



**República de Cabo Verde
Ministério da Saúde
Direcção Geral da Saúde**

**Programa Nacional de Saúde Reprodutiva/
Programa de Luta Contra a SIDA/IST do Ministério da Saúde**

**GUIÃO DE ABORDAGEM SINDRÓMICA
DAS
INFECCOES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS**

JANEIRO 2004

Índice de Matérias

	Pag.
Introdução	4
	5
Capítulo I: Generalidades	
I – 1 : Definições dos termos e conceitos	5
I – 2 : Classificação das IST	6
I – 3 : Factores de risco e de propagação das IST	6
I – 4 : Historia Natural das IST	8
I – 5 : Consequências das IST/ VIH/SIDA	9
I – 6 : Relação entre as IST e o VIH	10
Capítulo II : Estratégias de controle das IST	11
II – 1 : Prevenção	11
II – 2 : Tratamento precoce e eficaz	11
II – 3 : Tratamento/Seguimento dos parceiros	
II – 4: Intervenções direccionadas aos grupos vulneráveis e aos grupos com comportamentos de Risco	12
II – 5 : Seguimento e avaliação	13
II – 6 : Diferentes abordagens para o tratamento das IST	13
Capítulo III : Abordagem sindrómica das IST	15
III – 1 : Escolha do tratamento	15
III – 2 : Etapas da abordagem sindrómica das IST	15
III – 3 : Principais síndromas das IST	19
Capítulo IV: Aconselhamento	44
IV – 1 : Definição do aconselhamento	44
IV – 2 : Qualidades dum bom conselheiro	44
IV – 3 : Técnicas de comunicação	45
IV – 4 : Temas a abordar durante o aconselhamento	47
IV – 5 : Etapas do aconselhamento	48
IV – 6: Avaliação do risco e elaboração do plano pessoal de redução do risco das IST / VIH	51
Capítulo V : Tratamento/Seguimento dos parceiros	53
V – 1 : Importância do tratamento/seguimento dos parceiros	53
V – 2 : Princípios da comunicação ou anuncio da infecção	53
V – 3 : Estratégias para o anuncio da infecção	54
V – 4 : Seguimento dos parceiros	55
Capítulo VI : Dupla protecção	57
VI – 1 : Definição da dupla protecção	57
VI – 2 : Abordagens para garantir a dupla protecção	57
VI – 3 : Vantagens e inconvenientes da dupla protecção	57
VI – 4 : Indicações da dupla protecção	58
VI – 5 : Estratégias da dupla protecção	58
Capítulo VII: Registo e notificação dos casos	59
VII – 1 : Definições	59
VII – 2 : Registo dos casos	60
VII – 3 : Sistemas de notificação	61
VII – 4 : Vigilância	62

Capítulo VIII : Gestão de medicamentos, de kits, de consumíveis e de preservativos	63
VIII – 1 : Definição dos termos	63
VIII – 2 : Etapas de gestão	64
VIII – 3 : Principais instrumentos de gestão	65
VIII – 4 : Determinação das necessidades em medicamentos, kits, consumíveis e Preservativos	65
VIII – 5 : Condições dum bom armazenamento	66
VIII – 6 : Responsabilidade do Gerente de farmácia	67
Capítulo IX: Prevenção das infecções	68
IX – 1 : Definição dos termos	68
IX – 2 : Diferentes etapas da prevenção das infecções	68
IX – 3 : Tratamento dos instrumentos, luvas e outros artigos	69
IX – 4 : Evacuação e eliminação dos lixos e objectos contaminados	69
IX – 5 : Preparação da solução clorada.	70
Bibliografia	71
Anexos	74
Fichas de referencia e contrareferencia	
Fichas de convite aos parceiros	
Ficha de seguimento	
Elementos de notificação	

LISTA DAS ABREVIACÕES

CT:	Clamidia tracomatis
DST:	Doenças Sexualmente Transmissíveis
IM:	Intramuscular
IST:	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITG:	Infecções do Tracto Genital
NG:	Neisseria gonorrhoeae
OMS:	Organização Mundial de Saúde
PF:	Planeamento familiar
SIDA:	Síndrome da Imuno Deficiência adquirida
VIH:	Vírus da Imuno Deficiência Humana

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) representam um problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como nos países em vias de desenvolvimento aonde as taxas de prevalência e de incidência são muito mais elevadas. As IST encontram-se entre as mais frequente causas de pedidos de consulta nos adultos vivendo nos países em vias de desenvolvimento. A África Subsahariana paga o maior tributo, pois as consequências sanitárias e sociais são mais importantes. Nas mulheres de 15 a 45 anos, a morbidade e a mortalidade provocadas pelas IST, chegam em segunda posição após as causas ligadas à maternidade.

Por outro lado, esta claramente demonstrado pelos estudos epidemiológicos que as IST, quer elas sejam ulcerativas ou não, favorecem a transmissão do VIH, o que modifica o curso natural de certas IST.

A aparição do VIH/SIDA provocou novas intervenções visando em particular, reduzir tanto a transmissão sexual desta nova infecção como das outras IST. No fim dos anos 80 confirmou-se que as IST clássicas favoreciam a transmissão sexual da infecção pelo VIH e isso pôs em primeiro plano as actividades de luta contra as IST como uma das estratégias maiores da luta contra a epidemia do VIH/SIDA. Um estudo realizado em Mwanza, na Tanzânia, demonstrou que uma boa abordagem sindrómica das IST a nível dos cuidados primários de saúde, pode reduzir a transmissão da infecção VIH de maneira significativa (uma baixa da incidência do VIH da ordem dos 40% foi registado em dois anos).

As IST curáveis mais frequentes em África, de acordo com estimativas da OMS, são, por ordem de frequência, a Tricomoníase, a Gonorréia, a infecção por Clamídia e a Sífilis.

O controle das IST conta entre as estratégias prioritárias de prevenção e de redução da infecção ao VIH. Por essa razão, a melhoria da qualidade da abordagem sindrómica das IST parece eficaz e rentável, como elemento essencial de prevenção da infecção ao VIH.

O número insuficiente de laboratórios, o custo elevado dos testes de diagnóstico das IST, a progressão crescente da epidemia do SIDA (propagação facilitada pelas IST clássicas) levaram a Organização Mundial da Saúde a recomendar a abordagem sindrómica para o diagnóstico e tratamento das IST nos países desenvolvidos.

O presente protocolo visa reforçar as capacidades de diagnóstico e tratamento sindrómico das IST, a fim de contribuir para a redução do risco de transmissão do VIH. Este instrumento está estruturado em nove capítulos, a saber:

1. Generalidades sobre as IST
2. Estratégias de controlo das IST
3. Abordagem sindrómica das IST
4. Aconselhamento dos pacientes das IST
5. Tratamento/Seguimento dos parceiros
6. Dupla protecção
7. Registo e notificação dos casos de IST
8. Gestão de medicamentos, dos Kits, dos consumíveis e dos preservativos
9. Prevenção das infecções

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1. DEFINIÇÃO DOS TERMOS E CONCEITOS

1.1. Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST)

As “Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST)” são afecções contagiosas que têm por causa microorganismos múltiplos e variados, ligados entre eles por um mesmo modo de transmissão: as relações sexuais.

O termo “Doenças Sexualmente Transmissíveis” (DST) utilizado até estes últimos anos põe o acento sobre os doentes que apresentam estes sintomas. Apesar disso um grande número de pessoas é infectado por gérmes ou micróbios transmitidos pela via sexual sem que isso traga obrigatoriamente aparição de sintomas. Por isso a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a alteração do termo DST para o de IST que inclui os 2 aspectos.

1.2. O inquérito epidemiológico é uma investigação metódica baseada sobre as respostas exactas dadas pelo utente índice permitindo recensear e tratar os sujeitos – contacto.

1.3. Sujeitos-contacto (ou parceiros sexuais): Pessoas que tiveram relações sexuais com o utente – índice.

1.4. Paciente (caso) índice : paciente com IST tratado na estrutura de saúde e a partir do (a) qual se encontram um (a) ou vários parceiros.

1.5. Prostituição: Toda actividade profissional que consiste em satisfazer as necessidades sexuais de outrém em troca de bens materiais ou financeiros.

1.6. Pedofilia: toda actividade sexual de adultos com crianças.

1.7. Pederasta: Todo sujeito do sexo masculino que tem actividades sexuais com rapazes.

1.8. “Grupo de risco”. Pequeno grupo de pessoas que, pelo comportamento sexual, entretêm e perpetuam a propagação das IST no seio da comunidade.

1.10. Infeções do Tracto Genital (ITG)

Na mulher um certo número de infeções dos órgãos genitais nem sempre é transmitido por via sexual. O termo “Infeções do Tracto Genital” ou “ITG” designa todas as infeções dos órgãos genitais, a saber: “infeções Sexualmente Transmissíveis (IST)” e as que nem sempre são transmitidas pela via Sexual tais como: candidíase vaginal, uretrite a gérmes banais.

Assim nas mulheres, uma grande proporção das “ITG” não são “IST”.

2. CLASSIFICAÇÃO DAS IST

As IST são cada vez mais frequentes e os agentes responsáveis são vários:

Distinguem-se:

As IST causadas por bactérias

Nome da infecção	Nome do microorganismo
Gonorreia	Neisseria gonorrhoeae
Sífilis	Treponema palidum
Cancro mole	Bacilo de Ducrey
Doença de Nicolas e Favre	Chlamydia trachomatis
Infecções por Clamidia	Chlamydia trachomatis
Infecção por Micoplasmas	Ureaplasma urealyticum e Mycoplasma hominis
Donovanose	Calymmatobacterium Granulomatis
Vaginose	Gardnerella vaginalis

As IST causadas por fungos (micoses)

Nome da infecção	Nome do micro organismo
Candidíase	Cândida Albicans

As IST causadas por parasitas

Nome da infecção	Nome do micro organismo
Escabiose ou sarna	Sarcoptes Scabiei hominis
Pitiríase	Phtirus inguinalis
Tricomóníase	Trichomonas vaginalis

As IST causadas por vírus

Nome da infecção	Nome do micro organismo
SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana VIH 1 VIH 2
Herpes genital	Herpes vírus simplex tipo II
Condilomas acuminados = Vegetações venéreas = Verrugas genitais	Papilomavirus Humano
Hepatite Viral	Vírus da Hepatite

3. FACTORES DE RISCO E DE PROPAGAÇÃO DAS IST

3.1. Factores Demográficos

No plano demográfico, a idade e o sexo são factores que intervêm na propagação das IST.

3.1.1. Idade

Tanto nos homens como nas mulheres, a frequência das IST têm tendência a atingir o seu máximo na faixa etária de 15 aos 45 anos para em seguida decrescerem. Mais da metade da população dos países em vias de desenvolvimento é uma população jovem. Uma forte proporção desta população entra no período de actividade sexual e constitui uma faixa etária que tem um risco de contaminação e uma prevalência das IST das mais elevadas.

È preciso salientar que em geral, as crianças, até a puberdade, não têm IST não contando com a sífilis congénita, com a conjuntivite neo-natal e com a infecção pelo VIH transmitida de mãe para filho

3.1.2. Sexo

Na faixa etária de 14 aos 19 anos, os casos de IST são mais frequentes nas meninas do que nos rapazes. Isto é causado por vários factores:

- De maneira geral, as meninas começam a ser sexualmente activas antes dos rapazes.
- As meninas têm relações sexuais com parceiros mais velhos, os quais estão sujeitos a maiores riscos de serem portadores do VIH.
- A vulnerabilidade biológica das jovens: Imaturidade dos órgãos genitais das adolescentes tornam-nas particularmente vulnerável às IST.

3.2. Factores sócio económico

No plano sócio económico, os factores que intervêm na propagação das IST são os seguintes:

- A pobreza
- A guerra
- A deslocação das populações
- As profissões que implicam deslocações: emigrantes e imigrantes, condutores de camiões, militares, policia, trabalhadores de passagem, comerciantes ambulantes, etc.
- O desconhecimento sobre o modo de transmissão das IST
- O casamento forçado
- A fragilidade sócio económica da mulher
- Deficiências no quadro jurídico e ético
- Analfabetismo

3.3. Factores culturais

Os factores culturais que intervêm na propagação das IST são as seguintes:

- A sexualidade precoce
- O casamento precoce
- Certas práticas tradicionais
- Ocasões de grandes encontros, tais como feiras e festivais.
- Certos tabus sobre a sexualidade

4.4 Factores biológicos

No plano biológico, os factores que intervêm na propagação das IST são os seguintes:

- tendência para infecções assintomáticas
- resistência dos gérmes aos antibióticos
- ausência de circuncisão
- vulnerabilidade biológica da mulher.

4.5 Factores comportamentais

Os factores comportamentais que favorecem a propagação das IST são:

- as relações sexuais múltiplas e não protegidas
- as relações sexuais não protegidas com um parceiro com múltiplas relações sexuais
- a auto medicação

4. HISTORIA NATURAL DA INFECCÃO DO VIH

A infecção pelo VIH evolui em 4 estadios:

4.1. Primo – infecção (estadio I)

A entrada do VIH no organismo, na maioria das vezes é silenciosa: em mais de 30% a 40% dos casos, após um prazo de 2 a 4 semanas. Traduz-se por um síndrome pseudo gripal melhorando após 7 a 10 dias. Este síndrome apresenta-se com os seguintes sintomas e sinais:

- Temperatura alta
- Erupção cutânea
- Dores de cabeça
- Disfagia
- Artralgia
- Sensação de mal-estar geral
- Faringite
- Mialgias

Podem igualmente observar-se:

- Poliadenopatias
- Rush cutâneo eritematoso

Nesta fase, o exame serológico é negativo.

4.2. Infecção assintomática (estadio II)

Não há manifestações clínicas, mas o exame serológico é positivo.

Os indivíduos nesta fase, são chamados seropositivos.

4.3. Síndrome de linfadenopatia generalizada persistente (estadio III)

Este estadio é definido pela presença de adenopatias de tamanho superior a 1 cm e situadas pelo menos em duas áreas ganglionares fora das áreas inguinais, e persistindo após pelo menos 3 meses.

4.4. Estádio IV: esta fase corresponde ao SIDA, doença caracterizada pela aparição de infecções oportunistas (pneumonia, tuberculose, candidíase do esófago, ...) associadas a sinais major (emagrecimento, diarreia crónica, febre prolongada, tosse, alteração do estado geral).

5. CONSEQUÊNCIAS DAS IST / VIH/ SIDA

5.1. Complicações das IST

As IST não tratadas a tempo ou mal tratadas, podem causar complicações e sequelas nos homens, nas mulheres e nos recém nascidos.

5.1.1. Nos homens

Pode-se observar complicações tais como:

- orquiepididimite,
- prostatite
- esterilidade
- estreitamento da uretra,
- amputação da glândula,

Na ausência de tratamento, 10 a 30% dos doentes que sofrem de uretrite gonocócica desenvolvem uma epididimite que pode tornar para 20 a 40% destes pacientes estéreis. Nos países em vias de desenvolvimento, um homem sobre sete que sofrem de gonorreia pode desenvolver um estreitamento da uretra.

5.1.2. Nas mulheres

As complicações mais frequentes são as seguintes:

- Doença inflamatória pélvica (DIP) ou o síndrome inflamatório pélvico (SIP),
- Esterilidade
- gravidez extra uterina (ectópica).
- Cancro do colo do útero
- Complicações durante a gravidez: aborto, morte fetal intra-uterina, recém-nascido de baixo peso, recém-nascido prematuro

5.1.3. Nos recém-nascidos

Após uma transmissão vertical podemos observar as seguintes complicações:

- conjuntivite néonatal causada por *Neisseria Gonorrhoeae* e/ou a *Chlamydia Trachomatis* que poderá causar a cegueira.
- infecção pulmonar causada pela *Chlamydia Trachomatis*,
- Sífilis congénita causada pela *Treponema Pallidum*.

5.2. Consequências económicas: as IST têm repercussões nefastas para o paciente, a família, a comunidade e o estado.

5.2.1. Custos directos

Os custos dos cuidados de saúde reduzem o orçamento da família, da comunidade e do estado.

5.2.2. Custos indirectos

Baixa da produtividade por perda de tempo causadas pelas:

- Convalescença
- Incapacidade de Trabalho
- Morte

5.2.3. Consequências Sociais

- Redução demográfica
- Conflitos e dramas conjugais.

6. RELAÇÃO ENTRE IST E VIH

Depois dos estudos de Mwanza (Tanzânia) e Rakai (Ouganda) ficou demonstrado que a luta contra as IST faz baixar consideravelmente a incidência do VIH.

Isto porque existem ligações entre as IST e as VIH; as IST “fazem a cama” ao VIH. Estas duas afecções têm em comum:

6.1.a via de transmissão

- Via sexual
- Transmissão vertical (mãe-filho)
 - Transplacentária
 - Intra- partum
 - Aleitamento materno

6.2.Os meios de prevenção:

- Abstinência
- Fidelidade
- Preservativos
- Boas práticas de Prevenção das Infecções no local de trabalho

6.3. A forte associação entre a presença de uma IST e da infecção pelo VIH

A presença de uma IST pode multiplicar por 10 vezes o risco de aquisição e de transmissão do VIH, e calculasse que o adequado controle das IST possa reduzir a incidência da infecção pelo VIH em cerca de 40% (in “Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections. Overview and estimates, World Health Organization. WHO/HIV-AIDS/2001.02www.who.int/emc.)

6.4.A modificação das manifestações clínicas e da resposta terapêutica de certas IST em relação com o VIH.

Exemplo: O Herpes genital que é uma infecção banal na pessoa imune – competente, toma um aspecto crónico no imune - deprimido.

6.5. O seguimento e a avaliação do programa para as IST podem permitir o controle da infecção pelo VIH.

RELAÇÕES ENTRE AS IST E O VIH

- Vias de transmissão comuns para as IST e o VIH
- Meios preventivos comuns
- Forte associação entre a presença de uma IST e da infecção pelo VIH
- Modificação das manifestações clínicas e da resposta terapêutica de certas IST em relação com o VIH
- O seguimento e a avaliação do programa para as IST podem permitir o controle da infecção pelo VIH

CAPÍTULO II: ESTRATÉGIAS DE CONTROLE DAS IST

Introdução

As principais estratégias de controlo do programa nacional de luta contra as IST compreendem a prevenção, o tratamento precoce e eficaz dos casos de IST, o seguimento dos parceiros, as intervenções direccionadas aos grupos vulneráveis e aos grupos com comportamentos de risco e o seguimento / avaliação.

1. A PREVENÇÃO

Visa a redução dos riscos de infecção (ou de contagiosidade), a redução do número dos parceiros e dos contactos sexuais de risco. A prevenção pode ser primária e secundária.

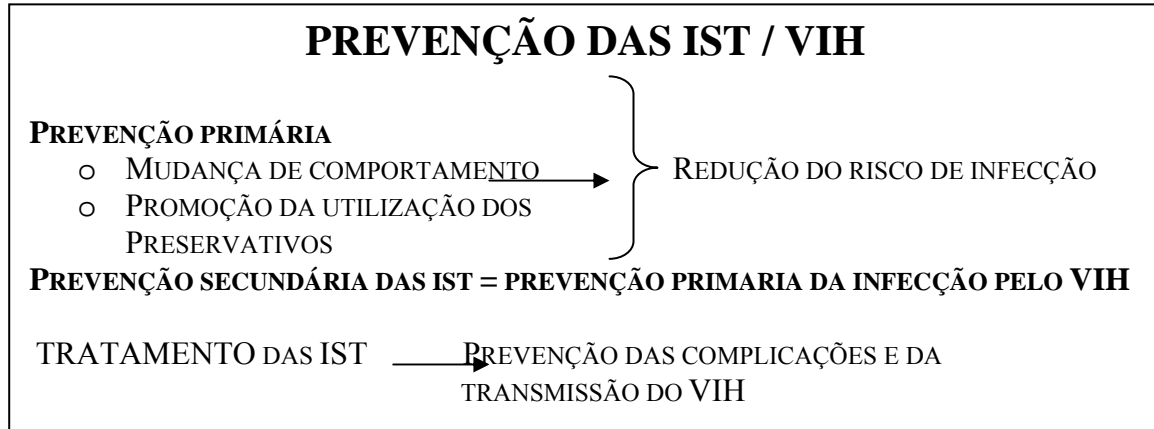
A prevenção primaria comporta:

- ◆ A mudança de comportamento, que se traduz na redução do número de parceiros e a utilização dos preservativos.
- ◆ Melhoria da disponibilidade dos preservativos

A prevenção secundaria comporta:

- ◆ O tratamento precoce dos casos de IST

Esta prevenção secundária permite evitar as complicações das IST e a transmissão do VIH. A prevenção secundária é, portanto, uma prevenção primária da infecção pelo VIH.



2. TRATAMENTO PRECOCE E EFICAZ

Tem por finalidade não somente diminuir o contágio, mas também limitar o número de novos casos.

O tratamento precoce e eficaz tem por finalidade interromper a cadeia de transmissão das IST e impedir o desenvolvimento das formas mais avançadas, das complicações e das sequelas. No entanto o tratamento só é possível para as IST curáveis.

3. TRATAMENTO/SEGUIMENTO DOS PARCEIROS

O tratamento/seguimento dos parceiros é um capítulo importante da abordagem sindrómica das IST por causa do modo de transmissão que é por contacto directo, pela via sexual.

Permitem interromper a cadeia de transmissão das IST evitando a re-infecção dos utentes e das infecções secundárias a partir do parceiro do utente.

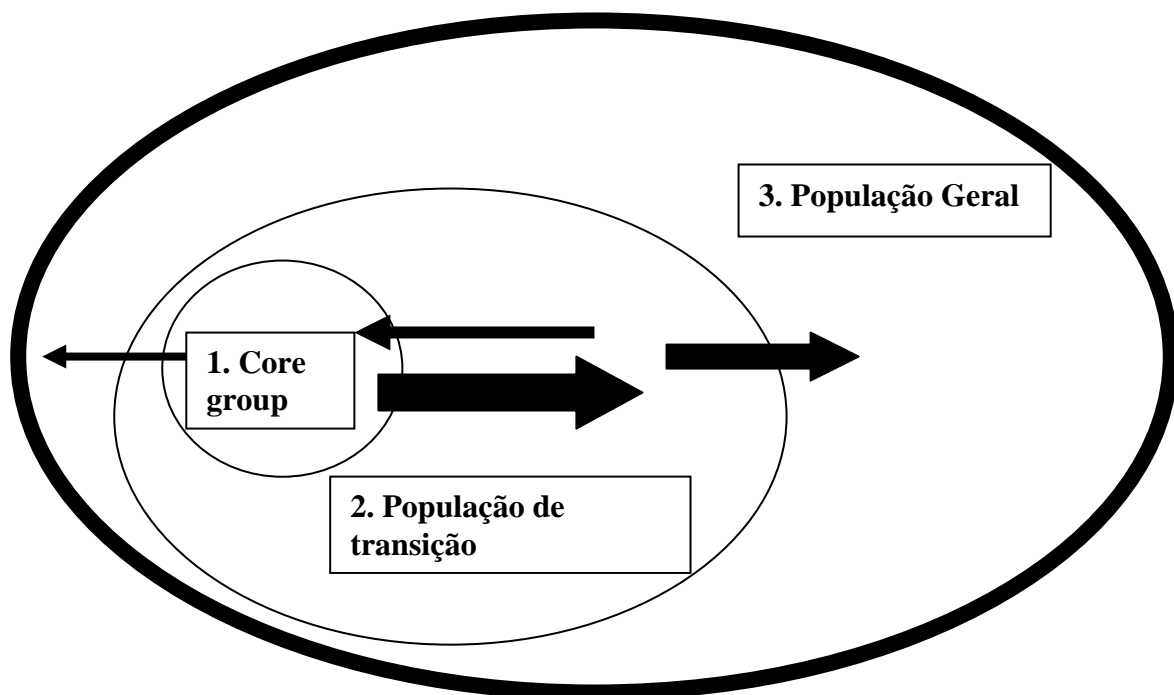
O seguimento chama sobretudo a atenção para a necessidade de informar os parceiros tendo em vista o seu tratamento e aconselhamento.

4. INTERVENÇÕES DIRECCIONADAS AOS GRUPOS VULNERAVEIS E GRUPO COM COMPORTAMENTOS DE RISCO

As IST não estão uniformemente distribuídas na comunidade. Um grupo com comportamentos de risco, ou “Core group”, de pequena dimensão (Profissionais do Sexo e os seus utentes, pessoas afastadas dos seus domicílios, jovens etc. ...) pode entreter a disseminação das IST na população geral

Intervenções direccionadas a estes grupos têm um maior impacto que as que são dirigidas à população em geral.

Dinâmica da transmissão das IST na população



1 = Grupo com comportamento de risco ou “Core group”: população aonde a frequência das IST é muito elevada (Exemplo : Profissionais do sexo)

2 = População de transição = Parceiros do Grupo de risco

3 = População geral (comunidade)

5. SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO

O seguimento consiste em identificar e a recensear os eventos, actividades, as pessoas e os recursos materiais do programa; ele baseia-se sobre a recolha contínua ou periódica de dados. A avaliação consiste em medir o nível de realizações dos objectivos fixados e a tomar medidas correctivas ou decisões para o seguimento do programa.

As actividades de seguimento e avaliação compreendem:

- A supervisão
- A vigilância epidemiológica
- Os inquéritos epidemiológicos, sócio-comportamentais ou biológicos pontuais assim como as avaliações periódicas

Elas permitem avaliar a qualidade do acompanhamento das IST.

6. AS DIFERENTES ABORDAGENS PARA O TRATAMENTO DAS IST

6.1 Abordagem clínica

A abordagem clínica tem como objectivo identificar uma doença a partir dos dados do interrogatório e do exame físico.

Esta abordagem é baseada nas modificações clínicas das IST e sobre a experiência do médico. Muitos médicos estimam poder estabelecer um diagnóstico etiológico na base do exame físico: por exemplo, perante um corrimento uretral no homem, distinguir uma uretrite gonocócica de uma uretrite não gonocócica. No entanto a sensibilidade e a especificidade deste método são fracas comparados aos do laboratório. Por outro lado não tem em conta as infecções mistas que devem ser tratadas simultaneamente.

6.2. Abordagem etiológica

A abordagem etiológica utiliza os testes de laboratório em apoio aos dados do interrogatório e do exame físico.

A abordagem etiológica constitui a estratégia ideal para se definir o tratamento dos utentes com IST, sintomáticos e assintomáticos. Para realizar esta abordagem, é preciso ter à disposição um laboratório adequado capaz de efectuar exames com específicos. As manifestações clínicas das diferentes IST podem ser similares, necessitando recorrer ao laboratório para as diferenciar.

O diagnóstico etiológico põe vários problemas. Os laboratórios capazes de realizar tais análises necessitam de material sofisticado e pessoal altamente qualificado. Em geral, os utentes que sofrem de IST consultam nos serviços que prestam cuidados primários de saúde (consultórios médicos, centros de saúde) onde este material nem sempre está disponível. Para além disso as análises são caras. Por fim, mesmo nos casos onde laboratórios adequados estão disponíveis para realizar tais análises, a espera dos resultados das análises impõe um prazo para iniciar o tratamento.

6.3. Abordagem sindrómica

A abordagem sindrómica é baseada na identificação de grupos de sintomas e de sinais chamados “síndromas”, fáceis de reconhecer a partir dos dados do interrogatório e do exame físico.

Esta alternativa para o tratamento dos casos de IST baseia-se na identificação e no tratamento dum dado problema de saúde.

Os sintomas e os sinais das diferentes IST podem ser facilmente reconhecidos e agrupados em síndromas clínicos. Estes síndromas que podem ser causados por um ou vários gérmes são os seguintes:

- Corrimento uretral no homem
- Corrimento vaginal
- Ulceração genital
- Bubão inguinal
- Tumefacção do escroto
- Dor abdominal baixa na mulher
- Vegetações venéreas
- Conjuntivite do recém-nascido

A abordagem síndromica orientada para o problema, consiste em basear-se na frequência do aparecimento dos agentes etiológicos do síndrome, e em administrar os medicamentos disponíveis mais eficazes para tratá-los em simultâneo.

A abordagem síndromica permite realizar um diagnóstico presuntivo rápido e administrar um tratamento imediato desde a primeira consulta.

A abordagem síndromica permite ao doente receber um tratamento sem demora e aumenta as suas probabilidades de cura.

Quadro VI: Algumas vantagens e inconvenientes das 3 abordagens para o tratamento das IST

ABORDAGENS	VANTAGENS	INCONVENIENTES
CLINICA	Alívio rápido dos sintomas Aplicável em qualquer lugar Menos caro a curto termo Independente do laboratório	Erro de diagnóstico Erro de tratamento Aumenta as resistências Ignora as infecções mistas Ignora as formas assintomáticas Dificuldade no convite aos parceiros
ETILOGICO	Precisão no diagnóstico Tratamento específico Tem em conta as infecções mistas Diagnostica as formas assintomáticas Adaptação do tratamento ao perfil das resistências	Necessita um laboratório Testes pouco acessíveis Custo por vezes elevado Atraso no início do Tratamento
SINDRÓMICO	Tem em conta as infecções múltiplas Tratamento imediato Eficácia precoce Simplicidade Aplicável em qualquer lugar Custo reduzido a longo termo	Tratamentos por excesso Utentes assintomáticos não tomados em conta Dificuldade no convite aos parceiros

CAPITULO III: ABORDAGEM SINDROMICA DAS IST

Introdução

A abordagem síndromica permite ao médico fazer um diagnóstico na ausência de testes de laboratório. Esta abordagem é baseada na identificação dum síndrome (grupo de sintomas e de sinais) facilmente identificáveis, associadas a um certo número de etiologias bem definidas.

Uma vez o síndrome identificado, o tratamento pode ser instituído para lutar contra a maioria dos gérmes patogénicos que podem ser responsáveis deste síndrome.

Vários síndromas de IST podem ser tratados de maneira simples por intermédio de **árvores de decisão** de ajuda ao diagnóstico e ao tratamento, ou **algoritmos**.

1. ESCOLHA DO TRATAMENTO

A disponibilidade de medicamentos eficazes é uma condição essencial para serviços IST de qualidade. As escolhas terapêuticas recomendadas foram retidas baseando-se num certo número de critérios (ver quadro abaixo), e eles comportam para a maioria dos medicamentos essenciais disponíveis a nível da Central Nacional de medicamentos.

Eles devem ser encomendados regularmente a fim de evitar toda a ruptura de stock.

Os critérios de escolha dos medicamentos IST

- Eficácia elevada pelo menos 95%
- Baixo custo
- Toxicidade e tolerância aceitáveis
- Dose única
- Administração por via oral
- Disponibilidade a nível nacional
- Ausência de contra indicação na mulher grávida ou amamentando.

2. ETAPAS DA ABORDAGEM SINDRÓMICA DAS IST

As etapas a seguir para uma abordagem adequada das IST compreendem

- Acolhimento / interrogatório ou anamnese,
- O exame físico;
- O diagnóstico síndromico;
- O tratamento;
- O aconselhamento;
- O convite ao(s) parceiro(s)
- O registo dos casos.

Este capítulo descreve as quatro primeiras etapas (acolhimento / interrogatório, o exame físico, o diagnóstico síndromico e o tratamento). As três últimas etapas serão tratadas nos capítulos seguintes.

2.1. O acolhimento / interrogatório

O acolhimento é uma etapa determinante para o desenvolvimento duma relação médico – utente de qualidade. Começa desde a entrada do utente na formação sanitária até à sua saída.

O interrogatório deve ser levado com tacto e jeito pois é constrangedor falar da sua vida sexual. O interrogatório do utente com uma IST conduz-se como todo interrogatório médico insistindo sempre aqui sobre os hábitos sexuais e a procura de parceiros.

2.1.1. Estabelecimento dum clima de confiança e de confidencialidade

A maioria das questões postas a um utente infectado por uma IST pode ser constrangedor e causar uma atitude de recusa. O utente, com vergonha de dizer a verdade, não partilhará convosco informações essenciais. E há o risco dele não voltar à próxima consulta se não se sentir confiante.

È preciso evitar as atitudes que possam provocar mal-estar:

- Não saudar o utente
- Não olhar para o utente quando se lhe faz perguntas
- Ter uma atitude moralizadora ou critica
- Utilizar um vocabulário incompreensível
- Se mostrar impaciente
- Permitir interrupções
- Mostrar uma atitude pouco amigável durante a consulta.
- Ter gestos de irritação.

Certas atitudes podem ajudar a estabelecer uma melhor relação médico/utente:

- Saudar e desejar as boas vindas ao utente
- Olhar o utente quando lhe fazem perguntas
- Ouvi-lo atentamente
- Assegurar o doente sobre o carácter privado e confidencial da consulta.

2.1.2. Recolha de informações

Questões gerais: idade, sexo, morada, estatuto matrimonial, profissão do utente.

Motivos da consulta: determinar os sintomas ou as queixas que motivaram a consulta, sua duração e os tratamentos anteriores que ele pode ter tido.

Historia sexual: a sua finalidade é de avaliar os riscos do utente. È preciso por questões fáceis, com tacto e sem insistência: data da última relação sexual, número de parceiros, tipo de parceiros, parceiros sexuais recentes, parceiro infectado por uma IST, utilização de preservativos, comportamento sexual do ou dos parceiros.

Os antecedentes médicos: recolher a noção de IST anterior, procurar história de alergia medicamentosa, etc....

Avaliação dos riscos: permite identificar os utentes mais expostos às IST através de questões fáceis e que têm por finalidade de avaliar os riscos para cada utente de contrair uma IST. Os

elementos sobre os quais é preciso insistir para avaliação dos riscos estão indicados no quadro abaixo:

<p>A avaliação dos riscos é baseada sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">◆ Os dados gerais<ul style="list-style-type: none">➤ Idade➤ Sexo➤ Estado civil➤ Profissão do utente e do seu parceiro➤ Noção de viagem➤ Consumo de álcool ou de drogas◆ A história sexual e o comportamento do utente<ul style="list-style-type: none">➤ Número de parceiros➤ Tipo de parceiros➤ Parceiros sexuais recentes➤ Parceiro infectado por uma IST➤ Utilização de preservativos◆ O comportamento sexual do (a) parceiro (a)

A avaliação dos riscos pode ajudar:

- A educar e aconselhar os utentes em função das suas necessidades
- O utente a adoptar um plano de redução de riscos
- A tomar as decisões terapêuticas

As questões destinadas a medir os riscos do utente devem ser adaptadas à realidade local.

2.2 O exame físico

Deve ser efectuado numa sala bem iluminada, preservando a intimidade do utente.

Após ter interrogado o utente, deve-se pedir-lhe autorização para examina-lo e explicar-lhe porquê que ele tem de se despir. Ele deve igualmente ser informado do resultado do exame.

O utente deverá se despir de maneira a que os órgãos genitais estejam acessíveis ao exame clínico.

O utente com uma IST, do mesmo modo que os outros utentes, deve beneficiar de um exame geral antes do exame dos órgãos genitais.

2.2.1. No homem

O exame físico dum homem com uma IST pode ser feito de pé com as pernas afastadas e o prestador sentado; para a região ano-rectal o utente deverá curvar-se para a frente, afastando as nádegas com suas próprias mãos ou pode estar deitado em decúbito lateral com leve ante flexão do tronco e da coxa não encostada na maca. O exame engloba as seguintes etapas:

- **Exame do pénis:** permite procurar a presença de erupções e de ulcerações. No utente não circunciso, desenrolar o prepúcio e examinar a glande, o *sillon* prepucial, o freio e o meato uretral. Se não há corrimento uretral evidente, ordenhar a uretra para verificar que não há corrimento.

- **Exame do escroto e dos testículos:** palpar para tentar descobrir eventuais anomalias dos testículos, do epidídimo ou do cordão espermático.
- **Exame do púbis:** procurar a presença de *morpion* (*Phthirus inguinalis*) de vegetações e de ulcerações.
- **Exame do ânus:** procurar lesões ulcerosas, vegetações e corrimentos.
- **Exame da cavidade bucal:** procurar uma ulceração, candidíase oral, máculas, placas ou nódulos que evocam a doença de Kaposi e vegetações.
- **Exame das áreas ganglionares:** sobretudo da região inguinal à procura de adenopatias localizadas ou generalizadas.
- **Exame da pele:** procurar erupções, ulcerações, lesões da sífilis secundária, e lesões da doença de Kaposi.

2.2.2. Na Mulher

A mulher será instalada sobre uma mesa de exame, despida, bexiga e recto vazios. O seu exame físico englobará os seguintes etapas:

- **Exame do perineo, da vulva e da região inguinal:** a inspecção e a palpação permitem procurar corrimentos, perdas ou eventuais lesões (ulcerações, vegetações, vesículas, tumefacção).
- **Exame do abdómen:** procurar uma eventual dor, uma defesa ou a presença duma massa abdominal.
- **Exame da vagina e do colo:** é preciso dispor de espéculo e de luz suficiente. Introduzir o espéculo delicadamente na vagina e fazer a inspecção das paredes vaginais e do colo à procura de corrimentos, lesões (ulcerações, vegetações) ou outras anomalias.
- **Exame bi manual:** pelo toque vaginal combinado com o palpar abdominal. Ele deve ser feito com precaução e delicadeza. É preciso apreciar o colo, o útero e o fundo de saco. O exame bi manual permite procurar dor da esfera genital alta podendo evocar uma doença inflamatória pélvica.
- **Exame do púbis:** procurar a presença de *morpion* (*Phthirus Inguinalis*) de vegetações e ulcerações.
- **Exame do ânus:** procurar lesões ulcerosas, vegetações e corrimentos.
- **Exame das áreas ganglionares:** sobretudo na região inguinal à procura de adenopatias localizadas ou generalizadas.
- **Exame da cavidade bucal:** procurar uma ulceração, uma candidíase oral, maculas, placas ou nódulos que evocam uma doença de Kaposi e vegetações.
- **Exame da pele:** procurar ulcerações, lesões da sífilis secundária e lesões da doença de Kaposi.

3. AS PRINCIPAIS SINDROMES DAS IST

O acolhimento, o interrogatório e um exame clínico bem efectuados permitem identificar as principais síndromes das IST.

3.1. Ulcerações genitais

São soluções de continuidade não traumáticas, localizadas a nível da pele ou das mucosas dos órgãos genitais. No entanto é preciso procura-las igualmente na boca e a nível do ânus.

O aspecto clínico e a morfologia das ulcerações genitais podem muitas vezes permitir a distinção das etiologias. Estes aspectos são raramente típicos: 20 a 30% das ulcerações genitais ficam sem etiologia mesmo após uma procura intensa no laboratório.

Na prática nem sempre é fácil de estabelecer um diagnóstico etiológico duma ulceração genital baseando-se no exame clínico.

Isto por várias razões:

- Podem existir ulcerações de etiologias mistas.
- O tempo de espera para obter uma consulta faz com que as lesões são vistas a um estado avançado.
- Os antibióticos por via geral ou local, os corticóides e outras pomadas modificam o aspecto das lesões (auto medicação).
- As sobreinfecções modificam igualmente o aspecto das lesões
- Existem formas atípicas, nomeadamente nas pessoas seropositivas ao VIH.

3.1.1. Causas das ulcerações genitais

As causas mais frequentes das ulcerações genitais são as seguintes:

- Sífilis (*Treponema pallidum*)
- Cancro mole (*Haemophilus ducreyi*)
- Herpes genital (*Herpes simplex vírus*)
- Linfogranuloma venéreo (*Chlamydis Trachomatis*)
- Donovanose (*Calymmatobacterium granulomatis*)

3.1.2. Estratégia recomendada em presença duma ulceração genital

O Cancro mole e a sífilis são as causas mais frequentes de ulceração genitais curáveis nas nossas regiões. Aliás essas duas afecções podem coexistir. O tratamento do cancro mole pode igualmente esconder as manifestações da sífilis. É portanto recomendado tratar em simultâneo as duas afecções, em presença duma ulceração genital.

Os utentes sofrendo de ulcerações genitais devem ser tratados ao mesmo tempo para a sífilis e o cancro mole.

Ter em conta o contexto epidemiológico local para o tratamento do herpes* genital.

No caso de vesículas ou de ulcerações reincidentes, tratar como um herpes genital

* Prevalência superior a 30%

- **O protocolo terapêutico recomendado pela OMS para o tratamento da sífilis é:**
Penicilina benzatínica 2,4 milhões UI numa injeção IM única

Em caso de alergia e na mulher não grávida preconiza-se:

Doxiciclina 100 mg por via oral 2 vezes por dia durante 15 dias

- **O protocolo terapêutico recomendado pela OMS para o tratamento do cancro mole é:**

Ciprofloxacina 500 mg por via oral, 2 vezes por dia durante 3 dias **ou**

Eritromicina 500 mg por via oral, 4 vezes por dia durante 7 dias

- **O esquema terapêutico recomendado pela OMS para o tratamento do herpes genital é:**

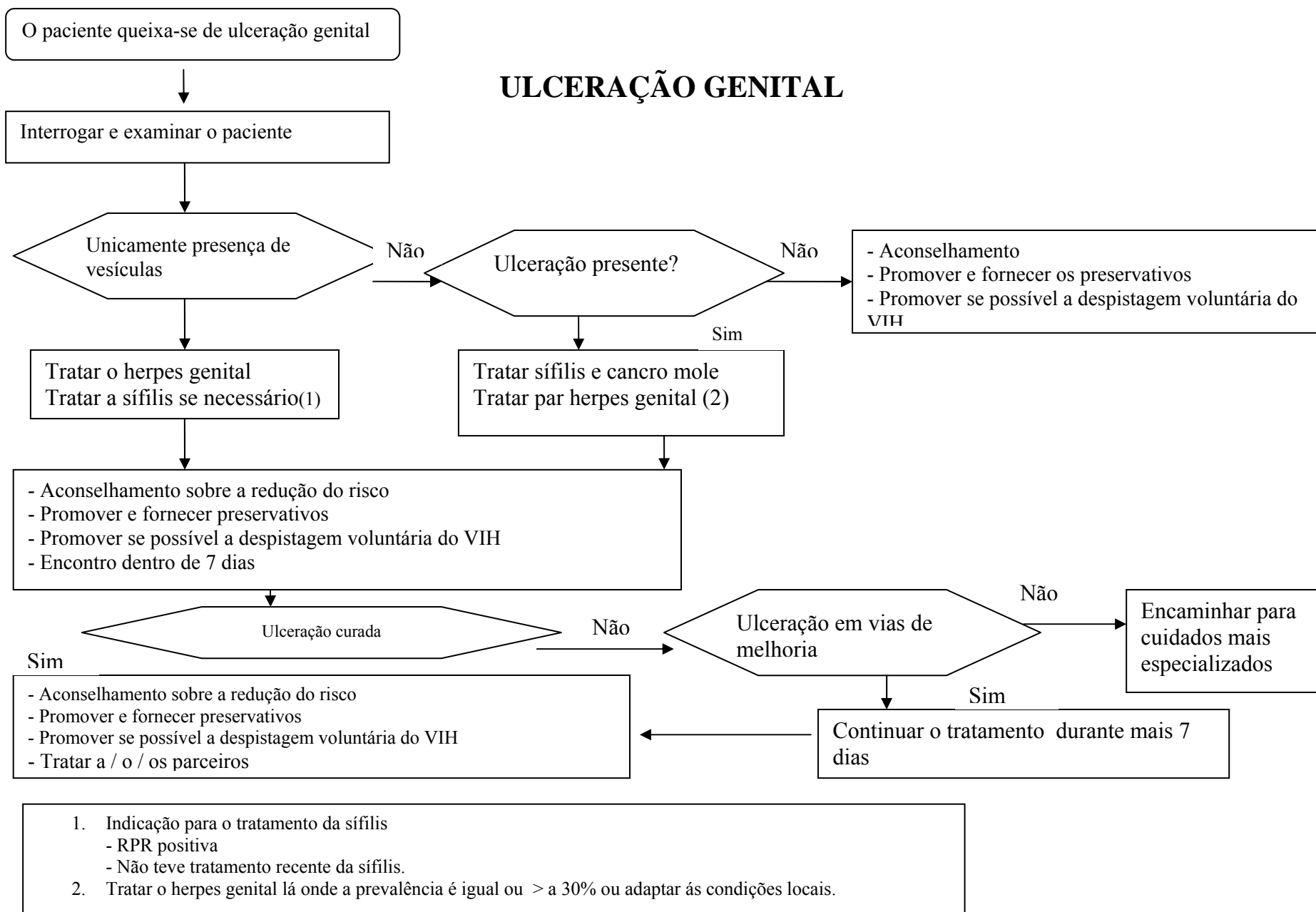
- **No caso de primo – infecção**

- **Aciclovir** 200 mg por via oral, 5 vezes por dia durante 7 dias ou 400 mg 3 vezes por dia durante 7 dias.
- **Fanciclovir** 250 mg por via oral, 3 vezes por dia durante 7 dias ou
- **Valaciclovir** 1g por via oral, 2 vezes por dia durante 7 dias.

- **No caso de recorrência:**

- **Aciclovir** 200 mg por via oral, 5 vezes por dia durante 5 dias ou
- 400 mg por via oral, 3 vezes por dia durante 5 dias ou
- 800 mg por via oral, 2 vezes por dia durante 5 dias
- **Fanciclovir** 125 mg por via oral, 2 vezes por dia durante 5 dias
- **Valaciclovir** 500 mg por dia 2 vezes por dia durante 5 dias ou
- 1g por dia durante 5 dias.

ULCERAÇÃO GENITAL



3.2. O corrimento uretral no homem

Trata-se de queixa exprimidas pelo paciente manifestando-se por uma secreção anormal proveniente do canal da uretra acompanhado ou não de prurido, de disuria e sensação de ardor à micção.

È o síndrome IST mais frequente no homem. O aspecto do corrimento uretral é variável. A abundância vai do corrimento fraco às pequenas manchas na roupa, até a uma gota a nível do canal da uretra que se pode observar de manhã aquando da primeira urina.

Características do corrimento uretral no homem
<ul style="list-style-type: none">• Purulento (esbranquiçado, ou amarelo esverdeado) ou seroso (transparente)• Abundante ou pouco abundante• Acompanhado por vezes de ardor à micção e dor no meato uretral.

3.2.1. Causas do corrimento uretral

O corrimento uretral pode ser causado por:

Causas frequentes

- Gonorreia (*Neisseria gonorrhoeae*)
- Infecção por Clamídia (*Chlamydia trachomatis*)
- Infecção por Micoplasmas (*Mycoplasma hominis*)

Causas menos frequentes

- Tricomoníase (*Trichomonas vaginalis*)

3.2.2. Estratégia recomendada em presença dum corrimento uretral no homem

O tratamento recomendado em presença dum corrimento uretral é o que associa o tratamento da Gonorreia, da infecção por Clamídia e por Micoplasmas:

Os utentes apresentando um corrimento uretral devem ser tratados ao mesmo tempo, desde a primeira consulta para:

- Gonorreia
- Infecção por Clamídia
- Infecções por Micoplasmas

No caso de persistência dos sintomas, os utentes devem ser tratados para a Tricomoníase.

➤ **O esquema terapêutico recomendado pela OMS é:**

- **Para a Gonorreia:**

- **Espectinomicina** 2g IM, em dose única ou
- **Ciprofloxacina** 500mg por via oral, em dose única ou
- **Ceftriaxona** 250 mg IM, em dose única IM.

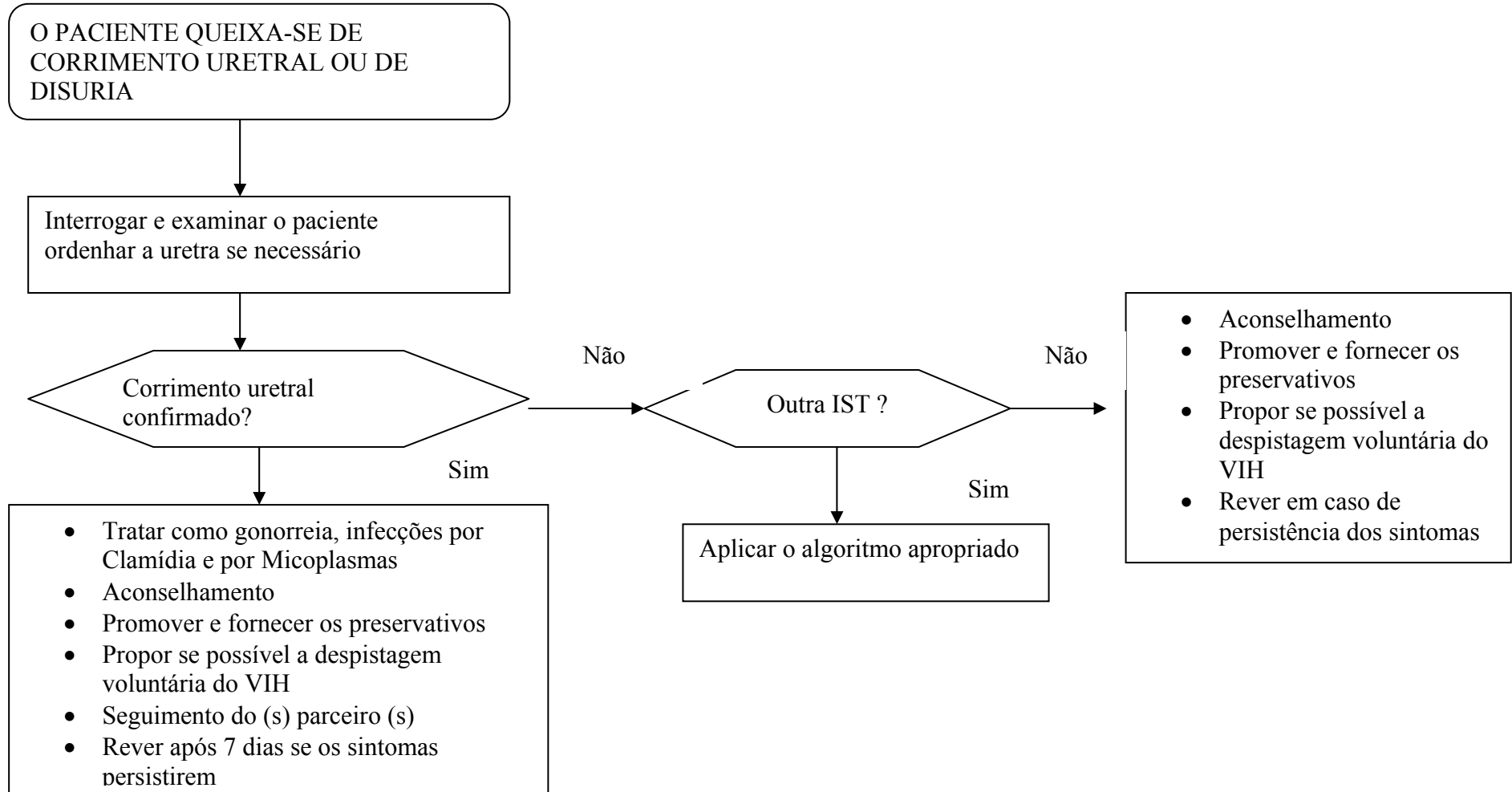
- **Para a Infecção por Clamídia e por Micoplasmas:**

- **Doxiciclina** 100mg por via oral, 2 vezes por dia durante 7 dias ou
- **Eritromicina** 500 mg por via oral, 4 vezes por dia durante 7 dias

- **Para a Tricomoníase:**

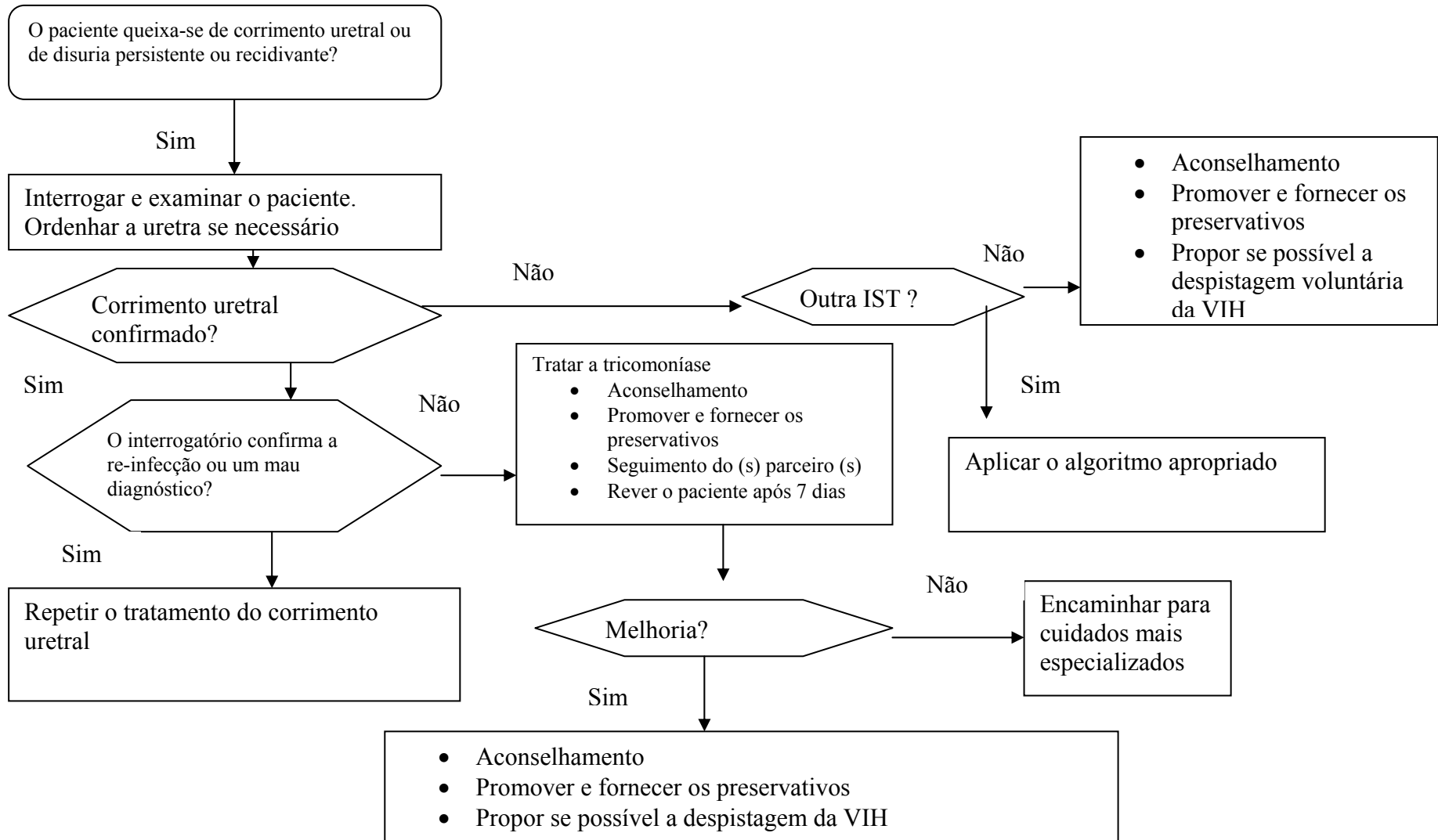
- **Metronidazol**, 2g por via oral, em dose única ou
- **Tinidazol**, 2 g por via oral, em dose única

CORRIMENTO URETRAL



CORRIMENTO URETRAL PERSISTENTE/ RECIDIVANTE NO HOMEM

- **Nota:** Este algoritmo supõe que o utente antes desta consulta já fez o tratamento para a Gonorreia, a infecção por Clamídia e por Micoplasmas.



3.3 O corrimento vaginal

3.3.1 O corrimento vaginal fisiológico

Todo corrimento vaginal nem sempre é patológico. Ele pode ser fisiológico: *neste caso não tem cheiro, é de média abundância, não tem sinais funcionais e se observada nas seguintes circunstâncias:*

- Ovulação
- Menstruação
- Gravidez
- Parto

3.3.2. O corrimento vaginal anormal

Trata-se de uma modificação da quantidade, da consistência, da cor, ou do cheiro das perdas vaginal. As perdas causadas por uma infecção podem ser acompanhadas de irritação, de prurido vulvar, de disúria, de dores pélvicas ou de dispareúnia.

A presença de corrimento vaginal anormal é a manifestação de uma vaginite e/ou de uma Cervicite.

3.3.3. Causas de corrimento vaginal:

- As vaginites podem ser causadas por:
 - *Cândida albicans*,
 - *Gardnerella vaginalis*
 - *Trichomonas vaginalis*.

Estes germes mais frequentes e menos patogênicos não são forçosamente transmitidos sexualmente.

- As cervicites podem ser causadas por:
 - *Neisseria gonorrhoeae*
 - *Chlamydia trachomatis*
 - *Micoplasmas*

Estes germes menos frequentes e mais patogênicos são exclusivamente transmitidos por contactos sexuais.

O tratamento correcto das cervicites é muito importante do ponto de vista da saúde pública pois mal tratadas ou não tratadas, podem trazer sequelas graves. Nem sempre é fácil de fazer o diagnóstico da cervicite.

A presença de secreções muco-purulentas a nível do colo é muito sugestivo de uma cervicite, mas exige um exame com especulo.

É por isso a OMS recomenda recorrer à *avaliação do risco* para diferenciar uma vaginite duma cervicite fora dos estudos sobre a prevalência das cervicites.

A avaliação faz-se na base dos factores de risco como a idade, estado civil, o comportamento sexual e a presença de sintomas de IST no parceiro.

Avaliação dos factores de risco de cervicite nos pacientes que apresentam perdas vaginais.

- Noção dum parceiro infectado por uma IST (presença de corrimento uretral ou duma ulceração genital durante o ultimo mês): reter 2 pontos se confirmado
- Idade inferior a 21 anos: reter 1 ponto se confirmado
- Noção de pelo menos 2 parceiros sexuais: reter 1 ponto se confirmado
- Noção dum novo parceiro sexual durante os últimos três meses: reter 1 ponto se confirmado

A avaliação é positiva quando o n.º de pontos é superior ou igual a 2

- Se a avaliação do risco é positiva, a mulher será tratada para uma cervicite e para uma vaginite
- Se a avaliação do risco é negativa, a mulher será tratada somente para uma vaginite.

3.3.4 Estratégia recomendada no caso dum corrimento vaginal

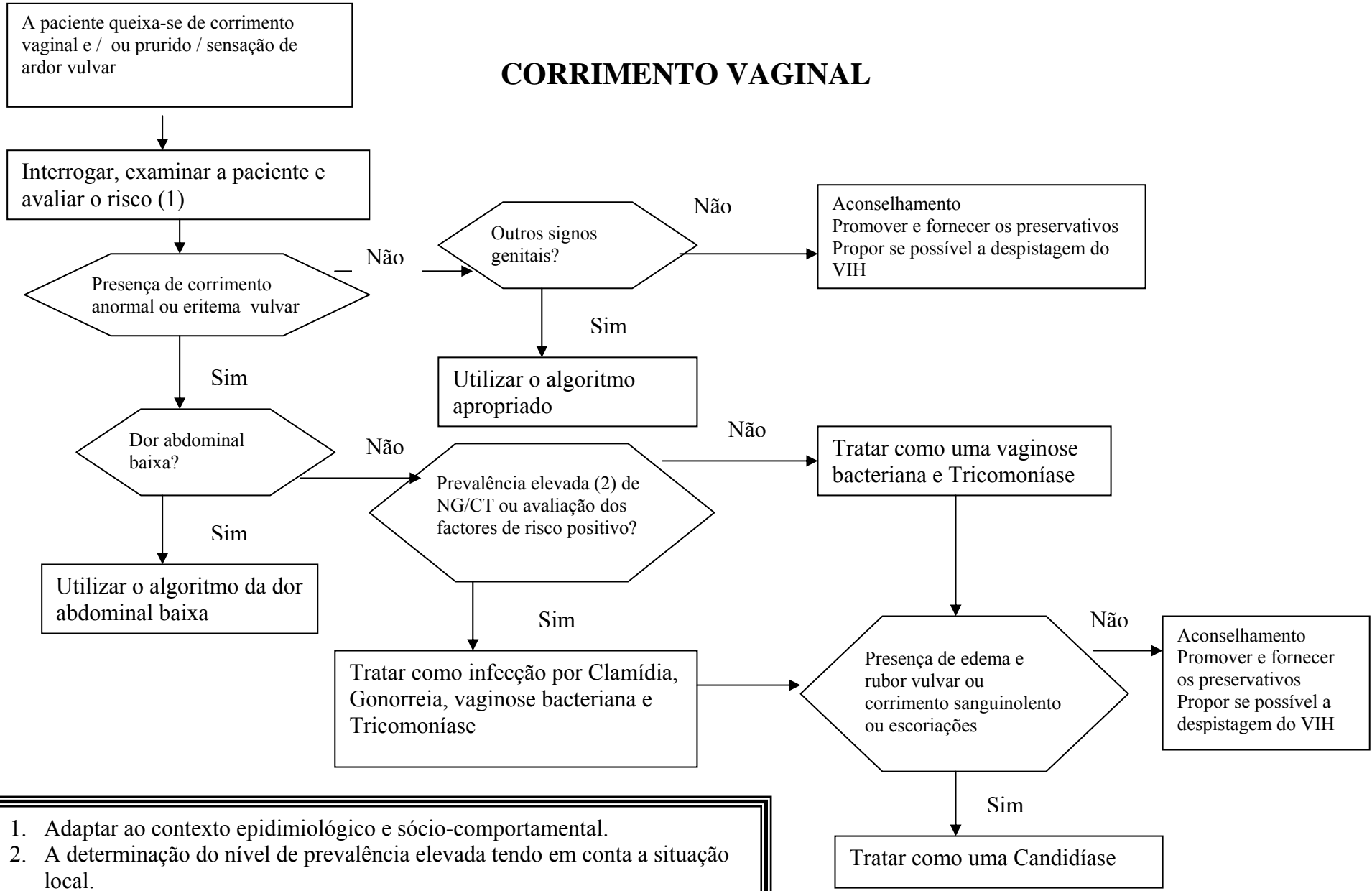
- **O tratamento da cervicite** engloba estes tratamentos:
 - Da Gonorreia
 - Da infecção por Clamídia
 - Da infecção por Micoplasmas
 - Da Tricomoníase
 - Da vaginose bacteriana
 - Da Candidíase
- **Para a Gonorreia:**
 - **Espectinomicina** 2g IM, em dose única ou
 - **Ciprofloxacina** 500mg por via oral, em dose única ou
 - **Ceftriaxona** 250 mg IM, em dose única IM.
- **Para a infecção por Clamídia e a infecção por Micoplasmas:**
 - **Doxiciclina** 100mg por via oral, 2 vezes por dia durante 7 dias ou
 - **Eritromicina** 500mg por via oral, 4 vezes por dia durante 7 dias ou
- **Para a Tricomoníase e a vaginose bacteriana:**
 - **Metronidazol**, 2g por via oral, em dose única
 - **Tinidazol**, 2 g por via oral, em dose única

- **Para a Candidíase:**
 - **Clotrimazol**, óvulos ou creme, 2 vezes por dia durante 6 dias, ou 1 vez por dia durante 12 dias
 - **Miconazol ou econazole**, óvulos 200mg, 1 vez / dia durante 3 dias, **ou**
 - **Nistatina óvulos** 100 000 UI, um óvulo 1 vez / dia durante 14 dias.

- **O tratamento da vaginite isolada** associa o tratamento da Tricomoníase, da vaginose bacteriana e da Candidíase.

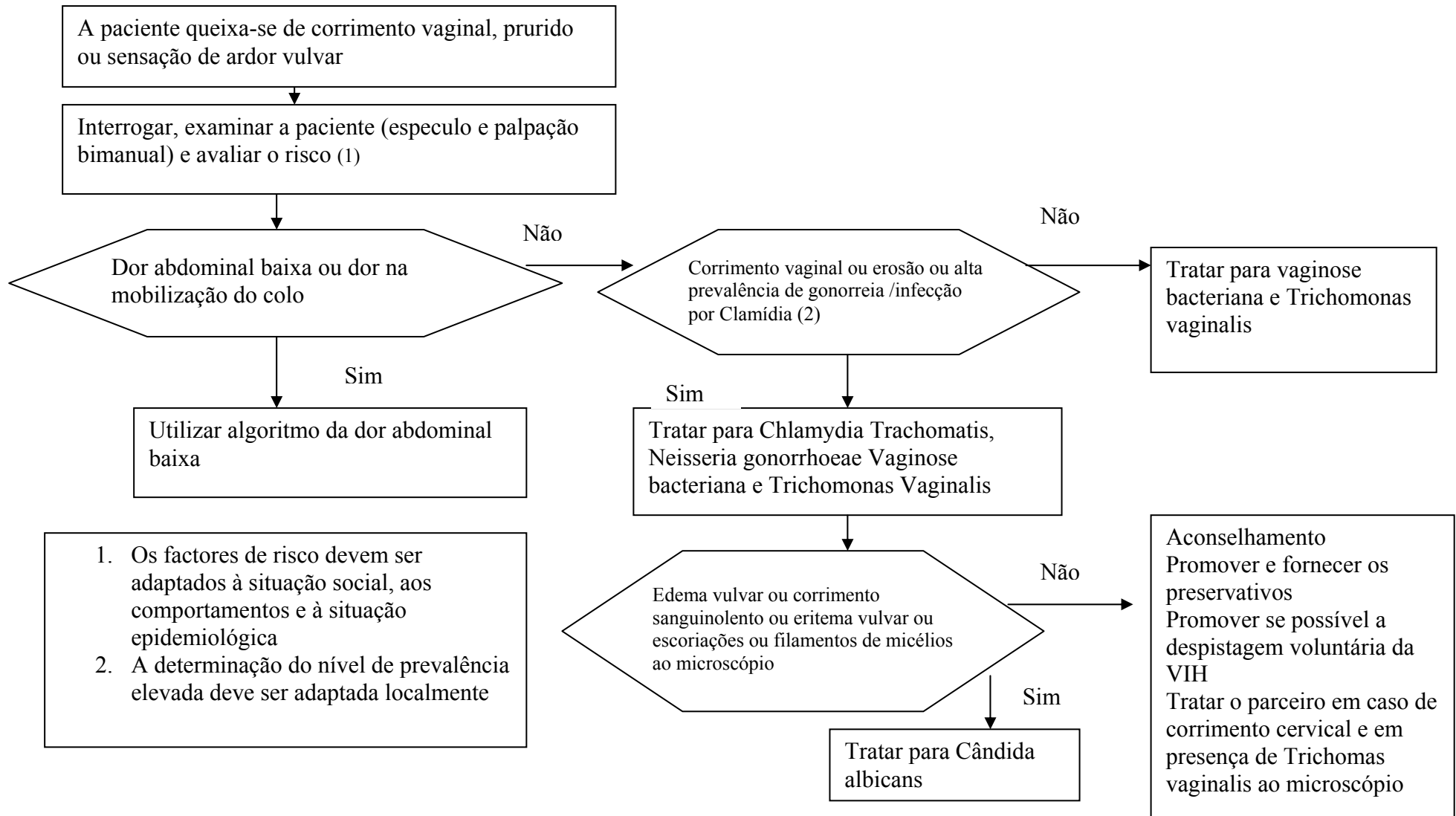
- **Medidas de higiene:** o tratamento do corrimento vaginal associa ao tratamento medicamentoso as seguintes precauções de higiene:
 - Parar as lavagens intravaginais
 - Abandonar sabões
 - Não utilizar roupa interior sintética...

CORRIMENTO VAGINAL



1. Adaptar ao contexto epidimiológico e sócio-comportamental.
 2. A determinação do nível de prevalência elevada tendo em conta a situação local.

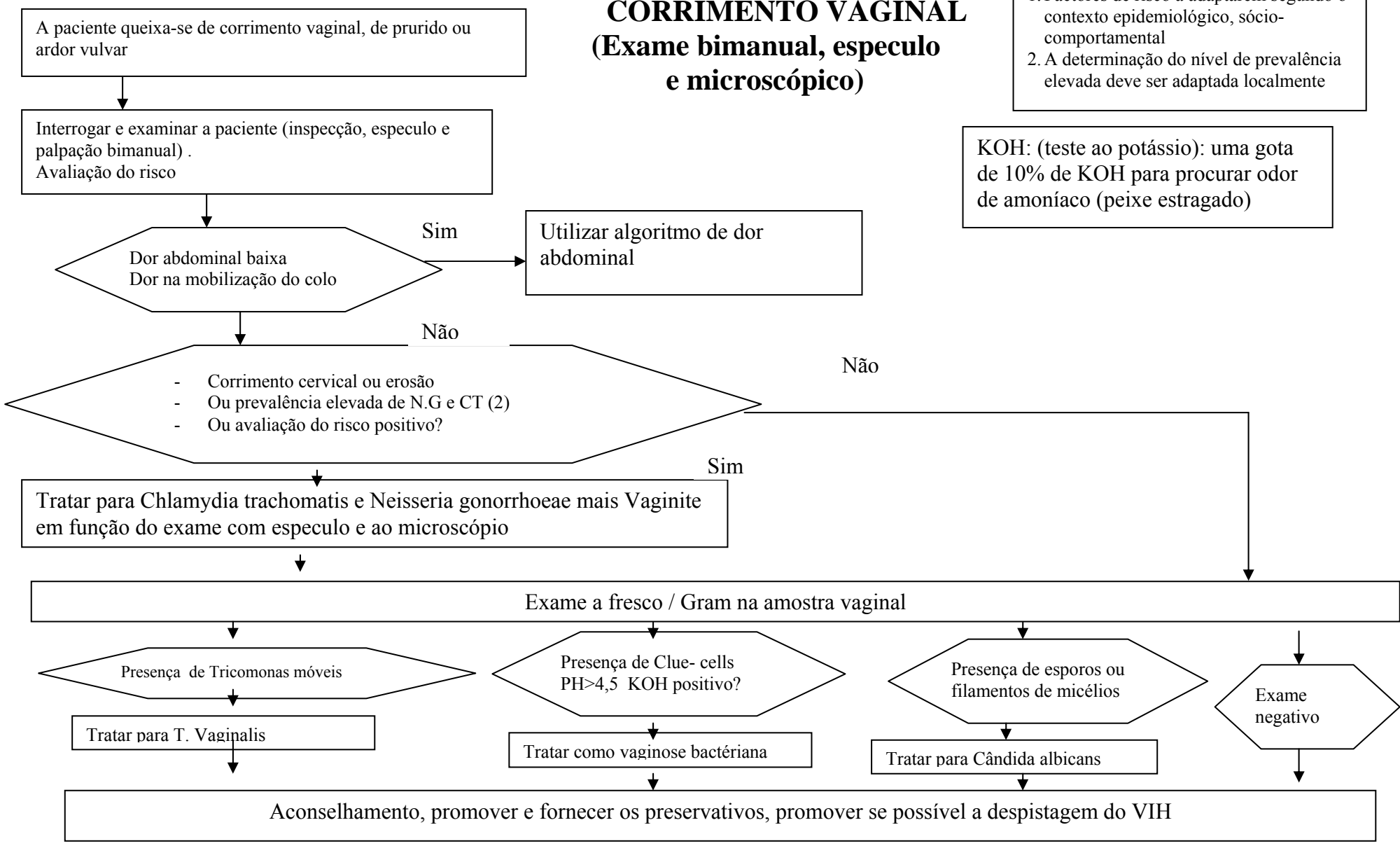
CORRIMENTO VAGINAL (palpação bimanual e especulo com ou sem microscópio)



CORRIMENTO VAGINAL (Exame bimanual, especulo e microscópico)

1. Factores de risco a adaptarem segundo o contexto epidemiológico, sócio-comportamental
2. A determinação do nível de prevalência elevada deve ser adaptada localmente

KOH: (teste ao potássio): uma gota de 10% de KOH para procurar odor de amoníaco (peixe estragado)



3.4 A dor abdominal baixa na mulher

A dor abdominal baixa ainda chamada Doença Inflamatória Pélvica (DIP ou Síndrome Inflamatória Pélvica (SIP) é na maioria das vezes a complicação de uma cervicite.

3.4.1 Causas de dor abdominal baixa

È uma inflamação ascendente a *N. gonorrhoeae*, *A. C. trachomatis* ou a *Micoplasmas* por vezes associada a germes anaeróbicos.

A dor pélvica pode ser uma manifestação de endometrite, salpingite, de ovarite ou pelvi-peritonite que pode ser mortal.

Perante uma dor abdominal baixa, deve-se procurar os signos que evocam uma urgência abdominal cirúrgica, tais como:

- Gravidez extra-uterina (sangramento irregular, ausência ou atraso da menstruação, estado de choque, massa anexial)
- História de ameaça de aborto
- Peritonite (defesa ou contracção da parede abdominal, síndrome infecciosa)

A presença de um destes signos necessita de um encaminhamento hospitalar num curto prazo de tempo.

Na ausência de quadro cirúrgico, se a paciente apresenta dor abdominal provocada pelo exame ginecológico, ela deve ser tratada por dor abdominal baixa ou Doença Inflamatória Pélvica (DIP).

3.4.2. A estratégia recomendada perante a dor abdominal baixa na mulher

O tratamento da dor abdominal baixa (DIP ou SIP), associa os tratamentos para:

- Gonorreia
- Infecção por Clamídia
- Infecção por Micoplasmose
- Infecções por germes anaeróbicos

Esquema terapêutico recomendado pela OMS para a DIP:

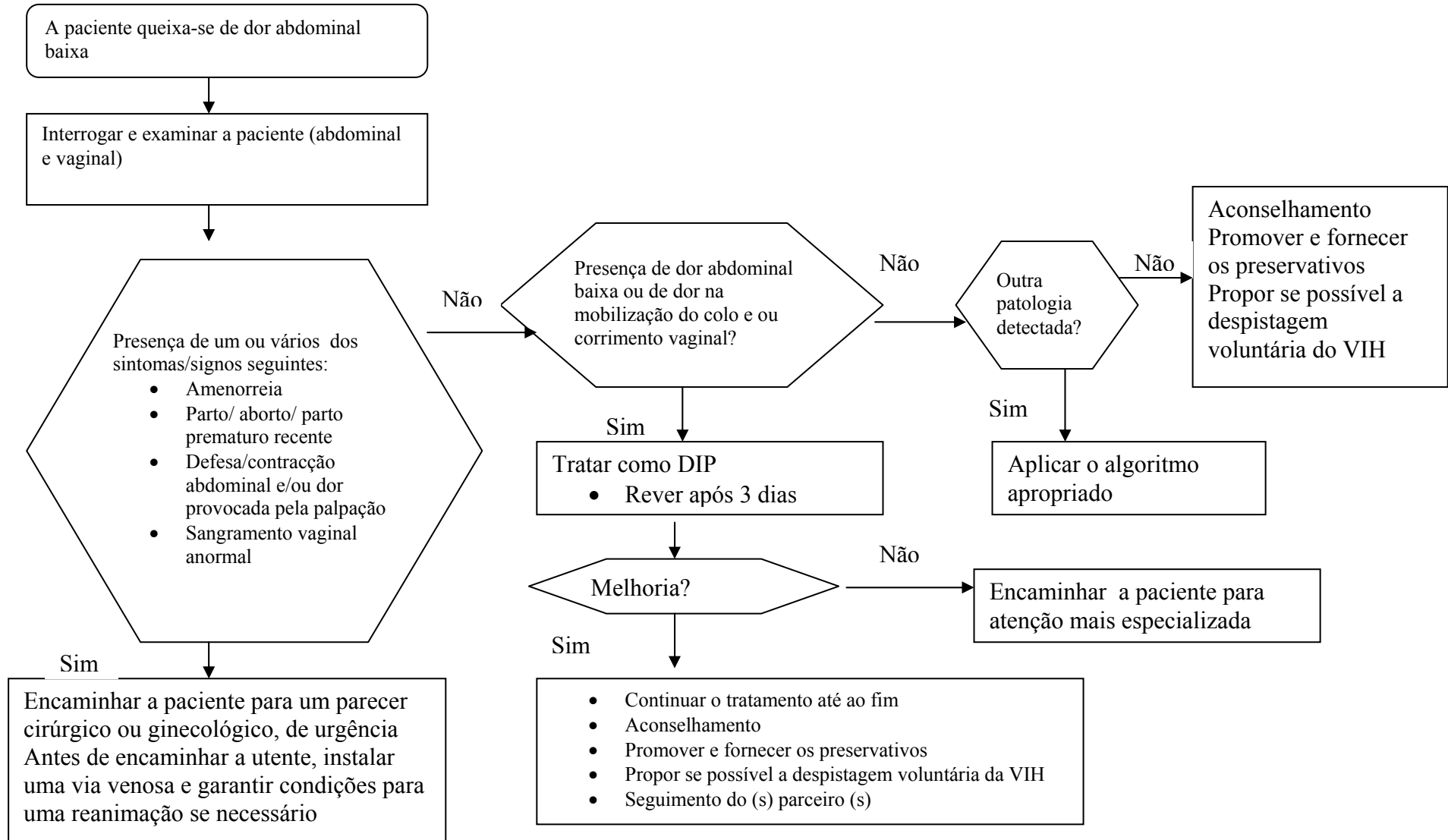
- **Tratamento de primeira intenção:**
 - **Ciprofloxacina** 500mg por via oral, em dose única +
 - **Doxiciclina** 100mg por via oral, 2 vezes por dia durante 14 dias +
 - **Metronidazol** 500mg por via oral, 2 vezes por dia durante 14 dias **ou**
 - **Tinidazol** 4 comprimidos por via oral, por dia durante 5 dias

➤ **Tratamento de segunda intenção:**

- **Cotrimoxazol** (400 mg / 80mg), 10 comprimidos por via oral, 1 vez por dia durante 3 dias ou
- 2 Cp. por via oral 2 vezes por dia durante 10 dias +
- **Doxiciclina** 100mg por via oral, 2 vezes por dia durante 14 dias +
- **Metronidazol** 500mg por via oral, 2 vezes por dia durante 14 dias ou
- **Tinidazol** 4 comprimidos por dia durante 5 dias.

Nota: No caso da mulher ter um Dispositivo intra-uterino (Sterilet), propõe-se que se lhe seja retirado.

DOR ABDOMINAL BAIXA



3.5 O bubão inguinal

É a tumefacção inflamatória dos gânglios (adenopatias) da região inguinal.

O exame clínico põe em evidência uma ou mais adenopatias dolorosas da região inguinal, unilaterais ou bilaterais associadas ou não a uma ulceração.

3.5.1 As causas mais frequentes de bubão inguinal são as seguintes:

- O linfogranuloma venéreo (doença de Nicolas e Favre)
- O Cancro mole

3.5.2. Estratégia recomendada face a um bubão inguinal

Os pacientes que apresentam um bubão inguinal sem ulceração (ou sem cicatriz) genital devem ser tratados simultaneamente para:

- O linfogranuloma venéreo (doença de Nicolas e Favre)
- O Cancro mole

O esquema terapêutico proposto pela OMS combina:

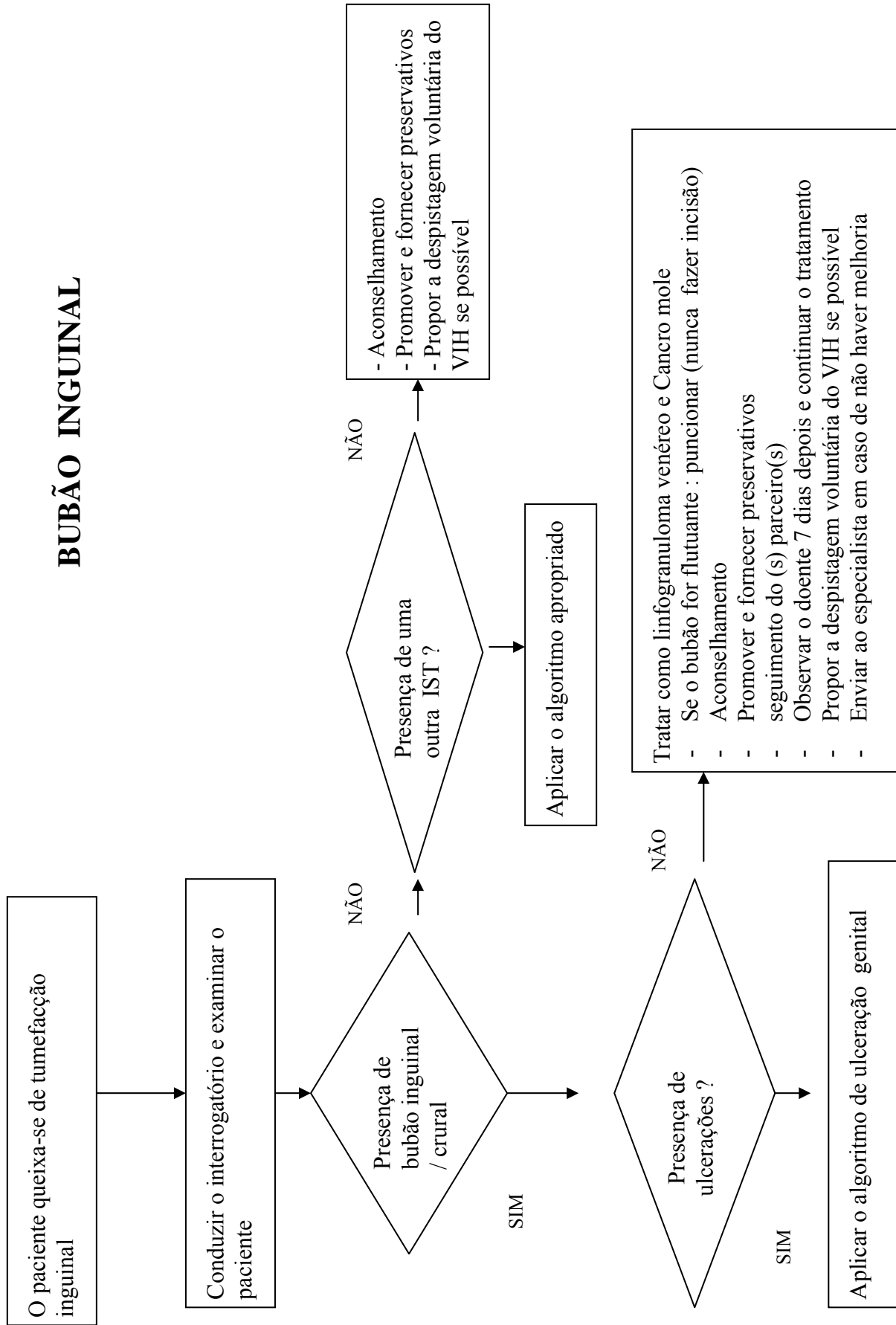
➤ **Para o linfogranuloma venéreo:**

- **Doxiciclina** 100 mg por via oral, 2 vezes por dia durante 14 dias, ou
- **Eritromicina** 500 mg por via oral, 4 vezes por dia durante 14 dias

➤ **Para o Cancro mole:**

- **Ciprofloxacina** 500 mg por via oral, 2 vezes por dia durante 3 dias, ou
- **Eritromicina** 500 mg por via oral, 4 vezes por dia durante 7 dias, ou
- **Azitromicina** 1 g por via oral, em dose única, ou
- **Ceftriaxona** 250 mg por injeção IM única

BUBÃO INGUINAL



3.6 A tumefacção do escroto

É o aumento de volume do escroto com ou sem dor.

No exame, observa-se frequentemente um atingimento unilateral; o escroto está inchado e sensível á palpação.

N.B. : Frente a uma dor testicular muito intensa unilateral e de aparecimento súbito, sem traumatismo, deve pensar-se numa torção testicular que é uma emergência cirúrgica.

3.6.1. Causas de tumefacção do escroto

As causas mais frequentes de tumefacção do escroto são:

- Infecção gonocócica
- Infecção por Clamídia

3.6.2. Estratégia recomendada pela OMS diante duma tumefacção do escroto.

O paciente que apresenta uma tumefacção do escroto deve ser tratado simultaneamente para :

- Infecção gonocócica
- Infecção por Clamídia

O esquema terapêutico recomendado pela OMS frente à tumefacção do escroto é o seguinte:

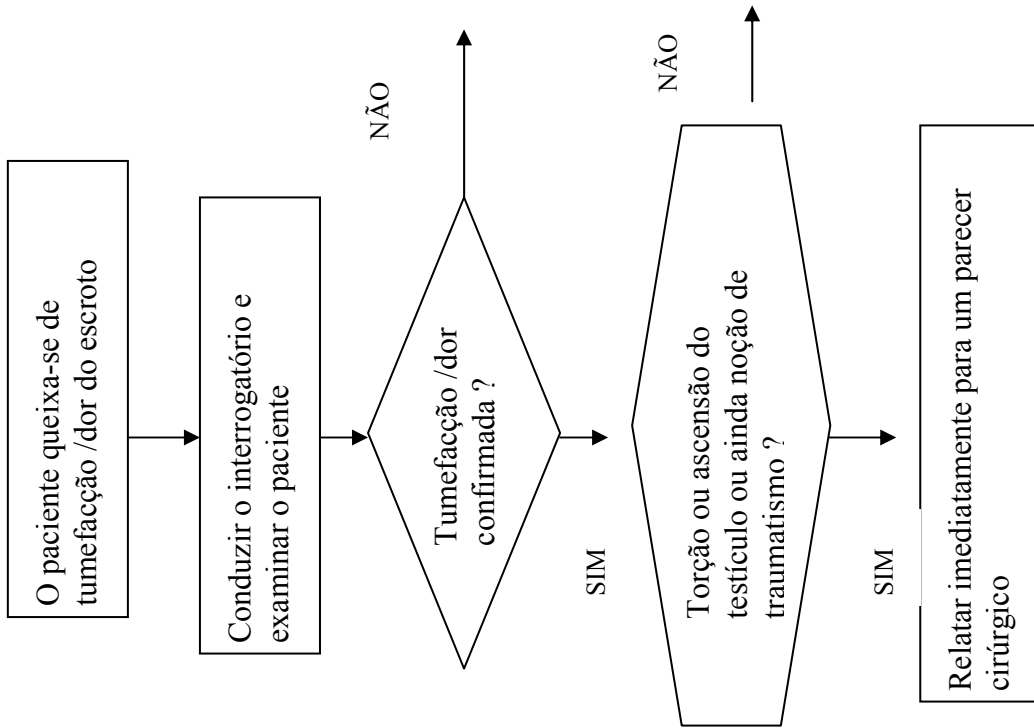
Para a Infecção gonocócica

- **Espectinomicina** 2g IM, em dose única ou
- **Ciprofloxacina** 500mg por via oral, em dose única ou
- **Ceftriaxona** 250 mg IM, em dose única IM.

Para a infecção por Clamídia:

- **Doxiciclina** 100 mg por via oral, 2 vezes por dia durante 7 dias ou
- **Eritromicina** 500 mg por via oral, 4 vezes por dia durante 7 dias

TUMEFACÇÃO DO ESCROTO



3.7 As vegetações venéreas

As vegetações venéreas ou condilomas (ou “cristas de galo”) são uma IST tumoral de origem viral, contagiosa e auto-inoculável.

Elas apresentam-se como excrescências frequentemente indolores, com superfícies irregulares, pediculadas ou não e de tamanho variável. O diagnóstico é geralmente clínico.

A prevalência exacta não é conhecida na maioria dos países africanos: todavia alguns dados mostram que as mulheres são as mais afectadas.

Estas lesões localizam-se:

No homem a nível do glande, do freio, do sulco balano prepucial, do prepúcio, do meato uretral e por vezes da região peri-anal.

Na mulher a nível do púbis, da vulva, da vagina, do colo e da região peri-anal.

Deve-se pensar em procurar essas lesões a nível da boca tendo em conta relações oro-genitais.

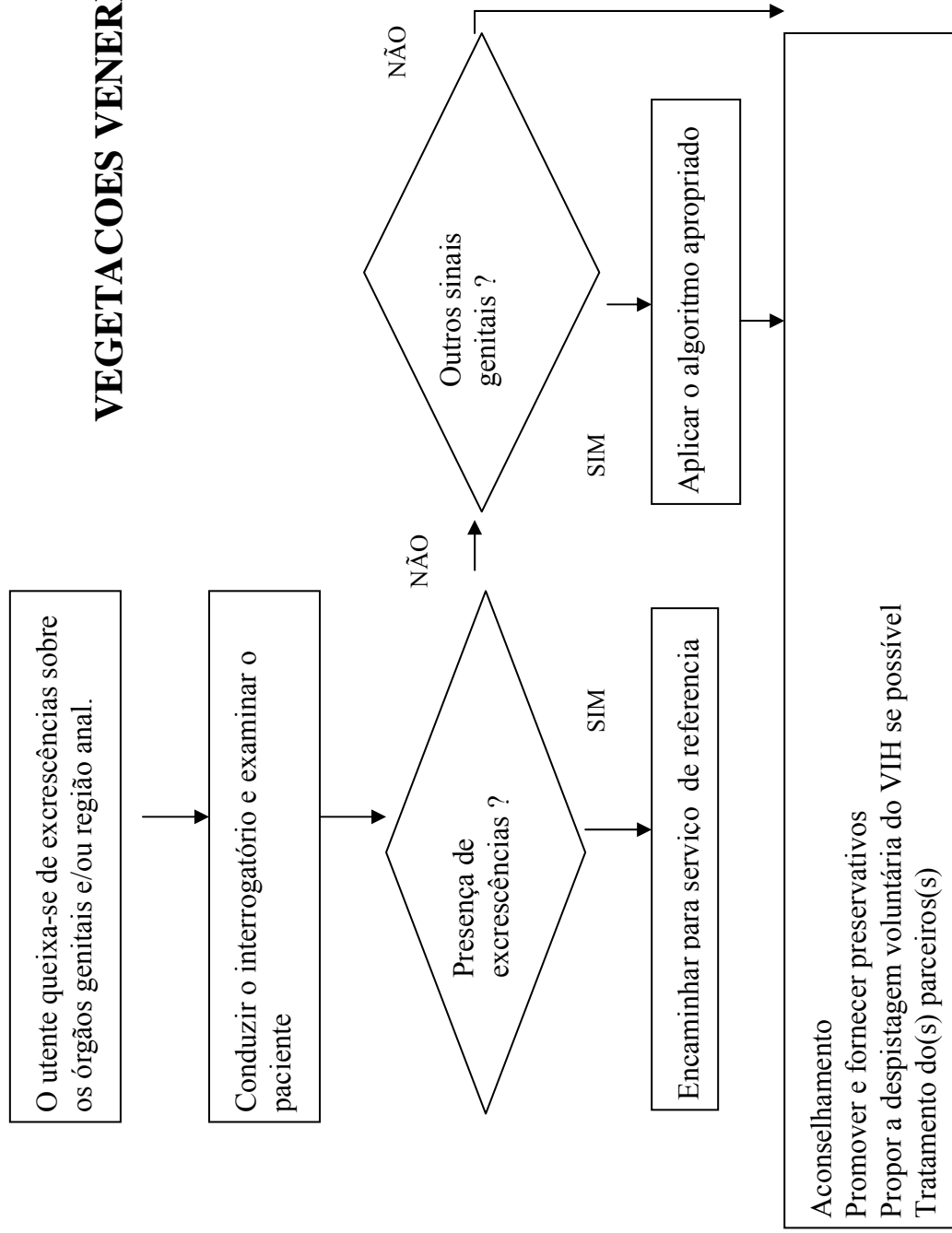
3.7.1 Causas das vegetações venéreas

Devem-se ao Vírus do Papilloma Humano (VPH)

3.7.2 Estratégia recomendada pela OMS

- **A crioterapia** com **azoto líquido**, ou neve carbónica em aplicações locais
- **A electrocoagulação**
- **O podofilino**, em solução de 10% em óleo de parafina: uma aplicação a cada três dias.
- **O duofilme**: uma aplicação duas vezes ao dia
- **O efudix** (5 flúor-uracilo)
- **O laser com dióxido de carbono**

VEGETACOES VENEREAS



NB : Algoritmo proposto pelos participantes no atelier de revisão do guia regional de abordagem síndrómica(Kpalimé, setembro 2002)

3.8. A conjuntivite do recém-nascido

A conjuntivite purulenta do recém-nascido é uma infecção do primeiro mês de vida. Ela é contraída à nascença na altura da passagem pelo canal do parto infectado da mãe. Caracteriza-se por vermelhidão da conjuntiva, edema pálebral, secreção purulenta mais ou menos abundante com a colagem das pálpebras de manhã e à noite pelas secreções.

3.8.1 As causas mais frequentes da conjuntivite do recém-nascido.

Os principais gérmes responsáveis são:

- A *Neisseria gonorrhoea*
- A *Chlamidiae trachomatis*

3.8.2 As estratégias recomendadas perante uma conjuntivite do recém-nascido.

O esquema terapêutico recomendado pela OMS consiste

Para a infecção gonocócica:

- **Ceftriaxona** 50 mg por kg, em injeção IM única sem ultrapassar 125 mg, ou
- **Espectinomicina** 25 mg por kg, em injeção IM – dose única sem ultrapassar os 75 mg

Para a infecção por Clamídia:

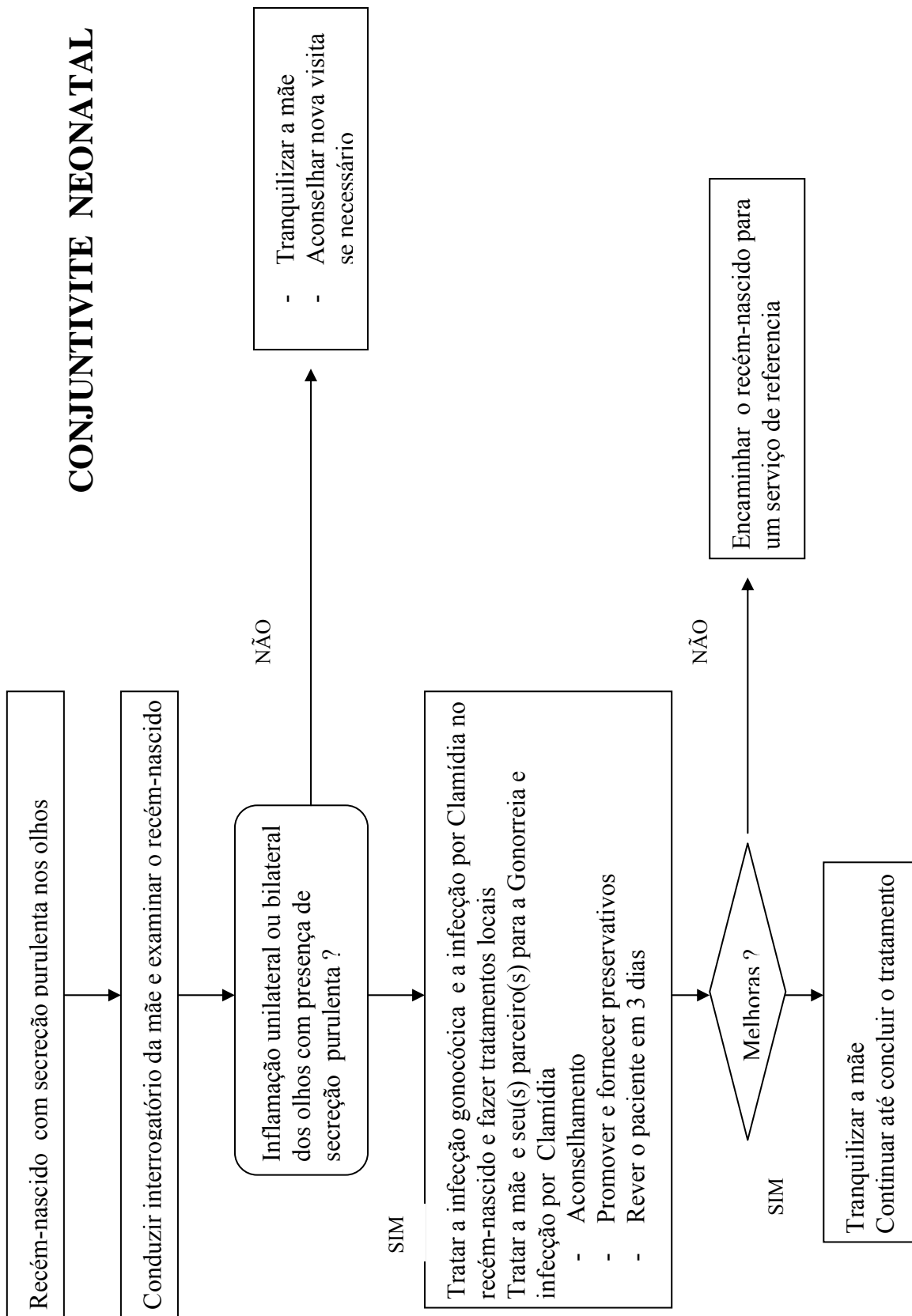
- **Eritromicina** (xarope) 50 mg por kg, por dia durante 14 dias em 4 doses, ou
- **Trimetropina 40 mg / sulfametoxazol** 200 mg por via oral, 2 vezes por dia durante 14 dias

Associar, como tratamento tópico ou local

- **Colírio de tetraciclina** a 1% ou
- **Rifampicina** uma gota 4 vezes por dia em cada olho, durante 4 dias

A prevenção pode ser assegurada desde a nascença pela administração de um colírio ou pomada oftálmica anti-séptica ou antibiótica (tetraciclina) ao recém-nascido.

CONJUNTIVITE NEONATAL



3.9 OUTROS

3.9.1 A Hepatite B

As manifestações clínicas são precedidas de pródromos (cefaleias, urticária, artralgia), a que se seguem a icterícia; no entanto formas anictéricas também são frequentes. O problema maior é o dos portadores crónicos que disseminam a doença. O diagnóstico assenta na dosagem dos marcadores serológicos, ou seja, o diagnóstico é etiológico.

Não existe nenhum tratamento específico da doença, entretanto existe uma vacina para a sua prevenção.

3.9.2 A Escabiose venérea

É uma afecção parasitária muito frequente em África podendo ser transmitida por contacto directo no desenrolar de relações sexuais.

Ela manifesta-se através de um prurido intenso, sobretudo á noite, ao nível das nádegas e dos órgãos sexuais. No homem ao nível da glândula apresentam-se pequenas borbulhas eritomas por vezes ulceradas. Na mulher as lesões são visíveis ao nível da parte inguinal e ao nível dos grandes lábios.

O tratamento é local:

- **Benzoato de Benzilo 25%** em loção, em pincelagem sobre o corpo, 1 vez por dia durante 2 a 4 dias, ou
- **Crotamiton 10 %** creme, 1 aplicação 2 vezes por dia durante 7 dias

NB: tratar toda a família e todo o ambiente que cerca o paciente

Desinfectar toda a roupa do paciente e da família (vestuário, roupa de cama, toalha de banho, etc.).

CAPITULO IV : ACONSELHAMENTO

Introdução

As pessoas que têm uma IST e que recorreram ao serviço de saúde têm necessidade de um diagnóstico correcto e de um tratamento adequado á sua infecção e também têm necessidade de informações. O *aconselhamento* dá-lhes as informações de que precisam em relação á infecção actual e como prevenir uma reinfeção.

A consulta para IST oferece oportunidade ao agente de saúde de examinar com o utente os factores de risco ligados ás IST/VIH. Esta discussão deve desenrolar-se num clima de confiança e de estrita confidencialidade e abordar os diferentes aspectos da vida sexual e afectiva do doente bem como os do(s) seu(s) parceiro(s).

A troca de informações de natureza íntima é mais fácil se os agentes de saúde estiverem convenientemente informados sobre as IST/VIH e tiverem uma formação de base em técnicas de aconselhamento que os ajude a estabelecer relações honestas e compreensíveis com os utentes.

1. DEFINIÇÃO

O aconselhamento define-se como uma comunicação interpessoal confidencial entre um utente/casal e o agente de saúde. Tem por fim ajudar o paciente/casal a tomar as suas próprias decisões.

2. AS QUALIDADES DE UM BOM CONSELHEIRO

Não é sempre fácil para os agentes de saúde falarem ao seu utente/casal da sua IST ou das suas atitudes e práticas sexuais. Pode também ser difícil aos utentes/casais responderem de forma aberta e franca ás questões relacionadas com o seu comportamento sexual.

A pessoa que ajuda (o conselheiro) deve ter qualidades requeridas para o fazer. Estas qualidades são:

- Saber acolher o utente/casal

O acolhimento é a maneira de receber o utente/casal no serviço de saúde. Começa quando o doente entra em contacto com o serviço de saúde e só termina quando sai. O acolhimento não é somente receber, saudar e instalar mas também manifestar uma afeição demonstrável por gestos e entoação.

Um bom acolhimento deixa o utente/casal á vontade e permite-lhe desabafar melhor.

- Ser capaz de informar

O conselheiro deve estar bem informado para melhor tratar e dar informações exactas aos utentes/casais.

- Saber escutar

O conselheiro escuta o que o doente diz prestando atenção as palavras e as expressões não verbais do utente.

- Poder compreender

Ele deve compreender os sentimentos, as experiências dos doentes e não fazer juízo moral.

- **Respeitar o utente/casal**

Ele respeita a confidencialidade, a intimidade e a dignidade do utente.

- **Saber tolerar as diferenças sexuais**

Ele adapta-se aos comportamentos e palavras utilizadas no domínio sexual e ao meio. A atitude que adopta ao falar dos problemas ligados ao sexo fará com que os utentes/casais comuniquem mais facilmente com ele.

- **Ajudar a tomar decisões**

Ele ajuda o utente/casal a tomar uma decisão a fim de resolver os seus problemas.

3. AS TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO

As técnicas de comunicação ajudam a estabelecer um bom relacionamento com o utente/casal. Existem dois tipos de técnicas de comunicação:

- As técnicas de comunicação verbal: têm a ver com a nossa forma de falar ao utente e de lhe colocar questões
- As técnicas de comunicação não verbal: é a nossa forma de nos comportarmos frente ao utente.

3.1.As técnicas de comunicação verbal

3.1.1. Colocar questões

- Formular questões de forma educada e respeitosa
- Empregar palavras que o utente/casal compreenda. Evitar a utilização de termos médicos que possam não compreender
- Colocar questões de forma precisa de forma a que o utente/casal saiba exactamente como vos responder
- Não colocar mais do que uma questão de cada vez
- Colocar questões que possuam juízo de valores
- Evitar questões tendenciosas que façam o utente/casal estar de acordo com vocês
- Colocar questões abertas e questões fechadas.

3.1.2 Outras técnicas

Quadro 3. Outras técnicas de comunicação verbal

HABILIDADES	OBJECTIVO	PROPOSTA
1. ENCORAJAMENTO	- Fazer o utente continuar a falar - Ajudá-lo	Sim ? Estou a ouvi-lo continue
2. ORIENTAÇÃO	- Dirigir a conversa perante um paciente confuso que se atrapalha	Vejam os antes de mais isto... Gostaria de saber
3. RESUMO E VERIFICAÇÃO	- Corrigir todo o mal entendido se houver necessidade	Então (resumo) Entendi bem ? É mesmo isso ? (verificação)
4. EMPATIA	- Compreender os sentimentos do utente e dissipar seus receios e inquietude.	Estou a compreender Vejo que isso o inquieta Eu sei o que é
5. RECONFORTO	- Levantar a moral do utente deprimido, desencorajado	A cura é possível se você seguir os meus conselhos Tudo ficará bem
6. CUMPLICIDADE	- Tranquilizar o utente disponibilizando-vos em o ajudar, em vosso nome e no da vossa instituição	Fez bem em vir aqui É o local indicado para tal consulta

3.2 As técnicas de comunicação não verbal

3.2.1. Atitudes práticas.

Elas ajudam a tratar o doente com consideração. Para isto:

- Manter o carácter confidencial da consulta
- Olhar o utente/casal de frente de forma a perceber as emoções chave que vos permitirão reagir convenientemente
- Escutar atentamente o que o utente/casal diz
- Mostrar ao utente que você o escuta inclinando-se ligeiramente sobre ele; ocasionalmente fazer um sinal de cabeça afirmativo para o encorajar
- Evitar estar sentado quando o utente/casal se encontra de pé e estar de pé quando o utente/casal está sentado.
- Não mostrar sinais de impaciência
- Não escrever ou telefonar quando o doente está falando
- Não interromper o utente/casal de forma intempestiva quando ele está falando

3.2.2. Outras atitudes de comunicação não verbal

- Aceitação: Aceitar o utente na sua totalidade
- Respeitar a imagem e a estima que o utente tem de si mesmo
- O silêncio: o surgimento de momentos silenciosos é frequentemente favorável ao processo de aconselhamento.

A chave de um comportamento não verbal eficaz é o de tratar o utente/casal com respeito e lhe prestar toda a sua atenção.

4. TEMAS A ABORDAR DURANTE O ACONSELHAMENTO

As mensagens educativas deverão levar o utente a aderir ao tratamento e a adoptar práticas sexuais de menos risco.

Certas informações essenciais susceptíveis de provocar reacções emocionais devem ser transmitidas somente ao doente.

O conselheiro deve ser capaz de os reconhecer e saber quando as abordar.

O aconselhamento aborda o conhecimento das IST/VIH e sua prevenção:

- As vias de transmissão
- Os sintomas possíveis
- As complicações possíveis
- Os relação entre as IST e o VIH
- Os meios de prevenção
- O tratamento
- O anúncio aos parceiros
- O seguimento

5. AS ETAPAS DO ACONSELHAMENTO

Para assegurar uma boa compreensão, o agente de saúde deve utilizar material de IEC para ilustrar as informações.

As diferentes etapas do aconselhamento são:

5.1. Informar o utente/casal sobre a IST da qual padece e sua consequências

5.1.1. Explicar os modos de transmissão das IST

5.1.2. Descrever as complicações possíveis na falta de tratamento:

Por exemplo:

- Infertilidade
- Doença inflamatória pélvica
- Dores na altura da relação sexual ou de menstruações
- Gravidez ectópica
- Aborto
- Transmissão da doença á criança durante a gravidez ou durante o parto
- Recém-nascido de baixo peso á nascença, malformações
- Cancro dos órgãos genitais
- Cegueira na criança
- Problemas mentais
- Problemas cardíacos
- Amputação do glande, etc.

5.1.3. Explicar o tratamento: medicamentos a tomar, duração do tratamento, efeitos secundários possíveis...etc.

5.1.4. Encorajar o utente/casal a aderir ao tratamento: O tratamento é melhor seguido, logo mais eficaz se os utentes/casais compreenderem a sua doença e a razão pela qual devem aderir ao tratamento.

O conselheiro deve ajudar a melhorar a observância do tratamento dando indicações que o utente/casal possa seguir. Será necessário discutir com o utente/casal os problemas potenciais que poderão comprometer o tratamento (numero de medicamentos, tipo de tratamento, custo, efeitos indesejáveis). O problema da condição financeira, factor maior de observância do tratamento impõe ao agente de saúde a prescrição de forma prioritária, os medicamentos genéricos disponíveis.

5.2 Avaliar o nível de risco do utente/casal e os seus eventuais parceiros (as)

Explicar os comportamentos de risco que levam o utente/casal a se expor ao sangue contaminado, ao esperma, às secreções vaginais ou a lesões genitais. Para isso é preciso avaliar antes o nível de risco.

5.2.1. Avaliar o nível de risco do utente /casal: A avaliação poderá ser feita a partir dos elementos a seguir:

- Os comportamentos sexuais pessoais;
- Os comportamento sexuais do(a) do(a)s parceiro(s)
- O consumo de drogas e/ou álcool;
- O comportamento preventivo do utente (utilização de preservativos limitação de parceiros);
- Outros factores de risco pessoal (infecção pelo VIH, transfusão sanguínea..)

5.2.2. Ajudar o utente/casal a identificar os seus factores de risco: permitir-lhe compreender os riscos aos quais se expõe pelos seu comportamentos sexuais actuais e quais são os comportamentos de baixo risco:

- Reduzir o número de parceiros sexuais;
- Utilizar sistematicamente o preservativo em caso de relações ocasionais;
- Trocar as relações de alto risco com penetração por relações de baixo risco sem penetração.

5.2.3. Ajudar o utente/casal a adaptar o seu comportamento sexual em função da avaliação dos riscos que lhe dizem respeito e os relacionados com o(s) seu(s) parceiro(s).

Trata-se de ajudar o utente/casal a decidir a mudança do seu comportamento sexual em vista a prevenir quaisquer outras infecções. É útil relembrar ao utente/casal os três principais comportamentos de menor risco citados acima.

5.3. Identificar os obstáculos que o utente/casal possa ter de ultrapassar para modificar os comportamentos de risco (costumes, pobreza, sexo, etc.).

O pessoal de saúde deve estar consciente da dificuldade que é fazer alguém mudar de comportamento. Esta dificuldade advém frequentemente de um certo número de obstáculos que é necessário ultrapassar e dentre os quais podemos citar:

- O sexo
- Os costumes

- A religião
- A pobreza, as perturbações sociais e a instabilidade sócio-política.

5.4. Identificar as mudanças que o utente/casal pode e irá fazer ao seu comportamento sexual

Após de ter identificado com o utente/casal os meios de modificar o seu comportamento sexual e tendo examinado com este os obstáculos que se apresentam para fazê-lo, podemos ajuda-lo a determinar qual mudança seria mais fácil adoptar ou a mais eficaz na sua própria vida, e como futuramente efectuar esta mudança. É bom lembrar que a mudança que tem mais probabilidade de realização é aquela que melhor se adapta ao modo de vida atual do utente/casal.

5.5. Informar ao utente/casal sobre a necessidade de tratar o (os) parceiro (os) sexuais

As IST contraem-se nas relações sexuais. Assim é extremamente importante tratar os parceiros sexuais, donde a necessidade de discutir os meios de o conseguir, garantindo sempre a confidencialidade do processo.

5.6. A promoção da utilização do preservativo

- A utilização de preservativos previne a transmissão das IST, abrangendo também a prevenção da infecção pelo VIH, impedindo todo contacto com as secreções genitais.
- O uso do preservativo é particularmente importante se o vosso utente/casal tem relações com mais que um parceiro ou com um parceiro que tenha outros parceiros sexuais.
- Entretanto, não é suficiente saber que os preservativos são importantes. É indispensável educar os pacientes com uma IST sobre a aquisição e a utilização dos preservativos. Todo o utente/casal deverá beneficiar de uma demonstração da utilização de preservativos e deixar a consulta com uma amostra de preservativos.

6. AVALIAÇÃO DO RISCO E ELABORAÇÃO DO PLANO PESSOAL DE REDUÇÃO DO RISCO DAS IST/VIH.

6.1 Avaliação do risco

Para avaliar o nível de risco de um utente, o agente de saúde deve utilizar a ferramenta de avaliação e redução do risco de infecção pelas IST/VIH. Com a ajuda desta ficha o utente responderá a um determinado número de questões. Estas questões são de dois tipos, a saber, aquelas que permitem saber se a paciente está em risco de gravidez não desejada e outras para saber se o doente está em risco de IST/VIH SIDA. No quadro deste Guião, as questões sobre as IST/VIH/SIDA são as mais importantes. O agente de saúde escolherá um local adequado e explicará as condições do interrogatório. As questões que deverá colocar são as seguintes:

- Teve alguma vez relações sexuais sem preservativo?
- Você ou o seu parceiro já teve alguma vez relações sem protecção com outra pessoa?
- Alguma teve uma IST?
- Alguma vez bebeu tanto que não sabia ou não se recordava do que fazia?

Se responder sim a alguma destas questões isto significa que você está exposto(a) ao risco de contrair a infecção do VIH ou outras IST. Contacte o seu agente de saúde local para informações mais detalhadas.

6.2 Elaboração de um plano de redução do risco

A elaboração de um plano de vida saudável consiste em escolher as atitudes que podem diminuir o risco.

O agente de saúde deve então conduzir o utente a saber quais são as atitudes que aumentam o seu risco e em função disso, ajudá-lo a planificar as mudanças necessárias.

Na elaboração do seu plano o doente terá de escolher entre os seguintes elementos:

- Falar aos meus pais, irmãos e irmãs e aos meus amigos sobre as IST e o VIH.
- Falar ao meu parceiro sobre a prevenção das IST/VIH e da gravidez.
- Pedir ao meu parceiro para falar com um agente de saúde sobre a prevenção das IST/VIH.
- Decidir interromper as minhas actividades sexuais até uma idade mais avançada ou até que o meu parceiro e eu próprio tenhamos feito a prova de diagnóstico da infecção VIH.

- Pedir ao meu parceiro para utilizar preservativos.
- Comprar preservativos e tê-los á mão a fim de os poder usar em qualquer altura.
- Decidir ter apenas um único parceiro.
- Evitar o consumo abusivo de álcool a fim de poder controlar as minhas atitudes e acções.
- Decidir terminar a relação com um(a) parceiro(a) no(a) qual eu não tenha confiança ou que me pressione para ter relações sexuais não protegidas.
- Decidir utilizar um preservativo cada vez que eu tiver uma relação sexual mesmo se por acaso eu estiver usando outro método contraceptivo.
- Fazer o teste de diagnóstico da infecção VIH tendo em mente que a maioria das pessoas que fazem o teste não estão infectadas.
- Pedir ao meu parceiro para fazer o teste de diagnóstico da infecção VIH.

CAPITULO V: TRATAMENTO/SEGUIMENTO DOS PARCEIROS

1. IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO/SEGUIMENTO DOS PARCEIROS

Os parceiros sexuais dos doentes com IST estão provavelmente infectados e precisam de quem se encarregue deles. Esta assunção implica o anúncio ou comunicação da IST ao parceiro.

1.1 Definição da comunicação da infecção

O anúncio ao parceiro é o conjunto de actividades de saúde pública que têm por objectivo informar os parceiros sexuais das pessoas com IST ou infectadas com o VIH e oferecer-lhes serviços bem como aconselhá-las relativamente aos riscos que correm.

1.2 Objectivo da comunicação da infecção

- Interromper a cadeia de transmissão das IST, permitindo:
 - Prevenir a reinfeção do doente.
 - Prevenir as infecções secundárias a partir dos parceiros do utente.
- Prevenir as complicações nos parceiros do utente.
- Educar e aconselhar os parceiros que estejam em risco de se infectarem com IST/VIH/SIDA.
- Detectar os casos de IST assintomáticos.

2. PRINCIPIOS DA COMUNICAÇÃO OU ANUNCIO DA INFECCÃO

A liberdade de decisão: A comunicação da infecção deve ser voluntária, não coerciva.

A confidencialidade: o paciente jamais deve ser forçado a revelar informações relativamente aos seus parceiros. A identidade destes parceiros não deve ser nunca divulgada fora do grupo dos agentes de saúde. Ao falar ao parceiro o agente de saúde já não precisará de manter a confidencialidade com ele.

A acessibilidade: a disponibilidade de cuidados para o (s) parceiro (s) deve ser tão completa quanto possível de modo a assegurar o acolhimento, o diagnóstico, o tratamento e o aconselhamento. De nada servirá fazer o anúncio da infecção aos parceiros dos pacientes/casais se não existirem serviços capazes de se encarregarem deles correctamente.

A garantia de qualidade: Um parceiro que procura a estrutura de saúde deverá ser tratado para a mesma IST que o utente inicial. O interrogatório, o aconselhamento e o tratamento do parceiro deverão ser os mesmos que para o paciente inicial.

Não minimizar: O anúncio da infecção deve atender às considerações sexoespecíficas não esquecendo o facto de que as infecções serão diferentes para o doente e para o parceiro de acordo com o seu sexo.

Esta notícia é frequentemente angustiante para muitos pacientes e pode mesmo causar um desgaste emocional importante às pessoas em causa.

As síndromes para os quais o anúncio é prioritário

O anúncio aos parceiros é particularmente importante nos casos seguintes :

- Corrimento uretral no homem
- Ulceração genital
- Cervicite
- Síndrome inflamatório pélvico

No caso da conjuntivite neonatal, a mãe e o seu parceiro devem ser tratados para a Gonorreia e infecção por Clamídia.

A vaginite é menos frequentemente causada por uma IST; a comunicação aos parceiros não é portanto prioritária.

A que parceiros deve ser feita a comunicação da infecção?

- Se possível, a todos os parceiros sexuais que o paciente teve desde há algum tempo (geralmente aconselha-se fazer este anúncio de infecção a todos os parceiros que o doente teve nos últimos 3 meses).
- Nalguns casos é impossível fazer o anúncio da infecção a certos parceiros. É o caso dos trabalhadores do sexo, migrantes, viajantes, etc.

3. ESTRATÉGIAS PARA O ANÚNCIO DA INFECÇÃO.

Há duas formas de entrar em contacto com os parceiros sexuais. Cada uma delas pode ser examinada e adaptada a um quadro particular:

- Anúncio aos parceiros pelo próprio utente.
- Anúncio aos parceiros pelos agentes de saúde.

3.1. O anúncio da infecção aos parceiros pelo próprio utente

O paciente ou utente infectado é encorajado a informar os seus parceiros sexuais da sua possível exposição à infecção.

O utente pode:

- Informar pessoalmente o seu ou seus parceiros.
- Acompanhar o seu ou seus parceiros a uma estrutura de saúde.
- Levar-lhes uma carta convite enviada pelo agente de saúde.

O agente de saúde deve:

- Explicar ao utente porque é que o anúncio da infecção aos parceiros é importante.
- Lembrar ao utente como evitar a reinfeção.
- Ajudar o utente na forma de comunicar ao seu ou seus parceiros.
- Utilizar fichas que relembram a importância do anúncio da infecção.
- Neste método, sendo o utente a trave mestra, é muito importante aconselhá-lo e encorajá-lo mesmo a cooperar, sem dar no entanto a ideia de que se está a obrigá-lo. É preciso insistir com o utente nas vantagens deste método pois que não vai ser preciso ele revelar a identidade do (s) parceiro (s). Por outro lado este método é também vantajoso porque a estrutura de saúde não necessita contratar pessoal suplementar para a localização do (s) parceiro (s). é por isso que o método do anúncio da infecção ao (s) parceiro (s) pelo utente é a mais recomendada.

3.2. O anúncio ao(a) parceiro(a) pelo agente de saúde.

Os agentes de saúde localizam e informam o (s) parceiro (s) sexual (is) obtendo previamente, a concordância e a cooperação do paciente infectado.

O êxito deste método depende de dois elementos:

- A competência do agente de saúde
- A sinceridade do paciente ao dar as informações sobre o (s) parceiro (s).

Os constrangimentos deste método são:

- É preciso ter pessoal especializado.
- É preciso ter recursos financeiros consideráveis.
- Corre o risco do utente considerá-lo uma ameaça á confidencialidade.
- A factibilidade deste método bem como os seus custos deverão ser ponderados antes da sua aplicação.

4. SEGUIMENTO DO (S) PARCEIRO (S)

Ao procurar o estabelecimento de saúde o parceiro passa a ser um paciente.

O seguimento do parceiro tem as seguintes formas :

- Acolhimento, interrogatório, e exame (todavia o exame não é indispensável).
- Tratamento de outras IST eventualmente detectadas.
- Aconselhamento.

A abordagem do parceiro deve comportar os seguintes aspectos:

- Tratar todos os parceiros sexuais do paciente
- Tratar todos os parceiros para a mesma IST
- Tratar todos os parceiros sexuais, mesmo na ausência de sinais ou sintomas de uma IST, como se tivessem a IST do paciente inicial.

Como fazer a abordagem do parceiro dentro da estrutura de saúde? Três casos se configuram:

A. O parceiro é trazido pelo paciente “contacto“

A tarefa do agente está facilitada porque o paciente já se referiu sobre este assunto ao seu parceiro. Ele terá apenas de fazer:

- Cumprimentos de rotina
- Passagem rápida do paciente para o parceiro trazido ao estabelecimento de saúde.
- Referir-se aos riscos que o parceiro corre e que justificam a sua vinda á estrutura de saúde afim de que ele aceite tratar-se.

B. O parceiro apresenta-se na estrutura de saúde com uma carta enviada pelo paciente inicial:

É preciso referir-se ao tratamento do paciente inicial.

Introduzir o problema de forma correcta, sem acusar ninguém e explicar ao parceiro a necessidade de ele ser tratado. Não se deve esquecer de procurar outros eventuais parceiros (muita prudência na gestão das susceptibilidades sobretudo no caso de pessoas casadas).

C. O parceiro é contactado pelo agente de saúde:

Explicar o motivo do contacto, seguindo depois o mesmo caminho que nos casos anteriores fazendo esforços para trazer o parceiro á estrutura de saúde.

CAPITULO VI: DUPLA PROTECÇÃO

1. DEFINIÇÃO DA DUPLA PROTECÇÃO

A dupla protecção consiste em utilizar meios para se proteger quer da gravidez não desejada como também das IST/VIH.

2. ABORDAGENS PARA ASSEGURAR A DUPLA PROTECÇÃO

Para levar à dupla protecção, o indivíduo pode utilizar diferentes abordagens. A abordagem mais certa é a abstinência total, mas como esta é frequentemente inaceitável para indivíduos de todas idades, outras abordagens são possíveis:

2.1. Utilização de um método único (preservativo)

A abordagem pela utilização de um único método consiste em levar os utentes a utilizarem o preservativo (masculino ou feminino) durante qualquer relação sexual. Um preservativo bem utilizado segundo as normas é eficaz na protecção da gravidez não desejada e as IST.

2.2. Utilização combinada de dois métodos

A abordagem para a utilização combinada de dois métodos consiste em encorajar a utilização do preservativo para além de um outro método de contraceção. Este outro método pode ser hormonal, cirúrgico ou mecânico.

2.3. Fidelidade recíproca associado a um método contraceptivo eficaz

Para se proteger contra as infecções, incluindo do VIH, é preconizado nesta abordagem não ter relações sexuais fora de um contexto de fidelidade recíproca. O homem ou a mulher não devem ter relações sexuais fora de um quadro muito íntimo e fechado. Ninguém deve sair deste quadro. Se possível, é recomendável que os membros querendo constituir um casal partilhem as informações sobre o seu estatuto serológico para o VIH. O balanço para procurar outras infecções tendo em vista um tratamento adequado é também recomendável.

Para além destas precauções seria bom utilizar um método contraceptivo eficaz para se proteger contra a gravidez não desejada.

3. VANTAGENS E INCOVINIENTES DA DUPLA PROTECÇÃO

3.1. Vantagens

A dupla protecção tem muito mais vantagens que os diferentes métodos levados a cabo de forma individual. Em geral a dupla protecção:

- Melhora a saúde dos indivíduos e das famílias
- Diminui as despesas ligadas às doenças e à gravidez não desejada

- Implica os dois parceiros, sobretudo o homem na toma de decisão
- Reforça as relações no seio do casal
- Melhora a harmonia na família

3.2. Inconvenientes

Existem inconvenientes mesmo que estes sejam menores em relação às vantagens.

Os principais são:

- A dificuldade de adesão de todos os membros do grupo
- A não disponibilidade de meios em qualquer altura
- A aprendizagem da utilização dos métodos
- A possibilidade de efeitos secundários dos métodos utilizados

4. INDICAÇÕES DA DUPLA PROTECÇÃO

A dupla protecção é um método necessário para todos os indivíduos sexualmente activos fora dos desejos de maternidade. Ela aplica-se:

- Ao homem a partir da adolescência
- À mulher da adolescência até a menopausa. Após a menopausa o programa de protecção visa as IST/VIH/SIDA dado que a possibilidade de gravidez está descartada.

A dupla protecção é muito útil nas seguintes circunstâncias:

- Na adolescência
- No celibato
- Nas situações de migração ou de promiscuidade ligadas a um conflito ou catástrofe natural
- No afastamento da residência
- Na prostituição
- Nos riscos de relações ocasionais

5. ESTRATEGIAS DE DUPLA PROTECÇÃO

A dupla protecção não é um assunto de uma só pessoa, é uma questão de casal.

Para o conseguir é necessário:

- Analisar a sua própria situação, as suas relações sexuais e aquelas do(a) seu/sua parceiro(a)
- Discutir estes problemas das relações sexuais com o seu (sua) parceiro(a)
- Levar o(a) parceiro(a) a tomar consciência da realidade das IST/VIH/SIDA
- Explicar a importância da dupla protecção
- Estar de acordo que a dupla protecção pode nos proteger assim como aos nossos parceiros
- Aprender a utilizar o preservativo (os dois membros do casal)
- Persuadir o(a) parceiro(a) da utilidade do uso do preservativo
- Fidelidade mútua
- Obter a participação do parceiro
- Assegurar que nem um nem outro tenham uma IST

CAPITULO VII: REGISTO E NOTIFICAÇÃO DOS CASOS

1. DEFINIÇÕES

1.1. **O registo dos casos** é a conservação dos dados obtidos através da inscrição num registo, das pessoas que foram tratadas para IST no seio duma estrutura de saúde, a fim de que estes dados sejam colectados e transmitidos às autoridades sanitárias para tratamento. Este registo faz-se no momento das consultas e exames de laboratório. É necessário registar tantas vezes quantas o utente se apresente na estrutura de saúde.

1.2. Entende-se por **notificação do caso** ao processo pelo qual o agente de saúde ou os laboratórios assinalam os casos de doenças às autoridades de saúde pública.

1.3. Entende-se por **vigilância** a colecta, a compilação, a análise permanente dos dados, e a comunicação dos resultados às pessoas que destes necessitem para prosseguir as acções empreendidas

1.4. Incidência e prevalência:

Após a compilação e tratamento os dados são apresentados de acordo com as taxas de incidência e prevalência.

1.4.1 A incidência

A incidência de uma doença é o número de casos novos desta doença que ocorrem numa dada população (exposta ao risco) durante um dado período.

A taxa de incidência é o número de casos novos dividido pelo número de indivíduos da população em causa.

TAXA DE INCIDÊNCIA	
$\frac{\text{Numero de novos casos/ano} \times 100}{\text{População exposta ao risco}}$	
Exemplo : 46 novos casos de uretrite em 1 ano num campo militar de 500 homens adultos	
$\frac{46 \times 100}{500} = 9,2 \%$	

A incidência mede melhor as doenças de evolução curta com cura completa. As IST tais como a Gonorreia fazem parte desta categoria.

1.4.2 A prevalência

A **prevalência** corresponde ao número de casos (novos e velhos) de uma doença existente num dado momento numa determinada população (exposta ao risco).

A **taxa de prevalência** é o número de velhos e novos casos de uma doença existente num momento determinado a dividir pela população exposta ao risco.

TAXA DE PREVALÊNCIA
$\frac{\text{Numero de casos (velhos e novos)} \times 100}{\text{População exposta ao risco}}$
Exemplo : 30 casos de sífilis em 651 mulheres em 1993 na consulta de PF
$\frac{30 \times 100}{651} = 4,6 \%$

A prevalência aplica-se melhor às doenças de evolução prolongada ou incuráveis tais como a sífilis, a infecção pelo VIH, etc.

2. O REGISTO DOS CASOS

2.1. Porquê o registo dos casos de IST?

O registo e a notificação dos casos:

- Permitem a cada estrutura de saúde identificar as tendências relativas à frequência e à incidência das IST.
- Permite á estrutura de saúde avaliar as suas necessidades em recursos (medicamentos, reagentes, material para exame, equipamento, pessoal, etc.) para assegurar a abordagem sindrómica dos casos de IST.
- Permite avaliar o impacto das estratégias de luta contra as IST.

2.2. O que registar?

- **Casos:** cada caso de IST deve ser registado enquanto caso
- **Episódio:** uma pessoa pode ter um ou vários episódios de IST
- **Caso índice:** utente com IST tratado(a) na estrutura de saúde a partir do qual se identificam um(a) ou vários (as) parceiros (as)

- **Contacto:** utente com IST identificado e tratado na estrutura de saúde a partir de um caso índice conhecido.

Exemplo dos dados de base a registar

1. Data
2. Numero de ordem
3. Nome e apelido
4. Bairro, localidade, Concelho
5. Profissão
6. Idade
7. Sexo
8. Sintomas
9. Tratamento
10. Observação
11. Síndrome
12. Data do próximo encontro
13. Nome do agente de saúde

3. SISTEMAS DE NOTIFICAÇÃO

Os sistemas de vigilância podem basear-se nas notificações feitas pelos médicos, nos relatórios dos laboratórios, nos programas de despistagem, nos inquéritos epidemiológicos. Em geral, estes diferentes métodos são combinados.

<p>NOTIFICAÇÃO SINDRÓMICA.</p> <p>Pode ser utilizada em qualquer parte , mas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - correlação fraca entre sindroma/IST (corrimento vaginal) - Diversidade de causas das IST (ulcerações genitais) 	<p>NOTIFICAÇÃO ETIOLÓGICA</p> <p>É necessário ter um laboratório</p>
<p>NOTIFICAÇÃO UNIVERSAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Todos os estabelecimentos estão implicados (públicos/privados) - Necessita regularidade e trabalho exaustivo. <p>Constrangimentos :</p> <p>Ignora os doentes que não utilizam o sistema formal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os médicos do sector privado têm pouca tendência para notificar . - A definição dos casos e os métodos diagnósticos não são em todos os locais os mesmos . 	<p>NOTIFICAÇÃO SENTINELA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Só algumas estruturas são escolhidas . - Informações mais completas . - Critérios de selecção . - Permite verificar a qualidade da notificação universal

A diversidade dos agentes de saúde que se encarregam dos utentes com IST (especialistas, generalistas, parteiras, enfermeiros, agentes sanitários de base) multiplica as fontes de notificação. À excepção dos centros especializados onde é suposto haver um processo para cada doente, a maioria das estruturas só dispõe de um registo onde estão inscritos todos os doentes que vêm à consulta qualquer que seja a sua doença. A notificação deve fazer-se numa ficha de notificação (em anexo)

Todos os agentes de saúde devem utilizar a notificação sindrómica

4. A VIGILÂNCIA tem por objectivos:

- Obter dados epidemiológicos a fim de definir a amplitude e as tendências do problema das IST e a sua distribuição no tempo, no espaço e nas populações.
- Identificar grupos de população que têm uma incidência elevada das IST e onde as intervenções são prioritárias.
- Avaliar as necessidades em recursos (medicamentos, reagentes, material de exame, equipamento, pessoal, etc.) para permitir uma boa planificação das intervenções de controle das IST.
- Identificar agentes patogénicos específicos das IST e a sua importância relativa a nível local e regional.
- Medir o impacto das intervenções clínicas curativas, da despistagem e da educação para a saúde com vista a modificar os comportamentos sexuais.

CAPITULO VIII : GESTÃO DE MEDICAMENTOS, DE KITS, DE CONSUMÍVEIS E DE PRESERVATIVOS

Introdução

Uma boa abordagem sindrómica das IST acompanha-se sempre de uma boa gestão dos medicamentos, dos kits, dos consumíveis e dos preservativos.

Para uma boa gestão destes produtos, é necessário um bom sistema logístico em que o objectivo é o de satisfazer o consumidor. Esquemáticamente podemos chamar este princípio de regra dos seis bons:

- Bons produtos
- Em boa quantidade
- Em boas condições
- No local adequado
- Na altura certa
- A preços acessíveis

1. DEFINIÇÕES DOS TERMOS

Gestão: É o processo que consiste em manter o stock de cada medicamento a um nível adequado e garantir a disponibilidade efectiva de todos os medicamentos a cada momento.

Stock: Um stock é uma quantidade de produtos acumulados á espera de utilização posterior.

Stock de segurança: Ainda chamado de nível mínimo ou stock tampão ou reserva, é a quantidade de medicamentos necessária para evitar rupturas de stock.

Medicamentos essenciais: São medicamentos que satisfazem as necessidades de saúde da maioria das populações. Eles são eficazes, disponíveis, apresentados sob uma forma farmacêutica apropriada e de boa qualidade. Eles custam menos caro e apresentam poucos efeitos indesejáveis.

Medicamentos essenciais genéricos: Um medicamento essencial genérico (MEG) é uma cópia de um medicamento essencial cuja licença de exploração tenha expirado. Ele é designado sob a denominação comum internacional (D.C.I.) e pode ser fabricado por qualquer fabricante. Diz-se que caiu no domínio público.

Consumo mensal médio (CMM): É a quantidade média de medicamentos/preservativos que é distribuída aos utilizadores por mês.

Pedido de urgência: Pedido não habitual passado quando se acredita haver ruptura de stock antes do próximo pedido habitual.

Demora de entrega: O intervalo de tempo entre o momento em que são feitos os pedidos e o momento em que são recebidas e estão disponíveis para utilização.

Distribuição: A distribuição de um produto faz-se através de um ponto de distribuição de medicamentos/preservativos, de uma clinica, de um distribuidor comunitário, etc. A análise dos dados sobre a distribuição é correntemente utilizada para estimar as necessidades de aprovisionamento.

Fichas de stock: Formulários de inventário frequentemente tidos para seguir os movimentos de stock de medicamentos/preservativos.

Intervalo de pedido: Intervalo de tempo entre o exame dos níveis de stock para determinar se é necessário fazer um pedido. Igualmente conhecido sob o nome de <<período de estimativa das necessidades ou intervalo de reaprovisionamento >>.

Pipeline: fluxo de produto do fabricante ao consumidor.

Primeiro a passar de prazo/primeiro a sair: Método de gestão das provisões num depósito ou loja assegurando-se que o stock que expira mais rapidamente escoce antes do stock mais recente.

Stock máximo: A quantidade de medicamentos, Kits, consumíveis ou preservativos, acima da qual os níveis não deverão ser aumentados, em condições normais. As encomendas de stock rotineiras deverão representar a quantidade necessária para tornar a levar o stock a esse nível.

Requisição: Pedir ou encomendar os produtos por meio dos canais apropriados do programa ou das fileiras de distribuição.

Ruptura de stock: Esta situação acontece quando o depósito já não possui stock para um determinado produto.

Sistema de alocação: Sistema onde as decisões relativas ao momento e à quantidade das saídas são tomadas pelo nível administrativo superior ou pelo exterior.

Sistema de requisição: Sistema onde as decisões relativas à quantidade de saídas são efectuados pelo nível administrativo inferior. Igualmente chamado de sistema de “encomenda sob demanda”.

Limiar ou stock de alerta: É a quantidade do stock de produtos a partir da qual deve-se efectuar uma requisição a fim de evitar uma ruptura de stock.

2. AS ETAPAS DE GESTÃO

Distingue-se seis grandes etapas de gestão:

- A determinação da quantidade necessária ou estimativa das necessidades
- A requisição
- O transporte e a recepção
- O armazenamento e a conservação
- A distribuição
- A avaliação e o controle

3. AS PRINCIPAIS FERRAMENTAS DE GESTÃO

São instrumentos que oferecem informações sobre a gestão. Sendo actualizados correctamente, permitem uma gestão racional.

- Para a gestão do stock é preciso:

- A ficha de stock
- A lista de encomendas
- Nota discriminativa de entrega

- Para a gestão financeira:

- O recibo/factura
- O caderno de tesouraria
- O caderno de vendas diárias
- O livro de seguimento do valor financeiro
- A ficha de inventário
- O cheque

4. DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES EM MEDICAMENTOS KITS, CONSUMÍVEIS E PRESERVATIVOS

É muito importante saber como determinar as quantidades de produtos necessários. Para fazê-lo utiliza-se as fórmulas de base seguintes:

- O consumo médio mensal (CMM)
- O mês de stock disponível (MSD)
- A quantidade a encomendar (QaE)

Cálculo das fórmulas:

CMM = Consumo total dos seis primeiros meses, divididos por 6 ou

CMM = Consumo total dos três primeiros meses, divididos por 3

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - É necessário utilizar os dados sobre a quantidade distribuída aos utentes e não as quantidades expedidas . Estes dados devem estar disponíveis a todos os níveis - A CMM calcula-se para cada produto em stock - Arredondar a CMM por excesso para que o produto seja guardado adequadamente - A determinação da CMM deve ter em conta os meses que não são típicos. Estes meses devem ser omitidos no cálculo. |
|--|

O **MSD** = Stock disponível e utilizável, dividido pelo CMM.

- O MSD calcula-se para cada marca de produto.
- Para determinar o stock disponível deve –se proceder a um inventário físico sistemático qualquer que seja o nível do pipeline .
- Na determinação do MSD não se deverá incluir os produtos estragados ou fora de prazo .

A **QaE**

Para calcular a QaC são precisos 4 etapas:

1. Calcular a CMM
2. Determinar o stock máximo, multiplicando a CMM pelo número de meses máximo segundo o nível do pipeline
3. Subtrair o stock disponível e utilizável do stock máximo

QaE = stock máximo – stock disponível e utilizável

Stock máximo = CMM x o numero de meses máximo

- O stock disponível e utilizável é dado por meio de um inventário físico e não inclui os produtos danificados ou fora de prazo.
- Sempre arredondar a QaE por excesso .

5. CONDIÇÕES DE UM BOM ARMAZENAMENTO

- Limpar e desinfetar regularmente o depósito
- Acondicionar os medicamentos , kits , consumíveis e preservativos num local seco , bem iluminado , bem ventilado , e ao abrigo da luz directa do sol .
- Garantir que não haja fuga de água no local
- Garantir que o material contra incêndios esteja disponível e acessível
- Acondicionar as caixas de preservativos longe de motores eléctricos e de luzes fluorescentes .
- Empilhar as caixas de medicamentos , de kits , de consumíveis , e de preservativos sobre paletas ou estantes a 10 cm acima do solo, a 30 cm dos muros e de outros obstáculos e verificar que não ultrapassem 2,5 m de altura .
- Colocar as caixas de maneira a que as etiquetas de identificação , as datas de validade e as datas de fabrico sejam bem visíveis.
- Dispor os medicamentos , os kits , os consumíveis e os preservativos de forma a facilitar o sistema “primeiro a expirar, primeiro a sair” , a contagem dos produtos e a sua gestão geral.
- Armazenar separadamente os medicamentos , os kits , os consumíveis e os preservativos longe dos insecticidas , dos produtos químicos , de dossiers velhos , de mobília do serviço e de qualquer outro material .
- Proceder á separação e/ou destruição de produtos danificados ou fora de prazo conforme as normas em vigor.

8.6 AS TAREFAS DO GERENTE DE FARMÁCIA

6.

6. AS RESPONSABILIDADES DO GERENTE OU RESPONSÁVEL DE FARMÁCIA

O gerente, o responsável da formação sanitária, o guarda, o tesoureiro e o presidente do comité de gestão são implicados na gestão do depósito para um funcionamento eficaz.

1. Encomendar os medicamentos, os kits, os consumíveis, e os preservativos em acordo com o responsável da formação sanitária.
2. Receber a entrega dos medicamentos, os kits, os consumíveis, e os preservativos encomendados.
3. Verificar no decurso da entrega a quantidade entregue comparando-a com a quantidade encomendada.
4. Reacondicionar os medicamentos, os kits, os consumíveis, e os preservativos para a venda a retalho.
5. Assegurar o armazenamento dos medicamentos, os kits, os consumíveis, e os preservativos nas condições prescritas.
6. Actualizar as fichas de stock.
7. Servir os medicamentos, os kits e os preservativos aos utentes.
8. Explicar o conteúdo da receita aos doentes.
9. Registar os medicamentos, os kits, e os preservativos no caderno de vendas diárias. Ele recebe as receitas diariamente e no final do mês faz-se o total.
10. Entregar ao tesoureiro as receitas do armazém de acordo com a periodicidade definida.
11. Ter actualizado os outros instrumentos de gestão importantes na sua área. Ele conserva e tem á disposição do tesoureiro os documentos necessários ao controle e supervisão.
12. Participar no inventário periódico do armazém
13. Assegurar a manutenção (higiene) do armazém.
14. Participar na segurança do armazém em colaboração com o comité de gestão.

Na ausência do gerente o armazém deve estar fechado.

NB: As portas e janelas de uma farmácia ou de um armazém devem estar protegidos com grades de ferro.

CAPITULO IX: PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES

Introdução

A norma para a prevenção das infecções (PI) em matéria de IST baseia-se no princípio de que cada pessoa (utente ou pessoal de saúde) está infectado e por conseguinte pode transmitir a infecção a uma outra pessoa.

A prevenção da infecção assegura a protecção dos utentes e do pessoal de saúde, incluindo o pessoal de manutenção e de limpeza. Contribui para manter um ambiente de trabalho sem infecção e evita assim a propagação das doenças.

Prevenir a infecção consiste muitas vezes em colocar uma barreira entre a pessoa e o micro organismo.

Estas barreiras são dispositivos físicos, mecânicos ou químicos que ajudam a prevenir a propagação dos agentes infecciosos de uma pessoa para outra.

1. DEFINIÇÃO DOS TERMOS

A PREVENÇÃO DA INFECÇÃO é o conjunto dos métodos utilizados para diminuir os riscos de infecção devidos aos microorganismos patogénicos, e prevenir a transmissão de doenças graves e mortais como a Hepatite B e o VIH/SIDA.

Para a prevenção da infecção vários métodos podem ser utilizados:

A **ASSÉPSIA** é o conjunto de técnicas utilizadas para impedir a penetração dos microorganismos num organismo aonde eles podem desencadear um infecção.

A **ANTISSÉPSIA** consiste em prevenir a infecção destruindo ou inibindo o crescimento dos microorganismos que se encontram na pele ou noutros tecidos do corpo.

A **DESINFECÇÃO** consiste em tornar os objectos infectados menos perigosos ao serem manipulados pelos profissionais. Reduz o número de microrganismos nos equipamentos e em outros artigos mas não os elimina completamente.

A **LIMPEZA** permite retirar fisicamente todo o sangue, líquidos orgânicos ou outras matérias estranhas visíveis a olho nu que se encontram na pele ou nos objectos.

A **DESINFECÇÃO DE ALTO NÍVEL (DAN)** por fervura pelo vapor ou utilizando produtos químicos elimina todos os microorganismos excepto certos endosporos por exemplo o bacilo tetânico ou o bacilo de Koch.

A **ESTERLIZAÇÃO**: permite eliminar todos os microrganismos mesmo os endosporos.

2. AS DIFERENTES ETAPAS DA PREVENÇÃO DAS INFECÇÕES

2.1 A lavagem das mãos

A lavagem das mãos antes e depois de examinar cada paciente é a medida mais importante de prevenção das infecções. Consiste em esfregar vigorosamente as mãos previamente ensaboadas durante 15 a 30 segundos e a lavá-las em seguida sob um jacto de água. Isto faz desaparecer a maioria dos microrganismos e torna-os inactivos.

As mãos são em seguida secadas com uma toalha limpa ou ao ar livre.

2.2 Barreiras protectoras:

2.2.1. O uso das luvas

As luvas de exame ou as luvas cirúrgicas desinfectadas a alto nível devem ser utilizadas pelo pessoal no decurso de qualquer exame. O pessoal encarregado da limpeza deve utilizar luvas de uso doméstico limpas durante o tratamento dos instrumentos, dos equipamentos, das roupas, na manipulação dos lixos e na limpeza das superfícies contaminadas.

2.2.2. A utilização de soluções anti-sépticas.

As infecções podem ser causadas pelos microrganismos da pele do doente ou pelas mãos dos agentes de saúde. Lavar as mãos antes e depois de cada exame e limpar a pele do doente com uma solução anti-séptica ajudam a prevenir as infecções. Numerosos produtos químicos são anti-sépticos eficazes. São exemplos o álcool etílico a 60° ou a 90°, o gluconato de clorexidina (4 %), produtos iodados em concentrações variadas, etc.

2.2.3. O uso de roupas e dispositivos apropriados.

Logo que exista a possibilidade de contacto com sangue ou líquidos orgânicos, o uso de roupas e dispositivos apropriados (batas, óculos de protecção, máscaras, e aventais em plástico) está indicado.

3. TRATAMENTO DOS INSTRUMENTOS, LUVAS E OUTROS ARTIGOS:

Este tratamento comporta as fases seguintes:

3.1 A desinfeção:

Consiste na imersão durante 10 min. numa solução clorada a 0,5 % dos objectos contaminados. Esta imersão por si só torna estes objectos menos perigosos durante a limpeza. As grandes superfícies sujas (mesa de exame, cama, etc.) devem ser desinfectadas pela limpeza com a mesma solução clorada ou com o fenol a 1 ou 2 %.

3.2 Limpeza e a lavagem

A limpeza é uma fase capital se se quiser dispor de instrumentos e de material que não apresentem nenhum perigo de infecção.

3.3 Desinfeção de alto nível ou esterilização

Depois da desinfeção e limpeza os instrumentos podem ser desinfectados pelo calor seco (estufa) ou pelo calor húmido (autoclave). Na falta de esterilização pode utilizar-se a desinfeção de alto nível com a solução clorada a 0,5 % durante 20 min. ou pela fervura durante 20 min.

4. EVACUAÇÃO E ELIMINAÇÃO DOS LIXOS E OBJECTOS CONTAMINADOS.

Colocar os objectos pontiagudos ou cortantes (agulhas, lâminas de bisturi, etc.) em recipientes imperfuráveis. Eliminar os lixos quer por incineração quer por enterramento.

5. PREPARAÇÃO DA SOLUÇÃO CLORADA A 0,5 %

Preparação de uma solução clorada a 0,5 % para a desinfecção a partir duma solução concentrada.

$$\text{Parte de água} = \frac{\text{Percentagem da solução concentrada}}{\text{Percentagem desejada}} - 1$$

Exemplo : preparar uma solução de cloro a 0,5 % a partir de uma solução concentrada de água de clorada a 5 % (Lixívia) .

$$\text{Parte de água} = \frac{5}{0,5} - 1 = 10 - 1 = 9$$

Utilize portanto 9 partes de água ás quais junta 1 parte da solução concentrada de lixívia.

BIBLIOGRAFIA

1. La prise en charge des IST Guide du formateur WHO/ASD/96.5
2. La prise en charge des IST Cahier d'exercices 1 Introduction au programme et la transmission et la prévention des IST/VIH WHO/ADS /96.5
3. La prise en charge des IST Cahier d'exercices 2 L'utilisation des algorithmes dans La prise en charge syndromique WHO/ADS/96.5
4. La prise en charge des IST Cahier d'exercices 3 L'interrogatoire et l'examen WHO/ASD/96.5
5. La prise en charge des IST Cahier d'exercices 4 Le diagnostic et le traitement WHO/ADS/96.5
6. La prise en charge des IST Cahier d'exercices 5 L'éducation des patients WHO/ADS/96.5
7. La prise en charge des IST Cahier d'exercices 6 La prise en charge des partenaires HOW/ADS/96.5
8. La prise en charge des IST Cahier d'exercices 7 L'enregistrement et plan de développement WHO/ADS/96.5
9. Prendre en charge les IST dans le contexte de la planification familiale en Côte d'Ivoire ; Cahier du formateur PNLS/IST/TUB JHPIEGO(draft)
10. Prendre en charge dans le contexte de la planification familiale en Côte d'Ivoire ; Carnet de stage pour les participants PNLS/IST/TUB JHPIEGO(draft)
11. Prise en charge des IST dans le contexte de la planification familiale et de la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire PNLS/IST/TUB JHPIEGO(draft)
12. Guide de prise en charge syndromique IST du Sénégal
13. Guide de prise en charge syndromique IST du Niger
14. Module de formation des formateurs en IST du Niger
15. Guide thérapeutique de prise en charge des cas d'IST dans la zone d'intervention du Project PN28 du Cameroun
16. Guide nationale de prise en charge des IST 1999 du Togo
17. Guide nationale de prise en charge des IST du Burkina Faso
18. Guide nationale de prise en charge des IST de La République de Guinée
19. Algorithmes de prise en charge des IST extraits du Guide thérapeutique Nationale de Mauritanie
20. Politique nationale de prise en charge des maladies sexuellement transmissible 1996 (document non publié)
21. Algorithme nationaux de prise en charge des MST au Cameroun –1996 (document non publié)
22. La lute contre les maladies sexuellement transmissible OMS-Genève 1986
23. Prise en charge des patients atteints des maladies sexuellement transmissible. Rapport d'un group d'études de l'OMS № 810-Genève 1991

24. Siboulet et Co – maladies sexuellement transmissibles . Edition Masson – Paris – 1984.
25. La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles. Un manuel pour les laboration et la gestion des programmes. AIDS AP/FAMILY HEALTH international
26. Prévention des infections : guide pratique à l'intention des programmes de planification familiale. JHPIEGO – International planned parenthood federation 1999
27. Prévention des infections : Cahier de stage à l'intention du formateur. JHPIEGO.Octobre 1999
28. Norme et procédure pour la prise en charge des IST. Document générique pour l'Afrique de l'Ouest du Centre SFPS/JHPIEGO – avril 2002
29. Guide de prise en charge des IST autres que le VIH/SIDA pour l'Afrique de l'Ouest et du centre. SFPS /CEFOREP/2001
30. Guide du superviseur : Formation sur le site –SFPS avril 2002
31. Guidelines for de managements of sexually transmitted infections. OMS 2001
32. Competence en communication enter personnel en Aconselhamento en matière d' IST/VIH/SIDA.Manuel de référence –CEFA juillet 2002
33. Doenças sexualmente transmissíveis (DST). Manual de bolso. Coordenação Nacional de DST e Aids/Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde – Brasília – Brasil, 2000.

ANEXOS: FICHA DE REFERÊNCIA E DE CONTRA REFERÊNCIA DE CASOS DE IST

I - Parte a conservar no centro

Nº de referência ou encaminhamento: Nº do cartão

Nome e apelidos do utente: _____
Motivo de referência: _____ local de referência: _____
Data de referência _____

II – FICHA DE REFERÊNCIA (remeter ao utente para o centro de referência dobrado e fechado se necessário)

Concelho: _____
Formação sanitária de: _____
Qualificação do clinico ou do agente social: _____

Nº de referência ou encaminhamento:

Nome e apelido do paciente: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Local de residência: _____
Estado civil: _____ Profissão: _____
Motivo de consulta: _____
Avaliação clinica solicitada: _____
Motivo de referência: _____
Data da consulta: _____ Data da referência: _____
Local da referência: _____
Nome e qualificação do agente de referência: _____
Assinatura: _____

III – FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (a ser reenviada ao centro inicial que fez a referência)

Nº de referência ou encaminhamento: Nº do cartão:

Nome e apelido do paciente: _____
Concelho: _____
Formação sanitária de: _____
Qualificação do clínico ou do agente social: _____
Avaliação clínica solicitada: _____
Diagnóstico: _____
Tratamento aplicado: _____

Data de consulta: ____/____/____ Nome e assinatura

FICHA DE CONVITE AOS PARCEIROS

Nº Índice

O Senhor ou a Senhora está convidado(a) a se apresentarem no centro:.....
..... por razões de saúde que vos interessa.

Pedir para falar com o(a) Dr. (a), Enfermeiro (a),

Horário de visita de segunda-feira a sexta-feira

- Manhã:.....
- Tarde:.....

Obrigado pela vossa compreensão

O responsável do centro

Data: ____/____/____

.....

FICHA DE SEGUIMENTO

DURANTE OS SEIS (6) ÚLTIMOS MESES (1,2,3, ...Designando os meses)
Precisar o Mês, Número 6=.....

SINDROMES	Consultados (homens + mulheres)						TOTAL	Curados (homens + mulheres)						TOTAL
	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6	
1. Corrimento uretral														
2. Corrimento vaginal														
3. Ulceração genital														
4. Tumefacção doloroso do escroto														
5. Dores pélvicas														
6. Vegetações venéreas														
7. Conjuntivite purulenta do recém-nascido														
8. Bubão inguinal														

9. Esterilidade														
10. outros.....														

Local:.....DATA...../...../.....



MINISTERIO DA SAÚDE
Direcção-Geral de Saúde
Serviço de vigilância epidemiológica

Modelo A – 2

(Este formulário deve ser enviado à Delegacia de Saúde até o dia 5 do mês seguinte)

Formulário de notificação mensal das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Da Estrutura de Saúde de _____ Localidade _____

Para a Delegacia de Saúde _____

ANO _____ Mês _____

Doença/Síndromas	Corrimento		Úlcera genital		Vegetação venérea	
	M	F	M	F	M	F
Grupos etários						
0 – 1 1meses						
1 – 4 anos						
5 a 14 anos						
15 – 24 anos						
25 e mais anos						
Idade desconhecida						
Total						

Análise e interpretação

Conclusões, ações tomadas e recomendações:

Relatório

Enviado por : Nome (legível) _____ Data: _____
/ /

Recebido por: Nome (legível) _____ Data: _____
/ /



MINISTERIO DA SAÚDE
Direcção-Geral de Saúde
Serviço de vigilância epidemiológica

Modelo B - 2

(Este formulário deve ser enviado ao Serviço de Vigilância Epidemiológica até o dia 10 do mês seguinte)

Formulário de notificação mensal das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)

Da Delegacia de Saúde _____ Mês _____ ANO _____

Doença/Síndromas	Corrimento		Úlcera genital		Vegetação venérea	
	M	F	M	F	M	F
Grupos etários						
0 – 1 1meses						
1 – 4 anos						
5 a 14 anos						
15 – 24 anos						
25 e mais anos						
Idade desconhecida						
Total						

Número de estruturas que devem notificar _____
Número de estruturas que notificaram atempadamente _____
Número de estruturas que notificaram tardiamente _____

Análise e interpretação

Conclusões, acções tomadas e recomendações:

Relatório

Enviado por : Nome (legível) _____ Data: _____
/ /

Recebido por: Nome (legível) _____ Data: _____
/ /