	-	-	51	34,2	51	17,0
Dor Pélvica	-	-	28	18,8	28	9,3
Úlceras genitais	15	9,9	8	5,4	23	7,7
Vesículas genitais	3	2,0	3	2,0	6	2,0
Nº de pessoas com síndrome(s)	151		149		300	

Analisando os dados gerais, apresentam-se os seguintes diagnósticos sindrômicos:

A síndrome mais freqüente foi de corrimento vaginal 38,0% (114/300) nas mulheres e de corrimento uretral nos homens, 26,7% (80/300). Dentre as que se apresentam comuns a ambos os sexos, 23,7% (71/300) eram verrugas genitais, sendo estas mais freqüentes nos homens (28,5%), 7,7% (23/300) úlceras genitais e 2,0% (6/300) vesículas genitais.

Parece não haver muita disponibilidade de exames laboratoriais, ou há demora no retorno destes resultados, pois somente um pequeno quantitativo de pacientes (95) tiveram dados de diagnóstico laboratorial, ou seja, o diagnóstico etiológico, disponível até a data do retorno à unidade.

Entre a síndrome de corrimento vaginal, o diagnóstico etiológico mais freqüente foi de vaginose bacteriana, 13,5% (13/95), seguida de

tricomoníase com 10,3% (10/95). A gonorréia nos homens 71,7% (33/46) foi a etiologia mais presente na síndrome de corrimento uretral. 23,7% (23/97) dos diagnósticos etiológicos eram de sífilis.

6.3 Análise geral dos dados coletados, independente do aconselhamento para DST

Ao analisarmos os dados gerais dos pacientes, independente de terem ou não passado pela sessões de aconselhamento, observamos os seguintes aspectos apresentados na tabela 7:

Tabela 7: Análise geral das variáveis estudadas entre os pacientes atendidos com DST segundo sexo. Fortaleza - Ceará, 2000 e 2001.

Descrição	Sexo				Total		Valor p
	Homem		Mulher				
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Tratamento							
Completo	98	82,4	99	79,2	197	80,7	0,532
Não/incompleto/errado	21	17,6	26	20,8	47	19,3	
Total	119	100,0	125	100,0	244	100,0	
Parceiros tratados							
Pelo menos 1 parceiro	34	28,3	39	31,0	73	29,7	0,653
Nenhum parceiro	86	71,7	87	69,0	173	70,3	
Total	120	100,0	126	51,2	246	100,0	
Preservativo							
Sempre/durante TT/abstinência	69	58,0	57	45,6	126	51,4	0,053
Às vezes/nunca	50	42,0	68	54,4	118	48,6	
Total	119	100,0	125	100,0	244	100,0	
Exame de VDRL							
Aceitou	92	93,9	98	95,1	190	94,5	0,692
Recusou	6	6,1	5	4,9	11	5,5	
Total	98	100,0	103	100,0	201	100,0	
Teste anti-HIV							
Aceitou	58	67,4	79	84,9	137	76,5	0,005
Recusou	28	32,6	14	15,1	42	23,5	
Total	86	100,0	93	100,0	179	100,0	
Retorno							
Sim	78	51,0	88	57,5	166	54,2	0,251
Não	75	49,0	65	42,5	140	45,8	
Total	153	100,0	153	100,0	306	100,0	

Analisando as variáveis independentemente do aconselhamento para DST, observamos que não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os homens e as mulheres para: realização do tratamento correto, número de parceiros sexuais tratados, aceitação do exame de VDRL e o retorno do paciente à unidade. Porém, com relação ao uso do preservativo/abstinência sexual, observa-se uma tendência a apresentar uma diferença entre os sexos ($p=0,053$) e essa diferença se evidencia na aceitação do exame anti-HIV ($p=0,005$).

Os pacientes que optaram pela abstinência sexual 6,53% (16/244), foram agrupados com os que referiram sempre usar o preservativo e os que referiram usar durante o período do tratamento, visto que durante o aconselhamento para DST, a orientação inicial oferecida ao paciente enquanto estiver em tratamento é a abstinência sexual, e caso seja difícil manter abstinência, sugere-se o uso do preservativo.

Do total de dados disponíveis para análise, 80,7% (197/244) dos pacientes com DST realizaram o tratamento corretamente ($p = 0,532$), 29,7% (73/246) tiveram pelo menos um parceiro tratado ($p = 0,653$), 51,4% (126/244) usaram o preservativo ou preferiram abstinência sexual durante o período do tratamento ($p = 0,053$), 94,5% (190/201) aceitaram realizar o exame de VDRL ($p=0,692$), 76,5% (137/179) aceitaram fazer o teste anti-HIV ($p=0,005$) e 54,2% (166/306) retornaram espontaneamente para reavaliação ($p = 0,251$).

O retorno foi avaliado como SIM, para quem retornou espontaneamente e NÃO para todas as pessoas que não retornaram na data agendada ou só compareceram após convocadas através de um telefonema. Este agrupamento ocorreu considerando que o interesse do estudo é em quem retorna espontaneamente, pois a busca ativa de faltosos não é uma rotina normalmente utilizada nos serviços de referência para DST. Ocorreu somente durante o período do estudo.

Do total de pacientes estudados, 54,2% (166/306) retornaram espontaneamente e 45,8% (140/306) não retornaram. Dos que não

retornaram foi possível o contato telefônico com 51,5% (72/140). Destes, 63,9% (46/72) vieram após a convocação. 36,1% (26/72) não comparecem mesmo após convocados. Estes tiveram os dados pegos por telefone. Foi impossível o contato com 22,2% dos pacientes (68/306).

De um modo geral, não se observa diferença estatisticamente significativa entre os sexos e o fato de seguir ou não as recomendações discutidas durante o aconselhamento, com exceção do uso da camisinha/abstinência sexual e a aceitação do exame anti-HIV.

Por recomendação do Comitê de Ética do Estado, foi oferecido o teste anti-HIV precedido de aconselhamento pré teste a todos os pacientes. Mesmo assim, consideramos importante analisar esses dados com o aconselhamento de DST, como uma maneira de refletir se este influencia no fato de aceitar o teste.

Observa-se que 76,5% dos mesmos aceitaram realizar este exame e já 23,5% se recusaram a fazê-lo. A aceitação para realização do exame entre homens e mulheres foi 67,4 (58/86) e 84,9% (79/93) respectivamente.

Existe uma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres, e o fato de aceitar ou não realizar o exame anti-HIV ($p=0,005$) e as chances de um homem com DST recusar o exame mesmo sendo submetido ao aconselhamento são maiores (OR = 2,72; IC a 95%: 1,25-6,01).

6.4 Análise Comparativa das Amostras:

Numa primeira etapa analisaremos os diferentes fatores descritivos da população estudada para averiguar se pode existir alguma diferença entre os grupos, segundo o fato de pertencer ao grupo “aconselhado” ou ao grupo “não aconselhado”.

Tabela 8: Análise das variáveis sócio-demográficas entre os pacientes atendidos com DST que receberam e que não receberam aconselhamento para DST. Fortaleza, Ceará, 2000 e 2001.

Variável	Aconselhamento p/ DST				Total %	valor p	
	Sim		Não				
	Nº	%	Nº	%			
Sexo							
Masculino	84	48,8	69	51,5	153	50,0	0,64
Feminino	88	51,2	65	48,5	153	50,0	
Idade							
≤ 19 anos	29	16,9	23	17,2	52	17,0	0,36
20 a 29 anos	89	51,7	65	48,5	154	50,3	
≥ 30 anos	54	31,4	46	34,3	100	32,7	
Conhecimento de leitura e escrita							
Sim	47	27,3	32	23,9	79	25,8	0,49
Não	125	72,7	102	76,1	227	74,2	
Total	172	100,0	134	100,0	306	100,0	

Na tabela 8, com o objetivo de compararmos a homogeneidade do grupo, analisamos as variáveis sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita entre os grupos que receberam e que não receberam o aconselhamento para DST.

O grupo apresenta-se homogêneo para sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita ($p=0,64$, $p=0,69$ e $p=0,49$ respectivamente).

A seguir, analisamos as variáveis de interesse do estudo separadamente, comparando com o fato do paciente ter ou não recebido o aconselhamento para DST.

6.5 Relação entre o aconselhamento e as variáveis estudadas

A tabela 9, apresenta a distribuição dos pacientes segundo o cumprimento do tratamento e aconselhamento. Os pacientes com DST que são submetidos ao aconselhamento individual são mais propensos a seguir o tratamento corretamente.

Tabela 9. Distribuição dos pacientes atendidos com DST, segundo tratamento e aconselhamento para DST. Fortaleza - Ceará, 2000 e 2001.

Tratamento	Aconselhamento p/ DST				Total	
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tratou corretamente	126	86,9	72	72,7	197	80,7
Não/errado/incompleto	19	13,1	27	27,3	47	19,3
Total	145	100,0	99	100,0	244	100,0

$p=0,0054$; OR = 2,49

Todos os pacientes que referiram ter realizado o tratamento de acordo com a prescrição médica, foram considerados tratados corretamente. Os que não realizaram o tratamento, realizaram de maneira diferente da prescrição ou que suspenderam antes de concluí-lo, foram considerados como não tratados.

Um dos objetivos do aconselhamento, é orientar os pacientes a realizarem o tratamento conforme prescrição médica e não suspenderem sem a orientação de um profissional do serviço. Dos pacientes que receberam o aconselhamento, 86,9% relataram o tratamento correto e 27,3% dos que não receberam o aconselhamento não trataram, trataram errado ou fizeram o tratamento incompleto.

Existe uma diferença estatisticamente significativa entre os pacientes que receberam o aconselhamento e fizeram o tratamento corretamente, quando comparados com os que não receberam aconselhamento ($p = 0,005$).

As chances de as pessoas com DST aconselhadas, cumprirem o tratamento corretamente são maiores que as das pessoas com DST não aconselhadas (OR=2,49; IC a 95%: 1,29–4,83). O aconselhamento para DST pode ser considerado portanto, como uma medida de

orientação estatisticamente ligada ao cumprimento do tratamento prescrito.

Tabela 10. Distribuição dos pacientes atendidos com DST, segundo uso do preservativo e aconselhamento para DST. Fortaleza - Ceará, 2000 e 2001.

Uso do Preservativo	Aconselhamento p/ DST				Total	
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sempre/durante TT/abstinência	84	57,5	42	42,4	126	51,4
Às vezes/nunca	62	42,5	57	57,6	119	48,6
Total	146	100,0	99	100,0	245	100,0

$p = 0,0202$; OR = 1,84

A tabela 10 apresenta a distribuição do uso da camisinha entre os pacientes conforme terem recebido ou não o aconselhamento para DST.

Foram considerados como os que usaram a camisinha, todos os pacientes que referiram sempre usar o preservativo, os que usaram no período do tratamento e os que referiram abstinência sexual. Como não tendo usado a camisinha, os pacientes que referiram usar somente às vezes durante o período do tratamento ou que não usaram de maneira nenhuma.

Dos pacientes que receberam aconselhamento, 57,5% referiram o uso da camisinha durante o período do tratamento e 57,6% dos que não foram aconselhados usaram somente às vezes ou nunca usaram.

Os pacientes que receberam o aconselhamento para DST apresentam-se usando mais a camisinha em todas as relações sexuais durante o período do tratamento ($p=0,02$). Portanto, o fato de pessoas com DST receberem o aconselhamento está positivamente associado a adoção de um comportamento de proteção pelo menos durante o período do tratamento, quando se compara às pessoas que não receberam o aconselhamento (OR = 1,84, IC a 95%: 1,06 - 3,20).

Tabela 11. Distribuição dos pacientes atendidos com DST, segundo parceiros (as) sexual(is) tratados (as) e aconselhamento para DST. Fortaleza - Ceará, 2000 e 2001.

Parceiros tratados	Aconselhamento p/ DST				Total	
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pelo menos um	66	45,2	7	7,0	73	29,7
Nenhum	80	54,8	93	93,0	173	70,3
Total	146	100,0	100	100,0	246	100,0

p=0,000; OR = 10,96

Na tabela 11, foram apresentados os dados de tratamento dos parceiros sexuais dos pacientes, de acordo com o fato de terem ou não recebido o aconselhamento para DST.

Foram considerados como pacientes com parceiros tratados, todos aqueles que tiveram pelo menos um parceiro sexual tratado.

De um modo geral, tratou-se pelo menos um parceiro sexual de 29,7% dos pacientes, independente de terem recebido o aconselhamento para DST.

Entre os que foram aconselhados para DST, 45,2% informaram que pelo menos um dos seus parceiros sexuais dos últimos três meses foi tratado e 93,0% dos que não receberam aconselhamento não tiveram nenhum dos seus parceiros tratados.

Observou-se uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) para o número de parceiros sexuais tratados entre as pessoas que receberam o aconselhamento para DST.

Receber o aconselhamento para DST, está também associado com uma maior probabilidade das pessoas de terem pelo menos um dos seus parceiros sexuais tratados (OR = 10,96, IC = 4,49 – 28,01).

Tabela 12. Distribuição dos pacientes atendidos com DST, segundo aceitação do exame de VDRL e aconselhamento para DST. Fortaleza - Ceará, 2000 e 2001.

Exame de VDRL	Aconselhamento p/ DST				Total	
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aceitou	112	95,7	78	92,9	190	94,5
Recusou	5	4,3	6	7,1	11	5,5
Total	117	100,0	84	100,0	201	100,0

p= 0,377

A tabela 12 apresenta a distribuição dos pacientes com DST, relacionando o fato de terem aceitado ou não o exame de VDRL com o fato de terem recebido o aconselhamento para DST.

Podemos considerar que houve uma boa aceitação do exame de VDRL, pois 94,5% dos pacientes aceitaram realizá-lo e este fato independeu de terem recebido ou não o aconselhamento para DST, ou seja, não se observou diferença estatisticamente significativa entre o fato de ter recebido o aconselhamento e ter se recusado a realizar o exame de VDRL (p=0,377).

Tabela 13. Distribuição dos pacientes atendidos com DST, segundo aconselhamento para DST e aceitação do teste anti-HIV. Fortaleza - Ceará, 2000 e 2001.

Teste anti-HIV	Aconselhamento p/ DST				Total	
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aceitou	79	78,2	58	74,4	137	76,5
Recusou	22	21,8	20	25,6	42	23,5
Total	101	100,0	78	100,0	179	100,0

p=0,545

O teste anti-HIV foi aceito por 76,5 dos pacientes com DST e 23,5 recusaram realizá-lo. Este fato independeu de terem recebido o aconselhamento (p=0,545).

O aconselhamento para DST parece não influenciar na decisão de aceitar ou de recusar o teste anti-HIV por parte das pessoas com DST.

Tabela 14. Distribuição dos pacientes atendidos com DST, segundo retorno à unidade e aconselhamento para DST. Fortaleza - Ceará, 2000 e 2001.

Retorno à Unidade	Aconselhamento p/ DST				Total	
	Sim		Não			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Espontâneo	107	62,2	59	44,0	166	54,2
Não/convocado	65	37,8	75	56,0	140	45,8
Total	172	100,0	134	100,0	306	100,0

p= 0,001 OR= 2,09

Na tabela 14, foram apresentados os resultados do retorno dos pacientes à unidade, após terem ou não recebido o aconselhamento.

Foram considerados como tendo retornado, somente os pacientes que retornaram espontaneamente. Os que tiveram que ser convocados através de um telefonema ou não retornaram mesmo após a convocação, foram agrupados com os que não retornaram. Isso porque não é rotina dos serviços, realizar busca de pacientes com DST faltosos.

Das pessoas que receberam o aconselhamento, 62,2% retornaram espontaneamente. Houve uma diferença estatisticamente significativa entre as pessoas que receberam o aconselhamento e retornaram e as que não receberam e não retornaram (p = 0,001).

O aconselhamento para DST apresenta-se aumentando estatisticamente a possibilidade de um retorno espontâneo do paciente à unidade para reavaliação (OR = 2,09 IC a 95%: IC = 1,28 – 3,42).

Tabela 15: Análise estratificada para sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita entre os pacientes aconselhados para DST. Fortaleza - Ceará, 2000 e 2001.

Variáveis		Nº	%	p
Tratamento Correto	Sexo			
	Homens	61/68	89,7	0,028
	Mulheres	65/77	84,4	0,068
	Idade			
	10 - 19 anos	19/37	90,5	0,416
	20 - 29 anos	65/76	85,5	0,083
> 30 anos	42/48	87,5	0,034	
Conhecimento de leitura e escrita	Sim	40/44	90,9	0,025
	Não	86/101	85,1	0,106
Uso do Preservativo	Sexo			
	Homens	45/68	66,2	0,036
	Mulheres	39/78	50,0	0,171
	Idade			
	10 - 19 anos	12/21	57,1	0,050
	20 - 29 anos	47/77	61,0	0,324
> 30 anos	25/48	52,1	0,177	
Conhecimento de leitura e escrita	Sim	23/44	52,3	0,014
	Não	61/102	59,8	0,620
Parceiros Tratados	Sexo			
	Homens	29/69	42,0	0,000
	Mulheres	37/77	48,1	0,000
	Idade			
	10 - 19 anos	10/22	45,5	0,008
	20 - 29 anos	35/76	46,1	0,000
> 30 anos	21/48	43,8	0,000	
Conhecimento de leitura e escrita	Sim	23/44	52,3	0,000
	Não	43/102	42,2	0,000
Exame de VDRL	Sexo			
	Homens	50/54	92,6	0,556
	Mulheres	62/63	98,4	0,052
	Idade			
	10 - 19 anos	18/18	100,0	0,212
	20 - 29 anos	58/61	95,1	0,635
> 30 anos	36/38	94,7	0,807	
Conhecimento de leitura e escrita	Sim	32/32	100,0	0,233
	Não	80/85	94,1	0,585
Teste anti-HIV	Sexo			
	Homens	31/47	66,0	0,747
	Mulheres	48/54	88,9	0,210
	Idade			
	10 - 19 anos	11/15	73,3	0,908
	20 - 29 anos	41/49	83,7	0,461
> 30 anos	27/37	73,0	0,855	
Conhecimento de leitura e escrita	Sim	23/29	79,3	0,722
	Não	56/72	77,8	0,628
Retorno à Unidade	Sexo			
	Homens	47/84	56,0	0,174
	Mulheres	60/88	68,2	0,001
	Idade			
	10 - 19 anos	17/29	58,6	0,087
	20 - 29 anos	55/89	61,8	0,053
> 30 anos	35/54	64,8	0,054	
Conhecimento de leitura e escrita	Sim	29/47	61,7	0,020
	Não	78/125	62,4	0,490

Na tabela 15, apresenta-se uma análise estratificada entre as variáveis sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita, o aconselhamento para DST e as variáveis em estudo: tratamento correto, uso da camisinha, parceiros sexuais tratados, aceitação dos exames de VDRL e do teste anti-HIV, retorno do paciente à unidade.

Os homens, as pessoas com mais de 30 anos e as pessoas que sabem ler e escrever aderem mais às informações relacionadas a realização do tratamento correto ($p=0,028$, $p=0,034$, e $p=0,025$ respectivamente).

O aconselhamento quando relacionado ao uso da camisinha durante o período do tratamento, apresentou-se mais significativo para os homens, para pessoas na faixa etária de 10 a 19 anos e para pessoas que sabem ler e escrever ($p= 0,036$, $0,05$ e $p= 0,014$).

No que diz respeito ao tratamento dos parceiros sexuais, o aconselhamento mostrou-se significativo para todas as variáveis analisadas. Neste grupo estudado, o aconselhamento por si só, parece ter uma eficácia importante para o tratamento dos parceiros sexuais, independentemente de sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita.

O aconselhamento para DST, quando relacionado a aceitação do exame de VDRL não apresentou diferença estatisticamente significativa para idade e conhecimento de leitura e escrita. No que diz respeito ao sexo, existe uma tendência a apresentar-se mais significativo para as mulheres ($p=0,052$).

Com relação ao teste anti-HIV, não encontramos nenhuma diferença estatisticamente significativa para sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita. O aconselhamento para DST não aparece influenciando no resultado final da aceitação deste exame.

Para as pessoas aconselhadas, o retorno apresenta-se mais significativo para as mulheres ($p=0,001$) e para pessoas que sabem ler e escrever ($p=0,020$). Nestes pacientes, a idade parece não interferir no que diz respeito a questão do retorno.

7 DISCUSSÃO:

Antes de iniciarmos as discussões acerca dos principais fatos observados neste estudo, faremos algumas considerações. Primeiro acerca das questões metodológicas e segundo sobre algumas particularidades no atendimento dessas unidades de referência para DST, visando dar subsídios para definição de critérios para futuras pesquisas na área de DST em unidades com dinâmica de funcionamento semelhante.

Inicialmente foram selecionadas cinco unidades para participar do estudo de acordo com critérios pré-estabelecidos citados anteriormente. Entre estas, encontrava-se o Centro de Saúde Oliveira Pombo, que durante as supervisões e após um período curto de trabalho de campo, constatou-se que a unidade e a aconselhadora não preenchiam os requisitos necessários para participar do estudo, tendo sido a mesma descredenciada, após explicação ao coordenador da equipe de DST.

O município de Fortaleza encontra-se dividido em seis regiões administrativas, as Secretarias Executivas Regionais (SER's), que dispõem de uma certa autonomia no que diz respeito às questões ligadas à saúde. Um dos critérios utilizados para a divisão geográfica das secretarias regionais, foi o tamanho da população, que deveria ser em torno de trezentos mil habitantes.

Nestas SER's algumas unidades de maior complexidade são referência para determinados atendimentos, (pré-natal de alto risco, planejamento familiar, tuberculose, etc...), inclusive DST. O atendimento das DST ocorre em dias pré-estabelecidos, em geral duas vezes na semana e os pacientes que procuram atendimento fora destes dias, têm sua consulta agendada.

A atividade não foi incorporada como uma rotina de atendimento de todos os profissionais médicos, especialmente os ginecologistas, ou seja, o paciente com DST atendido por outro profissional que não faz parte do programa de DST é encaminhado por este, à equipe. Isso provoca a centralização do atendimento em um único profissional

médico ou enfermeiro, que também desenvolvem outras atividades na unidade.

O fato de não ser específica para atendimento de DST pode ser considerado um fator positivo, pois não provoca uma discriminação do paciente dentro da própria unidade. Por outro lado, o atendimento não ocorrer diariamente, pode dificultar o acesso das pessoas que procuram por tratamento. No caso específico do nosso estudo, dificultou o alcance da amostragem necessária. Sugerimos que outros estudos sobre DST em unidades com perfil semelhante, seja realizado de forma multicêntrica.

Um outro fator considerado importante, é a semelhança entre estes pacientes que se apresentam com DST a estas unidades e a demanda da rede básica de saúde, sugerindo a possibilidade deste modelo ser aplicado também nos serviços de atenção básica.

Todos estes aspectos anteriormente citados, podem ter contribuído para o período relativamente longo de trabalho de campo.

Existe uma procura expressiva pelo teste anti-HIV, necessitando que o aconselhador disponibilize tempo para realizar o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV para demanda espontânea.

A unidade não deveria estar disponibilizando o aconselhamento coletivo para DST, pois poderia gerar um viés nos resultados, considerando que informações importantes sobre o problema são discutidos com os pacientes, ou seja, realiza-se um trabalho educativo que pode influenciar na conduta do paciente. O aconselhamento coletivo durante este período, tratava somente das informações referentes ao HIV/Aids. Por recomendação do Comitê de Ética do Estado, todos os pacientes com DST que desejavam realizar o teste anti-HIV, independente de receber ou não o aconselhamento para DST, recebiam o aconselhamento individual pré-teste anti-HIV.

Outros dois aspectos merecem esclarecimentos: como o preenchimento final do formulário de entrevista dependia do retorno do paciente à unidade ou da possibilidade de contato com o mesmo

através de um telefonema, existem algumas alterações nas tabelas, com relação ao número de pessoas amostradas (n).

O fato deste estudo tratar também de questões ligadas ao comportamento sexual dos pacientes e os mesmos terem sido entrevistados pelos mesmos aconselhadores na primeira e segunda visita, poderia gerar um viés nos resultados.

Pode levar a um viés de desejabilidade social, ou seja, o paciente referir o que sabe que o profissional gostaria de ouvir, mas por outro lado, pode também estabelecer uma relação de confiança entre as partes, o que facilita ao paciente poder se expor sem medo de ser discriminado. Uma maneira de tentar superar esta situação foi a utilização de profissionais aconselhadores experientes e treinados, com reciclagens periódicas e que há anos recebem supervisões mensais e capacitantes de profissionais mais experientes.

A postura dos mesmos era de flexibilidade e democracia na relação bem como, promovendo a autonomia do paciente, procurando estabelecer uma relação de confiança e respeito. Acreditamos que estes aspectos possam ter contribuído para minimizar o medo de exposição do paciente durante as entrevistas. Segundo Freire:

“O respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um fator que podemos ou não conceder uns aos outros” (Freire, 1996).

Algumas características dos profissionais são essenciais para que se obtenha uma boa história sexual do paciente. Estudo realizado nos Estados Unidos, sugere que intervenção de treinamento com os profissionais, pode ajudar a reduzir as barreiras para se elicitarem histórias sexuais (Bull, 1999).

Considerando que a seleção da amostra foi aleatória para a definição dos grupos que receberiam e que não receberiam o aconselhamento e na análise comparativa esses grupos se apresentaram homogêneo para sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita ($p = 0,64$, $p = 0,36$ e $p = 0,49$ respectivamente), nos permitiu

realizar uma comparação entre estes grupos, assegurar que os resultados são realmente válidos para a população estudada, ou seja, pacientes com DST dos centros de referência e também estender a sua utilização para grupos semelhantes que tenham as mesmas condições de atendimento com profissionais capacitados, medicamentos e preservativos disponíveis.

Por fim, sugerir como um fator importante para o aspecto gerencial, o monitoramento da qualidade do trabalho de aconselhamento realizado, utilizando-se avaliação e acompanhamento sistemático através de indicadores de qualidade. Esses indicadores podem ser os mesmos utilizados neste estudo e podem sinalizar para a necessidade de reavaliação e incorporação de novas técnicas e/ou abordagens durante o atendimento ao portador de DST.

7.1 Perfil sócio-demográfico dos pacientes

Conhecer as características sócio-demográficas dos pacientes é fundamental, pois estas podem exercer fortes influências sobre o indivíduo, interferindo diretamente na maneira de enxergar o mundo por parte de cada pessoa, inclusive nas condutas diante de uma DST. Além disso, favorece a elaboração de estratégias educacionais compatíveis para a demanda atendida.

Observamos entre os pacientes estudados, uma proporção semelhante de homens e mulheres. Isso pode ser um bom indicador de que quando se oferece qualidade no atendimento, pode-se aumentar a demanda de homens a estes serviços e conseqüentemente é possível desviar a procura destes pelas farmácias privadas para tratamento das DST.

Por outro lado, como essas unidades não são específicas para atendimento de pessoas com DST, talvez possa contribuir dificultando a ida dos homens, uma vez que as unidades historicamente são mais preparadas para o atendimento à mulher.

Um percentual significativo de homens, 27%, procurou outros recursos anteriores para tratamento da DST, ou seja, se auto-medicou. Porém este dado é inferior ao que mostrou Benjarattanaporn (1997) em Bangkok, e Parker (1999) na África. Em Bangkok, 50% destes homens, acharam que as orientações e o tratamento que receberam na farmácia foram inadequados.

Estudo qualitativo realizado no Estado do Ceará, mostrou que o acesso ao setor formal é muito difícil, devido a barreiras sociais, culturais e econômicas que enfrentam os pacientes, o que pode levá-los, especialmente os homens, a se tratarem preferencialmente em farmácias privadas (Queiróz, 2000).

Levantamento prévio realizado durante na fase piloto do projeto HIV/DST, no período de 1996 e 1997, entre três unidades, bem como outro levantamento realizado no ano de 1999 entre dez unidades, dentre os quais encontravam-se as unidades deste estudo, mostraram uma predominância de mulheres nos atendimentos (69,1% e 71,5%). (serviço de epidemiologia do projeto HIV/DST, 1996-1997; Bello, 1999).

Estes dados sugerem uma mudança no perfil dos pacientes com DST que procuram estas unidades, especialmente relacionado a questão do sexo. Talvez seja possível atrair os homens com DST aos serviços, se estes se colocam acessíveis e com atendimento de qualidade.

Quando o atendimento ocorre em clínicas específicas para casos de DST, a procura por sexo aparece de maneira variada. (Faxelid, 1996; Koumans, 1999; Nuwaha, 1999a; Boletim Epidemiológico de DST - SP, 1999), já quando ocorre em unidades convencionais, a procura parece maior entre as mulheres (Parker, 1999).

Um outro aspecto importante está relacionado ao fato de os homens apresentarem mais parceiros sexuais que as mulheres. Este achado é semelhante ao que encontrou no Zâmbia Faxelid (1996) e na África Central Koumans (1999) e Parker (1999), mas diferente dos que encontrou Tyden (2000), na Suécia.

Esse dado leva a uma reflexão acerca das questões culturais e de gênero que podem levar os homens a terem e/ou referirem mais parceiros sexuais que as mulheres. Por outro lado, favorece uma reflexão acerca do perfil dos pacientes atendidos nestas unidades, que são serviços especializados para atendimento de casos de DST, mas estão atendendo na sua maioria pessoas com comportamento de baixo risco, merecendo um questionamento acerca da disponibilidade e acessibilidade dos serviços para pessoas que estão mantendo comportamento de alto risco.

Faz-se necessário uma articulação entre as unidades de referência para DST, com a sociedade civil organizada, através das organizações não governamentais que trabalham com populações específicas, de maneira que estas unidades tanto pudessem servir de referência para pessoas com comportamento de risco para DST/HIV, como também referenciar outras situações, como por exemplo, pessoas que enfrentam situações conflituosas que dificultam a mudança de comportamento e precisam de um trabalho mais criterioso e continuado.

Uma análise mais detalhada deste dado, mostrou um alto percentual de mulheres que também mencionaram somente um parceiro sexual nos últimos três meses e compareceram com síndrome compatível com DST. Isso nos faz refletir sobre a situação de vulnerabilidade a que estão expostas estas mulheres, que apesar de não estarem mantendo comportamento de risco, estão vivendo uma situação de risco.

Estratégias diferenciadas de abordagem com estas mulheres são necessárias, pois talvez o machismo, a submissão aos seus companheiros, entre outros fatores, possam contribuir dificultando um diálogo acerca da necessidade do uso do preservativo mesmo diante da presença da DST. A análise estratificada apresenta uma maior significância do uso da camisinha entre os homens. (tabela 15)

Existe um predomínio maior de procura para atendimento entre adultos jovens. 50,3% encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos



de idade. A média de idades foi de 27 anos para homens e 28 anos para mulheres.

Nos mesmos levantamentos do projeto HIV/DST citados anteriormente, a média geral foi de 28 anos (1996-1997) e 31 anos (1999) (Serviço de Epidemiologia do projeto HIV/DST; Bello, 1999).

Estes resultados coincidem com os de outros estudos, que apresentam maior freqüência de DST entre adultos jovens Faxelid, (1996); Bello, (1999); Koumans, (1999); Nuwaha, (1999a); Camarte, (2000).

O percentual de jovens com idade entre 10 e 19 anos atendidos com DST é semelhante a dados levantados pelo projeto HIV/DST, que em anos anteriores (1996-1997), apresentou um percentual de 19,5% entre a faixa etária de 11 a 20 anos de idade (Serviço de Epidemiologia do projeto HIV/DST).

Bello (1999), também apresenta dados semelhantes. Ele encontrou dados de demanda de pacientes entre 10 e 19 anos no ano de 1999, assim distribuídos: homens: em torno de 20% e mulheres em torno de 15%.

Passos (1995), mostra uma tendência de crescimento de DST entre adolescentes, porém, nas unidades deste estudo em particular, parece que ao longo dos anos, não está havendo um acréscimo de procura por atendimento entre as pessoas nesta faixa etária de 10 a 19 anos.

Os pacientes possuíam de maneira geral um bom conhecimento de leitura e escrita. Esse dado é compatível com o que encontrou Faxelid, (1996) em Lusaka, no Zâmbia. Ela encontrou entre os pacientes com DST, uma média de seis anos de estudo para mulheres e nove anos para homens. Já Camarte (2000), no Rio de Janeiro, apresentou predominância de indivíduos com baixa escolaridade.

Já com relação ao número de parceiro(a)s sexual(is), Bello (1999), apresentou dados semelhantes quando analisou o perfil dos pacientes atendidos com DST nas dez unidades integrantes do projeto

HIV/DST, e mostrou que 82,1% dos pacientes tinham tido somente um parceiro sexual nos últimos três meses, sendo que destes, 94,9% eram mulheres. Faxelid (1996); Koumans (1999) e Parker (1999), também apresentaram maior proporção de homens do que mulheres que reportaram mais que um parceiro sexual.

Em todos estes estudos, os homens apresentaram mais comportamento de risco que as mulheres e isto é reforçado por uma análise do setor de epidemiologia do projeto HIV/DST que apresentou uma maior prevalência de HIV entre os homens que entre as mulheres com DST (3,0% e 0,7% respectivamente).

É importante que os órgãos governamentais responsáveis pelo controle das DST/AIDS no país e em particular nos estados, estejam realmente atentos para este dado, objetivando preparar os profissionais das unidades básicas para trabalharem os aspectos da prevenção de maneira compatível com o que se apresenta na realidade.

Talvez seja necessário rever a estratégia educativa utilizada, quando se realiza todo o trabalho somente com as mulheres. Reforçar a vinda do parceiro de mulheres atendidas com DST é fundamental para se realizar um trabalho individualizado de avaliação de risco para mudança de comportamento. Talvez assim se pudesse obter melhores resultados do que com trabalhos focados nas mulheres.

É muito difícil para os profissionais das unidades de saúde, desenvolver trabalhos educativos com as mulheres que mantêm comportamento de baixo risco, mas que estão expostas a situação de vulnerabilidade às DST e ao HIV. Acreditamos que este trabalho deva ocorrer através de uma articulação com outros serviços da comunidade que desenvolvem trabalhos específicos para mulheres.

As estatísticas oficiais brasileiras apresentam um aumento na incidência do HIV entre pessoas heterossexuais, especialmente as mulheres (MS, Boletim Epidemiológico de AIDS, 1998). Neste estudo observamos realmente uma exposição destas mulheres a uma situação de vulnerabilidade ao HIV, considerando que as mesmas tinham uma

DST e que quase a totalidade delas só tiveram um parceiro sexual nos três meses anteriores à consulta. Estas mulheres estão mantendo comportamento sexual sem o uso do preservativo, estando muito pouco atentas para às medidas de prevenção. Foram possivelmente contaminadas pelo parceiro sexual, que parece estar mantendo comportamento de risco. É preciso durante o atendimento de mulheres com DST, muito mais do que informar, mas desperta-las para o risco de adquirir o HIV. Isso talvez requeira uma estratégia diferenciada, devido a outros fatores que podem estar envolvidos nessa questão.

Vermelho (1999), realizou uma pesquisa onde procurou conhecer o perfil social e cultural de mulheres infectadas pelo HIV no Rio de Janeiro e concluiu que as mesmas não se percebem em risco, apesar de várias relatarem episódios de DST anteriormente ao HIV.

E Filipe (1998), em um estudo em São Paulo com homens soropositivos para o HIV, mostrou que o uso do preservativo não foi universal, sugerindo que alguns homens continuam a praticar sexo desprotegido, independente do HIV.

É fundamental treinar os profissionais de saúde que atendem mulheres, especialmente nas clínicas de DST e de saúde reprodutiva, para realizarem o aconselhamento coletivo e individual e, durante essas sessões, aproveitarem as oportunidades para discutirem coletivamente sobre a vulnerabilidade social e individual a que estão submetidas estas mulheres.

7.2 Influência do aconselhamento no cumprimento do tratamento

O percentual de pacientes que cumpriram o tratamento corretamente, após terem sido aconselhados (86,9%) é um dado que podemos considerar alto, apesar de não possuímos dados comparativos.

Todas as pessoas que se apresentavam com síndromes de corrimento uretral e corrimento vaginal/cervicite tiveram o tratamento

disponibilizado em dose única e a medicação assistida. Isto com certeza contribuiu para o percentual de adesão e com o grande número de pacientes (72,7%) que não receberam o aconselhamento e também realizaram o tratamento corretamente.

Na análise estratificada, evidencia-se que os homens, as pessoas acima de 30 anos e as pessoas com conhecimento de leitura e escrita, parecem aderir mais ao tratamento.

Camarte (2000), ao estudar os prontuários de pacientes masculinos com uretrite gonocócica, concluiu que 14,8% dos casos retornam ao serviço mantendo as mesmas queixas. Como um dos possíveis motivos para o insucesso do tratamento, a autora citou o uso incorreto do antimicrobiano.

O fato de o paciente que tem prescrição de antibióticos não realizar o tratamento corretamente, pode contribuir para a manutenção da cadeia de transmissão, além de poder favorecer a resistência ao antibiótico. Daí a importância de quando possível, disponibilizar o tratamento em dose única e supervisionada, pois isto favorece a dedicação de um tempo maior aos outros pontos do aconselhamento.

7.3 Influência do aconselhamento no tratamento do(s) parceiro(s) sexuais

O Ministério da Saúde recomenda a abordagem sindrômica e o tratamento de todos os parceiros sexuais dos pacientes atendidos com as síndromes de DST.

Nos casos de verrugas genitais provocadas por HPV, é que o tratamento do parceiro sexual não é recomendado somente com o objetivo de reduzir a transmissão. Mas, ressalta-se entretanto a importância de convocá-los para exame médico e tratamento quando necessário e beneficiá-los com a informação, especialmente no caso das mulheres, devido a necessidade do rastreamento regular de doenças

pré-invasivas do colo de útero (MS, 1999a).

Para o paciente com DST, a convocação de seus parceiros sexuais pelos serviços normalmente é realizada através do paciente, ou através do profissional (MS, 1999a). A convocação através dos profissionais é normalmente reservada para os parceiros que provavelmente não serão convocados pelo paciente-índice. O Ministério da Saúde considera prioritária este tipo de convocação para todas as mulheres grávidas de homens portadores de qualquer DST.

Embora existam recomendações oficiais divulgadas para o tratamento de parceiros sexuais, os dados de informação sobre o tratamento dos mesmos é escasso.

No estado do Ceará, o único dado disponível a respeito, é de um levantamento realizado pelo projeto HIV/DST, que apresentou entre todas as quinze unidades envolvidas com o projeto, um percentual em torno de 3% de parceiros tratados. Portanto, um trabalho maior de orientação para a notificação do parceiro durante o aconselhamento não é evidenciado (Serviço de Epidemiologia do Projeto HIV/DST, 1996-1997).

Em uma unidade de referência para DST do Estado do Rio de Janeiro, 71,4% dos atendimentos não continham dados sobre o tratamento dos parceiros sexuais no prontuário (Camarte, 2000).

Poucos investimentos educativos que enfoquem sobre a importância do tratamento dos parceiros sexuais para a quebra da cadeia de transmissão e para evitar a possibilidade de reinfecção do próprio paciente índice, são realizados pelos profissionais durante o atendimento ao portador de DST.

Em locais com poucos recursos, adota-se como rotina a convocação através do paciente, visto que representa poucos custos adicionais aos serviços. Apesar de o Ministério da saúde recomendar a entrega do cartão de convocação ao paciente-índice, isto não é freqüentemente realizado como rotina nas unidades de saúde.

Os estudos existentes que tratam da convocação e tratamento dos parceiros sexuais, apesar de realizarem o aconselhamento, traziam sempre associado outro recurso adicional para a busca destes parceiros (cartão de convocação, “*vouchers*”, etc). Isso levando a uma falta de clareza sobre a influência unicamente do aconselhamento na melhoria dos índices de parceiros tratados.

Macke (1998), concluiu em um estudo em que a convocação do parceiro sexual era realizada através dos profissionais de saúde, que os mesmos gastam uma boa parte do tempo com este serviço.

É importante que se desenvolvam esforços e abordagens inovadoras, no sentido de melhorar o trabalho de aconselhamento junto ao paciente com DST, para que ele mesmo compreenda a importância do tratamento do parceiro e também se envolva no sentido de trazê-lo à unidade.

É inquestionável a importância do tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is) de pacientes atendidos com DST, tanto do ponto de vista da quebra da cadeia de transmissão, como em relação ao custo efetividade.

Varghese (1999), mostrou nos Estados Unidos que o aconselhamento, testagem e convocação do parceiro em clínicas de DST e HIV, apresentam custo-efetividade na transmissão do HIV.

Considerando que é indispensável para a quebra da cadeia de transmissão das DST/HIV/Aids, discutir com o paciente sobre questões ligadas ao tratamento dos parceiros sexuais, faz-se necessário encontrar uma estratégia de convocação e tratamento desses parceiros que possa ser adequada a países com pouca disponibilidade de recursos humanos e financeiros.

Um dos princípios da convocação dos parceiros sexuais é a participação voluntária das pessoas no processo. Medidas coercitivas podem comprometer o resultado, visto que podem intimidar o paciente.

A opção escolhida para o presente estudo foi a convocação do parceiro(s) sexual(ais) através do paciente. Todos os parceiros dos últimos três meses em que fosse possível um contato, deveriam ser convocados para tratamento. Este tipo de convocação requer que o próprio paciente comunique aos seus/suas parceiros(as) sexuais sobre a importância do tratamento dos mesmos. Para tanto, faz-se necessário que o mesmo disponha de todas as informações necessárias para subsidiá-lo durante o diálogo.

Os profissionais que realizaram o aconselhamento tratavam junto com o paciente de pontos fundamentais que justificavam a convocação dos seus parceiros. Entre os principais aspectos discutidos, estavam informações sobre a possibilidade de reinfecção caso o parceiro não fosse tratado corretamente. Algumas situações de stress que enfrentavam os pacientes também eram trabalhadas durante o atendimento (ex: dificuldade enfrentada para trazer o parceiro) e em outras situações o profissional se disponibilizava para conversar com o mesmo(a).

Dados anteriores apresentados pelo próprio projeto HIV/DST-Ceará, que apesar de ter tido uma maneira diferente de cálculo, apresentou uma taxa geral muito baixa de tratamento de parceiros sexuais, 4,6%, (9,4% de homens e 2,7% de mulheres). Este levantamento foi realizado na fase inicial do projeto, e não levou em consideração os aspectos educativos realizados com os pacientes. (Bello, 1999).

Entretanto, neste estudo, quando analisamos somente entre as pessoas que receberam o aconselhamento, o percentual de parceiros tratados aumenta consideravelmente, evidenciando uma relação altamente positiva entre o aconselhamento e o tratamento de pelo menos um do(s) seu(s) parceiro(a)(s) sexual(is) (OR=10,96; IC 4,49 - 28,01).

Outros estudos sugerem que melhorando a qualidade da comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, desenvolvendo abordagens inovadoras e técnicas apropriadas, focalizando aspectos

importantes durante o aconselhamento que justifiquem o tratamento do parceiro e levem em consideração os aspectos psicossociais, é possível melhorar os índices de parceiros tratados. Essas medidas são importantes, podem motivar o paciente e contribuir para o sucesso do tratamento do(s)(a)(as) parceiro(s)(a)(as) sexuais (Faxelid 1996; Koumans, 1999; Nuwaha, 1999b; Gichangi, 2000; Gorbach, 2000).

Na análise estratificada para sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita, o tratamento do parceiro sexual não apresentou diferença estatisticamente significativa para nenhuma destas variáveis, levando-nos a concluir que quando realizado nestas mesmas condições, este modelo de aconselhamento para DST pode realmente melhorar os índices de parceiros sexuais tratados.

É oportuno se levar em consideração durante o processo de aconselhamento as variáveis sócio-demográficas e psicossociais. Todos os autores citados colocam essas variáveis como fortes componentes que podem interferir facilitando ou dificultando o tratamento dos parceiros.

Apesar de nenhum outro estudo ter utilizado o aconselhamento como intervenção visando medir o impacto desta técnica na melhoria dos índices de notificação e tratamento dos parceiros sexuais, faremos citações de alguns trabalhos que utilizaram outros recursos, pois os mesmos tiveram um forte componente educativo, que pode ter contribuído também para o resultado final.

Nuwaha et al. (1999b) em sua pesquisa apresentou taxas semelhantes, todavia, taxas mais elevadas de tratamento de parceiros sexuais foram encontradas nas pesquisas desenvolvidas por Faxelid (1996); Koumans (1999); Gichangi, (2000) e Golden et al. (1999).

Queremos destacar em nosso estudo, que uma melhora significativa ocorreu na taxa de parceiros tratados, entre as pessoas que passaram pelo aconselhamento para DST. Este resultado aponta o aconselhamento como uma intervenção que realmente pode fazer a diferença no tratamento de parceiros sexuais.

No Zâmbia, na África Central e em Seattle, pacientes com DST foram orientados sobre a importância do tratamento do parceiro sexual e observou-se que em todas as situações houve um percentual elevado de parceiros tratados (Faxelid, 1996; Koumans, 1999; Golden, 1999). No Zâmbia e na África Central os pacientes recebiam o "voucher" além do aconselhamento e em Seattle levavam o tratamento do(s) parceiro(s).

No nosso estudo o que talvez possa ter dificultado dificultando uma abordagem mais real com o paciente, foi o total desconhecimento acerca de outros fatores que possam ter uma interferência direta nesta convocação. Faz-se necessário conhecer melhor os aspectos psicossociais que dificultam para os pacientes a convocação de seus parceiros, facilitando dessa maneira, a utilização de mensagens focalizadas.

Nuwaha (1999b) em Uganda, concluiu também que quando se trabalha durante o aconselhamento os aspectos psicossociais que possam influenciar na referência dos parceiros sexuais dos pacientes com DST já melhora consideravelmente o percentual de parceiros tratados.

Gichangi (2000) em Nairobi, concluiu em um estudo com mulheres grávidas, que mensagens enfocando a saúde da criança tem um efeito positivo para a notificação do parceiro.

Apesar de não termos levado em consideração o tipo de parceria apresentada pelos pacientes (fixa ou casual) e nem o status marital dos mesmos, acreditamos que estas variáveis podem ter influenciado indiretamente para o índice de tratamento de parceiros alcançado. As pessoas que referiram somente um parceiro sexual nos três meses anteriores à consulta, talvez apresentem parceria estável e isto tenha contribuído de maneira positiva para o tratamento dos parceiros sexuais.

Os estudos têm mostrado que os pacientes têm notificado para tratamento na grande maioria das vezes o parceiro principal, ou seja, o

tipo de parceria fixa ou eventual influenciando para a notificação do parceiro sexual (Golden, 1999; Koumans, 1999; Nuwaha, 1999b; Gorbach, 2000). Todos estes estudos apresentaram maiores índices de tratamento em parceiros sexuais estáveis que em parceiros casuais. As pessoas ao receberem durante o aconselhamento, as informações acerca da possibilidade de reinfecção da DST caso os parceiros não sejam tratados, podem ter se preocupado mais em tratar os parceiros com quem mantêm uma relação estável.

No nosso estudo, chama atenção a diferença entre o grupo que não recebeu o aconselhamento e não tratou nenhum dos seus parceiros sexuais (93,0%), quando comparado ao grupo que recebeu o aconselhamento e tratou pelo menos um dos seus parceiros (45,2%). Esse dado indica que um aconselhamento que trate da importância do tratamento do parceiro para a quebra da cadeia de transmissão e especialmente para a cura completa do paciente índice, melhora o percentual de parceiros tratados. Pode também nos fornecer indicadores de eficácia do tratamento do parceiro quando convocado através do paciente.

Das pessoas que receberam aconselhamento, um percentual considerável, 54,8% também não tratou nenhum de seus parceiros sexuais. Maiores estudos portanto são necessários para se identificar quais as melhores maneiras que podem ser associadas ao aconselhamento para melhorar os índices de parceiros tratados, procurando levantar quais as principais dificuldades enfrentadas pelos pacientes com DST para comunicar ao seu parceiro.

Koumans (1999), encontrou um baixo índice de parceiros de pacientes com DST que apresentavam alguma sintomatologia de DST e isso talvez, juntamente com as questões de gênero possam influenciar dificultando o tratamento dos mesmos .

Durante as sessões de aconselhamento grupal e individual, um enfoque maior sobre a possibilidade do parceiro de uma pessoa com DST ser assintomático e a importância do tratamento dos mesmos independente ou não da presença de sintomas é imprescindível.

Outro fator importante que pode influenciar negativamente para o tratamento dos parceiros sexuais e que merece melhor aprofundamento é que a maioria dos atendimentos tinham como queixa principal a síndrome de corrimento vaginal (37,4%) e algumas mulheres não reconhecem o corrimento vaginal como um sintoma de alguma patologia, especialmente ligada a DST.

7.4 Influência do aconselhamento para o uso do preservativo durante o tratamento

Encontramos o aconselhamento para DST como um fator positivo e que contribuiu para as pessoas usarem camisinha durante o período do tratamento.

Com relação a abstinência sexual durante o período do tratamento, o baixo quantitativo de pessoas que escolheram esta opção, nos leva a concluir que as mensagens educativas do paciente com DST, devem levar em consideração a relação desta pessoa com seu parceiro, para definir que melhor informação oferecer com relação as medidas de prevenção. Uma pessoa que não tem parceiro estável, talvez consiga aderir melhor a abstinência sexual que uma com parceiro estável. Reforçar as orientações sobre o uso correto do preservativo durante o tratamento entre as pessoas que preferem manter a atividade sexual são inquestionáveis.

Maxwell (1999) e Latka (2000), também apresentam dados semelhantes a este, indicando que o trabalho educativo é um componente que pode contribuir para melhorar a adesão do paciente com DST ao uso do preservativo.

Quando analisado estratificadamente, este dado apresentou-se mais significativo para os homens, pessoas entre 10 e 19 anos de idade e pessoas com conhecimentos de leitura e escrita (tabela 15).

Aspectos culturais (machismo) e os tabus que cercam a questão do uso do preservativo podem dificultar para as mulheres exigirem o uso da camisinha, mesmo diante da eminência de uma DST.

Maxwell (1999), mostrou também que as mulheres apresentaram mais barreiras que os homens para usar o preservativo, barreiras estas que vão desde o fato do homem não gostar de usar, até sentirem-se envergonhadas para compra-lo e coloca-lo nos seus companheiros.

Adetunji (2000), estudou a população em geral no Zimbawbe a respeito do uso do preservativo nas relações maritais e extra-conjugais e apresentou uma prevalência maior de uso entre os homens. As questões de gênero parecem interferir nestes resultados.

Mas neste nosso estudo, outros aspectos também devem ser considerados: primeiramente, o único método de prevenção disponibilizado foi o preservativo masculino, exigindo da mulher a negociação do uso junto ao parceiro. Depois, um percentual significativo dessas mulheres tinham síndrome de corrimento vaginal, o que pode ter contribuído dificultando a discussão acerca da necessidade do uso do preservativo, já que o corrimento vaginal não é necessariamente uma DST e que também não é visto pelas mulheres como tal.

Conclui-se pela necessidade de trabalhar melhor durante o aconselhamento para DST, a promoção de mensagens estratégicas de negociação do preservativo com as mulheres e disponibilizar em clínicas de DST o preservativo feminino, de maneira que as mesmas possam ter opções de escolha.

Latka (2000), em um estudo com mulheres que haviam apresentado DST recentemente, concluiu que mensagens educativas durante o aconselhamento que ofereceram opções de escolha entre o preservativo masculino e feminino, resultam num aumento na proteção e uma maior opção para o uso do preservativo masculino.

Identificar os obstáculos reais que enfrentam as mulheres, para o uso da camisinha é necessário, visando melhorar o poder de

negociação e persuasão delas perante seus parceiros. Trabalhar esses aspectos durante o aconselhamento coletivo e individual parece fundamental.

Este talvez tenha sido o primeiro momento em que estas mulheres se viram diante da necessidade de ter que usar o preservativo, e talvez por esse motivo, tenham sentido dificuldade em levar esta discussão para os seus companheiros.

Segundo Reddy (2000), pessoas que não se vêm em risco requerem uma intervenção que melhore seus conhecimentos sobre o seu comportamento sexual e as encorajem a examinar seus riscos pessoais de adquirir DST, ajudando-as a adotar o uso do preservativo.

Ele estudou os determinantes para o uso do preservativo entre pacientes de clínica de DST na África do Sul, comparando com os estágios em que os mesmos se encontravam. No grupo de pré-contemplação estavam as pessoas que nunca usaram; no grupo de contemplação as pessoas que já haviam pensado seriamente em usar; no grupo de ação os pacientes indicaram que algumas vezes usaram e no grupo de ação regular os pacientes referiram usar toda vida. O estudo concluiu que, dependendo do estágio em que se encontravam estes pacientes com DST, eles tinham mais facilidade em se engajar no uso do preservativo, especialmente se este estágio eram os outros além da pré-contemplação. Outra conclusão foi que a variável mais fortemente associada ao uso do preservativo é a comunicação entre os parceiros.

A promoção do uso do preservativo masculino em clínicas de planejamento familiar é algo que se tenta há algum tempo, mas parece um desafio grande ainda a enfrentar, especialmente quando se trata de casais que mantêm relações estáveis. Levantamentos realizados na África e no Peru apresentaram baixos índices de adesão ao uso do preservativo entre pessoas que mantêm relações estáveis (Boohene, 1987; Way, 1987; Thompson, 2000).

Realizar uma boa avaliação de risco para HIV, entre as pessoas com DST é imprescindível no momento do atendimento, especialmente entre as pessoas que referem somente um parceiro sexual e se apresentam com DST. Essa avaliação de risco deve ser feita conjuntamente com o paciente, e deve despertá-lo para o hábito do uso do preservativo, bem como para a necessidade da vinda do parceiro à unidade para tratamento e aconselhamento.

A identificação de pessoas que tem atitudes negativas em relação ao uso do preservativo e a articulação do serviço de DST com outros serviços de prevenção na comunidade, talvez pudesse contribuir com o fortalecimento do trabalho junto a estas pessoas visando a manutenção do comportamento de baixo risco para HIV.

Este estudo corrobora com os resultados de outros estudos, que, utilizaram o aconselhamento e concluíram que o mesmo, quando enfocado em mensagens apropriadas de promoção, podem melhorar a adesão ao uso do preservativo (Kamb, 1998; Maxwell, 1999; Nuwaha, 1999b; Latka, 2000).

A disponibilização do preservativo por parte da unidade e do profissional é algo que dispensa comentários. É importante que os profissionais se lembrem de oferecer o preservativo e valorizem as orientações sobre a importância do seu uso, fazendo inclusive a demonstração do uso do mesmo.

Bryce (1994) em um estudo sobre a qualidade dos serviços de DST na Jamaica, mostrou que 61% das unidades que atendiam pacientes com DST tinham o preservativo, mas a somente 23% dos pacientes, o mesmo foi oferecido por ocasião da consulta.

7.5 Aceitação do exame de VDRL e do teste anti-HIV.

Um percentual maior de pacientes aceitou realizar o exame de VDRL, quando comparado ao HIV, 94,5 (190/201) e 76,5% (137/179) respectivamente. Este fato independeu do aconselhamento para DST.

Neste estudo, o aconselhamento portanto, não aparece como uma intervenção importante no que diz respeito a aceitação ou recusa do teste anti-HIV nem do exame de VRDL.

A recusa maior pelo teste anti-HIV independente do aconselhamento, parece indicar que algumas pessoas já comparecem à unidade determinadas a não realizá-lo.

Ni et al (1997), apresentam uma tendência crescente ao longo dos anos de aceitação do aconselhamento e testagem anti-HIV em unidades públicas de DST.

Anagrius (1998) e Wilkinson (1999), mostraram que as razões para pessoas com DST aceitarem ou recusarem realizar o teste anti-HIV variam, e isto depende de muitos fatores.

Conforme citado anteriormente por sugestão do Comitê de Ética do Estado, todos os pacientes receberam o aconselhamento com relação ao teste anti-HIV. Ao se realizar uma análise geral por sexo, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre aceitar ou não esse teste (tabela 7), as mulheres aparecendo com maior percentual de aceitação ($p = 0,005$). O mesmo não se observa com relação ao exame de VDRL ($p=0,377$).

Na análise univariada, o aconselhamento não aparece influenciando a decisão de realizar o teste anti-HIV, o mesmo sendo observado quando estratificado para sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita.

Vários são os motivos que podem levar uma pessoa a aceitar ou não realizar o exame anti-HIV, pois este teste, se positivo, pode provocar mudanças muito radicais na vida.

Levantamos alguns aspectos que podem ter contribuído para as pessoas aceitarem realizar o teste anti-HIV, especialmente as mulheres.

Em primeiro lugar, relacionado ao número de parceiros sexuais. Os homens referiram mais parceiras sexuais que as mulheres. Estas, na sua grande maioria, apresentavam somente um parceiro, o que pode levá-las a um raciocínio errôneo que não estão correndo risco de adquirir o HIV, apesar de estarem com uma DST. Elas possivelmente ainda estão associando a transmissão do HIV com trocas frequentes de parceiros e não apresentam nenhum temor com relação ao resultado do exame. Isso é reforçado por um estudo de Killewo, na Tanzânia (Killewo, 1998).

Em segundo lugar, pode haver uma submissão por parte dessas mulheres à vontade do profissional. Este, de maneira inconsciente, pode exercer uma certa pressão para que as mesmas aceitem realizar o exame, associando este fato com a qualidade do aconselhamento. Um dos fatores que nos leva a este raciocínio, é identificar na prática, durante as visitas de supervisão, um grande quantitativo de exames que os pacientes não comparecem para receber o resultado.

E em terceiro lugar, essas pessoas podem estar realmente muito preocupadas com a possibilidade da contaminação pelo vírus HIV, visto que se submeteram a uma situação de risco ou porque têm conhecimento do comportamento de risco dos seus companheiros.

Os motivos que levam as pessoas com DST a se recusarem em realizar o teste anti-HIV precisariam ser mais estudados, pois isso com certeza contribuiria positivamente no processo de aconselhamento.

A voluntariedade é fator primordial quando se fala de exame anti-HIV, considerando que somente a pessoa sabe dos efeitos que podem acarretar um resultado de HIV positivo em sua vida. Precisamos fornecer informações sobre HIV/Aids que motivem as pessoas para realizarem o teste, mas deixando-as com toda autonomia na decisão.

Por outro lado, a recusa maior por parte dos homens, pode ter se dado devido ao fato dos mesmos se identificarem em situação de risco real para o HIV. Por esse motivo, têm medo do possível resultado do teste. Esse fato é reforçado por Hull e col.(1988), em clínicas de DST

no México, que encontraram que os homens que recusaram o teste eram 5.3 vezes mais infectados que os que aceitaram realizá-lo.

Apresentar-se com uma síndrome genital, especialmente em unidades que não são específicas para tratamento de DST, pode também influir no fato de aceitar ou não o teste anti-HIV. As pessoas neste caso não foram à unidade voluntariamente procurar para fazer o teste e podem não estar motivadas a realizá-lo. Elas buscam uma solução para o seu problema atual que muitas vezes elas nem associam à DST.

Durante o aconselhamento para DST é importante que o profissional esteja atento a esta motivação do paciente para realizar os exames, especialmente o anti-HIV, pois isso pode influenciar no fato de retornar para receber o resultado. O aconselhamento individual para DST é um momento ímpar e o profissional deve estar atento aos motivos individuais que levam as pessoas com DST a aceitarem ou recusarem o exame anti-HIV, pois pode oferecer apoio emocional e trabalhar as questões que permeiam o medo de realizar o teste.

Por esse motivo, o fato de aceitar realizar o exame anti-HIV por si só, não é um dado muito animador se o paciente com DST não retorna para receber o resultado, pois acarreta despesas aos cofres públicos e não favorece a oportunidade da realização do pós-teste, quando é realizado uma reflexão com o paciente acerca do resultado.

Neste estudo, observamos que dos 306 pacientes, somente 201 tinham o exame de VDRL e 179 o anti-HIV disponíveis até o momento do encerramento da ficha. Ou seja, o exame não se encontrava disponível por ocasião do retorno o que obriga a um grande volume de pacientes a ter que retornar mais de uma vez para receber o resultado. Talvez este também seja um forte motivo do volume de exames acumulados nas unidades. Isso sem contar com as constantes faltas de kits necessários para a realização dos referidos testes.

7.6 Influência do aconselhamento no retorno espontâneo do paciente à unidade

Como foi citado anteriormente, todos os pacientes tiveram a consulta de retorno marcada, mas somente as que foram atendidas nos primeiros quinze dias do mês foram orientadas sobre a importância da vinda à unidade.

Encontramos fortes evidências de que uma pessoa que tem a oportunidade de passar pela sessão de aconselhamento, apresenta maiores probabilidades de retornar espontaneamente à unidade, isso ocorreu com 62,2% das pessoas ($p=0,001$).

O fato das pessoas poderem dialogar abertamente sobre assuntos que muitas vezes não conseguem conversar com outras pessoas, especialmente ligados ao exercício da sexualidade, pode ter contribuído positivamente para este resultado. Isso talvez favoreça a criação de um vínculo entre o paciente e o profissional.

Na análise estratificada, o retorno apresentou-se mais eficaz para mulheres e para pessoas com conhecimento de leitura e escrita.

Este fato das mulheres retornarem mais, talvez tenha se dado devido ao fato de que normalmente na rotina dos atendimentos, as mulheres procuram mais as unidades de saúde que os homens. É preciso facilitar o acesso dos homens ao serviço, oferecendo horários alternativos de atendimento, pois o que pode dificultar o retorno do homem à unidade, é além da possibilidade do desaparecimento completo dos sintomas após o tratamento, a necessidade de faltar repetidas vezes ao serviço.

No caso de atendimento de DST através da abordagem sindrômica, o retorno do paciente é um momento muito importante, pois favorece uma reavaliação das condições de saúde do mesmo e oferece mais uma oportunidade reforçar as atividades de prevenção através do aconselhamento pós-teste anti-HIV.

8 CONCLUSÃO:

Os resultados deste estudo nos levam a fortes evidências de que um modelo de aconselhamento individual para DST, que realmente priorize as informações na doença apresentada pelo paciente, pode melhorar consideravelmente a adesão das pessoas às orientações, especialmente no que diz respeito ao tratamento dos parceiros sexuais.

Este estudo também nos leva a concluir que um trabalho educativo interativo realizado entre o profissional de saúde e o paciente com DST, ou seja, a realização de um aconselhamento de qualidade, em que o paciente não seja um simples receptor das informações, mas também participe do processo de discussão

Com relação ao tratamento dos parceiros sexuais de portadores de DST, o aconselhamento mostrou-se altamente significativo, independentemente de sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita.

É possível melhorar o percentual de parceiros tratados sem aumentar em muito os custos na unidade. Profissionais bem treinados e que valorizem durante o trabalho educativo a importância do tratamento dos parceiros sexuais, podem aumentar os índices de parceiros tratados. Neste caso, o uso de qualquer outro recurso adicional, poderia ser dispensado somente a pacientes que apresentam dificuldade em comunicar aos seus parceiros sexuais e talvez a pessoas que tem pouco ou nenhum conhecimento de leitura e escrita.

Estudos mais detalhados sobre as melhores abordagens e maiores esclarecimentos relacionados ao tratamento do(a)(s) parceiros(a)(s) são necessários, visando contribuir ainda mais com o processo educativo.

Na análise estratificada, todas as variáveis estudadas apresentaram-se eficazes para o conhecimento de leitura e escrita, levando-nos a propor que é necessário desenvolver estratégias diferenciadas de educação para pessoas com DST que não sabem ler e escrever.

Com relação ao cumprimento do tratamento, o aconselhamento apresentou-se mais eficaz para homens e para pessoas acima de 30 anos. O uso do preservativo foi maior entre as pessoas do sexo masculino e pessoas até 19 anos de idade. Já o retorno foi maior entre as pessoas do sexo feminino.

Algumas pessoas com DST parecem estar realmente decididas a não realizar o exame anti-HIV. Realizar uma boa avaliação de risco com as pessoas com DST talvez possa contribuir para definir melhor quais os pacientes que realmente necessitam realizar o teste anti-HIV. Outro fator que contribuiria sobremaneira, seria definir critérios técnicos para solicitação do referido teste.

Dessa forma, propomos que todos os profissionais médicos e enfermeiros que atendem pessoas com DST, realizem o aconselhamento para DST/HIV, priorizando o modelo utilizado neste estudo, que seja implantado o aconselhamento coletivo para DST como rotina diária e que exista um profissional treinado, disponível para realizar o aconselhamento para demanda espontânea de HIV.

Uma organização acerca das informações que deverão ser disponibilizadas durante o atendimento faz-se necessária. Os aspectos relacionados à doença atual devem realmente prevalecer sobre as outras informações.

As DST parecem não apresentar o mesmo impacto psicológico no paciente como o HIV, por isso, acreditamos que um modelo de aconselhamento para DST que os profissionais interajam com o paciente e trabalhem suas dificuldades relacionando-as ao seu problema atual pode ser desenvolvido por qualquer profissional, especialmente o profissional médico. A dificuldade maior parece ainda estar ligada ao tratamento do parceiro sexual e a questão do teste anti-HIV.

Sugerimos testar a eficácia deste aconselhamento em unidades básicas de saúde que atendem pela abordagem sindrômica e em clínicas particulares. A diferença fundamental entre as unidades de

referência e às unidades básicas, no que diz respeito ao aconselhamento, é que as unidades de referência dispõem de profissionais disponíveis para realizar somente o aconselhamento, ou seja, antes o paciente passa pela consulta médica. Já nas unidades básicas, o mesmo profissional que realiza o diagnóstico sindrômico é que deveria aconselhar o paciente.

O preservativo masculino e o medicamento devem estar disponíveis para todos os pacientes. A adoção deste modelo de aconselhamento requer que condições semelhantes sejam implementadas em locais onde se deseje bons resultados no atendimento a pessoas com síndromes genitais.

Em síntese, para as variáveis em questão, o aconselhamento mostrou-se eficaz, mas outros estudos são necessários para identificar os aspectos que dificultam uma melhor adesão dos pacientes às informações, especialmente relacionados ao tratamento do(a)(s) parceiro(a)(s) sexuais e ao uso da camisinha durante o tratamento.

Como este trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de educação para o paciente com DST que possa ser incorporada como rotina nas unidades de saúde, considerando a dificuldade atual que enfrenta o profissional em organizar o grande volume de informações que considera importante ser repassado ao paciente durante o atendimento, achamos pertinente colocar algumas recomendações que sendo adotadas, podem melhorar a organização destes serviços.

8.1 Recomendações:

- 1) Os profissionais que fazem aconselhamento devem estar treinados e sensíveis para a importância do trabalho educativo.
- 2) Organizar a demanda de aconselhamento para pessoas com DST e para demanda espontânea para o teste anti-HIV, criando se possível uma referência interna para aconselhamento em casos especiais.

- 3) Definir critérios técnicos para solicitação do teste anti-HIV às pessoas com DST.
- 4) Realizar de rotina o aconselhamento coletivo e individual para DST/HIV.
- 5) Adaptar as mensagens educativas, de maneira que as mesmas sejam factíveis e compreensíveis, especialmente para pacientes com pouco ou nenhum conhecimento de leitura e escrita.
- 6) Utilizar como rotina, um instrumento de coleta de dados sobre o aconselhamento, definindo indicadores que possam ser avaliados, visando um aperfeiçoamento desta técnica.
- 7) Articular-se com serviços da comunidade, visando o encaminhamento à unidade de pessoas com comportamento de risco, bem como, referenciar pessoas, especialmente as mulheres, que se encontram vulneráveis em adquirir o HIV, para receberem apoio para as mudanças necessárias;
- 8) Disponibilizar preservativos e medicamentos a todos os pacientes com DST;
- 9) Realizar um trabalho educativo de promoção do preservativo (masculino e feminino), especialmente durante o aconselhamento coletivo;
- 10) Disponibilizar, também o preservativo feminino a todas as mulheres atendidas com síndromes genitais, pelo menos para o período do tratamento da DST.
- 10) Facilitar o acesso aos homens para o retorno, bem como desenvolver um trabalho de prevenção atraente para os mesmos.
- 11) Utilizar o cartão de convocação dos parceiros sexuais, especialmente para pessoas que têm dificuldade de comunicá-los e para pessoas que tem pouco ou nenhum conhecimento de leitura escrita.

Todos esses aspectos com certeza contribuiriam sobremaneira com o aconselhamento individual, pois seria um processo educativo contínuo e encadeado internamente na unidade.

Esperamos que estas recomendações possam ser aproveitadas e incorporadas pelos órgãos públicos de saúde responsáveis pelo trabalho de DST, no sentido de melhorar a qualidade do trabalho de educação desenvolvido com o paciente com DST.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ADETUNJI, J. Condom use in marital and nonmarital relationship in Zimbabwe. **Int. Family Planning Perspectives**, v. 26, p. 196 - 200, 2000.

ANAGRIUS, C.; RUDÉN, A.-K. *et al.* HIV testing in Swedish STD clinics. **Int. J. STD & AIDS**, v. 9, p. 457-462, 1998.

BANCO MUNDIAL. **Fazer frente à SIDA: as prioridades de ação pública perante uma epidemia mundial/Relatório do Banco Mundial sobre investigação e política geral**, Washington, 1997.

BELLO, P. Y.; QUEIRÓZ, T. R. B. S. *et al.* Características de pacientes atendidos em 1999 em centros de referência em DST do Ceará, Nordeste do Brasil. *In: FÓRUM E CONFERÊNCIA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA HORIZONTAL DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE EM HIV/AIDS E DST, 1., 2., 2000, Rio de Janeiro. Anais...* Rio de Janeiro, 2000.

BENJARATTANAPORN, P.; LINDAN, C. P. *et al.* Men with sexually transmitted diseases in Bangkok: where do they go for treatment and why? **Sex. Transm. Dis.**, v. 11, n. 1, p. 87 - 95, 1997.

BENTLEY, M. E.; SPRATT, K. *et al.* HIV testing and counseling among men attending sexually transmitted disease clinics in Pune, India: changes in condom use and sexual behavior over time. **AIDS**, v. 12, n. 14, p. 1869-1877, 1998.

BOOHENE, E.; DOW, T. Contraceptive prevalence and family planning program effort in Zimbabwe. **Int. Family Planning Perspective**, v. 13, n. 1 p. 1-6, 1987.

BRAMMER, L. M.; SHOSTROM, E. L. **Therapeutic psychology**. Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1960.

BRANDSON, B.; PETERMAN, T. *et al.* Group counseling to prevent sexually transmitted disease and HIV: a randomized controlled trial. **Sex. Transm. Dis.**, v. 25, n. 10, p. 553-559, 1998.

BRYCE, J.; VERNON, A. *et al.* Quality of sexually transmitted disease services in Jamaica: evaluation of a clinic-based approach. Collaborative Working Group on Indicators of STD Case Management. **World Health Organ.**, v. 72, n. 2, p. 2392-47, 1994.

BULL, S. S.; RIETMEIJER, C. *et al.* Practice patterns for elicitation of sexual history, education, and counseling among providers of STD services: results from the Gonorrhea Community Action Project (GCAP). **Sex. Transm. Dis.**, v. 26, n. 10, p. 584 - 589, 1999.

CAMARTE, E. M.; MATTA, M. F. B. *et al.* Uretrite gonocócica em pacientes masculinos do setor de DST-UFF. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 12, n. 6, p. 17 - 30, 2000.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. Public health service guidelines for counseling and antibody testing to prevent HIV infection. **MMWR**, v. 36, p. 509-515, 1987.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. **Prevention annual report.** Washington, 1990.

CENTER FOR DISEASE CONTROL. **HIV Counseling and testing in publicly funded sites.** Atlanta, 1997.

DALLABETTA, G.; LAGA, M. *et al.* **Controle de doenças sexualmente transmissíveis: manual de planejamento e coordenação de programas.** São Paulo: AIDSCAP, 1997.

FAXELID, E.; TEMBO, G. *et al.* Individual counseling of patients with sexually transmitted disease: a way to improve partner notification in a Zambian setting? **Sex. Transm. Dis.**, v. 23, n. 4, p. 289 - 292, 1996.

FILGUEIRAS, S. L.; DESLANDES, S. F. Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa." **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 121-131, 1999.

FILIFE, E. M. V.; BUGAMELLI, L. E. et al. Risk perception and counselling among HIV-positive women in São Paulo, Brazil. **Int. J. STD & AIDS**, v. 11, p. 112 - 114, 2000.

FILIFE, E. M. V.; NEWMAN, S. P. Influência do teste HIV positivo no comportamento sexual em homens. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 6, p. 503 - 513, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção leitura).

GEORGE, N.; GREEN, J. et al. Sexually transmitted disease rates before and after HIV testing. **Int. J. STD & AIDS**, v. 9, n. 5, p. 291-293, 1998.

GICHANGI, P.; FONCK, K. et al. Partner notification of pregnant women infected with syphilis in Nairobi, Kenya. **Int. J. STD & AIDS**, v. 11, p. 257 - 261, 2000.

GOLDEN, M. R.; WHITTINGTON, W. L. H. et al. Partner notification for chlamydial infections among private sector clinicians in Seattle-King county: a clinician and patient survey. **Sex. Transm. Dis.**, v. 26, n. 9, p. 543 - 547, 1999.

GORBACH, P. M.; ARAL, S. O. et al. To notify or not to notify - STD patient's perspectives of partner notification in Seattle. **Sex. Transm. Dis.**, v. 27, n. 4, p. 193 - 200, 2000.

HALEY, N.; MAHEUX, B. *et al.* Sexual health risk assessment and counseling in primary care: how involved are general practitioners and obstetrician-gynecologists? **JAMA**, v. 189, p. 899-902, 1999.

HEIN, K. Risk business: adolescents and human immunodeficiency virus. **Pediatrics**, v. 88, p. 1052 - 1054, 1991.

HULL, H. F. *et al.* Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted disease: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 280, n. 13, p. 1161-1167, 1998.

KAMB, M. L.; FISHBEIN, M. *et al.* Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 280, n. 13, p. 1161-1167, 1998.

KILLEWO, J. Z. J.; KWESIGABO, G. *et al.* Acceptability of voluntary HIV testing with counseling in a rural village in Kagera, Tanzania. **AIDS Care**, v. 10, n. 4, p. 431-439, 1998.

KOUMANS, E. H.; BARKER, K. *et al.* Patient-led partner referral enhances sexually transmitted disease service delivery in two towns in the Central African Republic. **Int. J. STD & AIDS**, v. 10, n. 6, p. 376-382, 1999.

LATKA, M.; GOLLUB, M. *et al.* Male-condom and female-condom use among women after counseling in a risk-reduction hierarchy for STD prevention. **Sex. Transm. Dis.**, v. 27, n. 8, p. 431-437, 2000.

MACKE, B. A.; HENNESSY, M. *et al.* Partner notification in the real world: a four site time-allocation study. **Sex. Transm. Dis.**, v. 25, 10, p. 561 - 568, 1998.

MAHEUS, A.; HALEY, N. *et al.* STD risk assessment and risk-reduction counseling by recently trained family physicians. **Academic Medicine.**, v. 70, p. 726 - 728, 1995.

MAXWELL, A. E.; BASTANI, R. *et al.* Condom use in young blacks and hispanics in public STD clinics." **Sex. Transm. Dis.**, v. 26, n. 8, P. 463 - 471, 1999.

MAY, R. **A arte do aconselhamento psicológico.** Tradução de: Wayne Tobelem dos Santos e Hipólito Martendal. Petrópolis: Vozes, 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis/**Coordenação Nacional de DST e Aids. 3ª edição - Brasília, 1999a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Transmissão Vertical do HIV - **Boletim Epidemiológico de AIDS/** Coordenação Nacional de DST e Aids. ano XII, nº 3 - Semana Epidemiológica - 22 a 34/junho a agosto,. Brasília - DF, 1999b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **A resposta brasileira ao HIV/Aids:** experiências exemplares/Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília, 1999c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Aconselhamento em DST, HIV e Aids:** diretrizes e procedimentos básicos./Coodenação Nacional de DST e Aids, - 4ª edição - Brasília, DF, 2000.

MORRONDO, N. La educación para la salud sobre VIH /SIDA. CONGRESO NACIONAL SOBRE VIH/SIDA, 4. 1997, Espanha. **Anais...** Espanha, 1997.

MOWRER, O. H. Anxiety theory as a bases for distinguishing between counseling and psychotherapy. In: BERDIE, R. F. (Org.). **Concepts and programs in counselling**. Mineapolis: University of minnesota, 1951. (Minnesota studies in student personnel work, n. 1).

NI, H.; HEDBERG, K. *et al.* Trends in HIV counseling and testing of clients attending a public sexually transmitted disease clinic in Portland, Oregon, 1989-1995. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr. Hum. Retrovirol.**, v. 15, n. 2, p. 151-156, 1997.

NUWAHA, F.; FAXELID, E. *et al.* Predictors of condom use among patients with sexually transmitted disease in Uganda. **Sex. Transm. Dis.**, v. 26, n. 9, p. 491 - 495, 1999a.

NUWAHA, F.; KAMBUGU, F. *et al.* Factors influencing sexual partner referral for sexually transmitted disease in Uganda. **Sex. Transm. Dis.**, v. 26, n. 8, p. 483-489, 1999b.

OMS - Organização Mundial da Saúde, Programa Global sobre AIDS. **World AIDS Day Newsletter**: ,1995, p.2.

OTTEN JR., M. W.; ZAIDI, A. A. *et al.* Changes in sexually transmitted disease rates after HIV testing and posttest counseling, Miami, 1988 to 1989. **Am. J. Public Health**, v. 83, n. 4, p. 529-533, 1993.

PADIAN, N. S.; O'BRIEN, T. R. *et al.* Prevention of heterossexual transmission of human immunodeficiency virus through couple counseling. **J. Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 6, n. 9, p. 1043-1048, 1993.

PARKER, K. A. *et al.* Providing low-cost sexually transmitted disease services in two semi-urban health centers in Central African Republic (CAR): characteristics of patients and patterns of health care-seeking behavior. **Sex. Transm. Dis.**, v. 26, n. 9, p. 508-516, 1999.

PASSOS, M. R. L.; LOPES, P. C. *et al.* **DST - Doenças sexualmente transmissíveis**. 4. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995.

PATTERSON, C. H. **Counseling and psychotherapy: theory and practice**. New York: Harpers, 1959.

PROGRAMA ESTADUAL DE DST/Aids - Vigilância das DST e da Sífilis Congênita - **Bol. Epidemiol. DST/Aids**, v. 3, n. 1, setembro de 1999. São Paulo, SP.

PROJETO HIV/DST-CEARÁ. **Levantamento epidemiológico de DST no Ceará 1996-1997**. Fortaleza, 1998.

QUEIRÓZ, T. R. B. S.; OR'RELLY, K. *et al.* Intervenções prioritárias para o controle das infecções do trato reprodutivo (ITR) no Ceará. *In: FÓRUM E CONFERÊNCIA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA HORIZONTAL DA AMÉRICA LATINA E DO CARIBE EM HIV/AIDS E DST*, 1., 2., 2000, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro, 2000.

REDDY, P.; MEYER-WEITZ, A. *et al.* Determinants of condom-use behaviour among STD clinic attenders in South Africa. **Int. J. STD & AIDS**, v. 11, p. 521 - 530, 2000.

ROGERS, C. R. **Counseling and psychotherapy**. Boston: Mifflin, 1942.

ROGERS, C. R.; ROSEMBERG, R. **A pessoa como centro**. São Paulo: EPU, 1977.

ROSENBERG, R. L. O. **Aconselhamento psicológico centrado na pessoa**. São Paulo: EPU, 1987.

SCHEEFFER, R. **Teorias de aconselhamento**. São Paulo: Atlas, 1986.

STRANG, R. **Counseling techniques in colleges and secondary schools**. New York: Harpers, 1949.

THOMPSON, D. A.; TSAI, Y.-K. *et al.* Sexually transmitted disease in a family planning and an antenatal clinic in Peru: limitations of current and analysis of the potential markers, ph testing, and whiff testing. **Sex. Transm. Dis.**, v. 27, n. 7, p. 386 - 392, 2000.

THORNE, F. C. A critique of Non-directive Methods of Psychotherapy. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, v. 39, p. 459 - 470, 1944.

TYDEN, T.; RAMSTEDT, K. A survey of patients with chlamydia trachomatis infection: sexual behaviour and perceptions about contact tracing. *Int. J. STD & AIDS*, v. 11, p. 92-95, 2000.

VARGHESE, B.; PETERMAN, T. A. *et al.* Cost-effectiveness of counseling and testing and partner notification: a decision analysis. **AIDS**, v. 13, p. 1745 - 1751, 1999.

VERMELHO, L. L.; BARBOSA, R. H. S. *et al.* Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 369-379, 1999.

WASSERHEIT, J. N. Epidemiological synergy - interrelationship between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. **Sex. Transm. Dis.**, v. 19, p. 61-77, 1992.

WAY, A.; CROSS, A. *et al.* Family Planning in Botswana, Kenya and Zimbabwe. **Int. Family Planning Perspective**, v. 13, n. 1, p. 7-11, 1987.

WILKINSON, D.; WILKINSON, N. F. *et al.* HIV infection among women admitted to the gynaecology service of a district hospital in South Africa. *Int. J. STD AIDS*, v. 10, n. 11, p. 735-737, 1999.

ANEXOS

Anexo I

Carimbo da Unidade

Ficha de
atendimento

Carimbo do Responsável

Número do prontuário :

Nome do paciente :

Bairro ou Localidade Município :

Endereço :

Data de nascimento : .../.../19.....ou Idade : Sexo : Mulher Homem * Grau de instrução : Analfabeto 1ª a 4ª série 5ª a 8ª série 2º Grau Grau Sup Você já foi atendido nesta unidade com uma DST : Sim Não, é a primeira vez

Data da primeira consulta : .../.../..... Motivo da primeira consulta :

Encaminhado por : Parceiro Parceiro consultado na unidade N° prontuário parceiro:.....Demanda espontânea Unidade de Saúde Colega da sua unidade Amigo Farmácia Uso de Antibióticos nos últimos quinze dias : Sim Não Ignorado Se sim, foi para tratar uma DST : Sim Não Ignorado

Número de parceiros sexuais nos últimos três meses :

Anamnese e exame físico : presença de sintomas ou lesões sugestivos de :

Verrugas genitais Sim Não Ignorado Úlcera Genital Sim Não Ignorado Vesículas genitais Sim Não Ignorado Corrimento vaginal Sim Não Ignorado Cervicite/Corrimento cervical Sim Não Ignorado Corrimento uretral Sim Não Ignorado Dor pélvica Sim Não Ignorado

Outro :

Diagnóstico(s) etiológico(s) pelo laboratório : Sim Não Se sim, qual ou quais : Sífilis primária ou secundária Gonorréia Clamídia Tricomoníase Vaginose bacteriana Candidíase HPV Herpés genital Linfogranuloma venéreo Haemophilus Ducrey Donovanose Outro :

Triagem sorológica :

Sífilis: VDRL : Reag Não reag Reag conhecido Não realizado Recusado Ignorado FTA-Abs: Reagente Não reagente Não realizado Recusado Ignorado HIV : 1ª amostra : Reag Não reag Reag conhecido Não realizado Recusado Ignorado 2ª amostra Reagente Não reagente Não realizado Recusado Ignorado Aconselhamento : Sim completo Sim incompleto Não Ignorado

Quantos parceiro(s) : Convocado(s) : ... Consultados na unidade..... Tratados.....

Preservativo: Sempre Sempre no tratamento As vezes Nunca Tratamento : Sim completo Sim incompleto Não Ignorado Retorno : Espontâneo Convocado Não

Número total de consultas: De médico De enfermeira De aconselhadora :

Data da última consulta : .../.../.....

Destino do paciente : Curado Em tratamento Encaminhado Perdido Ficha digitada :

N° da ficha :

* Esta variável foi analisada através da categoria Conhecimento de Leitura e Escrita

Como preencher a ficha de atendimento em DST

Essa ficha se deve usar para cada paciente com um (uns) problema(s) que sera atendido pela equipe de DST. A mesma ficha devera seguir o paciente durante dois meses máximo. Para cada pergunta da ficha estão apresentadas as explicações para um uso correcto. Em caso de duvida, perguntem ao responsável da epidemiologia da sua equipe de referência em DST. Obrigado pela sua participação.

Carimbo da unidade : identificação da unidade de atendimento

Carimbo do responsável : identificação do responsável do preenchimento

Número do prontuário : número do prontuário do paciente na unidade

Nome do paciente : nome completo do paciente (Dado necessario só para o SINAN)

Bairro ou Localidade : Bairro (Fortaleza) ou cidade (interior) de moradia nos últimos três meses

Município : município de moradia nos últimos três meses

Endereço : endereço do paciente nos ultimos três meses (Dado necessario só para o SINAN)

Data de nascimento : do paciente. **Idade** : preencher quando a data do nascimento e ignorada

Instrução : marcar em função da última serie atingida

Data da primeira consulta : Data da primeira consulta com a equipe de DST para o motivo principal de consulta. Para os problemas crônicos (P.ej : C acuminado), abrir uma nova ficha cada dois meses.

Motivo da primeira consulta : se descreve o motivo principal da primeira consulta (Queixa DST, assintomático encaminhado. Demanda conselhos, sorologia HIV, Continuação de tratamento...)

Encaminhado por : Demanda espontânea (o paciente decidiu se consultar na unidade sozinho)

Amigo (o paciente decidiu se consultar na unidade após conselhos de um amigo)

Farmácia (o paciente decidiu se consultar na unidade após conselhos de um balconista de farmácia)

Unidade de Saúde (o paciente foi referido na unidade por outra unidade ou profissional de saúde)

Colega da sua unidade (o paciente foi referido por um profissional da mesma unidade de saúde)

Parceiro (o paciente decidiu se consultar na unidade após conselhos de um parceiro sexual)

Parceiro consultado na unidade (o paciente decidiu se consultar na unidade após conselhos de um parceiro sexual que foi consulta na unidade). Nº prontuário parceiro : indicar o numero de prontuário do parceiro na unidade

Anamnese e exame físico : **presença de sintomas ou lesões sugestivos de** : marcar para cada sintoma a presença, ausência, ou ignorância (por exemplo se o exame ginecológico não fosse completo a presença de Cervicite será ignorada) da existência do sintoma.

Diagnóstico(s) etiológico(s) pelo laboratório : marcar sim se foi diagnosticado uma doença apos o exame clínico e os resultados do laboratorio. Se fosse o caso marcar a (as) doenças que foram diagnosticadas.

Triagem sorológica : Marcar sistematicamente os resultados para o VDRL e o HIV. Se fosse necessario marcar os resultados do FTA e/ou do segundo HIV. No caso de um paciente com sorologia (HIV ou sífilis) previamente positiva marcar reag conhecido (reagente conhecido)

Aconselhamento: marcar se foi feito um aconselhamento completo (para DST e pre e pos teste HIV) ou outra possibilidade

Quantos parceiros : marcar o número de parceiros sexuais do paciente que foram convocados, consultados na unidade, e tratados. na data de fechamento da ficha.

Tratamento dado : marcar se foi dado (pela farmacia da unidade) um tratamento completo (segundo os padrões do ministerio) ou outra possibilidade

Número total de consultas no posto : indicar quantas consultas o paciente fez com cada profissional para solucionar o problema inicial.

Data da ultima consulta : Colocar a data da ultima consulta. Para os problemas demorados (p ej : tratamento de condiloma...), ou os pacientes perdidos, fechar a ficha 2 meses apos a primeira consulta.

Destino do paciente : marcar o que ocorreu com o paciente (Curado, Em tratamento, Encaminhado, Perdido) na data de fechamento da ficha.

Anexo II**ROTEIRO DE ACONSELHAMENTO INDIVIDUAL PARA DST DESENVOLVIDO COM O PACIENTE POR OCASIÃO DA CONSULTA.**

- Qual a DST o paciente apresenta, suas implicações e tratamento e a importância de cumprir o tratamento corretamente;
- Avaliar fatores de risco;
- Necessidade do uso do preservativo especialmente durante o período do tratamento;
- Possibilidades de mudança de comportamento sexual;
- Barreiras que o paciente poderia enfrentar para mudar comportamento de risco, ajudando-o a encontrar alternativas de solução;
- Necessidade de tratar os(as) parceiros(as) sexual(is), trabalhando inclusive as dificuldades de trazê-los (las) à unidade;
- Oferecer o teste anti-HIV;

Anexo III**CONSENTIMENTO INFORMADO**

Concordo em participar do estudo sobre a **Eficácia do Aconselhamento Individual para Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em Unidades de Referência da Cidade de Fortaleza**, tendo em vista que compreendo os objetivos desta pesquisa e o que é esperado de mim como participante. Estou ciente de que todas as informações por mim oferecidas serão confidenciais e que posso me retirar desse estudo a qualquer momento.

Concordo também que os resultados do estudo serão publicados, mas será garantido o sigilo da minha identidade.
