

Considerações básicas sobre DST

NOTA DO EDITOR

O controle das DST se baseia em quatro conceitos principais: 1) educação das pessoas em risco sobre os modos de transmissão da doença e os meios para reduzir o risco da transmissão; 2) detecção da infecção em pessoas assintomáticas e em pessoas sintomáticas que não são prováveis de solicitar um diagnóstico e tratamento; 3) diagnóstico e tratamento eficaz das pessoas infectadas, e 4) avaliação, tratamento e assessoramento para os parceiros sexuais das pessoas com DST. Estas considerações tratam principalmente dos aspectos clínicos do controle das DST, a prevenção das DST se baseia primariamente na troca dos comportamentos sexuais que representam um risco para os pacientes.

Considerações clínicas

Para as pessoas que solicitam serviços sanitários para avaliar uma DST, os cuidados adequados consistem nos seguintes componentes (em ordem temporal pode variar, segundo o caso e diagnóstico):

- história
- avaliação dos riscos médicos e comportamentais
- exame físico
- provas de laboratório
- diagnóstico
- terapia curativa ou paliativa
- assistência e educação:
 - episódio atual da DST

- prevenção de futuros episódios
- comunicação do caso quando for necessário
- identificação, notificação e abordagem do parceiro sexual.
- seguimento clínico quando proceder.

Para as pessoas que solicitam serviços sanitários por outros motivos, mas que tenham risco de contrair uma DST*, deve ser realizado o seguinte como parte da atenção médica rotineira:

- valorização do risco de contrair DST.
- exame físico baseado nos sintomas.
- busca de infecções assintomáticas.

Em situações especiais, como nas visitas pré-natais, agressões sexuais, maltrato infantil e abortamento, o exame de DST poderia ter maior impacto para prevenir as complicações das DST.

Emitir diretrizes específicas para cada situação está mais além do âmbito

**As pessoas com risco de contrair uma DST incluem pessoas com atividade sexual, menores de 25 anos, as que tenham vários parceiros sexuais durante os seis meses precedentes e aquelas com história de DST. Além disso, deve-se avaliar as prostitutas, pessoas em contato com prostitutas, usuários de drogas e pessoas em cárceres, que apresentam uma taxa elevada de DST.*

destas considerações. Não obstante, quando for possível, deverão ser efetuadas as seguintes provas de laboratório:

- Prova de anticorpos do VIH (avaliação e prova de confirmação).
- Sorologia para sífilis (prova de confirmação de treponemas).
- Cultura para *N. gonorrhoeae*.
- Cultura ou prova de antígenos de *C. trachomatis*.
- Microscopia com coloração Gram, preparada de secreções vaginais.
- Microscopia em campo escuro para *Treponema pallidum*.

O diagnóstico de uma DST deve ser considerado como um "aviso" que reflete uma atividade sexual não protegida. Os pacientes com uma DST podem contrair outra. Portanto, deverá ser examinada a possível existência de outras DST, incluindo a sífilis, sorologia de VIH (se não foi efetuada nos três meses anteriores), provas para gonorréia e chlamydia nos lugares adequados, e um exame físico. Deverá ser aconselhado às mulheres que devem prevenir gravidez não desejada e que não utilizam anticoncepcionais. As clínicas que proporcionam serviços de DST deveriam dispor de anticoncepcionais e testes de gravidez, assim como de testes anuais de colpocitopatologia oncológica.

Prevenção primária

As clínicas e médicos que tratam

de pacientes como DST deveriam dispor de recursos para educar os pacientes sobre os riscos e comportamentos. A valorização dos comportamentos é uma parte integral da história das DST, e dever-se-ia informar aos pacientes sobre os meios para diminuir seu risco de contrair DST, incluindo a abstinência, eleição cuidadosa do parceiro, preservativos e espermaticidas e exames periódicos. As recomendações específicas da avaliação dos comportamentos e os conselhos estão mais além do âmbito destas diretrizes.

Preservativos e espermaticidas

Toda clínica que proporcione serviços clínicos para DST deveria dispor de preservativos e espermaticidas. Também deveria proporcionar informação sobre seu uso correto. Ainda que os preservativos não proporcionem uma proteção absoluta contra qualquer infecção, se utilizados adequadamente reduzem o risco de infecção. O CDC (USA) e outras organizações sanitárias têm emitido recomendações para a utilização adequada dos preservativos (Tabela 1).

Tabela 1 — Recomendações sobre o uso de preservativos

1. Devem ser utilizados preservativos de látex pois oferecem maior proteção contra o VIH e outras DST que os preservativos de membranas naturais.
2. Os preservativos devem ser guardados em lugares frescos e secos, fora da luz solar direta.
3. Não devem ser utilizados preservativos em embalagens rotas ou com sinais claros de violação (p. ex., quebradiços, pegajosos ou descolorados). Não se pode confiar que previnem uma infecção ou gravidez.
4. Devem ser manejados com cuidado os preservativos para prevenir roturas.
5. Deve-se colocar o preservativo antes de qualquer contato genital para prevenir a exposição a fluidos que contenham agentes infecciosos. Colocar no pênis ereto, deixando espaço na ponta para armazenar o sêmen, mas assegurando que não tenha

entrado ar na ponta do preservativo.

6. Só devem ser utilizados lubrificantes com base aquosa. Não devem ser utilizados lubrificantes com base de vaselina ou azeites (como vaselina, azeites comestíveis, manteiga e loções), e que debilitam o látex e poderiam causar roturas.
7. O uso do preservativo com germicida pode proporcionar certa proteção adicional contra DST. Assim sendo, o uso de germicidas vaginais junto com os preservativos pode proporcionar uma maior proteção.
8. Se o preservativo se romper, deve ser substituído imediatamente. Se a ejaculação ocorrer depois do seu rompimento, sugerimos o uso imediato de um espermaticida. O valor protetor do espermaticida após a ejaculação é desconhecido.
9. Depois da ejaculação devem ser tomadas precauções para assegurar que o preservativo não saia do pênis antes de sua retirada; deve sustentar-se a base do preservativo quando se retira o pênis. O pênis deve ser retirado quando estiver ereto.
10. Nunca deve voltar a utilizar preservativo já utilizado.

Grupos especiais

• Mulheres grávidas

As DST intra-uterinas e de transmissão perinatal podem ter consequências mortais ou efeitos graves sobre o feto. Os cuidados pré-natais de rotina deveriam incluir um exame de DST, que, na maioria dos casos, inclui um exame sorológico para sífilis e hepatite B, testes de chlamydia e gonorréia. As provas pré-natais do VIH estão indicadas para todas as pacientes com risco de contrair VIH ou com um parceiro sexual de alto risco; algumas autoridades recomendam provas de VIH para todas as mulheres grávidas.

Deve-se perguntar às mulheres grávidas e a seu parceiro sexual sobre as DST, informando sobre possíveis infecções neonatais. As mulheres grávidas com infecção primária de herpes genital, hepatite B, infecção primária por citomegalovírus ou

infecções por estreptococos do grupo B podem precisar de tratamento por parte de especialistas. Se não existem lesões ou evidência de doença ativa, as provas do vírus herpes simples (VHS) e o parto por cesariana não estão indicados de forma rotineira para mulheres com história de infecção herpética recorrente durante a gravidez. Não se recomendam as provas rotineiras de papilomavírus.

• Crianças

O tratamento das DST em crianças requer uma estreita colaboração entre clínicos, laboratórios e autoridades de proteção ao menor. As investigações devem iniciar-se o mais breve possível. Algumas doenças, como gonorréia, sífilis e chlamydia, se são contraídas depois do período neonatal, são indicativas quase em 100% de contato sexual; em outras doenças, como a infecção por VIH e vaginites, a associação com o contato sexual não está tão clara.

• Pacientes com episódios múltiplos de DST

Estes pacientes apresentam uma taxa de DST desproporcionalmente elevada e deveriam ser incluídos para assistência intensiva sobre os métodos para reduzir os riscos. São necessárias mais investigações sobre os métodos de modificação do comportamento destes pacientes, incluindo o papel de serviços de apoio. Em muitos casos podem estar indicadas visitas periódicas para avaliar as DST.

• Grupos centrais de DST

As populações de transmissores centrais de DST representam a principal morbidade das DST. Ainda que existam grandes variações regionais, na maioria das áreas urbanas, os grupos centrais estão formados principalmente por minorias étnicas com baixos níveis educativos e sócio-econômicos. Em muitos desses ambientes é comum o uso de drogas e a prostituição. Os grupos centrais estão limitados geograficamente, o que permite definir as áreas geográficas e as populações. Os programas de DST deveriam avaliar o aparecimento de DST em suas jurisdições para

definir as populações e áreas centrais com fins educativos, examinativos, clínicos, programas de reexaminação e medidas de controle.

• **Usuários de drogas**

As DST parecem estar cada vez mais relacionadas com os usuários de drogas. Essas pessoas podem apresentar um maior risco pelos comportamentos sexuais que os pre-dispõem às DST. Além do mais estes usuários representam uma grande proporção das infecções por VIH. Precisam-se de mais investigações sobre os comportamentos associados com o uso de drogas e as DST, particularmente para facilitar a intervenção clínica dirigida aos usuários de drogas. Devem ser considerados os programas de apoio comunitário em cooperação com os programas de tratamento do vício.

• **Prisioneiros e detentos**

Os residentes das prisões têm elevadas taxas de DST. Deveriam ser executados exames e tratamento das infecções prevalentes na dita comunidade. Em muitas situações o exame e o tratamento dos presos é essencial para assegurar um controle eficaz das DST. Além do mais, para muitos pacientes os serviços de correção sanitária podem ser a única oportunidade de tratar com pessoal de saúde pública.

• **Pacientes com infecção por VIH e DST**

O tratamento de pacientes com DST que também estão infectados pelo VIH apresentam problemas complexos do tipo clínico e comportamental. Devido ao seu efeito sobre o sistema imune, o VIH pode afetar a história natural de muitas DST e o efeito das terapias antimicrobianas. É imperativo um acompanhamento estrito. A infecção com DST em pacientes com ou sem VIH é uma advertência, que indica uma atividade sexual continuada sem proteção. Nestas situações está indicado aconselhar os pacientes.

Comunicação das DST e confidencialidade

As atividades de vigilância das en-

fermidades que incluem a identificação correta e comunicação das DST, formam parte integral de um controle eficaz das doenças. A comunicação ajuda as autoridades sanitárias locais a identificar os contatos sexuais que poderiam estar infectados. A comunicação também é importante para dar o valor das tendências de morbidade.

A comunicação pode basear-se no clínico ou no laboratório. Os casos devem ser comunicados seguindo as normas locais e o quanto antes possível. Os médicos que não conhecem bem os requisitos locais de comunicação podem solicitar informação no departamento local sanitário ou aos programas estatais de DST.

A comunicação da DST se considera estritamente confidencial e em muitas jurisdições de alguns países está protegida dos chamados judiciais pelas legislações. Antes que os representantes do programa de DST iniciem o seguimento de uma prova positiva de DST, deverão consultar com o clínico assistente do caso para verificar o diagnóstico e tratamento.

Tratamento do parceiro sexual e notificação

O rompimento da cadeia de transmissão é crucial para o controle das DST. Se previne uma futura transmissão e reinfeção enviando os parceiros sexuais para o diagnóstico e tratamento. Os pacientes devem assegurar-se de que seus parceiros sexuais, incluindo os assintomáticos, sejam examinados. Deve-se examinar os parceiros de pacientes com DST; não se proporcionará tratamento aos parceiros não examinados, exceto em casos pouco frequentes, como quando o parceiro estiver em algum lugar em que não se pode conseguir cuidados médicos. Deve-se enviar ao especialista os parceiros sexuais se o médico inicial não puder proporcionar os cuidados devidos. Os especialistas, profissionais de saúde pública com treinamento em DST, podem ajudar aos pacientes e médicos com sua intervenção e procedimentos confidenciais. Muitos departamentos locais e estaduais de saúde oferecem serviços de especia-

listas de intervenção em doenças. Os médicos e outros profissionais de saúde devem utilizar estes serviços para assegurar um tratamento completo dos casos. Os dirigentes dos departamentos de saúde devem destinar recursos para os especialistas, baseados nas pautas locais de morbidade, situações epidemiológicas e recursos disponíveis.

Recursos médicos

Os profissionais de saúde pública que tratam com DST deveriam assegurar que se dispõem dos seguintes recursos localmente ou em outros lugares que se possa enviar os pacientes:

- Hospitalização para os pacientes com infecções complicadas, como doença inflamatória pélvica aguda e infecção gonocócica disseminada.
- Serviços médicos, pediátricos, de doenças infecciosas, dermatologia, urologia, proctologia, psicologia e ginecologia-obstetrícia que se possa encaminhar os pacientes.
- Serviços de planejamento familiar.
- Instalações para exame e tratamento médico de pacientes infectados com VIH.
- Serviços de tratamento do viciado em drogas.

Tratar a pessoa

O tratamento das doenças infecto-contagiosas apresenta aspectos médico-sociais imediatos, com responsabilidades divididas entre o profissional e o cliente. Ao médico cabe atender dentro dos melhores padrões possíveis, instruindo sobre os cuidados pessoais, divulgando informações epidemiológicas e sua importância na transmissão da doença. O cliente, conscientizado do seu problema, colabora para sua recuperação e responsabiliza-se para bloquear ou minimizar os elos de transmissão.

Em geral, tais fatos são aceitos e praticados para a maioria das moléstias infecto-contagiosas e já fazem parte do conhecimento popular. No entanto, em relação às denominadas doenças sexualmente transmissíveis,

no final do século XX, surgem, com frequência, dificuldades, contradições e as chamadas *situações delicadas*, dificultando uma abordagem mais abrangente nestas afecções.

As transformações rápidas e radicais ocorridas na sociedade humana nos últimos 40 anos trouxeram inúmeros fatos inéditos em suas várias manifestações. A patologia humana como espelho destas alterações acompanhou estas mudanças do ponto de vista qualitativo e quantitativo. Em relação às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), relacionam-se os seguintes fatos: uso abusivo dos antibióticos, os anticoncepcionais modernos, os meios de comunicação e de transporte, as várias dimensões da manifestação de sexualidade, a mulher em seus novos papéis sociais, as novas modalidades de casamento, a situação da família, o fenômeno das metrópoles e megacidades, o amplo uso dos tóxicos.

No final da década de cinquenta houve uma perigosa ilusão quanto ao desaparecimento destas afecções e, talvez, este fato resultou em perda de motivação no estudo, ocasionando um despreparo das novas gerações médicas e um afrouxamento das medidas sanitárias de controle.

A dinâmica destes fatos desenhou

um quadro em estilo moderno referente à epidemiologia e manifestações clínicas. Apesar da revolução dos costumes, divulgada amplamente e assumida de maneira aparente, o cotidiano do consultório médico denuncia os tabus vigentes, em relação à sexualidade e à presença dessas moléstias.

As secreções purulentas, as ulcerações e vegetações dos órgãos genitourinários carregam aos seus portadores uma ameaça maior do que a realidade clínica exprime. O temor de lesões deformantes genitais, a ameaça à fertilidade, a sensação de *sujeira* e de algo repugnante ligado à sexualidade podem atingir níveis geradores de futuros problemas.

O medo e a culpa, pelo possível contágio do parceiro, podem determinar reações depressivas e estados de intensa ansiedade e angústia. De repente, uma destas doenças invade a privacidade de um casal, denunciando outras ligações amorosas que podem colocar em perigo a continuação desse par. De maneira inusitada, esses microrganismos demonstram a fragilidade desse tecido social em que são impressos em cores vivas os mais variados graus de liberdade nas uniões afetivas.

O papel social do médico e de

qualquer elemento da equipe de saúde torna-se cada vez mais importante, difícil e desafiador.

Na abordagem clínica desses clientes, a sensibilidade, o conhecimento técnico, o bom senso devem ser parte de um todo.

No tratamento de uma pessoa com uma DST, talvez mais fácil, ou mais didático, seja recomendar o que *não se deve fazer*.

a) Ter uma atitude preconceituosa sobre a sexualidade.

b) Emitir diagnósticos baseados em suposições, sem averiguar dados clínicos e laboratoriais.

c) Não convidar o cliente para uma atitude reflexiva sobre o problema, não fornecendo informações básicas.

d) Tomar uma atitude de juiz.

e) Ignorar toda a trama emocional e existencial envolvida no caso.

Mauro Romero Leal Passos¹
Cristiane Guimarães Fonseca²

Fontes: MMWR, Vol. 38, Supl. 8; 1989.
Passos MRL — DST, 3.^a ed.,
Cult. Médica, 1989.

GLITISOL[®]

Princípio ativo: Tianfenicol ou D (-)-treo-2-diclo-roacetamido-1-(4-metilsulfonil-fenil)-1,3-propanodiol. Pó branco, cristalino, pouco solúvel em água (0,5%) mas muito solúvel na urina tanto ácida como alcalina. Para uso injetável emprega-se seu éster glicínico (cloridrato de tianfenicol glicínico) que se hidrolisa totalmente no organismo.

Propriedades: GLITISOL é um antibiótico de amplo espectro de ação que abrange germes Gram + e Gram -, tanto aeróbios como anaeróbios, em particular os agentes responsáveis pelas D.S.T. A atividade não é alterada pela presença de soro, pus, bile e ions bivalentes tais como Mg⁺⁺ e Ca⁺⁺. GLITISOL não sofre transformação metabólica sendo eliminado exclusivamente em forma bacteriológicamente ativa. Isto lhe confere uma elevada previsão e regularidade de efeitos com incomum paralelismo entre atividade "in vitro" e "in vivo". Não se liga às proteínas plasmáticas, difundindo-se em tecidos e líquidos biológicos em concentrações equivalentes ou superiores às plasmáticas.

Toxicidade e tolerabilidade — A toxicidade de GLITISOL é extremamente baixa, propiciando uma margem terapêutica muito elevada. GLITISOL apresenta boa tolerabilidade gástrica, cutâneo-mucosa e geral. Não interfere na funcionalidade hepática e é isento de nefro e ototoxicidade e de reações de tipo anafilático. Não provoca discrasias hematológicas graves e/ou irrever-

síveis tais como anemia aplásica, agranulocitose, trombocitopenia.

Indicações — Infecções genitourinárias, especialmente as de transmissão sexual; infecções hepato-biliares e entéricas; infecções respiratórias, infecções meningíticas e por germes anaeróbios.

Contra-indicações — Hipersensibilidade individual à droga, anúria, insuficiência da hemopoese.

Efeitos colaterais: Raramente, leves distúrbios gastroentéricos e reações cutâneas de tipo urticariforme. Leve diminuição de eritrócitos e leucócitos, especialmente com dosagens acima das médias e em tratamentos prolongados, que se reverte espontaneamente ou com a suspensão do tratamento.

Precauções — Reduzir oportunamente a posologia em caso de insuficiência renal; controlar periodicamente a crase hemática em caso de tratamentos prolongados (acima de 10 dias) e com doses elevadas.

Gravidez e aleitamento — Embora não provoque efeitos teratogênicos nos animais de experimentação, a segurança de uso no primeiro trimestre de gestação não foi estabelecida. Deve ser evitado em mulheres que amamentam por ser parcialmente eliminado com o leite materno.

Posologia — Em média, 25-30 mg/Kg/dia, por qualquer via de administração.

Posologia nas D.S.T. — *Uretrite gonocócica aguda* (inclusive por PPNP): homens: 2,5 g de uma só vez após refeição; se, após 24 horas,

persistir a secreção, repetir a dose; mulheres: 2,5 g, após refeição, por 2 dias consecutivos — *Uretrite gonocócica crônica ou complicada*: 500 mg, 3 vezes ao dia, por 5-8 dias — *Uretrites não gonocócicas*: 500 mg, 2 vezes ao dia, por 10-14 dias — *Cancro mole*: 5 g, de uma só vez, após refeição — *Linfogranuloma venéreo*: 500 mg, 3 vezes ao dia por 10 dias — *Donovanose*: 2,5 g, de uma só vez, por 2 dias consecutivos, seguidos de 500 mg, 3 vezes ao dia, por 10-14 dias — *Doença Inflamatória Pélvica*: *leve*: 2,5 g nos primeiros 2 dias, seguidos por 500 mg, 2 vezes ao dia, por 10 dias; *moderada*: 2,5 g, nos primeiros 2 dias, seguidos por 500 mg, 3 vezes ao dia, por 10-14 dias; *grave*: 1,5 g por via E.V., inicialmente e 750 mg E.V. cada 12 horas por 2-3 dias. Ao se manifestar resposta terapêutica continuar com 500 mg V.O., 3 vezes ao dia, por 10-14 dias.

Apresentações: GLITISOL cápsulas: caixa com 10 cápsulas com 250 mg — GLITISOL 500 cápsulas: caixa com 20 cápsulas com 500 mg — GLITISOL suspensão: vidro com 60 ml (cada ml contém 25 mg) — GLITISOL 250: frasco-ampola com 250 mg + solvente — GLITISOL 750: frasco-ampola com 750 mg + solvente.



ZAMBON
Laboratórios Farmacêuticos S.A.