

EFICÁCIA DO ACONSELHAMENTO PARA DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM UNIDADES DE REFERÊNCIA DA CIDADE DE FORTALEZA, CE, BRASIL

EFFICACY OF COUSSELLING IN STD REFERENCE HEALTH UNITS IN THE CITY OF FORTALEZA, CE, BRAZIL

Maria Alix L Araújo¹, Júlia SNF Bucher², Pierre Yves Bello³

RESUMO

Introdução: o aconselhamento para DST é parte da estratégia brasileira para interromper a transmissão e prevenir as complicações das DST. **Objetivo:** este trabalho teve como objetivo avaliar a eficácia do aconselhamento para DST seguindo a recomendação nacional. O estudo foi realizado em pacientes com DST atendidos em quatro unidades públicas de saúde de referência de Fortaleza, nordeste do Brasil. **Resultados:** 306 pacientes foram recrutados e divididos de forma aleatória em grupos de intervenção (aconselhados para DST) ou de controle (não aconselhados para DST). **Conclusão:** as pessoas que receberam o aconselhamento para DST mostraram melhores resultados do que as que não receberam: adesão ao tratamento ($p = 0,0054$, OR = 2,49); notificação e tratamento do(s) parceiro(s) sexuais ($p = 0,0000$, OR = 10,96); uso do preservativo ou abstinência sexual durante o tratamento ($p = 0,02$, OR = 1,84) e retorno para reavaliação ($p = 0,001$, OR = 2,09). O estudo mostrou a eficácia do aconselhamento para DST em unidades públicas de saúde, contribuindo para a redução da incidência e prevalência dessas doenças.

Palavras-chave: aconselhamento para DST, educação em saúde, DST

ABSTRACT

Introduction: STD specific counselling is part of the national Brazilian strategy for interrupting STD transmission and preventing its complications. **Objective:** was to assess the efficacy of a STD counselling following national recommendations. This study was design with STD patients seen in outpatients department of four referral units of Fortaleza, northeast Brazil. **Results:** 306 patient were recruited and randomly assigned to the intervention group (STD specific counselling) or control group (no STD specific counselling). **Conclusion:** people who received STD specific counselling showed better results in key issues than people who did not received. They had a better adhesion to treatment ($p = 0.0054$, OR = 2.49); a better sexual partner notification and partner treatment ($p = 0.0000$, OR = 10.96); a better condom use or abstinence during treatment ($p = 0.02$, OR = 1.84); and a better return to consultation ($p = 0.001$, OR = 2.09). The study showed that within public health facilities, a concise and specific STD counselling is able to improve results in key issues for reduction of incidence and prevalence of STD.

Keywords: STD counselling, patient education, sexually transmitted disease

ISSN: 0103-4065

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(1):31-37, 2004

INTRODUÇÃO

Estima-se no mundo a cada ano, cerca de 333 milhões de novos casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST), representando a segunda maior causa de perda de vida saudável entre as mulheres de 15 a 49 anos, depois da morbidade e mortalidade maternas.¹

Com o advento da aids, surgiu uma necessidade urgente da elaboração de políticas de controle dessas doenças, pela similaridade entre os comportamentos que as transmitem e também pelo fato de as DST contribuírem para a transmissão do vírus HIV, causador da aids.²

Os dados epidemiológicos relativos às DST no Brasil são escassos, o que impossibilita fazer inferências para o país como um todo. Mas, levantamentos e estudos realizados através do projeto DST/HIV-Ceará, demonstram que estas doenças são de alta prevalência no nosso meio, levando-nos a concluir, pela elevada frequência dessas síndromes, que as mesmas representam um problema de saúde pública.^{3,4}

O primeiro, em 1999, estudou na cidade de Fortaleza, 130 mulheres que se consultaram para a prevenção do câncer de colo de útero, sem queixas específicas de DST, e encontrou 4% com verrugas genitais, 3% com *Chlamydia trachomatis* e 2% com *Neisseria Gonorrhoeae*.³ O segundo, realizado no estado do Ceará, nas cidades de Fortaleza e Aracati, com 592 mulheres grávidas, apresentou 89% com corrimento vaginal, 1,5% com verrugas genitais, 0,5% com vesículas e 0,3% com ulceração vaginal na área vulvar. Os resultados da microscopia a fresco mostraram 29% de mulheres com vaginose bacteriana, 22% com forma patológica de *Candida* e 5% com *Trichomonas*. No exames de sorologia, 1,4% de casos eram positivos com RPR e nenhum com ELISA para HIV positivo.⁵ A análise da urina destas mulheres por PCR mostrou uma alta

¹Projeto HIV/STD-Ceará. Rua São Gabriel N° 300 apto 1101, parque do Cocó. CEP: 60135-450. Fortaleza, Ceará. E-mail: alix.araujo@secrel.com.br

²Universidade Federal do Ceará. Rua Tibúrcio Cavalcante N° 411. Apto 1501. Meireles. CEP:60.125-100. Fortaleza-Ceará. E-mail: agathon@fortalnet.com.br

³ISPED - Universidade de Bordeaux II; Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. 105 Rue Lafayette, 75010. Paris-França.

freqüência de *Chlamydia trachomatis* (11% em Fortaleza e 8% em Aracati) e de *Neisseria gonorrhoeae* (2% nas duas cidades).⁶

Considerando estes achados, apesar de localizados, entendemos que a disseminação do atendimento a portadores de DST nos serviços de saúde no Brasil é um imperativo, considerando as características organizacionais destes serviços, que são oferecidos pelo governo por meio de uma estrutura hierarquizada de unidades, que prestam atendimento gratuito à população. Estes serviços são os únicos acessíveis à população de baixa renda e a carência de investimentos (humanos e financeiros) chega a sobrecarregar os profissionais, o que leva a gerar uma baixa acessibilidade para muitos pacientes. Este setor tem que dar resposta à grande maioria das DST sintomáticas ocorridas no país. As suas carências e a facilidade de compra de medicamentos, especialmente antibióticos, levam muitos pacientes diretamente às farmácias privadas.

Os princípios básicos para o controle das DST são interromper a cadeia de transmissão e prevenir novas ocorrências. A interrupção da cadeia de transmissão dá-se atuando nos elos que formam essa corrente, ou seja, detectando precocemente os casos e seus(suas) parceiro(a)(s) e tratando-os adequada e oportunamente. A prevenção de novas ocorrências ocorre por meio de aconselhamento específico, durante o qual as orientações são discutidas conjuntamente, favorecendo a compreensão e o seguimento das prescrições médicas e contribuindo, de forma mais efetiva, para a adoção de práticas sexuais mais seguras.⁷

Com o objetivo de responder a essa demanda, da melhor maneira possível, fez-se necessário encontrar soluções mais eficazes e relação custo-benefício satisfatória. Nesse sentido foi desenvolvida a abordagem sindrômica das DST, que tenta, em uma única consulta, prover diagnóstico, tratamento e aconselhamento adequados a portadores de DST. Nesse momento também é oferecido o teste anti-HIV a todos estes pacientes.

No estado do Ceará, a organização do atendimento às DST iniciou-se através das Coordenações Estadual e Municipal de DST/Aids do Ceará e Fortaleza, respectivamente, articulada ao Projeto DST/HIV-Ceará, que forneceu também suportes técnico e financeiro. De 1995 a 2002, trabalhou-se na estruturação de unidades de referência para portadores de DST, tendo o aconselhamento como atividade fundamental para o sucesso do tratamento dos pacientes e para a quebra da cadeia de transmissão.

Considerando a dificuldade que enfrenta o profissional em organizar o grande volume de informações que considera importante repassar ao paciente durante o atendimento e visando aperfeiçoar a proposta de educação em saúde para o paciente com DST, a organização das informações torna-se um fator importante, evitando assim que o paciente se perca no emaranhado de conteúdos.

OBJETIVO

Neste trabalho, o objetivo principal foi avaliar a eficácia do aconselhamento individual para DST, visando favorecer uma dinâmica interna de melhoramento desta atividade em unidades de saúde de referência da cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil.

MÉTODOS

O estudo ocorreu durante o período de maio de 2000 a abril de 2001, em quatro unidades de saúde de referência para DST da cidade

de Fortaleza, Ceará, Brasil (C.S. Anastácio Magalhães, Centro de Saúde Carlos Ribeiro, Hospital Distrital Governador Gonzaga Mota de Messejana, Hospital Distrital Nossa Senhora da Conceição).

Essas unidades pertencem a regiões administrativas distintas, as Secretarias Executivas Regionais (SER), que têm cada uma, população correspondente a 300 mil habitantes. Funcionam também como unidades de referência para outras ações consideradas prioritárias pela saúde pública (tuberculose, hanseníase, pré-natal de alto risco), não sendo exclusivas para atendimentos a portadores de DST.

Os critérios de inclusão das unidades foram participar do Projeto DST/HIV-Ceará há pelo menos três anos, estar realizando aconselhamento individual para DST com profissionais de saúde (enfermeiros ou assistentes sociais) treinados e reciclados periodicamente, disponibilizar medicamentos e preservativos a todos os pacientes atendidos. Sugeriu-se também aos profissionais que não realizassem o aconselhamento em grupo.

De acordo com as recomendações nacionais, o aconselhamento era focado nas seguintes orientações: adesão ao tratamento, tratamento do parceiro(a)(s) sexual(is), uso do preservativo ou abstinência sexual durante o tratamento, retorno para reavaliação e aceitação do teste anti-HIV. A sessão durava de vinte a trinta minutos e era realizada por profissionais de saúde (assistentes sociais ou enfermeiros) treinados em aconselhamento e reciclados periodicamente pelo projeto DST/HIV-Ceará.

População estudada

Os participantes foram recrutados entre os pacientes com DST atendidos pela primeira vez com diagnóstico sindrômico de corrimento vaginal, corrimento cervical ou cervicite, corrimento uretral, úlcera genital e verruga genital. Excluíram-se os parceiros sexuais de pessoas previamente atendidas com DST, demanda espontânea para o teste anti-HIV e pessoas com DST virais (HIV e herpes genital).

Após o atendimento médico, os pacientes que se enquadravam nos critérios foram incluídos nos grupos de intervenção ou de controle. Aqueles atendidos durante os primeiros quinze dias de cada mês receberam aconselhamento específico para DST e aconselhamento pré teste anti-HIV (grupo de intervenção) e tiveram o retorno agendado. Aqueles atendidos na segunda metade do mês recebiam aconselhamento pré-teste anti-HIV e tinham o retorno agendado (grupo controle). Os pacientes que não retornassem na data marcada, recebiam um telefonema de convocação.

Recomendou-se aos médicos que não realizassem nenhuma orientação aos pacientes e encaminhassem todos para o profissional que iria realizar o aconselhamento. Os pacientes foram aconselhados no primeiro atendimento e, no segundo, o mesmo profissional colhia as informações necessárias para o estudo.

Coleta e análise dos dados

O instrumento de coleta de dados foi a ficha do projeto DST/HIV-Ceará adaptada à problemática do estudo. Trata-se de um questionário com perguntas fechadas, preenchido pelos aconselhadores durante o aconselhamento individual. É importante o fato de

os profissionais utilizarem a ficha do projeto, já preenchida na rotina do atendimento, não aumentando o volume de atividades.

Vale salientar que, um forte componente da coleta de dados, esteve pautado na relação desenvolvida entre os profissionais que realizaram as entrevistas e os pacientes.

Os dados foram digitados e analisados utilizando-se o Programa Epi-info versão 6.04.

Inicialmente, realizou-se uma análise univariada, comparando-se, para cada variável, o grupo que recebeu com o que não recebeu o aconselhamento para DST. Utilizaram-se os valores de *p* e de Odds-Ratio (OR) para comparar as variáveis dependentes com as independentes. Em seguida foram feitas análises estratificadas para sexo, idade e conhecimento de leitura. As comparações entre grupos foram realizadas com o teste de probabilidade (*p*).

Ética na pesquisa

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética do Estado, segundo resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Na ocasião, o referido comitê sugeriu que todos os pacientes, independentemente de terem recebido o aconselhamento para DST, recebessem também o aconselhamento pré-teste anti-HIV.

Todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de Consentimento Informado.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico

Do total de 328 pessoas atendidas e solicitadas, 306 preencheram os critérios de inclusão. O percentual de homens atendidos foi idêntico ao de mulheres, 50,0% (153). A metade dos pacientes, 50,3% (154), encontrava-se na faixa etária entre 20 e 29 anos,

32,7% (100) tinham mais de 30 anos e 17% (52) tinham de 10 a 19 anos de idade. A média das idades foi de 27 anos para os homens e 28 anos para as mulheres. Do total de pacientes, 74,2%, (227), sabiam ler e escrever e 25,8% (79) eram analfabetas ou sabiam somente assinar o nome.

Síndromes genitais mais freqüentes

A síndrome mais freqüente foi de corrimento vaginal 76,5% (114/149) nas mulheres e de corrimento uretral nos homens, 53,0% (80/151). Dentre as que se apresentam comuns a ambos os sexos, 23,7% (71/300) eram verrugas genitais, sendo estas mais freqüentes nos homens (28,5%). As úlceras genitais representaram 7,7% (23/300) e as vesículas genitais 2,0% (6/297). (**Tabela 1**).

Relação entre o aconselhamento para DST e as variáveis estudadas

Com o objetivo de analisarmos a homogeneidade do grupo, comparamos as variáveis sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita entre os grupos que receberam e que não receberam o aconselhamento para DST. Os dois grupos apresentam-se homogêneos para estas variáveis, o que nos permitiu realizar as análises comparativas entre os mesmos (**Tabela 2**).

Dos pacientes que receberam o aconselhamento, a maioria, 86,9%, relatou ter realizado o tratamento correto, 57,5% relataram o uso da camisinha durante o período do tratamento, 95,7% e 78,2%, respectivamente, aceitaram realizar o exame de VDRL e o teste anti-HIV e 62,2% retornaram espontaneamente à unidade. Uma parcela considerável (45,2%) informou que pelo menos um dos seus parceiro(a)s sexuais dos últimos três meses foi tratado(a) (**Tabela 3**).

Tabela 1- Distribuição do diagnóstico síndrômico, entre os pacientes atendidos com DST, segundo o sexo. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2000 e 2001

Diagnóstico síndrômico	Sexo					
	Homens		Mulheres		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Corrimento vaginal	-	-	114	76,5	114	38,0
Verrugas genitais	43	28,5	28	18,8	71	23,7
Corrimento uretral	80	53,0	-	-	80	26,7
Cervicite	-	-	51	34,2	51	17,0
Dor pélvica	-	-	28	18,8	28	9,3
Úlceras genitais	15	9,9	8	5,4	23	7,7
Vesículas genitais	3	2,0	3	2,0	6	2,0
Nº de pessoas com pelo menos uma síndrome	151		149		300	100,0

Tabela 2 - Análise das variáveis entre os pacientes atendidos com DST que receberam e que não receberam aconselhamento para DST. Fortaleza, Ceará, 2000 e 2001

Variável	Aconselhamento para DST						Valor p
	Sim		Não		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Masculino	84	48,8	69	51,5	153	50,0	0,64
Feminino	88	51,2	65	48,5	153	50,0	
Idade							
≤ 19 anos	29	16,9	23	17,2	52	17,0	
20 a 29 anos	89	51,7	65	48,5	154	50,3	0,36
> 30 anos	54	31,4	46	34,3	100	32,7	
Conhec. de leitura e escrita							
Sim	47	27,3	32	23,9	79	25,8	0,49
Não	125	72,7	102	76,1	227	74,2	
Total	172	56,2	134	43,8	306	100,0	

Tabela 3 - Comparação das variáveis estudadas entre os pacientes atendidos com DST que receberam ou não aconselhamento para DST. Fortaleza, Ceará, 2000 e 2001

Variáveis	Aconselhamento para DST						Valor p	OR	IC a 95%
	Nº	Sim	%	Nº	Não	%			
Tratamento									
Sim	126	86,9	72	72,7	198	81,1	0,0055	2,49	1,23-5,04
Não	19	13,1	27	27,3	46	18,9			
Total	145	100,0	99	100,0	244	100,0			
Parceiros tratados									
Pelo menos 1 parceiro	66	45,2	7	7,0	73	29,7	< 0,0001	10,96	4,49-28,01
Total	146	100,0	100	100,0	246	100,0			
Preservativo									
Sim	84	57,5	42	42,4	126	51,4	0,020	1,84	1,06-3,20
Não	62	42,5	57	57,6	119	48,6			
Total	146	100,0	99	51,4	245	100,0			
Exame de VDRL									
Aceitou	112	95,7	78	92,9	190	94,5	0,38	1,72	0,44-6,87
Recusou	5	4,3	6	7,1	11	5,5			
Total	117	100,0	84	41,8	201	100,0			
Teste anti-HIV									
Aceitou	79	78,2	58	74,4	137	76,5	0,545	1,24	0,58-2,62
Recusou	22	21,8	20	25,6	42	23,5			
Total	101	100,0	78	100,0	179	100,0			
Retorno									
Sim	107	62,2	59	44,0	166	54,2	0,002	2,09	1,29-3,40
Não	65	37,8	75	56,0	140	45,8			
Total	172	100,0	134	100,0	306	100,0			

Tabela 4 – Análise estratificada para sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita entre os pacientes aconselhados para DST. Fortaleza, Ceará, 2000 e 2001.

Variáveis		Nº	%	p
Tratamento correto	Sexo			
	Homens	61/68	89,7	0,35
Mulheres	65/77	84,4		
	Idade			<0,0001
	10 – 19 anos	19/37	51,4	
	20 – 29 anos	65/76	85,5	
	> 30 anos	42/48	87,5	
	Conhecimento de leitura e escrita			0,34
	Sim	40/44	90,9	
	Não	86/101	85,1	
	Uso de preservativo	Sexo		
Homens		45/68	66,2	
	Mulheres	39/78	50,0	
		Idade		
10 – 19 anos		12/21	57,1	
20 – 29 anos		47/77	61,0	
> 30 anos		25/48	52,1	
	Conhecimento de leitura e escrita			0,40
	Sim	23/44	52,3	
	Não	61/102	59,8	
	Parceiros tratados	Sexo		
Homens		29/69	42,0	
	Mulheres	37/77	48,1	
		Idade		
10 – 19 anos		10/22	45,5	
20 – 29 anos		35/76	46,1	
> 30 anos		21/48	43,8	
	Conhecimento de leitura e escrita			0,26
	Sim	23/44	52,3	
	Não	43/102	42,2	
	Teste anti-HIV	Sexo		
Homens		31/47	66,0	
	Mulheres	48/54	88,9	
		Idade		
10 – 19 anos		11/15	73,3	
20 – 29 anos		41/49	83,7	
> 30 anos		27/37	73,0	
	Conhecimento de leitura e escrita			0,87
	Sim	23/29	79,3	
	Não	56/72	77,8	
	Retorno à unidade	Sexo		
Homens		47/84	56,0	
	Mulheres	60/88	68,2	
		Idade		
10 – 19 anos		17/29	58,6	
20 – 29 anos		55/89	61,8	
> 30 anos		35/54	64,8	
	Conhecimento de leitura e escrita			0,93
	Sim	29/47	61,7	
	Não	78/125	62,4	

A comparação com o grupo controle mostrou (ver **Tabela 3**) que uma pessoa do grupo aconselhado tem uma probabilidade mais elevada de cumprir o tratamento (OR = 2,49), de ter parceiro(a)s tratado(a)s (OR = 10,96), de usar o preservativo durante o tratamento (OR = 1,84) e de retornar espontaneamente à consulta (OR = 2,09). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas para os testes sorológicos de VDRL e anti-HIV.

Na análise estratificada por sexo, idade e conhecimento de leitura e escrita, o aconselhamento para DST apresenta-se estatisticamente mais eficaz para obter um tratamento correto, especialmente entre as pessoas acima de 20 anos ($p < 0,0001$). Os homens, mais que as mulheres, após aconselhados, aparecem aderindo ao uso da camisinha. As mulheres aceitam mais realizar o teste anti-HIV (**Tabela 4**).

DISCUSSÃO

O fato de tratar de questões ligadas ao comportamento sexual dos pacientes e os mesmos serem entrevistados pelos mesmos aconselhadores na primeira e segunda visitas, pode gerar um viés de desejabilidade social, ou seja, o paciente responder o que acha que o profissional deseja ouvir, mas também favorecer o desenvolvimento de uma relação de confiança entre os mesmos e levar à maior exposição por parte do paciente, sem medo de sofrer discriminação por parte do profissional.

Se a proporção de parceiros tratados é globalmente baixa (29,7%), observou-se uma associação altamente positiva entre o aconselhamento individual e o aumento da probabilidade de tratamento de pelo menos um parceiro(a)(s) sexual(is) de portadores de DST (OR = 10,96). Estudos que avaliaram a utilização de outros recursos (cartão de convocação, *vouchers*, etc.) para melhora dos indicadores de parceiro(a)(s) tratados, tiveram também um forte componente educativo, que pode ter contribuído para o resultado final. Estes estudos apresentaram taxas semelhantes ou mais elevadas que o nosso.^{8,9,10,11,12} Neste estudo, não controlamos o tipo de parceria do(a)s pacientes, mas outros, mostram que o tipo de parceria (fixa ou eventual), influencia na convocação e tratamento do(a)s parceiro(a)(s) sexual(is).^{11,9,13} Em algumas patologias, existe ainda a possibilidade de parceiro(a)(s) assintomáticos(a)(s), o que pode ser um entrave para a adesão do(a)s mesmo(a)(s) ao tratamento. Se consideramos que o tipo de parceria está repartido igualmente nos dois grupos, um aconselhamento específico para DST aparece como meio essencial de controlar e tratar os parceiros sexuais dos pacientes iniciais.

Houve uma relação positiva entre o aconselhamento e todas as variáveis estudadas, mas observou-se ainda um percentual considerável de pacientes que não trataram nenhum do(a)s seus(as) parceiro(a)(s) sexual(s) e que não usaram o preservativo durante o período de tratamento, mesmo após orientados (54,8% e 42,5, respectivamente).

Apesar da recomendação do Comitê de Ética de que todos os pacientes recebessem aconselhamento para teste anti-HIV, não houve significância entre os grupos de intervenção e de controle no que diz respeito à aceitação do teste. Um percentual relativamente considerável de pacientes com DST se recusou a realizar o teste anti-HIV (23,5%) e a análise estratificada mostrou que se tratavam mais de homens. Isto pode ser um dado preocupante, se compararmos com o resultado de outro estudo no México, no qual os homens que recusaram o teste eram 5,3 vezes mais infectados que os que aceitaram realizá-lo.¹⁴ Talvez o medo de um possível resultado positivo possa ter sido o determinante para a recusa do teste.

Com relação ao retorno, evidenciou-se uma diferença entre o grupo de intervenção e o de controle, mostrando mais uma vez a importância do aconselhamento, inclusive para o controle de cura do paciente.

A análise estratificada evidenciou que os homens, quando aconselhados, aderem mais ao uso do preservativo que as mulheres, reforçando a interferência dos fatores de gênero. Considerando o alto percentual de mulheres que reportaram somente um parceiro sexual, este talvez tenha sido um dos motivos da dificuldade do uso do preservativo. Mesmo diante de sintomas de DST, a mulher pode não estar preparada para recusar o sexo ou insistir no uso do preservativo com seus parceiros fixos.¹⁵ Desconhece-se se estes homens negociaram com as suas parceiras o uso do preservativo. Uma limi-

tação deste estudo diz respeito ao tipo de parceiras sexuais das pessoas atendidas. Se estes homens tiveram relações homossexuais, o uso do preservativo pode ter-se dado por uma associação maior do risco de adquirir HIV, aspecto que seria altamente positivo.

A idade também aparece interferindo nos resultados com relação ao tratamento, mostrando que pessoas mais jovens têm maior dificuldade em aderi-lo. O jovem requer um atendimento diferenciado pelas características próprias da idade (dificuldade de um diálogo aberto com a família sobre o tema, dificuldade em assumir a vida sexual). No caso das mulheres, se o tratamento é com creme vaginal, pode ser um grande empecilho para a jovem o uso prolongado desse medicamento, pela logística exigida para a aplicação (período prolongado, uso noturno, necessidade do aplicador).

CONCLUSÃO

Estes resultados mostram a importância do aconselhamento específico para DST no contexto do atendimento de pessoas com estas patologias. O estudo mostrou que um aconselhamento individual específico para portadores de DST promove uma melhora da adesão dos pacientes às orientações (seguimento do tratamento, tratamento do(s)(as) parceiro(s)(as), uso do preservativo durante o tratamento, retorno à unidade para reavaliação).

Os profissionais de saúde necessitam trabalhar melhor as questões relativas ao tratamento do parceiro, considerando que fatores socioeconômicos, culturais e de gênero também interferem para uma melhora da adesão dos pacientes a esta orientação. Faz-se necessário identificar e trabalhar os obstáculos reais que enfrentam as pessoas com DST para tratarem os(as) seus(as) parceiros(as), pois este é um ponto importante para a quebra da cadeia de transmissão.

Este achado, associado à análise estratificada que identificou uma maior adesão ao uso do preservativo pelos homens quando aconselhados, reforça a importância de trabalhar as questões de gênero em atividades de prevenção às DST/HIV/aids, trabalho este que requer muitas vezes um período maior de contatos entre o profissional e o(a) paciente, pois exige uma mudança de atitude com relação a outros aspectos da vida.

Considerando a baixa disponibilidade de recursos humanos nesses serviços, esforços devem ser desenvolvidos em abordagens inovadoras, no sentido de melhorar as estratégias durante o aconselhamento. O aconselhamento em grupo pode ser uma dessas estratégias inovadoras, pois otimiza esforços, quando oferece oportunidade de um trabalho de prevenção com várias pessoas ao mesmo tempo e oferece também oportunidade riquíssima de troca de experiência entre os pares.

Deve-se também oferecer suporte emocional a pessoas que recusam o teste e ressaltar a importância da realização do mesmo visando o início do tratamento precoce, para evitar a possibilidade de reinfeção e contaminação de parceiros ou parceiras.

O fato de esse estudo ter ocorrido em unidades de saúde que não eram específicas para o atendimento de casos de DST e os profissionais que participaram só realizavam o aconselhamento na rotina dos seus serviços, impossibilita afirmar que estes resultados se aplicam às unidades de saúde pública em geral. A testagem dessa experiência, deveria ocorrer em unidades convencionais, dentro do modelo de atendimento do Programa de Saúde da Família, em que

o aconselhamento é realizado pelos próprios técnicos durante os atendimentos dos pacientes.

Por fim, recomenda-se a realização de outros estudos para identificar situações que possam estar interferindo no processo educativo, especialmente ligados à questão do uso do preservativo e ao tratamento dos parceiros sexuais, visando identificar possíveis fragilidades e contribuir para o desenvolvimento de estratégias educacionais aplicáveis à realidade do paciente.

AGRADECIMENTOS

Professor Dr. Roger Salamon, ISPED – Universidade de Bordeaux II); Dr. Kevin O'Reilly – Organização Mundial da Saúde; Dra. Telma Queiróz – Coordenadora do Projeto HIV/DST; funcionários do projeto HIV/DST; portadores de DST; Equipe Técnica de Aconselhamento – Laurinete Andrade, M^a Teresa Franco, Verônica Linhares, Rosário Pessoa, Fátima Salgueiro, Aparecida Araújo. Apoio financeiro parcial da União Européia através do projeto DST/HIV-Ceará (UE B7-6211/97/048).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DALLABETTA, G.; LAGA, M. & LAMPTEY, P. Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis: *Manual de Planejamento e Coordenação de Programas*. São Paulo, SP, AIDSCAP/Family Health International/Associação Saúde da Família, Ed. Te Corá, 1997.
- WASSERHEIT, J. N. Epidemiological Synergy - Interrelationship between Human Immunodeficiency Virus Infection and Other Sexually Transmitted Diseases. *Sex. Transm. Disease*. 19: 61-77, 1992.
- BELLO, P. Y.; QUEIRÓZ, T. R. B. S.; MARTINS, T.A; BROUTET, N.; SALAMON, R. & GTE. Características de pacientes atendidos em 1999 em centros de referência em DST do Ceará, Nordeste do Brasil. In: *I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS E DST*, 1., 2., 2000, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro, 2000.
- BELLO, P-Y., VIEIRA L. C.; DARCE M.; MARTINS, T.; FEITOSA, I.S.; QUEIRÓZ, T.R.B.S. & GRUPO PREGRACE. Estimativa da prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres grávidas no Ceará. In: *I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS E DST*, 1., 2., 2000, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro, 2000. Volume 1 p317.
- Brasil, Ministério da Saúde, *Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Coordenação Nacional de DST/Aids, Brasília, 3ª edição, 1999.
- FAXELID, E.; TEMBO, G.; NDULO, J. & KRANTZ, I. Individual counseling of patients with sexually transmitted disease: a way to improve partner notification in a Zambian setting? *Sex. Transm. Disease*. 23(04): 289 - 292, 1996.
- NUWAHA, F. KAMBUGU, F. & NSUBUGA, P.S.J., Factors influencing sexual partner referral for sexually transmitted disease in Uganda. *Sex. Transm. Disease*. 26(8): 483-489, 1999.
- KOUMANS, E. H. ; BARKER, K.; MASSANGA, M.; HAWKINS, R.V.; SOMSE, P.; PARKER, K.A. & MORAN, J., Patient-led partner referral enhances sexually transmitted disease service delivery in two towns in the Central African Republic. *Intern. Journal of STD & AIDS*, 10(6): 376-82, 1999.
- GOLDEN, M. R; WHITTINGTON, W.L.H.; GORBACH, P.M.; CORONADO, N.; BOYD, M.A. & HOLMES, K.K. Partner notification for chlamydial infections among private sector clinicians in Seattle-King county: a clinician and patient survey. *Sex. Transm. Disease*. 26(09): 543 - 547, 1999.
- GICHANGI, P.; FONCK, K.; SEKANDE-KIGONDU, C.; NDINYA-ACHOLA, J.; BWAYO, J.; KIRAGU, D.; CLAEYS, P. & TEMMERMAN, M. Partner notification of pregnant women infected with syphilis in Nairobi, Kenya. *Intern. Journal of STD & AIDS*. 11: 257 - 261, 2000.
- GORBACH, P. M.; ARAL, S.O.; CELUM, C.; STONER, B.P.; WHITTINGTON, W.L.H.; GALEA, J.; CORONADO, N.; CONNOR, S. & HOLMES, K.K. To notify or not to notify - STD patient's perspectives of partner notification in Seattle. *Sex. Transm. Disease*. 27(04): 193 - 200, 2000.
- HULL, H.F.; BETTINGER, C.J.; GALLAHEI, M.M.; KELLER, N.M.; WILSON, J. & MERTZ, G.J. Comparison of HIV-antibody prevalence in patients consenting to and declining HIV-antibody testing in an STD clinic. *JAMA*, 260(7). 935-8, 1988.
- IRWIN, D.E.; THOMAS, J.C.; SPITTERS, C.E.; LEONE, P.A.; STRATTON, J.D.; MARTIN, D.H.; ZENILMAN, J.M.; SCHWEBKE, J.R. & HOOK, E.W. Self-Reported Sexual Activity and Condom Use Among Symptomatic Attending STD Clinics. *Sex. Transm. Disease*. 26(5): 286 - 290, 1999.

Endereço para Correspondência:

MARIA ALIX LEITE ARAÚJO
Rua São Gabriel, Nº 300 , Apto 1101
Parque do Cocó, CEP: 60.135-450
Fortaleza-CE
E-mail: alix.araujo@secrel.com.br

Recebido em: 16/02/04

Aprovado em: 19/03/04