

**ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES**

---

---

**EFEITO DE UMA AÇÃO EDUCATIVA SOBRE A  
CONDUTA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA  
REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM RELAÇÃO  
ÀS DOENÇAS DE TRANSMISSÃO SEXUAL**

---

---

Tese de Doutorado apresentada ao  
Curso de Pós-Graduação em Medicina,  
área de Tocoginecologia da Faculdade  
de Ciências Médicas da Universidade  
Estadual de Campinas para obtenção do  
Título de Doutor em Medicina, na área  
de Tocoginecologia

**ORIENTADOR: Prof. Dr. LUIS GUILLERMO BAHAMONDES**

**UNICAMP  
1999**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

F391e                      Fernandes, Arlete Maria dos Santos  
                                    Efeito de uma ação educativa sobre a conduta dos  
                                    profissionais de saúde da rede de atenção primária em  
                                    relação às doenças de transmissão sexual / Arlete Maria  
                                    dos Santos Fernandes. Campinas, S.P.: [s.n.], 1999.

                                    Orientador: Luis Guillermo Bahamondes  
                                    Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.  
                                    Faculdade de Ciências Médicas.

                                    1. Doenças transmissíveis - prevenção. 2. Educação -  
                                    Saúde e Higiene. 3. Orientação sexual. 4. Saúde Pública  
                                    - Brasil. I. Luis Guillermo Bahamondes. II. Universidade  
                                    Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.  
                                    III. Título.

## **BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO**

**Aluno: ARLETE MARIA DOS SANTOS FERNANDES**

---

**Orientador: Prof. Dr. LUIS GUILLERMO BAHAMONDES**

---

### **Membros:**

1.

2.

3.

4.

5.

**Curso de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade  
de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**

**Data: 22/02/99**

*Dedico este trabalho...*

*... aos meus pais, Alzira e João,  
pela vida, exemplo, presença e amor sempre!*

*... ao Luiz e à Fátima,  
ao João Paulo e à Tânia,  
pelo conforto, pela solidariedade e estímulo;*

*... à Camila, ao André e ao Pedro,  
e aos que virão,  
pela esperança, sonho, futuro...*

*... à memória de meu avô.*

# *Agradecimentos*

---

*Ao Dr. Luis Bahamondes, pelo estímulo e confiança todos estes anos. Por tudo o que aprendi durante o caminho do mestrado e doutorado. Obrigada, PROFESSOR!*

*À esta Universidade em todas as suas instâncias, inclusive aos responsáveis pela sua manutenção, o povo deste país, obrigada pela oportunidade.*

*Ao Departamento de Tocoginecologia da Unicamp, pela convivência durante todos estes anos, por todos os amigos e mestres que tanto marcaram minha formação.*

*À PUC-Campinas, por todo o estímulo dado através da Carreira Docente à viabilização deste trabalho.*

*Ao Departamento de Tocoginecologia da PUC-Campinas, aos professores e amigos que contribuíram direta ou indiretamente para que existisse tempo para a conclusão deste trabalho.*

*A todos os amigos que no trabalho e na vida pessoal foram solidários e compreenderam a ausência.*

*À Prefeitura Municipal de Campinas pelo apoio a este trabalho. Especialmente, à Dra. Solange Duarte de Mattos Almeida, diretora do Departamento de Programas e Projetos; e à Sra. Ester Miriam Belo Rodrigues, diretora do Departamento de Informação e Desenvolvimento da Secretaria Municipal de Saúde.*

*À Dra. Regina Célia Nogueira Gomes, coordenadora de saúde da antiga Secretaria de Ação Regional Oeste, pela boa vontade e confiança neste trabalho.*

*Aos Coordenadores dos Centros de Saúde, Dr. Adilson Micheloni, Dra. Maria Aparecida de Fátima Cardoso, Dr. Rubem Borges Fialho Junior, Enf. Sandra Donizete Pasquini da Silva, Enf. Silene Menezes Jacobina e Enf. Valdir de Assis, que muito contribuíram para que este projeto se tornasse realidade.*

*Ao Departamento de Medicina Social da PUC-Campinas, aos seus professores e em especial à sua coordenadora, Prof. Dra. Elizabeth de Leone Monteiro Smeke, que participaram deste trabalho.*

*Ao Dr. Guilherme Cecatti à Maria José Osis, pela ajuda durante o projeto, e pela contribuição no decorrer do trabalho.*

*À Dra. Eliana Amaral e ao Dr. Carlos Alberto Petta pela avaliação e pelas sugestões durante o exame de qualificação.*

*À amiga Silvia Leite de Campos e à Enf. Fernanda Maria de Barros Ferreira, responsáveis pelas entrevistas.*

*Ao João Paulo dos Santos Fernandes e à Tânia Regina Pinesi Fernandes pela grande ajuda na digitação do banco de dados.*

*Aos amigos Dr. Airton Rodrigues de Mello e Dra. Júlia Yoriko Shinzato, por suas sugestões e correções.*

*Ao estatístico Hélio José de Abreu pela orientação na codificação das inúmeras variáveis e montagem dos bancos de dados, e a Edson Zangiacomí Martinez pela análise estatística.*

*A todo pessoal da ASTEC, especialmente à Sueli Chaves e à Maria do Rosário R. Zullo, pela colaboração na formatação de todo o trabalho.*

*À Regina Maria Souza Campos, secretária do Dpto. Tocoginecologia PUC-Campinas, pela ajuda na realização de todo material didático desta tese e do exame de qualificação.*

*De forma especial a todos os docentes, médicos e enfermeiras que participaram como sujeitos deste estudo, pela honestidade e sinceridade dos dados.*

*Aos queridos alunos, Daniel de Gaspari Antonio e Caren Vanessa Cupertino, que participaram da coleta de dados dos prontuários médicos e comigo se solidarizaram nos momentos de vibração e dúvida.*

*Às mulheres cujos dados recolhemos, tão fortes em sua luta pela vida.*

*Aos alunos e residentes da PUC-Campinas, por se haverem tornado o maior objetivo e razão para este trabalho.*



# *Resumo*

---

Apesar do conceito de “sexo seguro” ter sido amplamente divulgado durante a última década, temos notado em nossos serviços muitas complicações e seqüelas das Doenças de Transmissão Sexual (DST), especialmente durante o período de vida reprodutivo. Além disso, nos últimos anos, tem sido observado no Brasil uma elevação na prevalência da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) entre mulheres. Em vista disso, buscamos estudar o efeito de uma ação educativa voltada aos profissionais de saúde que prestam atenção ginecológica e obstétrica na rede primária de saúde, sobre suas opiniões e atitudes com relação às DST, bem como determinar os conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção da população de mulheres, por eles atendida. A intervenção teve o objetivo de sensibilizar os profissionais quanto ao quadro atual das DST/AIDS e, particularmente, estimulá-los ao diálogo durante a consulta, para que dessem às mulheres orientações sobre os riscos e as medidas de prevenção. Participaram do estudo seis Centros de Saúde da rede municipal de Campinas. Médicos, enfermeiras e uma amostra de mulheres foram entrevistados, e os prontuários das mulheres consultadas foram levantados para determinar a freqüência de diagnósticos relacionados às DST. Os resultados mostraram que, apesar de um quarto dos diagnósticos realizados estarem relacionados às DST, a intervenção

não foi eficaz para promover mudança significativa no comportamento dos profissionais de saúde, não houve mudança no conhecimento, atitudes e práticas das mulheres após a intervenção, entretanto, diminuíram significativamente os diagnósticos de tricomoníase, monilíase e leucorréia com sinais inflamatórios, e aumentaram os diagnósticos de HPV e HSV-2. Apesar da maioria das mulheres referir informação através da televisão (87,6%), a qualidade dessa informação foi pobre no sentido de sensibilizá-las do risco das DST; por outro lado, a confiança no médico foi explícita por praticamente a totalidade das mulheres. O uso do condom foi referido por apenas 10% das mulheres independente da faixa de idade, e por 14,5% das adolescentes, enquanto o uso consistente foi referido por 7,6% e 8% respectivamente. Concluimos que as mulheres não se sentem vulneráveis a contrair DST/AIDS, logo não optam pelo uso do condom, e, quando o utilizam, a intenção é a contracepção. Devemos implementar a adoção do diálogo informativo a respeito das DST/AIDS, ainda nos profissionais em formação, para que possam melhorar a identificação das mulheres expostas através da história clínica, desenvolvam a habilidade em falar aberta e claramente acerca dos comportamentos de risco, e estejam preparados para dar esclarecimento sobre as complicações futuras das DST e as medidas de prevenção possíveis. É aconselhável que se implementem novos programas e intervenções, voltados aos profissionais de saúde que já atendem na rede primária de saúde, em ações conjuntas com a Secretaria de Saúde, visando melhorar a qualidade da atenção prestada com relação ao controle das DST. Deve-se inovar a forma e a qualidade das informações, de modo a que haja maior aderência da população às práticas do comportamento sexual seguro.

---

# Sumário

---

## Resumo

1. Introdução .....	1
2. Objetivos .....	22
2.1. Objetivo Geral.....	22
2.2. Objetivos Específicos .....	22
3. Casuística e Métodos.....	24
3.1. Desenho do estudo .....	24
3.2. Sujeitos da pesquisa .....	25
3.3. Critérios e procedimentos para a seleção de sujeitos.....	26
3.4. Cálculo do tamanho da amostra de mulheres entrevistadas.....	28
3.5. Variáveis e conceitos.....	29
3.6. Intervenção.....	37
3.7. Instrumentos para a coleta de dados.....	40
3.8. Processamento de dados .....	41
3.9. Aspectos éticos .....	42
4. Resultados .....	44
4.1. Opinião e atitudes dos profissionais participantes .....	44
4.2. Opinião, conhecimento, atitudes e práticas das mulheres .....	52
4.3. Diagnósticos levantados dos prontuários .....	69
5. Discussão.....	75
6. Conclusões.....	116
7. Summary.....	118
8. Referências Bibliográficas .....	120
9. Bibliografia de Normatizações .....	135
10. Anexos.....	136

# ***1. Introdução***

---

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) têm sido capítulo importante na história da medicina, e, particularmente neste final de século, seu controle transformou-se num desafio para a saúde pública em todo o mundo.

Antes de 1900, os médicos desconheciam o tratamento para as DST e, fatalisticamente, olhavam essas infecções como evidência de comportamento sexual “promíscuo”; do ponto de vista da sociedade, essas doenças suscitavam sentimentos morais de culpa e punição, e indivíduos doentes, além do sofrimento físico e emocional, carregavam o estigma da doença incurável.

Pouco antes da I Guerra Mundial, a profissionalização da medicina coincidiu com o surgimento da Venereologia como especialidade, e o controle da infecção sífilítica ou luética constituía-se no maior desafio para os estudiosos da época. O aumento do conhecimento acerca das doenças sexuais, a aceitação da teoria dos microorganismos, e o desenvolvimento da tecnologia que propiciou o advento dos testes sorológicos, somados à opção para o tratamento, inicialmente com drogas tóxicas, transformaram a visão do controle da sífilis na metade do século (GATES & HOLMES, 1991).

A descoberta de seu agente etiológico, o *Treponema pallidum*, por SCHAUDINN & HOFFMANN<sup>1</sup>, ocorreu em 1905; e a introdução do teste sorológico, por Wassermann, em 1906 (SPARLING, 1990).

A maior parte do conhecimento atual acerca da história natural da sífilis é baseado em um largo estudo prospectivo conduzido em Oslo, no período de 1890 a 1910 pelo Professor Boeck, e posteriormente seguido de forma retrospectiva por GJESTLAND (1955). Este estudo incluiu 1.978 pessoas com lesões típicas de sífilis recente que foram hospitalizadas em média por três meses, e, embora alguns permanecessem até dez a doze meses internados, a maioria não era tratada, sabendo-se que durante esses longos períodos eram indivíduos potencialmente infectantes. O tratamento, na época, se fazia com mercuriais e arsênico, os quais muitas vezes causavam dano orgânico maior que a própria doença. Após cinquenta anos do estudo inicial, GJESTLAND (1955) reuniu 1.404 desses noruegueses ainda residentes em Oslo, e novas informações foram colhidas de cerca de 80% deles entre 1949-51; evento esse extraordinário considerando-se o tempo decorrido (GJESTLAND, 1955).

Ainda outros estudos, como o de Tuskegee (1932), contribuíram para a evolução do conhecimento da infecção luética (OLANSKY, SIMPSON, SCHUMAN, 1954). Eles demonstraram um aumento de mortalidade pela

---

<sup>1</sup> SCHAUDINN & HOFFMANN, 1905 apud SPARLING, P.F. - Natural history of syphilis. In: HOLMES, K.K.; MARDH, P.<sup>a</sup>; SPARLING, P.F.; WIESNER, P.J.; CATES, W.; STAMM, W.E. (eds.) **Sexually transmitted diseases**. 2<sup>a</sup> ed. New York, Macgraw-Hill, 1990. p.213-20.

doença, entretanto, indicaram também que 15 a 40% dos pacientes evoluíam com seqüelas da sífilis terciária, mas que pelo menos 60% deles não desenvolviam complicações anatômicas tardias reconhecíveis, e cerca de 80% não morriam primariamente por causa da doença.

Foi a busca pelo conhecimento, o desafio que transformou a sífilis na doença pela qual os médicos do século 20 seriam lembrados e julgados (CATES & HOLMES, 1991).

A doença possui diferentes estágios, iniciando-se com o cancro primário, evidência da primoinfecção, evolui para estágio secundário de forma sistêmica com as características lesões em pele altamente contagiosas. Na forma latente o doente pode permanecer sem manifestações de infecção por meses ou anos e, após cerca de 30 a 40 anos, desenvolver as seqüelas tardias da sífilis terciária, principalmente nos sistemas cardiovascular e neurológico.

As mulheres têm alta probabilidade de dano sério em seus fetos se adquirem a doença enquanto grávidas ou quando engravidam nos primeiros estágios da doença. Somado a isso, a sífilis aumenta o risco para adquirir ou transmitir o vírus da imunodeficiência humana, o HIV (CDC, 1993).

Nos países desenvolvidos, verbas governamentais começaram a ser estabelecidas para o controle das doenças venéreas durante as primeiras décadas do século; nos Estados Unidos a primeira verba federal foi destinada em 1939 e dirigida em sua maior parte para o controle da sífilis. Centros de tratamento rápido foram criados durante a II Guerra Mundial. Logo após a

guerra, o acesso à penicilina trouxe um declínio da venereologia como especialidade, mas, apesar disso, a assistência federal americana continuou a manter o controle dos parceiros sexuais, os testes sorológicos para a sífilis e a educação sexual. O “epidemiologista” em DST emergiu como figura central no controle da infecção, focalizando o tratamento de indivíduos expostos e de seus parceiros sexuais (CATES & HOLMES, 1991).

A doença luética voltou a recrudescer, principalmente entre homens homossexuais, a partir de 1970 e perdurou com alta prevalência durante toda a década. No início dos anos 80, com a ampla divulgação do conceito de “sexo seguro” e do risco das diferentes práticas sexuais, foi observada mudança no comportamento sexual desse grupo, e como consequência, houve diminuição nas taxas de sífilis entre os homossexuais masculinos (ROLFS & NAKASHIMA, 1990; CDC, 1993). Nos últimos anos, a população de homossexuais jovens continua requerendo medidas de controle por apresentar número alto de novas infecções. Entre a população geral, nos Estados Unidos, as taxas de sífilis primária e secundária têm sido cinco vezes maiores entre afro-americanos que entre brancos (CDC, 1998b).

A partir dos anos 60, dados oficiais apresentavam rápida escalada nos casos de infecção por *Neisseria gonorrhoeae*, agente causador da infecção gonocócica. Ao final dessa década, o desenvolvimento do meio seletivo de cultura para o isolamento do microorganismo (Thayer-Martin), juntamente com os níveis epidêmicos da doença, suscitaram nova estratégia de controle nacional nos Estados Unidos. Neste período, a verba nacional primariamente

dirigida ao controle da sífilis passou a ser utilizada, em sua maior parte, para o controle da nova infecção (CATES & HOLMES, 1991).

Nos últimos anos, dados da América do Norte e Europa referem diminuição dos casos de gonococia entre a população geral, branca, de maior idade e maior nível de instrução formal, entretanto, permanecem altas taxas entre as minorias raciais e os adolescentes (POTTERAT e cols., 1985; ROLFS & NAKASHIMA, 1990; CRIBIER, ASCH, TARDIEU, 1994; CDC, 1998b). A relação homem/mulher dessa infecção sempre permaneceu pouco pronunciada, denunciando maior transmissão entre heterossexuais. Além disso, observa-se que atinge idades mais jovens que a sífilis em todas as categorias raciais e de gênero (CATES & HOLMES, 1991).

Já a infecção pelo *Haemophilus ducrey*, denominada cancro mole ou cancróide, tem sido rara nos Estados Unidos desde a II Guerra. Entretanto, a partir de 1984 uma série de novos picos de incidência começaram a aparecer entre a população de migrantes em Los Angeles, Dallas, Boston, cidade de Nova York, New Orleans e várias cidades da Flórida. O número total dos casos relatado passou de 665 em 1984 para 4.714 em 1989 (ARAL & HOLMES, 1991).

As mudanças sócio-sexuais das últimas décadas têm mudado o perfil das DST. O número maior de adolescentes e adultos jovens que vivenciam sua sexualidade com maior liberdade, as mudanças econômicas que levaram à concentração de população de baixa renda nos perímetros urbanos, onde as condições de saúde quase sempre precárias, o baixo nível educacional, e o

acesso nem sempre fácil aos serviços de saúde têm elevado o número de casos novos de doença nessas duas populações. Além disso, pessoas que por suas práticas sexuais de alto risco e grande número de parceiros, denominadas como grupos-núcleo ou “core groups”, têm assumido papel preponderante como disseminadores das infecções dentro de algumas comunidades e populações fechadas (YORKE, HETHCOTE, NOLD, 1978; ROTHEMBERG, 1983; POTTERAT e cols., 1985).

O papel das drogas, especialmente o fenômeno da troca de sexo por craque-cocaína, tem aumentado a população de grupos-núcleo e também agido como facilitador para o comportamento de alto risco (CATES & HOLMES, 1991; WEINSTOCK e cols., 1995; WILSON, 1998).

Simultaneamente, uma maior variedade de microorganismos e o reconhecimento de novas síndromes, continuaram a produzir mudanças no quadro epidemiológico das DST. A partir dos anos 70, um novo agente bacteriano mostrou uma prevalência alarmante de casos entre a população sexualmente ativa: a *Chlamydia trachomatis*. No Reino Unido e nos Estados Unidos, as uretrites não gonocócicas (UNG) excedem as de causa gonocócica em número de diagnósticos desde o início dos anos 70 (CDC, 1995).

A maior complicação desta infecção na mulher é a Doença Inflamatória Pélvica (DIP), iniciada com cervicite, infecção ascendente e salpingite. É insidiosa, na maior parte das vezes pouco ou nada sintomática, fazendo com que poucas mulheres busquem tratamento. O conseqüente dano parcial ou

completo das trompas uterinas, leva com maior freqüência à gravidez ectópica ou à esterilidade definitiva. Muitas mulheres jovens acabam inférteis por fator tubáreo após um ou mais episódios de DIP (WESTROM & MARDH, 1992).

Nos países industrializados tem sido observado que a infecção feminina, por clamídia, excede a masculina; como característica, apresenta uma maior prevalência entre jovens e está ligada ao comportamento heterossexual (CATES, 1995). É descrito que 75% das mulheres e 25% dos homens portadores da infecção, não apresentam sintomas (CDC, 1993). Para se ter uma idéia dos números dessa infecção, um estudo retrospectivo americano sobre recorrência de infecção por clamídia, em mulheres atendidas em clínicas de planejamento familiar e de DST, e também em clínicas privadas de Wisconsin, encontrou que 38.866 mulheres haviam tido a primoinfecção entre os anos 1985-89 (HILLIS e cols., 1994).

Oito a 12% das mulheres grávidas podem ser portadoras da infecção. As de maior risco são as adolescentes solteiras que vivem em áreas urbanas, onde a prevalência de infecção chega em 20% a 30% (CDC, 1993). A infecção no recém-nascido durante o parto vaginal causa conjuntivite, que, similarmente à conjuntivite gonocócica, é também causa de cegueira; a importância de sua prevenção tem sido ressaltada, contraposta ao uso isolado do nitrato de prata nas salas de parto (SCHACHTER, 1989). Além disso, a clamídia é freqüente agente de pneumonia na infância, predispondo a criança a problemas respiratórios na vida futura.

A clamídia é o mais comum patógeno bacteriano transmitido sexualmente; nos Estados Unidos 400.000 casos foram notificados em 1996, situando a infecção como a DST de maior notificação no país. Apesar disso, sua detecção ainda tem sido limitada, mesmo entre os grupos de alto risco (CDC, 1998b). Para se ter uma idéia da repercussão a nível econômico, numa estimativa dos custos diretos e indiretos com a infecção, foi orçado em 2,18 bilhões de dólares o gasto com a doença no ano de 1990, sendo que 79% desse valor foi o custo da infecção em mulheres (CDC, 1993).

O controle desta infecção, tanto por sua prevalência quanto devido ao alto número de casos assintomáticos, tem um custo muito alto, e por isso, nenhum programa formal de controle para clamídia tem sido implementado nas últimas décadas, mesmo nos países desenvolvidos (SCHACHTER, 1989). Em publicação recente, o "Advisory Committee for HIV and STD Prevention" recomenda que todas as mulheres menores que 25 anos e sexualmente ativas, ao serem consultadas, devam realizar testes para as infecções de clamídia e gonococo, no mínimo uma vez ao ano, excetuando-se aquelas populações onde, através de testes sensíveis, tenha sido constatado uma baixa prevalência dessas infecções (CDC, 1998b).

Quando avaliamos a epidemiologia das DST entre os países em desenvolvimento, a variação é ampla, e maiores diferenças existem quando os comparamos aos países desenvolvidos. Nos primeiros, os níveis de DST permanecem muitas vezes similares aos encontrados há meio século nos países industriais (CATES, 1995). Entre a população da República de

Camarões, por exemplo, as DST estão entre as cinco queixas mais freqüentes de consulta nos serviços de saúde, e entre os adultos, é o mais freqüente diagnóstico (MEHEUS, SCHULZ, CATES, 1990). No Zimbábue, cerca de 10% da população possui alguma DST (LAGA, 1994).

Outra diferença importante é que, enquanto transmissão a homossexual é menos comum quando comparada aos países desenvolvidos, a disseminação heterossexual é predominante e ocorre com a contribuição de grupos, como o de mulheres trabalhadoras do sexo, os caminhoneiros de longa distância e os trabalhadores migrantes (ARAL & HOLMES, 1991; MOSES e cols., 1991; NZILA e cols., 1991; PAIS, 1996). Além disso, as úlceras genitais ocorrem com maior freqüência nos países em desenvolvimento, especialmente a sífilis e o cancro mole, enquanto o herpes genital aparece com menor prevalência (CATES, 1995).

Uma terceira diferença é que as complicações e seqüelas das DST são mais freqüentes nos países em desenvolvimento, devido à falta de recursos para o diagnóstico e tratamento adequados (MEHEUS e cols., 1990).

Para se ter uma idéia da importância das DST nos países pobres, em alguns países da África e região oeste do Pacífico, por exemplo, são descritas taxas de até 15% de positividade nos testes para sífilis em mulheres atendidas em clínicas de pré-natal (CATES & HOLMES, 1991). Estimativas para as maiores cidades da África, sugerem taxa anual de gonococia entre 3.000 e 10.000 casos por 100.000 habitantes (LAGA, 1994). A prevalência dessa

infecção, descrita para a população geral, tem sido em torno de 20%, mas entre mulheres trabalhadoras do sexo sobe para 50%. Em um hospital comunitário de Nairobi, cerca de 3-5% de todos os recém-nascidos desenvolveram conjuntivite gonocócica, infecção que potencialmente leva à cegueira (CATES & HOLMES, 1991).

O controle dessas infecções é afetado, também, pelo desenvolvimento de algumas cepas resistentes aos antibióticos mais utilizados. As cepas de gonococos produtores de penicilinase, PPNG, foram responsáveis por mais de dois terços dos casos de infecção em algumas regiões da África e Ásia durante os anos 80 (CATES & HOLMES, 1991; LAGA, 1994).

O cancro mole tem sido altamente endêmico em muitos países tropicais, particularmente no sudeste da Ásia e leste e sudeste da África (PIOT & ISLAM, 1994). A incidência global é provavelmente semelhante à da sífilis, e tanto nos países industrializados como nos em desenvolvimento, o grupo de mulheres trabalhadoras do sexo tem exercido papel crucial na disseminação da infecção (ARAL & HOLMES, 1991; CATES, 1995). Também são descritos casos de cancro mole resistentes a vários antimicrobianos na África, Ásia, América Latina e Estados Unidos (CATES & HOLMES, 1991; ARAL & HOLMES, 1991; LAGA, 1994).

Nos países em desenvolvimento o número de infecções por clamídia é elevado. Entre mulheres grávidas a infecção foi mais freqüente que a gonocócica, as taxas variando de 5% na Nigéria a 29% no Quênia (CATES,

1995). Entre homens com sintomas de uretrite, a taxa de infecção não gonocócica parece ser menor que nos países desenvolvidos, talvez por esta infecção causar um quadro menos severo, os pacientes não sejam motivados a buscar tratamento, principalmente nas áreas onde o cuidado de saúde é difícil de obter (LAGA, 1994). A esterilidade resultante da DIP, por outro lado, é responsável por 50 a 80% dos casos de infertilidade na África e por aproximadamente 35% deles na América Latina (WASSERHEIT & HOLMES, 1992).

Na maioria dos países industrializados, as três DST clássicas, sífilis, gonorréia e cancróide desapareceram, como assim relatados na Europa, Austrália, e Japão (CRIBIER e cols., 1994; O'CONNOR e cols., 1996; TANAKA e cols., 1996). Contraste chocante, essas três DST tem aumentado em taxas epidêmicas entre minorias pobres de países ricos (ROTHERBERG, 1983; ARAL & HOLMES, 1991; MEYER e cols., 1996; CDC, 1998b).

Além das bactérias de transmissão sexual, o grande desafio dos últimos anos em todo o mundo tem sido o aumento alarmante das viroses de transmissão sexual. O número de casos de herpes genital sintomático no Reino Unido e Estados Unidos elevou-se de cinco a 15 vezes durante os anos 70 e 80 (CDC, 1995). A lesão herpética ocorreu dez vezes mais que a lesão sifilítica no mundo desenvolvido. Tem sido estimado que 30 milhões de norte-americanos possuem o vírus, apesar de que somente um quarto deles percebe ter tido a primoinfecção (JOHNSON e cols., 1994).

O herpes genital é usualmente associado com o herpes simples tipo 2 (HSV-2). Em adultos, sua manifestação ocorre comumente entre uma a duas semanas da exposição, geralmente a lesão é dolorosa e acomete os linfonodos inguinais. Em alguns casos, nem mesmo o primeiro episódio é doloroso. O tempo de doença é autolimitado de 4 a 15 dias, mas os ataques recorrentes, apesar causarem pouco ou nenhum sintoma, ocorrem com bastante freqüência. A lesão herpética aumenta o risco para aquisição e transmissão do vírus da imunodeficiência adquirida, o HIV (COREY, 1990).

Nas últimas décadas, a prevalência das verrugas genitais causadas pelo papilomavírus (HPV), tem se elevado tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. A infecção por HPV tem emergido como a DST viral mais comum entre adolescentes sexualmente ativos (CDC, 1995).

Alguns sorotipos do HPV, principalmente o 16 e 18, estão associados ao câncer genital, especialmente ao de colo uterino (KOUTSKY, GALLOWAY, HOLMES, 1988; MUÑOZ & BOSCH, 1992; MUÑOZ e cols., 1992). Muitas mulheres apresentam lesões subclínicas, e a única maneira de diagnosticá-las é através da citologia oncológica do cérvix uterino, ou ainda, por colposcopia e biópsia (KOUTSKY e cols., 1992). Em um estudo entre mulheres com idade até 35 anos, a prevalência lesões subclínicas foi de 10,6% (MUCKERMAN, 1994).

Não existe cura para o HPV, o tratamento proposto é simplesmente o controle das áreas de neoplasia intraepitelial leve e moderada com cauterização química, elétrica ou excisão cirúrgica. As recorrências são

freqüentes e as mulheres infectadas devem ter um acompanhamento regular para a prevenção da morbidade.

Já a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tem sido o grande desafio médico deste final de século. Em 1983 foi identificado seu agente etiológico, o vírus da imunodeficiência humana, HIV, pertencente à subfamília lentivírus dos retrovírus humanos. É um vírus RNA que se caracteriza pela presença da enzima transcriptase reversa, permitindo a transcrição do RNA viral em DNA, que por sua vez pode se integrar ao genoma da célula do hospedeiro, quando passa a ser chamado pró-vírus. O DNA viral copiado em RNA-m (mensageiro) é transcrito em proteínas virais. Ocorre então, a montagem do vírus e posteriormente a gemulação. O HIV infecta principalmente a molécula CD4 em sua superfície, predominantemente linfócitos CD4+ (linfócitos T4 ou T-*helper*) e macrófagos. A molécula CD4 age como receptor do vírus, mediando a invasão celular (RACHID & SCHECHTER, 1998).

Após a entrada do HIV no organismo, ocorre uma diminuição progressiva do número e da atividade dos linfócitos CD4, com o comprometimento principalmente da imunidade celular, sendo a AIDS uma manifestação tardia e avançada deste processo (RACHID & SCHECHTER, 1998).

Em 1996 foram identificadas novas moléculas (receptores de quimiocinas, entre elas o CCR5, CXCR4 e o CCR2), presentes na superfície das células, linfócitos e macrófagos, que também são essenciais como co-

receptores para a entrada do HIV. Sua identificação foi um grande passo para o entendimento da patogênese, transmissão e tropismo do HIV (LEITE, 1998).

O avanço da disseminação heterossexual do HIV tem implementado as pesquisas sobre essa via de transmissão. A existência de linfócitos CD8 e, em menor número, de linfócitos CD4 logo abaixo da porção escamosa da mucosa vaginal íntegra, faz com que na presença qualquer solução de continuidade, propiciada por trauma ou por processos inflamatórios, as camadas mais profundas tornem-se expostas e as células-alvo necessárias à recepção do HIV, acessíveis. A transmissão heterossexual do HIV também pode ser facilitada pela existência de linfócitos CD4 no endocérvice de mulheres hígdas, e pelo aumento dessas células na presença das DST não ulcerativas (LEVINE e cols., 1998). A presença de mediadores celulares e imunes nas secreções do trato genital durante processo inflamatório participam, de forma importante e ainda não completamente compreendida, no processo de transmissão do HIV (ANDERSON e cols., 1998).

Epidemiologicamente, a infecção pelo HIV tem se comportado diferentemente nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Entre os primeiros iniciou-se no meio da década de 70, com maior prevalência entre os homossexuais e bissexuais masculinos, e assim se manteve por volta de dez anos. Em meio a década de 80, os usuários de drogas injetáveis surgiram como o grupo de maior prevalência, e, mais ou menos nessa época, ocorreu a disseminação para o oeste europeu e América Latina. A transmissão heterossexual foi limitada nos países ocidentais até os primeiros anos de nossa

década, tem se elevado atualmente e o prognóstico é de que siga aumentando, principalmente à custa de pequenos grupos populacionais (BOR e cols., 1994; SMITH e cols., 1994; O'FARRELL e cols., 1995; PETERMAN, ZAIDI, WROTEN, 1995; WEINSTOCK e cols., 1995; GREENLAND e cols., 1996).

Em um levantamento de 552.665 testes para HIV, em pacientes de 80 clínicas de DST de 40 áreas metropolitanas dos Estados Unidos, no período de 1988 a 1992, foi notado que a soroprevalência encontrada diminuiu entre homossexuais e bissexuais masculinos, especialmente entre os de raça branca, e também entre homens e mulheres heterossexuais brancos. Entretanto, houve pouca diminuição entre hispânicos e o número de infecções manteve-se estável entre afro-americanos todo o tempo (WEINSTOCK e cols., 1995). Estes resultados refletem mudanças na epidemiologia do HIV nos países ocidentais, denotando elevação caracterizada pelos heterossexuais e usuários de drogas, especialmente dentro de minorias populacionais; ao passo que também tem chamado a atenção nos últimos anos, o aumento de mulheres infectadas via heterossexual (SMITH, HASSELTVEDT, BÖTTIGER, 1994; CONTI e cols., 1996). Por outro lado, nos países em desenvolvimento a infecção tem sido, desde o seu início, transmitida com predomínio heterossexual (PAIS, 1996).

Até meados de 1995 estimou-se que 18,5 milhões de adultos e mais de 1,5 milhão de crianças, de modo cumulativo, haviam sido infectados pelo HIV em todo o mundo. Essa estimativa, por continente, calculou 8,5 milhões de infectados na África ao sul do Saara, 3 milhões ao sul e sudeste da Ásia, 1,5 milhão na América Latina, 750.000 na América do Norte e 450.000 na Europa

Ocidental, todas as demais regiões do globo com menos de 100.000 casos. A projeção dos totais mundiais acumulados atingem 30 a 40 milhões até o ano 2000 (OMS, 1998).

As doenças ulcerativas, herpes genital, sífilis e cancróide, foram as primeiras a serem associadas com o aumento de risco para contrair ou transmitir o HIV (WASSERHEIT, 1991). Entretanto, poucos anos mais tarde, houve a demonstração de que também as DST não ulcerativas, clamídia, gonococo e tricomonas, constituíam fator de risco para contrair a doença (LAGA e cols., 1993).

Consideradas como as DST clássicas, a gonorréia e a sífilis, e também o cancróide possuem tratamento relativamente simples e não requerem grande propedêutica para o seu diagnóstico. Entretanto, ainda são subdiagnosticadas e parcialmente tratadas, fazendo com que um grande número de pessoas com essas infecções, mantenha um risco elevado para a aquisição do HIV. Por outro lado, a infecção por clamídia com um número alto de infectados assintomáticos, somado à alta prevalência das infecções virais incuráveis, aumentam grandemente a população de risco, vulnerável a adquirir o HIV (CDC, 1998b).

Com relação aos já portadores do vírus HIV, a própria diminuição da imunidade leva a que apresentem com maior frequência tanto as DST bacterianas quanto as virais, as quais se tornam facilitadoras da transmissão do HIV para parceiros suscetíveis, além de aumentarem o próprio risco do

infectado de receber maior carga viral ou outros subtipos de HIV de parceiros também infectados (WASSERHEIT, 1991).

No Brasil, o Ministério da Saúde declarou a AIDS e a sífilis congênita como doenças de notificação compulsória a partir de 1986. Para as demais DST era realizada a vigilância "universal", e os levantamentos serviriam à Comissão Nacional de DST e AIDS, CN-DST/AIDS (BRASIL, 1997b).

Entre 1993 e 1996, diante da constatação da baixa qualidade desses dados, a CN-DST/AIDS discutiu e testou algumas alternativas para a vigilância das DST. Uma delas foi utilizar a forma de diagnóstico e tratamento por abordagem sindrômica, no sentido de validar ou não essa proposta para o país. A única medida de prevalência das DST no Brasil, foi retirada dos dados compilados de janeiro a junho de 1995 em cinco centros, a saber, Manaus, Recife, Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre, onde foi inicialmente testada essa forma de abordagem. Entre os 607 homens estudados, 472 apresentavam descarga uretral, 44% por infecção gonocócica, 7% por clamídia, 8% por ambos os agentes, 2% tinham infecção por tricomonas e 27% apresentavam somente leucospermia. Entre 348 mulheres foi encontrada a prevalência maior de infecções vaginais (42%), 10% de infecções cervicais, e concomitância de ambas em 5%. O diagnóstico de úlcera genital foi realizado em 157 pacientes, sendo tratados como herpes somente 9 casos, aos demais foi proposto tratamento para sífilis e cancróide, sugerindo que os agentes destas duas patologias devam ser os mais comuns causadores de úlceras genitais no Brasil (MOHERDAHUI e cols., 1998).

Em 1996 foi definida a estratégia nacional, adotando-se vigilância das DST em locais selecionados, denominada como “vigilância aprimorada das DST”. Nesse mesmo ano foram iniciados os primeiros grupos de investigação de casos de sífilis congênita, em maternidades e serviços de atendimento pré-natal.

Somente em 1997 a vigilância aprimorada das DST foi implantada, tendo como objetivo principal obter dados de melhor qualidade para determinação da incidência e prevalência de algumas DST em pessoas atendidas nos serviços selecionados (BRASIL, 1997b). Todavia, ainda não existem serviços de vigilância aprimorada em todos os estados, e os dados dos que já existem, não estão disponíveis. Os levantamentos que temos hoje no Brasil são sobre sífilis congênita e AIDS, as únicas com notificação compulsória desde 1986.

O número de casos novos de sífilis congênita notificados se elevou nas regiões norte, nordeste, centro-oeste e sul, de 116 casos em 1995 para 470 em 1997. Apesar da diminuição registrada na região sudeste, de 442 casos para 21 no mesmo período, ela tem sido atribuída à subnotificação (BRASIL, 1997b).

Com relação à AIDS, o primeiro caso notificado no Brasil foi em 1980. Até final de novembro de 1997, foram computados 121.000 casos da doença, 95.000 deles em homens e 26.000 em mulheres (BRASIL, 1997a). Apesar do número sensivelmente maior entre homens, vem se igualando cada vez mais a relação homem/mulher entre os casos notificados nos últimos anos. Entre a população de 13-49 anos, essa relação passou de 5:1 em 1985 para 2:1 em 1996/97, e é esperado uma inversão com número maior de mulheres. Nesse

último período, 3.685 homens e 3.713 mulheres foram infectados através de transmissão heterossexual. Como conseqüência do aumento no número de mulheres infectadas, eleva-se também a transmissão perinatal, e esta subiu de 515 novos casos em 1995 para 841 no período 1996/97 (BRASIL, 1997a).

Sessenta por cento dos casos novos de AIDS entre mulheres maiores de 12 anos se deveu à transmissão sexual. Entre homens maiores de 12 anos, a incidência de transmissão homossexual em 1990 era de 30%, e baixou para menos de 20% em 1996/97, enquanto a heterossexual vem aumentando de 6% em 1990 para 22% no mesmo período (BRASIL, 1997a).

O Programa Brasileiro de Prevenção e Combate à AIDS é considerado pelo Banco Mundial e pela UNAIDS (Organização das Nações Unidas responsável pelo combate à epidemia), um dos melhores do mundo. Também temos uma situação exemplar quanto à assistência; mesmo na realidade do SUS, não existe falta de leitos e nem grandes deficiências na área de pessoal. O Brasil fornece tratamento com as drogas antiretrovirais a todo indivíduo que delas necessite, gratuitamente, através de recursos diretos do orçamento da União. É o único país do mundo nessa situação e, apesar de França e Canadá também fornecerem a medicação, esse custo é participado com recursos de seguro previdenciário. No Brasil temos tido a universalidade da boa assistência aos doentes com AIDS (CHEQUER, 1998b).

Por outro lado, o alto número de adolescentes e adultos jovens no Brasil, somado ao fato de grande parte da população estar concentrada na periferia

de grandes cidades e apresentar um nível sócioeconômico baixo, certamente são características similares àquelas populações pobres de países desenvolvidos. Apesar de não termos informações próprias de incidência e prevalência, talvez tenhamos uma epidemiologia parecida àquelas populações, na periferia de nossas cidades.

Ainda, se não temos a medida das patologias mais freqüentes, tampouco temos estudos de intervenções educativas junto à rede primária de saúde, e esta não tem percebido a importância de seu trabalho preventivo dentro do campo das DST. A única ação preventiva tem sido com relação à AIDS, e mesmo assim as campanhas têm sido eventuais, especialmente durante o carnaval e períodos de festas.

Acreditamos que também os médicos não tenham noção de seu importante papel quando falam em prevenção, indicam métodos contraceptivos ou esclarecem um diagnóstico de leucorréia, úlcera genital ou dor pélvica. Os adolescentes e a população jovem, provavelmente, recebem pouca informação com relação ao seu risco de doença, embora sejam a maior população de risco.

Por tudo isso, resolvemos medir a eficácia de uma ação dirigida a médicos e enfermeiras que atendem em Centros de Saúde, numa região de população de baixa renda em Campinas, buscando determinar como pensam, o que fazem em termos de prevenção e, após uma intervenção educativa, medir as características de eventuais mudanças.

Pensamos que talvez uma intervenção simples e pouco onerosa, dirigida a médicos e enfermeiras, tentando sensibilizá-los do problema crescente das DST e da possibilidade deles próprios agirem como educadores na área de prevenção e esclarecimento de riscos para as mulheres durante a consulta, pudesse melhorar a qualidade da atenção prestada e implementar positivamente comportamento desses profissionais na esfera da prevenção.

Também, foi a possibilidade de estudar como é e o que pensa a população atendida pelo setor primário de saúde, e, além disso, o que faz em termos de comportamento, atitudes e práticas acerca das DST, que nos levou ao presente trabalho.

## ***2. Objetivos***

---

### **2.1. Objetivo Geral**

Estudar o efeito de uma ação educativa voltada para médicos e enfermeiras dos Centros de Saúde, sobre a opinião, as atitudes e as recomendações acerca das DST, dadas por eles às mulheres que os consultam, bem como determinar o conhecimento, as atitudes e as práticas das mulheres com relação às DST.

### **2.2. Objetivos Específicos**

1. Determinar as características demográficas da população de mulheres atendida pelos Centros de Saúde estudados.
2. Avaliar o nível de informação das mulheres com relação ao conhecimento das DST, bem como suas atitudes e práticas de prevenção.

3. Determinar as fontes de informação através das quais as mulheres têm recebido esclarecimento e orientação a respeito das DST.
4. Determinar o número de diagnósticos ligados às DST nos Centros de Saúde estudados, nos momentos pré e pós-intervenção.
5. Avaliar eventual mudança na freqüência das diferentes categorias de diagnóstico ligados às DST, no momento pós-intervenção.
6. Avaliar mudanças nas opiniões, atitudes e recomendações dadas pelos profissionais de saúde às mulheres consultadas, no período pós-intervenção.
7. Estudar a avaliação da intervenção feita pelos próprios profissionais aos quais foi dirigida.

## ***3. Casuística e Métodos***

---

### **3.1. Desenho do estudo**

O estudo realizado foi de intervenção, com vistas a medir a eficácia de uma ação educativa, voltada aos profissionais que prestam atendimento na rede municipal de saúde da cidade de Campinas.

Os Centros de Saúde escolhidos para o estudo foram aqueles que faziam parte da antiga Secretaria de Ação Regional (SAR) Oeste e estão dispostos ao longo da Avenida John Boyd Dunlop. A região oeste é o setor economicamente mais carente da cidade de Campinas, e seguindo-se em direção à periferia por essa avenida, torna-se mais e mais visível o empobrecimento da população e a falta de infraestrutura nos bairros mais distantes. Esses Centros de Saúde possuem como hospital de referência para a área de ginecologia e obstetrícia, o Hospital Maternidade Celso Pierro, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). São eles:

- ? CS Dr. Pedro de Aquino Neto, Rua Paulo Provenza Sobrinho, 35, Jardim Campos Elíseos;

- ? CS Integração, Rua Zoca, 161, Vila Castelo Branco;
- ? CS Vila Perseu Leite de Barros, Rua Belo Horizonte, 410, Vila Perseu Leite de Barros;
- ? CS Jardim Ipaussurama, Rua Argeu Encarnação, 70, Jardim Ipaussurama;
- ? CS Dr. João Gumercindo Magalhães, Avenida Nélon Ferreira de Souza, 292, Jardim Florence;
- ? CS Dr. Monteiro Salles, Rua Vinte e Cinco, 20, Parque Valença.

### **3.2. Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos desta pesquisa foram os profissionais de saúde que prestaram atendimento ginecológico e obstétrico, nos referidos Centros de Saúde, nos períodos de 01-30/09/1996 e 01-31/03/1997; os prontuários das mulheres consultadas por esses profissionais nos mesmos períodos; e uma amostra de mulheres entrevistadas enquanto aguardavam pelo atendimento ginecológico ou obstétrico.

Os profissionais de saúde foram os médicos ginecologistas, as enfermeiras que atuaram de forma individual ou em grupos com mulheres e os docentes do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, FCM/PUC-Campinas, responsáveis por alunos do sexto ano do curso de medicina, que estagiavam nos Centros de Saúde no período da pesquisa.

Os prontuários de todas as mulheres consultadas, nos dois períodos, foram levantados. No período pré-intervenção, o número de cada prontuário consultado foi localizado nas listagens já digitadas das planilhas de produção dos médicos, no Departamento de Informação e Desenvolvimento (DID) da Prefeitura Municipal de Campinas, enquanto no período pós-intervenção buscamos anotar o número dos prontuários a partir das planilhas de produção do próprio médico, preenchidas ao final do período de atendimento, antes de seu recolhimento semanal pela prefeitura.

Como o prontuário de cada paciente é arquivado nos Centros de Saúde dentro de um único prontuário familiar, foi necessário então a anotação do nome ou a inicial do nome da mulher, já que sem isto não seria possível a identificação correta do prontuário a ser levantado.

### **3.3. Critérios e procedimentos para a seleção de sujeitos**

#### **3.3.1. Critérios de inclusão**

- ? Foram incluídos os profissionais de saúde:
  - ? na fase pré-intervenção, todos aqueles que foram encontrados prestando atendimento ginecológico e/ou obstétrico durante o mês de setembro de 1996 e responderam ao questionário;
  - ? na fase pós-intervenção, aqueles que estiveram presentes à palestra realizada pela pesquisadora em outubro ou novembro de 1996 (intervenção), e que, encontrados durante o mês de março de 1997, responderam novamente ao questionário inicial, modificado

pela adição de algumas questões, visando recolher reações à ação educativa.

- ? Foram incluídas para serem entrevistadas, as mulheres:
  - ? que compareceram para consultas de ginecologia e obstetrícia, e que após perguntadas a respeito, consentiram verbalmente em responder às questões sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), objeto desta pesquisa;
  - ? que no período de 1-31/03/1997, além do consentimento verbal, afirmaram que não haviam sido entrevistadas anteriormente, de modo que todas as mulheres do estudo responderam uma única vez ao questionário;
  - ? que no período de 1-31/03/1997 afirmaram ter comparecido pelo menos a uma consulta ginecológica e/ou obstétrica após o mês de outubro de 1996.
- ? Foram incluídos os prontuários médicos:
  - ? de todas as mulheres consultadas em atendimento ginecológico e obstétrico, nos períodos de 1-30/09/1996 e de 1-31/03/1997.

### **3.3.2. Critérios de exclusão**

- ? Dos profissionais de saúde:
  - ? da primeira fase da pesquisa, aqueles que mesmo prestando atendimento no período estudado, não foram encontrados para a entrevista durante o mês de setembro de 1996;

- ? da segunda fase da pesquisa, aqueles que não compareceram à intervenção, em outubro ou novembro de 1996; e também aqueles que mesmo tendo participado da intervenção, não foram encontrados para entrevista, durante o mês de março de 1997.
- ? Das entrevistas, as mulheres:
  - ? da segunda entrevista, em março de 1997, aquelas que afirmaram ter respondido ao questionário em setembro de 1996;
  - ? que não haviam se consultado desde outubro de 1996.
- ? Dos prontuários médicos:
  - ? aqueles sem anotação de consulta, os com letra ilegível, aqueles nos quais não foi possível determinar o diagnóstico realizado, e ainda, os prontuários não encontrados.

### **3.4. Cálculo do tamanho da amostra de mulheres entrevistadas**

O número de mulheres a serem entrevistadas foi calculado com base no estudo de prevalência e acurácia do diagnóstico clínico de infecções genitais, entre mulheres que freqüentaram o Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital da Universidade Estadual de Campinas (TELES, 1994). Levando-se em conta que esta pesquisa obteve o diagnóstico clínico de infecção em 35% das mulheres, estimamos que para este estudo, após o período de intervenção, seria aceitável encontrar-se 30% dos mesmos diagnósticos (p2). Como prevalência inicial considerou-se metade desse valor, ou seja, 15% de diagnósticos clínicos antes da intervenção (p1). Aplicando-se a fórmula

$$n = \frac{p_1 (100-p_1) + p_2 (100-p_2)}{(p_2-p_1)} \times f(?,?)$$

Para valores de alfa de 0,05 e beta 0,20, encontramos um tamanho amostral de 120 mulheres (POCOCK, 1983).

### 3.5. Variáveis e conceitos

#### 3.5.1. Para os profissionais de saúde

- ? **INSTANTE** - momento da entrevista, se pré (1-30/09/1996) ou pós-intervenção (1-31/03/1997).
- ? **FONTE** - qual o Centro de Saúde de atuação do profissional.
- ? **PROFISSIONAL** - se médico, enfermeiro ou docente.
- ? **TEMPO DE FORMADO** - tempo em anos desde o término da graduação, obtido através da informação do ano de formatura.
- ? **FACULDADE** - a instituição na qual obteve a graduação, se pública (estadual ou federal) ou privada, e se localizada no estado de São Paulo ou outro estado da União, ou ainda, fora do país.
- ? **ESPECIALIZAÇÃO** - último nível completo após a graduação. Para os médicos e enfermeiros, se haviam realizado residência médica ou especialização, e para os docentes, a última titulação, mestrado ou doutorado. Ainda fez parte desta variável, a área da especialização e/ou da residência médica.

- ? **TEMPO DE ATENDIMENTO EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA** - tempo em anos durante o qual o profissional tem prestado atendimento na área (questão 1 do Questionário para Profissionais, ANEXO 1).
- ? **NÚMERO DE CONSULTAS POR PERÍODO** - estimativa feita pelo profissional, do número de mulheres às quais prestava atendimento por período, no Centro de Saúde (Questão 2 do Questionário para Profissionais, ANEXO 1).
- ? **DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES** - os diagnósticos e/ou as queixas mais freqüentes entre as mulheres consultadas, referidas pelo profissional (questão 3 do Questionário para Profissionais, ANEXO 1).
- ? **ATITUDE COM RELAÇÃO AOS DIAGNÓSTICOS DE LEUCORRÉIA E DOR PÉLVICA** - respostas dadas a respeito da conduta do profissional, frente a esses dois diagnósticos, se tratava ou encaminhava, e qual era o tratamento proposto. Também incluídas as respostas sobre os esclarecimentos e orientações adicionais fornecidos às mulheres que consultavam, após a hipótese diagnóstica de leucorréia ou dor pélvica (questões 4 e 5 do Questionário para Profissionais, ANEXO 1).
- ? **PERGUNTAS SOBRE O DIAGNÓSTICO** - respostas do profissional sobre quais as perguntas mais freqüentes, feitas pelas mulheres, após os diagnósticos de leucorréia e dor pélvica (questão 6 do Questionário para Profissionais, ANEXO 1).
- ? **OPINIÃO SOBRE AS MULHERES** - visão do profissional sobre a população à qual presta atendimento, e o que pensa a respeito das mulheres que o consultam (questão 7 do Questionário para Profissionais, ANEXO 1).

- ? **OPINIÃO SOBRE AS DST** - visão do profissional sobre as doenças de transmissão sexual hoje, o que pensa a respeito e o que, sob seu ponto de vista, deveria ser feito para o controle (questões 8 e 9 do Questionário para Profissionais, ANEXO1).
- ? **AVALIAÇÃO DA AÇÃO EDUCATIVA** - os profissionais que estiveram presentes à intervenção foram questionados com relação às informações passadas, se haviam ajudado ou não em sua prática clínica, e se havia existido ou não mudança em seu comportamento/opinião com relação às DST. Ainda, as respostas com respeito ao que havia sido positivo e ao que havia faltado na ação educativa, também compuseram esta variável (questões 10, 11, 12, 13, 14 e 15 do Questionário para Profissionais, ANEXO 1).

### 3.5.2. Para as mulheres entrevistadas

- ? **INSTANTE** - momento da entrevista, se antes (1-30/09/1996) ou após (1-31/03/1997) a intervenção.
- ? **FONTE** - Centro de Saúde do qual foi realizada a entrevista: Campos Elíseos, Florence, Integração, Ipaussurama, Perseu ou Valença.
- ? **IDADE** - número de anos completo da mulher no momento da entrevista.
- ? **ESCOLARIDADE** - número de anos completo de instrução formal cursado até o último final de ano antes da entrevista.
- ? **RENDA FAMILIAR** - quantidade em reais recebida mensalmente pela família e transformada em número de salários-mínimos. O salário mínimo considerado no período foi de R\$ 120,00.
- ? **PARIDADE** - número de gestações até o momento da entrevista.
- ? **ANTECEDENTE DE PARTO CESÁREA** - número de partos cesáreas.

- ? **NÚMERO DE FILHOS** - considerados os filhos vivos no momento da entrevista.
- ? **NÚMERO DE ABORTOS** - perdas conceptuais antes de 20 semanas relatadas durante a entrevista.
- ? **ESTADO MARITAL** - foram divididas em duas categorias: as casadas ou amasiadas, e as solteiras, separadas ou viúvas. Ambas as categorias ainda foram classificadas, como tendo ou não parceiro no momento da entrevista.
- ? **TEMPO DE CONVÍVIO** - tempo em anos completos de relacionamento com o companheiro atual, no momento da entrevista.
- ? **ANTECEDENTE DE DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL (DST)** - quando questionada a respeito, a mulher afirmou ter conhecimento de haver contraído alguma doença de transmissão sexual no passado (questão 5 do Questionário para Mulheres, ANEXO 2).
- ? **CONHECIMENTO SOBRE AS DST** - esta variável foi medida através das respostas às questões sobre os sintomas, a forma de transmissão e as medidas de prevenção, referidas pela mulher sobre as DST (questões 3, 4 e 6 do Questionário para Mulheres, ANEXO 2).
- ? **ATITUDE COM RELAÇÃO ÀS DST** - variável medida através das respostas sobre a correlação entre corrimento vaginal e DST, e acerca do comportamento da mulher, se acaso julgasse haver contraído uma DST (questões 7, 8 e 9 do Questionário para Mulheres, ANEXO 2).
- ? **NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS** - número relatado de parceiros sexuais no último ano, além do parceiro atual (questões 21 e 22 do Questionário para Mulheres, ANEXO 2).

- ? **CONHECIMENTO ACERCA DO CONDOM** - compuseram esta variável, as respostas da mulher sobre se já havia visto um preservativo, qual a sua utilidade, e se sabia como vesti-lo, se era fácil ou difícil fazê-lo (questões 10, 11, 17 e 18 do Questionário para Mulheres, ANEXO 2).
- ? **PRÁTICA COM RELAÇÃO AO CONDOM** - respostas às questões sobre a frequência com que já utilizou o preservativo anteriormente, qual foi a finalidade do uso, e também as respostas sobre a frequência de rompimento observada (questões 12, 13 e 14 do Questionário para Mulheres, ANEXO 2).
- ? **ATITUDE EM RELAÇÃO AO CONDOM** - respostas às perguntas sobre a utilização ou não do condom atualmente, e das razões de porquê o utiliza ou não (questões 15, 16, 19 e 20 do Questionário para Mulheres, ANEXO 2).
- ? **INFORMAÇÕES SOBRE AS DST** - após a intervenção, as mulheres foram questionadas sobre se haviam recebido informações sobre a prevenção e o risco das DST. Se afirmavam haver recebido qualquer informação, era perguntado qual havia sido a fonte; e no caso de ter sido o médico, qual havia sido o conteúdo da informação. Foi perguntado também, sobre o recebimento ou não do folheto informativo, confeccionado para a pesquisa. Essas respostas compuseram esta variável (questões 7a, 7b, 7c e 23 do Questionário para Mulheres, ANEXO 2).

### 3.5.3. Para os prontuários médicos

Para a coleta destes dados, utilizamos a ficha de levantamento de prontuários que encontra-se no ANEXO 3. Seguem abaixo as variáveis e conceitos:

- ? **INSTANTE** - momento em que foi realizada a consulta levantada, se pré intervenção, durante o mês de setembro de 1996; ou se pós-intervenção, durante o mês de março de 1997.
- ? **FONTE** - Centro de Saúde do qual se originava o prontuário.
- ? **NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS PRÉ-INTERVENÇÃO** - número do total de consultas ginecológicas e obstétricas realizadas nos seis Centros de Saúde estudados, durante 1-30/09/1996, conseguido a partir do número de prontuários passíveis de obter informações.
- ? **NÚMERO DE CONSULTAS REALIZADAS PÓS-INTERVENÇÃO** - número total de consultas ginecológicas e obstétricas realizadas nos seis Centros de Saúde estudados no período de 1-31/03/1997, conseguido a partir do número de prontuários do qual foi possível levantar os dados.
- ? **TIPO DE CONSULTA** - se a consulta realizada foi de pré-natal, ginecológica ou puerperal, ou se havia sido um retorno de qualquer delas dentro do mesmo mês.
- ? **CONSULTAS CLÍNICAS** - quando a consulta foi realizada com ou sem coleta de citologia oncológica, ela foi considerada consulta clínica.
- ? **CONSULTAS COM PROCEDIMENTO** - Foram consideradas aquelas nas quais se realizou biópsia de vulva ou colo, cauterização de ectrópico e cauterização elétrica ou química para o HPV.
- ? **CATEGORIAS DIAGNÓSTICAS** - foram considerados as hipóteses diagnósticas ou os diagnósticos anotados nos prontuários como tais, e na ausência deles, aquelas hipóteses ou diagnósticos que puderam ser inferidos, através dos dados do exame físico geral e/ou do exame ginecológico, ou através do tratamento proposto. Foram divididos em 9 categorias diagnósticas gerais:

1. Climatério/Menopausa - queixas ou sintomas relacionados ao climatério e/ou à menopausa.
  2. Gravidez, parto ou puerpério - eventos ligados unicamente à gestação e ao parto, e ainda, os atendimentos de pré-natal e os de revisão puerperal.
  3. Disfunção ovariana - consideradas as alterações de ciclo menstrual, os distúrbios hormonais, os cistos e os tumores benignos ovarianos.
  4. Método Anticoncepcional (MAC) - eventos exclusivamente relacionados ao uso da contracepção, e também relacionadas aqui, as consultas realizadas para orientação anticoncepcional.
  5. Eutrófica - diagnóstico anotado no prontuário e também foram consideradas as consultas com resultados de exames normais.
  6. Patologias gerais ginecológicas - qualquer referência anotada, a qualquer outra afecção ginecológica que não as anteriores, com exceção das DST.
  7. Patologias gerais - patologias ou queixas não ligadas à área ginecológica.
  8. Diagnósticos relacionados às DST - estão discriminados na próxima variável.
  9. Disfunção sexual - dificuldade no exercício da sexualidade, referida pela mulher e anotada como tal no prontuário.
- ? **DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS ÀS DST** - os diagnósticos considerados ligados às doenças de transmissão sexual, foram discriminados em 12 diferentes categorias, relacionadas a seguir :

1. DIP, anexite ou achado de hidrossalpinge - considerados os diagnósticos anotados, e também os resultados de exame de ultrassom ou histerossalpingografia anotados em consulta.
2. Cervicite, bartolinite ou abscesso de glândula de Bartholin - diagnósticos realizados e os dados de exame físico anotados durante a consulta.
3. Dor abdominal, dor pélvica crônica, e dispareunia - consideradas as queixas e/ou sintomas referidos e anotados, bem como o sinal de espessamento anexial com dor anotados em consulta.
4. Sífilis, HIV +, cancro mole ou hepatite B - diagnóstico ou resultado de exame anotados em prontuário.
5. Infecção pelo HPV ou herpes genital - foram considerados os diagnósticos clínicos e os resultados de biópsia anotados em consulta.
6. Tricomoníase - considerados os diagnósticos anotados como tal, e os exames citológicos com a mesma anotação no dia da consulta.
7. Leucorréia, vulvovaginite e prurido vulvar - considerados aqui a leucorréia com sinal de inflamação mas sem a especificação do agente, os sinais e sintomas inflamatórios vulvovaginais sem menção à presença de leucorréia, e ainda, os sinais ou sintomas de prurido vulvar anotados em consulta.
8. Vaginose bacteriana - considerados os diagnósticos anotados ou tratados como tal, e também as anotações que referiam o diagnóstico ou o tratamento de *Gardnerella vaginalis*.
9. Monilíase - considerado o diagnóstico anotado como tal e/ou referência ao tratamento realizado.

10. Citologia oncótica III ou maior, carcinoma vulvar com HPV ou carcinoma de colo - diagnóstico anotado em consulta.
  11. Esterilidade primária - diagnóstico anotado em consulta.
  12. Ectrópio, lesão de vulva ou colo não esclarecida - foram aqui considerados as soluções de continuidade nos tecidos da vulva, vagina ou colo que poderiam favorecer a entrada de microorganismos, como as lesões não esclarecidas em mucosa ou pele da vulva e a história de sinusorragia, e os diagnósticos de ectrópio.
- ? **DIAGNÓSTICOS PRÉ-AÇÃO EDUCATIVA** - levantamento de todos os diagnósticos realizados durante o mês de setembro de 1996 nos seis Centros de Saúde. Calculada a frequência de cada categoria diagnóstica encontrada, em comparação ao número total de consultas no período.
- ? **DIAGNÓSTICOS PÓS-AÇÃO EDUCATIVA** - levantamento de todos os diagnósticos realizados durante o mês de março de 1997, e também calculada a frequência de cada categoria diagnóstica encontrada, em comparação ao número total de consultas no período.

### **3.6. Intervenção**

A ação educativa foi realizada durante quatro dias no mês de outubro de 1996, e repetida no mês de novembro de 1996 por mais três dias. Os dias da semana variaram, bem como o período da apresentação, manhã ou tarde, de forma a facilitar a presença de cada profissional. A lista de presença dos profissionais encontra-se no ANEXO 4.

Os coordenadores dos Centros de Saúde foram contactados, para que permitissem a dispensa dos profissionais em um dos períodos agendados.

Aos profissionais foi emitida uma primeira convocação e, aos que não puderam comparecer, foi feita uma segunda convocação. Devido à dificuldade dos docentes em comparecer nos períodos normais, a palestra a eles dirigida foi realizada no período noturno.

### **3.6.1. Conteúdo da palestra**

A palestra foi proferida pela pesquisadora e teve duração média de 50 minutos; seu currículo descritivo encontra-se no ANEXO 5.

Inicialmente foi feita a abordagem sobre a prevalência das Doenças de Transmissão Sexual, enfocando de forma especial a população adolescente, tomando por base a última década (1981-1991), segundo os dados dos “Centers for Disease Control and Prevention”, entre a população norte-americana (CDC, 1993). Foi chamada a atenção para a alta prevalência da esterilidade de causa tubárea encontrada nos hospitais universitários de Campinas; a importância da prevenção enfatizando o diagnóstico precoce, o tratamento do parceiro e a orientação para o sexo seguro. A maior ênfase foi dada ao aconselhamento das mulheres acerca das DST e do estímulo ao uso do condom, durante a consulta médica. Foi também proposta, durante a intervenção, a forma de “Abordagem Sindrômica” das DST, para o diagnóstico

e tratamento, baseado no “Manual de Controle das Doenças de Transmissão Sexual” publicado pelo Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

Ao final da palestra, foi aberta a discussão entre os participantes e via-se que surtia efeito imediato, tanto as informações sobre o grau de importância da prevenção, quanto as dificuldades que cada um possuía em conversar com as pacientes para fazer valer as medidas de prevenção. O período de discussão durou em média, 60 a 90 minutos.

### **3.6.2. Distribuição de Cartazes da Abordagem Sindrômica das DST**

Fez parte da intervenção, além da apresentação, a distribuição de cartazes com os fluxogramas para diagnóstico, tratamento e seguimento das DST através da Abordagem Sindrômica. Os cartazes fixados nos Centros de Saúde, foram os publicados pelo *Center for Communication Programs* da *Johns Hopkins School of Public Health*, em espanhol.

Apesar de existirem os cartazes impressos pelo Ministério da Saúde em português, nós não conseguimos ter acesso a eles. Em vista disso, cópias plastificadas dos fluxogramas de diagnóstico e tratamento do manual em português foram distribuídas em todos os consultórios ginecológicos nos Centros de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993).

Essas medidas tinham a intenção de lembrar ao profissional, uma forma de abordagem e manejo acessível para as DST em sua rotina diária, além do

que, a visualização poderia facilitar a associação com a intervenção anteriormente realizada.

### **3.6.3. Distribuição de Folhetos Informativos**

Também fez parte da intervenção a distribuição de folhetos informativos sobre as DST. Foram confeccionados e distribuídos nos Centros de Saúde, cinco mil folhetos. A distribuição foi proporcional ao número de atendimentos ginecológicos de cada local. Foi pedido que o próprio profissional os distribuisse em consulta. Um exemplar do folheto encontra-se no ANEXO 6.

### **3.7. Instrumentos para a coleta de dados**

Inicialmente, foi realizado o pré-teste do questionário para os profissionais de saúde, em entrevista com 6 médicos, residentes ao final do 2º e 3º anos e médicos ginecologistas contratados do Departamento de Tocoginecologia da FCM/PUC-Campinas. A aplicação do instrumento para pré-teste foi realizada durante o último bimestre do ano de 1995. Após algumas modificações, o questionário mostrou-se adequado para a pesquisa na fase pré-intervenção.

Esse questionário aplicado pela pesquisadora na fase pré-intervenção, foi posteriormente modificado com a inserção das questões de número 10 a 15, e novamente aplicado na fase pós-intervenção aos profissionais por uma entrevistadora treinada. Esse questionário encontra-se no ANEXO 1.

O questionário para mulheres foi também pré-testado em 10 pacientes do Ambulatório Geral de Ginecologia da FCM/PUC-Campinas, também ao final de 1995, e após algumas modificações, foi delineado para ser aplicado na atual pesquisa (ANEXO 2). A aplicação às mulheres na fase pré- intervenção, foi realizada por uma entrevistadora treinada.

Ao questionário para mulheres utilizado na pré-intervenção, também foram adicionadas algumas questões (7a, b e c e 23), e novamente aplicado na pós-intervenção, por uma segunda entrevistadora, a mesma que realizou a entrevista para os profissionais na segunda fase. Esse questionário encontra-se no ANEXO 2.

A ficha de levantamento para os dados dos prontuários foi a mesma para os dois momentos da pesquisa, e o modelo utilizado encontra-se no ANEXO 3.

### **3.8. Processamento de dados**

Os dados dos questionários dos profissionais e das mulheres que responderam à entrevista, após a retirada de qualquer forma de identificação, foram submetidos à limpeza e as variáveis foram categorizadas pela própria pesquisadora. Como a maioria das questões foram perguntas abertas, foi feita a avaliação de conteúdo e reunião das idéias para a formação das variáveis qualitativas.

Os dados dos prontuários médicos foram colhidos em ficha de levantamento e após codificados, foram digitados duas vezes, uma vez pela própria pesquisadora e a segunda vez por mais dois digitadores. Posteriormente, os bancos de dados foram confrontados e revisados por um programa que detecta os erros e inconsistências nos registros. Após as correções nos dois bancos, foi utilizado um deles e arquivado em disquete para a análise.

### **3.9. Aspectos éticos**

O estudo recebeu autorização da Coordenadoria de Saúde da SAR Oeste e da Diretoria do Departamento de Programas e Projetos da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Saúde, em fevereiro de 1995.

A partir desse momento, iniciou-se a fase de reconhecimento dos Centros de Saúde para o contato e a apresentação do projeto aos coordenadores dos Centros de Saúde. O contato com o Departamento de Medicina Social da FCM/PUC-Campinas, também foi realizado no período.

Após a concordância de todas as instâncias envolvidas neste estudo, bem como da aprovação do projeto junto à Comissão de Pesquisa do Departamento de Tocoginecologia da FCM-UNICAMP em 20/05/1996, e junto ao Comitê de Ética da FCM/PUC-Campinas, em 08/08/1996, foi iniciada a pesquisa.

Os aspectos éticos foram preservados também do ponto de vista dos sujeitos, já que os profissionais de saúde e as mulheres concordaram em responder ao questionário. Todos os sujeitos da pesquisa, profissionais de saúde, mulheres entrevistadas e os prontuários consultados não foram identificados de nenhuma forma, após a coleta dos dados.

## **4. Resultados**

---

### **4.1. Opinião e atitudes dos profissionais participantes**

Trinta e três profissionais responderam ao questionário aplicado no período pré-intervenção, sendo 9 docentes, 15 ginecologistas e 9 enfermeiras. Dos vinte e seis profissionais que participaram da palestra, 22 responderam novamente ao questionário inicial modificado, 6 docentes, 9 ginecologistas e 7 enfermeiras.

Não houve diferença entre o número de profissionais graduados em escolas particulares e estaduais, e cerca de um terço deles havia concluído o curso fora do estado de São Paulo. A maioria dos médicos que prestava atendimento nestes Centros de Saúde, tinha até 10 anos de formado, enquanto para a maioria dos docentes esse período foi maior de 11 anos.

Todos os médicos haviam cursado no mínimo dois anos de residência médica na área de Ginecologia e Obstetrícia, enquanto os docentes e as enfermeiras possuíam, mais freqüentemente, formação em Saúde Pública.

Dois terços de todos os médicos e três quartos das enfermeiras entrevistados, tinham até cinco anos de atuação na área de ginecologia e

obstetrícia, enquanto para a maioria dos docentes esse tempo foi maior de 11 anos.

O número de consultas atendidas por período foi maior que 11 para a maioria dos médicos, e as enfermeiras referiram que seus atendimentos às mulheres eram dirigidos durante as atividades de grupo, tais como, grupo de gestantes, de adolescentes, etc.

Quando perguntados sobre os diagnósticos mais freqüentes, a grande maioria dos profissionais, nos dois momentos de entrevista, referiu o diagnóstico de “leucorréia” como o mais realizado, enquanto a “dor pélvica” foi o segundo mais referido. Somente na primeira amostra houve referência de 15% dos profissionais aos diagnósticos de DST/DIP e/ou tricomoníase. A referência de consultas para orientação de métodos contraceptivos e por queixas sobre sexualidade foram mais freqüentes no momento pós-intervenção (TABELA 1).

**TABELA 1**  
**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS DIAGNÓSTICOS REFERIDOS PELOS**  
**PROFISSIONAIS NO ATENDIMENTO ÀS CONSULTAS DE GINECOLOGIA E**  
**OBSTETRÍCIA PRÉ E PÓS INTERVENÇÃO**

DIAGNÓSTICO	PRÉ-INTERVENÇÃO n (%)	PÓS-INTERVENÇÃO n(%)
Leucorréia (VV/VB/Monilíase)	32 (97,0)	19 (86,4)
Dor Pélvica	13 (39,4)	12 (54,5)
Tricomoníase/DIP/DST	5 (15,2)	-
MAC	8 (24,2)	7 (31,8)
Pré-natal	5 (15,2)	9 (40,9)
Alterações Menstruais	7 (21,2)	6 (27,3)
Queixas sobre sexualidade	1 ( 3,0)	2 ( 9,1)
Climatério	5 (15,2)	-
Prevenção de Ca de colo	4 (12,1)	-

Outros diagnósticos	1 ( 3,0)	-
Não responderam		1 ( 4,5)
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>22</b>

Quando perguntados sobre a conduta que tomavam frente aos dois diagnósticos mais freqüentes (“leucorréia” e “dor pélvica”), 91% dos profissionais na primeira e 77% na segunda entrevista, tratavam as pacientes conforme protocolos de tratamento vigentes nos Centros de Saúde. Cerca de 40% deles referiram pedir exames laboratoriais para complementar o diagnóstico (TABELA 2).

O pedido de bacterioscopia de secreção vaginal foi referido diferentemente nos dois momentos do estudo. Enquanto um terço dos profissionais referiu o exame na pré-intervenção, somente 9% deles citaram-no na pós-intervenção. A referência de encaminhamento ao especialista ocorreu entre as enfermeiras, 2 de 9 na primeira e 5 de 7 na segunda entrevista, com conseqüente diferença nos dois momentos. Menos de 10% dos profissionais referiram o tratamento do parceiro.

Entre esses profissionais que diziam ter necessidade de exames complementares, 76% dos docentes referiam o pedido de bacterioscopia de secreção vaginal, enquanto 50% dos médicos requisitavam outros exames.

Com relação às orientações adicionais dadas às mulheres durante a consulta, as de higiene e vestuário foram referidas menos vezes no momento pós-intervenção, enquanto que houve um aumento das orientações gerais aos métodos anticoncepcionais e à prevenção do câncer de colo uterino e de mama no mesmo momento. Entretanto, os profissionais citaram com menor

freqüência, a orientação do uso do condom e das demais medidas de prevenção das DST, no momento pós-intervenção (TABELA 3).

**TABELA 2**  
**CONDUTA TOMADA PELOS PROFISSIONAIS COM RELAÇÃO AOS DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTEMENTE ENCONTRADOS (REFERIDOS PELOS PRÓPRIOS PROFISSIONAIS)**

CONDUTA	PRÉ-INTERVENÇÃO n (%)	PÓS-INTERVENÇÃO n (%)
Tratamento protocolo SUS	30 (90,9)	17 (77,3)
Exames laboratoriais	14 (42,4)	8 (36,4)
Bacterioscopia secreção vaginal	11 (33,3)	2 ( 9,1)
Encaminha p/ consulta do GO	3 ( 9,1)	5 (22,7)
Tratamento do parceiro	2 ( 6,1)	2 ( 9,1)
Cuidados Higiênico-dietéticos	1 ( 3,0)	1 ( 4,5)
Orienta medidas de prevenção DST	-	1 ( 4,5)
Generalidades	-	1 ( 4,5)
Não respondeu	-	1 ( 4,5)
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>22</b>

**TABELA 3**  
**ORIENTAÇÕES ADICIONAIS DADAS ÀS PACIENTES APÓS A CONDUTA PRINCIPAL**

ORIENTAÇÕES	PRÉ-INTERVENÇÃO n (%)	PÓS-INTERVENÇÃO n (%)
Condom como prevenção DST, número de parceiros e tratamento do parceiro	23 (69,7)	12 (54,5)
Abstinência/condom durante tratamento, orientações de higiene e vestuário	22 (66,7)	3 (13,6)
Orientações gerais	15 (45,5)	16 (72,7)
Profissional referiu dificuldade em falar sobre contágio e risco	3 ( 9,1)	-
Não respondeu	-	1 ( 4,5)
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>22</b>

Em relação às preocupações das mulheres, mais da metade dos profissionais respondeu que após a consulta, o que mais as mulheres perguntavam era se haviam contraído a patologia do parceiro (TABELA 4).

**TABELA 4**  
**PERGUNTAS REALIZADAS PELAS MULHERES APÓS O DIAGNÓSTICO, REFERIDAS PELOS PROFISSIONAIS, NOS MOMENTOS PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO**

<b>QUESTIONAMENTO DAS MULHERES</b>	<b>PRÉ-INTERVENÇÃO n (%)</b>	<b>PÓS-INTERVENÇÃO n (%)</b>
Como pegou a infecção	20 (60,6)	12 (54,5)
Acerca da sexualidade	1 ( 3,0)	2 ( 9,1)
Raramente perguntam qualquer coisa	3 ( 9,1)	5 (22,7)
Nunca perguntam	7 (21,2)	2 ( 9,1)
Outras perguntas	1 ( 3,0)	-
Não sei	1 ( 3,0)	-
Não respondeu	-	1 ( 4,5)
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>22</b>

A opinião dos profissionais sobre as mulheres às quais prestavam atendimento nos Centros de Saúde, variou nos dois momentos da pesquisa (TABELA 5). Um terço dos profissionais, tanto no primeiro quanto no segundo momento da intervenção, tinha a respeito das pacientes uma opinião positiva, caracterizando-as como semelhantes a si próprios, esclarecidas, trabalhadoras, interessadas na própria saúde, que compareciam às consultas e aos retornos, tinham idéias abertas e eram asseadas.

**TABELA 5**  
**OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A POPULAÇÃO DE MULHERES ÀS QUAIS PRESTAVAM ATENDIMENTO**

<b>OPINIÃO</b>	<b>PRÉ-INTERVENÇÃO n (%)</b>	<b>PÓS-INTERVENÇÃO n (%)</b>
Idéias positivas	10 (30,3)	7 (31,8)

Idéias negativas	10 (30,3)	4 (18,2)
São Pobres	10 (30,3)	15 (68,2)
Informação ruim	12 (36,4)	10 (45,5)
Vários parceiros	7 (21,2)	1 ( 4,5)
Grande número de adolescentes	4 (12,1)	-
Parceiro é problema	5 (15,2)	1 ( 4,5)
Dificuldade com a sexualidade	13 (39,4)	4 (18,2)
Outra opinião	3 ( 9,1)	-
Não respondeu	-	1 ( 4,5)
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>22</b>

As idéias negativas, que significavam considerar essa população de pacientes muito diferente deles próprios, como sem cultura, descuidadas, desinteressadas na própria saúde, com dificuldade de entendimento e higiene deficiente, foram referidas por um terço dos profissionais no momento da pré-intervenção e por 18% na pós-intervenção. O nível baixo de informação e a pobreza econômica das mulheres foi referida com maior freqüência pelos profissionais após a intervenção. Todas as demais opiniões foram menos referidas no período pós-intervenção.

Mais da metade dos profissionais na primeira entrevista e metade na segunda, referiam que em sua opinião o número das DST estava aumentando (TABELA 6).

**TABELA 6**  
**OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS COM RELAÇÃO ÀS DST**

OPINIÃO DST	PRÉ-INTERVENÇÃO	PÓS-INTERVENÇÃO
	n (%)	n (%)
Estão aumentando	19 (57,6)	11 (50,0)
Nível de informação é ruim	8 (24,2)	4 (18,2)

Muitos adolescentes	7 (21,2)	2 ( 9,1)
Dificuldade com o parceiro	7 (21,2)	1 ( 4,5)
Situação estável	1 ( 3,0)	2 ( 9,1)
Incidência baixa	4 (12,1)	-
Muitos tabus/preconceitos	6 (18,2)	3 (13,6)
Outras opiniões	9 (27,3)	1 ( 4,5)
Não responderam	2 ( 6,1)	5 (22,7)
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>22</b>

Quando questionados com respeito ao que deveria ser feito para ajudar a controlar as DST, mais de 60% dos profissionais da primeira amostra responderam que era necessário discutir o tema nas atividades de grupo dos Centros de Saúde. Falar mais sobre prevenção e fornecer orientação nas escolas, foram as outras respostas mais freqüentes. Na segunda amostra, as opiniões mais referidas para o controle das DST foram falar mais sobre prevenção e orientação nas escolas (TABELA 7).

**TABELA 7**  
**OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS ACERCA DAS MEDIDAS A SEREM TOMADAS PARA O CONTROLE DAS DST**

CONTROLE DST	PRÉ-INTERVENÇÃO n (%)	PÓS-INTERVENÇÃO n (%)
Mudar a visão do profissional da saúde	7 (21,2)	4 (18,2)
Falar mais sobre prevenção	16 (48,5)	8 (36,4)
Grupos nos CS	21 (63,6)	4 (18,2)
Orientação nas escolas	13 (39,4)	6 (27,3)
Orientar homens	5 (15,2)	4 (18,2)
Campanhas para a população.	6 (18,2)	4 (18,2)
Atribuição do governo	3 ( 9,1)	1 ( 4,5)
Outras opiniões	-	2 ( 9,1)
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>22</b>

Quando perguntados acerca da ação educativa da qual tinham participado, todas as enfermeiras, 89% dos médicos e 50% dos docentes referiram que as informações recebidas haviam ajudado em sua prática clínica diária.

Quando novamente foram questionados sobre qualquer mudança de opinião ou comportamento acerca das DST após a intervenção, 71% das enfermeiras, 44% dos médicos e 33% dos docentes referiam alguma mudança.

Os aspectos positivos de mudança de comportamento foram a maior atenção durante os exames ginecológicos, a maior facilidade na argumentação sobre o diagnóstico com a paciente, o maior conhecimento sobre as DST; um docente referiu ter criado novas idéias para futuras ações de prevenção (TABELA 8).

Com relação ao que havia sido proveitoso na intervenção, a maioria dos médicos e mais da metade dos docentes e das enfermeiras referiram que as informações atualizadas acerca das DST haviam sido o mais importante. Somente três docentes disseram que haviam sido estimulados a falar em prevenção com alunos e pacientes (TABELA 8).

Quando perguntados sobre o que faltou na intervenção realizada, 8 profissionais responderam que nada faltou, enquanto 3 disseram que absolutamente não havia tido valor algum, e dois não responderam. Os demais citaram que haviam faltado informações sobre terapêutica, maior continuidade

e/ou divulgação da intervenção; e outras falhas ainda foram citadas por um docente, um médico e uma enfermeira (TABELA 8).

**TABELA 8**  
**ASPECTOS DA MUDANÇA REFERIDOS PELOS PROFISSIONAIS; JULGAMENTO DO QUE FOI POSITIVO E O QUE FALTOU NA AÇÃO EDUCATIVA (INTERVENÇÃO)**

	DOCENTES	MÉDICOS	ENFERMEIRAS
<b>MUDANÇA</b>			
Comportamento (maior atenção, argumentação e novas idéias p/ ações)	3	3	4
Aumentou/melhorou teoria/informação	1	2	1
Não responderam	3	4	2
<b>FOI POSITIVO</b>			
Reforçar a prevenção (estimulou a falar de prevenção)	3	-	4
Atualização/refôrço do tema DST	4	8	4
Outros	1	1	-
<b>FALTOU</b>			
Não faltou	2	3	3
Sobre terapêutica	1	1	-
Continuidade	1	-	2
Divulgação	-	1	2
Outros	1	1	1
Não valeu	2	1	-
Não respondeu	-	2	-
<b>TOTAL</b>	<b>(6)</b>	<b>(9)</b>	<b>(7)</b>

#### 4.2. Opinião, conhecimento, atitudes e práticas das mulheres

Um total de 249 mulheres foram entrevistadas, 122 na fase pré-intervenção e 127 na pós-intervenção. As duas amostras tinham um número de

mulheres entrevistadas proporcional ao número de atendimentos em cada um dos seis Centros de Saúde.

Mais da metade das mulheres tinha até 29 anos de idade (63,1% na primeira amostra e 55,9% na segunda), sendo que um quarto delas eram adolescentes (TABELA 9).

**TABELA 9**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES POR FAIXAS ETÁRIAS,**  
**ENTREVISTADAS PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO**

IDADE	PRÉ-INTERVENÇÃO		PÓS-INTERVENÇÃO	
	n	%	n	%
13 - 19 anos	30	24,6	32	25,2
20 - 29 anos	47	38,5	39	30,7
30 - 39 anos	31	25,4	28	22,0
>= 40 anos	14	11,5	28	22,0
TOTAL	122	100,0	127	100,0

A maior parte das mulheres (76%) eram casadas ou amasiadas, 20% solteiras e 4% viúvas.

Independente da faixa etária, a maioria delas tinha companheiro estável (TABELA 10). Entre as solteiras e viúvas, 47% tinha parceiro sexual, enquanto entre as casadas ou amasiadas somente cinco delas estavam sem companheiro.

**TABELA 10**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES COM E SEM COMPANHEIRO ATUAL,**  
**SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**

IDADE	COM PARCEIRO		SEM PARCEIRO	
	n	%	n	%
13 - 19 anos	52	83,9	10	16,1
20 - 29 anos	74	86,1	12	14,0

30 - 39 anos	56	94,9	3	5,1
≥ 40 anos	30	71,4	12	28,6
<b>TOTAL</b>	<b>212</b>		<b>37</b>	

Das mulheres que tinham companheiro no momento da entrevista, dois terços referiam um tempo de convívio maior de um ano naquele relacionamento. O número de mulheres distribuídas por tempo de convívio de um a cinco anos, seis a dez anos e maior de 11 anos foi semelhante.

Sessenta e sete mulheres estavam grávidas no momento da entrevista, das quais, apenas seis estavam sem companheiro.

A maioria das mulheres tinha de dois a oito anos de instrução formal, 77% e 87,4% respectivamente nas duas amostras (TABELA 11), e mais de dois terços do total referia renda familiar de até cinco salários-mínimos (TABELA 12).

**TABELA 11**  
**NÚMERO DE ANOS DE INSTRUÇÃO FORMAL DAS MULHERES,**  
**PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO**

ANOS CURSADOS	PRÉ-INTERVENÇÃO		PÓS-INTERVENÇÃO	
	n	%	n	%
≤ 1 ano	10	8,2	2	1,6
2 - 4 anos	41	33,6	34	26,8
5 - 8 anos	53	43,4	77	60,6
9 - 11 anos	18	14,8	13	10,2
Não respondeu	-	-	1	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>122</b>	<b>100,0</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>

**TABELA 12**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES ENTREVISTADAS,**  
**SEGUNDO RENDA FAMILIAR EM SALÁRIOS-MÍNIMOS**

RENDA FAMILIAR	PRÉ-INTERVENÇÃO		PÓS-INTERVENÇÃO	
	n	%	n	%
até 1 salário	6	5,0	1	0,8
1 - 5 salários	79	64,8	92	72,4
6 - 10 salários	25	20,5	21	16,5
> 10 salários	12	9,8	13	10,2
TOTAL	122	100,0	127	100,0

NOTA: Salário-mínimo de referência na época de R\$ 120,00

Em relação aos antecedentes obstétricos, somente 20 mulheres na primeira amostra e 11 na segunda, nunca haviam engravidado. Mais da metade (53%) tinha um ou dois filhos, e um quarto tinha três ou quatro filhos. A porcentagem de partos cesáreos foi de 35,3% na primeira e 30,2% na segunda amostra. A prevalência de abortos anteriores também foi alta; 28,5% e 20,7% das mulheres na primeira e segunda entrevistas, respectivamente, referiram pelo menos um aborto anterior.

Mais de 90% das mulheres negaram ter antecedente de qualquer episódio de infecção transmitida sexualmente, e não houve variação neste dado entre as diferentes faixas etárias.

A análise do conhecimento das mulheres com relação às DST encontra-se nas TABELAS 13, 14 e 15.

Mais da metade da população estudada referiu não saber de qualquer sintoma que uma DST poderia causar. Apesar disso, 14% delas referiram o nome de alguma das doenças e um quarto das mulheres citou sintomas locais como leucorréia e dor pélvica. O desconhecimento pareceu aumentar diretamente com a faixa de idade, enquanto o conhecimento relacionou-se inversamente com a idade (TABELA 13).

**TABELA 13**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES POR FAIXA ETÁRIA**  
**SEGUNDO CONHECIMENTO DOS SINTOMAS DAS DST**

SINTOMAS	IDADE (anos)				TOTAL n (%)
	13 - 19 n (%)	20 - 29 n (%)	30 - 39 n (%)	≥ 40 n (%)	
Citaram AIDS, sífilis, herpes, venéreas	10 (16,1)	17 (19,8)	4 ( 6,8)	3 ( 7,1)	34 (13,7)
LOCAIS: corrimento, mau odor,dor abdominal	17 (27,4)	24 (27,9)	14 (23,7)	6 (14,3)	61 (24,5)
GERAIS: dores no corpo, baixa imunidade,per-a peso,morte	5 ( 8,1)	7 ( 8,1)	5 ( 8,5)	2 ( 4,8)	19 ( 7,6)
Não tinha conhecimento	33 (53,2)	42 (48,8)	41 (69,5)	31 (73,8)	147 (59,0)
Não respondeu	1 ( 1,6)	2 ( 2,3)	1 ( 1,7)	1 ( 2,4)	5 ( 2,0)
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>86</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>249</b>

Por outro lado, 61,3% das adolescentes e 56,2% de todas as mulheres referiam a forma de contágio através de relações sexuais. Ainda, 19,4% das adolescentes citaram o sexo sem condom como forma de se adquirir uma

doença. Ter vários parceiros foi a resposta para 12,9% das mulheres, e 6% referiram transfusão de sangue ou o uso de drogas (TABELA 14).

Mais de 18% de todas as mulheres referiram nada saber a respeito da transmissão das DST. Entretanto, a análise por faixa etária foi diferente, observando-se, novamente, maior desinformação com o aumento da idade, de 11,3% das adolescentes para 33,3% das mulheres com 40 anos ou mais (TABELA 14).

**TABELA 14**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES POR FAIXAS ETÁRIAS SEGUNDO**  
**CONHECIMENTO ACERCA DA TRANSMISSÃO DAS DST**

VIA DE TRANSMISSÃO	IDADE (anos)				TOTAL n (%)
	13 - 19 n (%)	20 - 29 n (%)	30 - 39 n (%)	≥ 40 n (%)	
Sexo	38 (61,3)	49 (57,0)	31 (52,5)	22 (52,4)	140 (56,2)
Sexo sem condom	12 (19,4)	12 (14,0)	4 ( 6,8)	-	28 (11,2)
Vários parceiros(as), bordéis	4 ( 6,5)	13 (15,1)	13 (22,0)	2 ( 4,8)	32 (12,9)
Drogas/transfusões,acidentes	6 ( 9,7)	4 ( 4,7)	4 ( 6,8)	1 ( 2,4)	15 ( 6,0)
Vaso banheiro, roupa suja, beijo, falta de higiene	3 ( 4,8)	2 ( 2,3)	3 ( 5,1)	2 ( 4,8)	10 ( 4,0)
Pessoas da rua, ônibus, do tempo, dos animais	2 ( 3,2)	1 ( 1,2)	1 ( 1,7)	1 ( 2,4)	5 ( 2,0)
Não conhecer a pessoa	1 ( 1,6)	3 ( 3,5)	1 ( 1,7)	-	5 ( 2,0)
Não sabe	7 (11,3)	12 (14,0)	12 (20,3)	14 (33,3)	45 (18,1)
Não respondeu	-	2 ( 2,3)	2 ( 3,4)	3 ( 7,1)	7 ( 2,8)
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>86</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>249</b>

Quanto ao conhecimento sobre prevenção, a maioria das mulheres sabia da ação protetora do condom, 72,7% de todas as mulheres e 77,4% das adolescentes; e um quarto delas referiu parceiro fixo ou único como forma de prevenção. Ir sempre ao médico e usar as medicações prescritas, também foi citado como conduta de prevenção por 7,2% . Menos de 10% das mulheres referiram não saber nada a respeito de prevenção (TABELA 15).

**TABELA 15**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO**  
**CONHECIMENTO SOBRE PREVENÇÃO DE DST**

MEDIDAS DE PREVENÇÃO	IDADE (anos)				TOTAL n (%)
	13 - 19 n (%)	20 - 29 n (%)	30 - 39 n (%)	≥ 40 n (%)	
Usar condom	48 (77,4)	62 (72,1)	39 (66,1)	32 (76,2)	181 (72,7)
Parceiro único, fixo	13 (21,0)	30 (34,9)	12 (20,3)	5 (11,9)	60 (24,1)
Abstinência	2 ( 3,2)	2 ( 2,3)	1 ( 1,7)	1 ( 2,4)	6 ( 2,4)
Condom se vários parceiros	1 ( 1,6)	2 ( 2,3)	2 ( 3,4)	-	5 ( 2,0)
Ir sempre ao médico, usar remédios	6 ( 9,7)	7 ( 8,1)	3 ( 5,1)	2 ( 4,8)	18 ( 7,2)
Higiene, cuidado com roupas, beijo	1 ( 1,6)	3 ( 3,5)	3 ( 5,1)	-	7 ( 2,8)
Evitar transfusões, drogas, usar seringas descartáveis	2 ( 3,2)	4 ( 4,7)	1 ( 1,7)	1 ( 2,4)	8 ( 3,2)
Não sabe	3 ( 4,8)	8 ( 9,3)	6 (10,2)	6 (14,3)	23 ( 9,2)
Não respondeu	1 ( 1,6)	1 ( 1,2)	1 ( 1,7)	1 ( 2,4)	4 ( 1,6)
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>86</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>249</b>

Com relação às atitudes, mais de 70% das mulheres na primeira amostra e 80% na segunda, não associaram corrimento vaginal com DST. As que mais fizeram a associação foram as de idade mais jovem, mulheres com menos de 29 anos (TABELA 16).

**TABELA 16**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES QUE CORRELACIONARAM**  
**CORRIMENTO VAGINAL COM POSSÍVEL DST, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**

CORRIMENTO/DST	IDADE (anos)				TOTAL n (%)
	13 - 19 n (%)	20 - 29 n (%)	30 - 39 n (%)	≥ 40 n (%)	
SIM	13 (21,0)	20 (23,3)	11 (18,6)	7 (16,7)	51 (20,5)
NÃO	48 (77,4)	65 (75,6)	44 (74,6)	31 (73,8)	188 (75,5)
Não respondeu	1 ( 1,6)	1 ( 1,2)	4 ( 6,8)	4 ( 9,5)	10 ( 4,0)
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>86</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>249</b>

Apesar disso, a primeira atitude que 98% das mulheres entrevistadas tomariam, caso imaginassem estar com alguma DST, seria procurar um médico. Para a maioria delas o local escolhido para a consulta seria o Centro de Saúde. Pequena parte das mulheres ainda preferia procurar um médico no hospital (TABELA 17).

**TABELA 17**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES CONFORME ATITUDE INICIAL QUE**  
**TOMARIAM SE ESTIVESSEM COM DST, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**

ATITUDE	IDADE (anos)				TOTAL n (%)
	13 - 19 n (%)	20 - 29 n (%)	30 - 39 n (%)	≥ 40 n (%)	
Médico no CS	46 (74,2)	71 (82,6)	42 (71,2)	38 (90,5)	197 (79,1)
Médico no Hospital	14 (22,6)	15 (17,4)	14 (23,7)	4 ( 9,5)	47 (18,9)
Remédio caseiro	1 ( 1,6)	-	2 ( 3,4)	-	3 ( 1,2)
Iria até a farmácia	-	-	1 ( 1,7)	-	1 ( 0,4)
Esperaria mais um pouco	1 ( 1,6)	-	-	-	1 ( 0,4)
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>86</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>249</b>

A justificativa para a atitude foi a confiança no médico, citada por 86,7% delas, e essa confiança foi maior com o aumento da faixa etária; a facilidade no atendimento foi a resposta para 7,2% das mulheres (TABELA 18).

**TABELA 18**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES CONFORME A JUSTIFICATIVA**  
**PARA A ATITUDE QUE TOMARIAM SE ESTIVESSEM COM DST**

PORQUÊ DA ATITUDE	IDADE (anos)				TOTAL n (%)
	13 - 19 n (%)	20 - 29 n (%)	30 - 39 n (%)	≥ 40 n (%)	
Confiança no médico	52 (83,9)	74 (86,1)	50 (84,8)	40 (95,2)	216 (86,7)
Facilidade de atendimento	5 ( 8,1)	7 ( 8,1)	5 ( 8,5)	1 ( 2,4)	18 ( 7,2)
Confia no remédio	1 ( 1,6)	-	3 ( 5,1)	-	4 ( 1,6)
Outros	1 ( 1,6)	2 ( 2,3)	-	1 ( 2,4)	4 ( 1,6)
Não respondeu	3 ( 4,8)	3 ( 3,5)	1 ( 1,7)	-	7 ( 2,8)
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>86</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>249</b>

Conhecer o condom e já tê-lo visto foi resposta para 95,2% das adolescentes e 91,6% de todas as mulheres. A utilidade do condom para evitar doenças e gravidez foi referida por 67,7% das adolescentes, e ainda 19,4% delas referiram que seu uso evitava contrair a AIDS. Do total das mulheres, mais da metade referiu contracepção e evitar doenças como benefício do uso do condom (TABELA 19).

**TABELA 19**  
**FREQÜÊNCIA DE MULHERES COM CONHECIMENTO DO CONDOM**  
**E DA SUA UTILIDADE, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**

	IDADE (anos)				TOTAL n (%)
	13 - 19 n (%)	20 - 29 n (%)	30 - 39 n (%)	≥ 40 n (%)	
JÁ VIU UM CONDOM	59 (95,2)	78 (90,7)	56 (94,9)	35 (83,3)	228 (91,6)
UTILIDADE DO CONDOM					
Evitar doenças e gravidez	42 (67,7)	49 (57,0)	35 (59,3)	13 (31,0)	139 (55,8)
Evitar doenças e AIDS	12 (19,4)	23 (26,7)	10 (16,9)	13 (31,0)	58 (23,3)
Evitar Gravidez	5 ( 8,1)	10 (11,6)	10 (16,9)	11 (26,2)	36 (14,5)
Não sei	1 ( 1,6)	1 ( 1,2)	-	1 ( 2,4)	3 ( 1,2)
Não respondeu	2 ( 3,2)	3 ( 3,5)	4 ( 6,8)	4 ( 9,5)	13 ( 5,2)
TOTAL	62	86	59	42	249

Com relação ao antecedente de uso, 56,5% das adolescentes referiram já ter utilizado o condom várias vezes, enquanto 33,9% delas jamais o haviam usado. Quanto maior a faixa etária, maior a freqüência das mulheres que nunca haviam usado o preservativo e menor a freqüência daquelas que o haviam

usado várias vezes (TABELA 20). A ruptura do condom foi referida por 15% das mulheres, entretanto, 11% delas citavam um único episódio. Entre as adolescentes, a frequência de rompimento também foi baixa.

**TABELA 20**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES CONFORME O ANTECEDENTE DE USO E**  
**FREQÜÊNCIA DE ROMPIMENTO DO CONDOM, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**

	IDADE (anos)				TOTAL n (%)
	13 - 19 n (%)	20 - 29 n (%)	30 - 39 n (%)	≥ 40 n (%)	
<b>ANTECEDENTE DE USO</b>					
Nunca usou	21 (33,9)	28 (32,6)	28 (47,5)	27 (64,3)	104 (41,8)
Uma vez	6 (9,7)	7 (8,1)	3 (5,1)	-	16 (6,4)
Várias vezes	35 (56,5)	50 (58,1)	28 (47,5)	15 (35,7)	128 (51,4)
Não respondeu	-	1 (1,2)	-	-	1 (0,4)
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>86</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>249</b>
<b>FREQÜÊNCIA DE RUPTURA</b>					
Nunca rompeu	33 (80,5)	49 (84,5)	26 (83,9)	14 (93,3)	122 (84,1)
Uma vez	4 ( 9,8)	7 (12,1)	4 (12,9)	1 (6,7)	16 (11,0)
Várias vezes	4 ( 9,8)	1 ( 1,7)	1 ( 3,2)	-	6 ( 4,1)
Não respondeu	-	1 ( 1,7)	-	-	1 ( 0,7)
<b>TOTAL DE USUÁRIAS</b>	<b>41</b>	<b>58</b>	<b>31</b>	<b>15</b>	<b>145</b>

A maioria das mulheres (72,3%) e 61,3% das adolescentes disseram que não estavam usando o preservativo atualmente. Entre as primeiras, um quinto referia utilizá-lo de vez em quando e somente 7,6% o usavam de forma consistente (TABELA 21). Entre as adolescentes, um terço o utilizava ocasionalmente, e 8% usavam-no sempre nas relações sexuais.

**TABELA 21**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES QUE CONFIRMARAM O USO ATUALMENTE DO CONDOM, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**

USO ATUAL	IDADE (anos)				TOTAL n (%)
	13 - 19 n (%)	20 - 29 n (%)	30 - 39 n (%)	≥ 40 n (%)	
Nunca usaram	21 (33,9)	28 (32,6)	28 (47,5)	27 (64,3)	104 (41,8)
Não usam	17 (27,4)	33 (38,4)	18 (30,5)	8 (19,0)	76 (30,5)
De vez em quando	19 (30,7)	15 (17,4)	12 (20,3)	3 ( 7,1)	49 (19,7)
Sempre	5 ( 8,1)	9 (10,5)	1 ( 1,7)	4 ( 9,5)	19 ( 7,6)
Não respondeu	-	1 ( 1,2)	-	-	1 ( 0,4)
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>86</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>249</b>

Em relação às mulheres grávidas, 70% referiram que nunca usam o condom, 20% o usam ocasionalmente, e apenas 8% referiram uso consistente. Não houve diferença na frequência do uso e não uso entre grávidas e não grávidas.

Entre as mulheres que já haviam utilizado o condom, foi perguntado a razão pela qual o utilizavam. A maioria respondeu que usava o preservativo

como método contraceptivo (29% das adolescentes e 20% das mulheres); somente 12,9% das adolescentes objetivavam evitar doenças ou evitar doenças e gravidez com o uso do preservativo. Entre as mulheres das demais faixas de idade, a frequência desse objetivo foi ainda menor (TABELA 22).

**TABELA 22**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES CONFORME À RAZÃO PELA**  
**QUAL USAM O CONDOM (QUANDO USAM), SEGUNDO FAIXA**  
**ETÁRIA**

RAZÃO PARA O USO	IDADE (anos)				TOTAL n (%)
	13 - 19 n (%)	20 - 29 n (%)	30 - 39 n (%)	≥ 40 n (%)	
Nunca usam	36 (58,1)	60 (69,8)	46 (78,0)	34 (81,0)	176 (70,7)
Evitar gravidez	18 (29,0)	17 (19,8)	8 (13,6)	7 (16,7)	50 (20,1)
Evitar doenças	4 ( 6,5)	2 ( 2,3)	1 ( 1,7)	-	7 ( 2,8)
Evitar gravidez e doenças	4 ( 6,5)	6 ( 7,0)	2 ( 3,4)	1 ( 2,4)	13 ( 5,2)
Outros	-	-	2 ( 3,4)	-	2 ( 0,8)
Não respondeu	-	1 ( 1,2)	-	-	1 ( 0,4)
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>86</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>249</b>

Mais da metade de todas as mulheres e 61,3% das adolescentes referiam saber usar o preservativo, e poucas disseram ter dificuldade em colocá-lo.

Ao serem questionadas, novamente ao final da entrevista, sobre se estavam utilizando o condom no momento da pesquisa, somente 10% das

mulheres responderam que sim, e 14,5% delas eram menores de 19 anos (TABELA 23). Somente uma grávida disse que o estava utilizando.

**TABELA 23**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES CONFORME RESPOSTA A “USA O CONDOM AGORA?” AO FINAL DA ENTREVISTA, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**

USO DO CONDOM AGORA	IDADE (anos)				TOTAL n (%)
	13 - 19 n (%)	20 - 29 n (%)	30 - 39 n (%)	≥ 40 n (%)	
NÃO	32 (51,6)	49 (57,0)	34 (57,6)	12 (28,6)	127 (51,0)
SIM	9 (14,5)	10 (11,6)	3 ( 5,1)	3 ( 7,1)	25 (10,0)
Não respondeu	21 (33,9)	27 (31,4)	22 (37,3)	27 (64,3)	97 (38,9)
TOTAL	62	86	59	42	249

A justificativa para as mulheres que o estavam utilizando era a contracepção para 12,9% das adolescentes e 8,8% das mulheres adultas; o objetivo de evitar contrair doenças foi respectivamente de 3,2% e 2,4% (TABELA 24).

A justificativa para a não utilização do condom para a maioria das mulheres foi estarem usando outros métodos contraceptivos (18,5%), e estarem grávidas (26,9%). A freqüência dessas justificativas entre as adolescentes foi de 14,5% e 40,3% respectivamente. Onze por cento das mulheres referiram confiar no parceiro e por isso não usarem o condom, a maior freqüência dessa resposta foi entre mulheres de 20-29 anos e 30-39

anos (TABELA 24). As justificativas ao uso e ao não uso do condom também não variaram entre grávidas e não grávidas.

**TABELA 24**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES CONFORME À JUSTIFICATIVA (RAZÃO) QUE DERAM PARA O USO E PARA O NÃO USO DO CONDOM, SEGUNDO FAIXAS ETÁRIAS**

RAZÃO PARA O USO	IDADE (anos)				TOTAL n (%)
	13 - 19 n (%)	20 - 29 n (%)	30 - 39 n (%)	≥ 40 n (%)	
Evitar doenças/AIDS	2 ( 3,2)	2 ( 3,3)	2 ( 3,4)	-	6 ( 2,4)
Evitar gravidez	8 (12,9)	10 (11,6)	1 ( 1,7)	3 ( 7,1)	22 ( 8,8)
Não gosto, dá alergia, é ruim	4 ( 6,5)	5 ( 5,8)	3 ( 5,1)	-	12 ( 4,8)
Ele não gosta	-	6 ( 7,0)	3 ( 5,1)	-	9 ( 3,6)
Sou laqueada, DIU,ACO,etc	9 (14,5)	15 (17,4)	17 (28,8)	5 (11,9)	46 (18,5)
Sou casada, parceiro fixo	2 ( 3,2)	12 (14,0)	10 (17,0)	3 ( 7,1)	27 (10,8)
Estou grávida	25 (40,3)	29 (33,7)	10 (17,0)	3 ( 7,1)	67 (26,9)
Estou sozinha	5 ( 8,1)	8 ( 9,3)	1 ( 1,7)	1 ( 2,4)	15 ( 6,0)
Estou querendo engravidar	1 ( 1,6)	1 ( 1,2)	-	-	2 ( 0,8)
Fatores eventuais para uso ou não uso	1 ( 1,6)	1 ( 1,2)	-	-	2 ( 0,8)
Não respondeu	21 (33,9)	27 (31,4)	22 (37,3)	28 (66,7)	98 (39,4)
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>86</b>	<b>59</b>	<b>42</b>	<b>249</b>

Somente dez mulheres do total da amostra referiram ter tido mais de um parceiro sexual no último ano, duas delas eram adolescentes, cinco tinham entre 20 e 29 anos e as três restantes eram maiores de 30 anos. Uma adolescente de 13 anos referiu cinco parceiros além do atual.

Às 127 mulheres, na fase pós-intervenção, foi perguntado se haviam recebido informação quanto à prevenção e aos riscos das DST. Somente cinco responderam que nunca haviam sido informadas.

A fonte de informação mais referida foi a televisão para 87,4% das mulheres, não havendo diferença entre as faixas de idade atingidas por esse meio de comunicação. O médico foi a fonte de informação para nove mulheres (7%), a enfermeira para 7,9% delas. A escola foi a segunda fonte mais referida, por 14,2% das mulheres, e entre estas, estava um terço das adolescentes. Somente uma adolescente referiu a mãe como fonte de informação sobre DST (TABELA 25).

**TABELA 25**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES CONFORME A FONTE DE ONDE HAVIAM RECEBIDO AS INFORMAÇÕES DE DST, SEGUNDO FAIXA DE IDADE**

FONTE	IDADE (anos)				TOTAL n (%)
	13 - 19 n	20 - 29 n	30 - 39 n	≥ 40 n	
Médico	2	4	2	1	9 ( 7,1)
Enfermeira	4	4	1	1	10 ( 7,9)
Folheto informativo	8	10	6	5	29 (22,8)
Escola	10	7	-	1	18 (14,2)
Mãe	1	-	-	-	1 ( 0,8)
TV	27	30	28	26	111 (87,4)
Outros (amigos jornais, etc.)	2	1	2	1	6 ( 4,7)
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>39</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>127</b>

NOTA: Somente mulheres entrevistadas pós-intervenção

Quando o informante foi o médico, sete mulheres referiram que ele havia falado sobre o condom, três disseram que havia falado a respeito de métodos contraceptivos, quatro acerca de DST e AIDS, e para uma a respeito de corrimento vaginal. As demais 118 mulheres não citaram o médico como fonte de informação (TABELA 26).

**TABELA 26**  
**DISTRIBUIÇÃO DAS MULHERES QUE REFERIRAM O CONTEÚDO DA**  
**INFORMAÇÃO, QUANDO O MÉDICO FOI A FONTE, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA**

CONTEÚDO	IDADE (anos)				TOTAL n
	13 - 19 n	20 - 29 n	30 - 39 n	≥ 40 n	
Uso do condom	1	3	2	1	7
DST/AIDS	1	2	1	-	4
MAC	1	2	-	-	3
Corrimento	1	-	-	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>39</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>127</b>

NOTA: Somente mulheres entrevistadas pós-intervenção.

O folheto informativo confeccionado para a pesquisa, pedido para ser entregue durante a consulta médica ou através da enfermeira durante o atendimento ou as atividades de grupo, foi recebido apenas por sete mulheres. As demais 114 mulheres não haviam recebido o folheto, e seis delas não responderam.

### 4.3. Diagnósticos levantados dos prontuários

Um total de 2.081 prontuários foram pesquisados referentes às consultas médicas ginecológicas e obstétricas no período de 1-30/09/1996 (pré-intervenção), e 2.339 prontuários referentes ao período 1-31/03/1997 (pós-intervenção).

Foram excluídos 795 prontuários dos quais não foi possível coletar dados, considerados aqueles sem consulta anotada, com letra ilegível e os prontuários não encontrados. Eles constituíram 21,5% da primeira amostra coletada e 14,9% da segunda. Setenta e oito por cento dos prontuários do mês pré-intervenção (1.634), e 85% do mês pós-intervenção (1.991) foram utilizados neste estudo.

Os Centros de Saúde que atenderam maior quantidade de consultas na região estudada foram o Florence e o Integração, nos dois períodos levantados. O de menor número de consultas foi o Ipaussurama.

As consultas ginecológicas foram sempre realizadas em maior número, constituindo cerca de 60% dos prontuários levantados. Os atendimentos pré-natal corresponderam a quase um terço das consultas nas duas amostras (TABELA 27).

**TABELA 27**  
**FREQÜÊNCIA DO TIPO DE CONSULTA, PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO**

CONSULTA	PRÉ-INTERVENÇÃO		PÓS-INTERVENÇÃO	
	n	%	n	%
Pré-natal	485	29,7	573	28,8
Ginecológica	961	58,8	1.232	61,9
Revisão de parto	44	2,7	59	3,0
Retorno	144	8,8	127	6,4
TOTAL	1.634	100,0	1.991	100,0

Noventa e oito por cento das consultas realizadas foram clínicas, com ou sem coleta de citologia oncológica. Somente em 1% a 2% das consultas se realizaram procedimentos para avaliação ou tratamento de lesões suspeitas. O número de colposcopias analisado separadamente também foi pequeno (TABELA 28).

**TABELA 28**  
**FREQÜÊNCIA DE CONSULTAS COM E SEM**  
**PROCEDIMENTO PRÉ E PÓS-INTERVENÇÃO**

CONSULTA/PROCEDIMENTO	PRÉ-INTERVENÇÃO		PÓS-INTERVENÇÃO	
	n	%	n	%
Consulta sem procedimento	1.604	98,2	1.948	97,5
Colposcopia/biópsia de colo e vulva	16	1,0	27	1,4
Cauterização de ectrópico	8	0,5	5	0,3
ATA para HPV colo/vagina/vulva	6	0,4	11	0,6
<b>TOTAL</b>	<b>1.634</b>	<b>100,0</b>	<b>1.991</b>	<b>100,0</b>

A mulheres adolescentes e adultas jovens somaram mais da metade das consultas, sendo que 16% delas eram menores de 19 anos. A faixa de 20-29 anos foi a mais incidente (40%), e as maiores de 30 anos corresponderam aos outros 40% da amostra (TABELA 29).

**TABELA 29**  
**FAIXAS ETÁRIAS DAS MULHERES CONSULTADAS, PRÉ E PÓS INTERVENÇÃO**

IDADE	PRÉ-INTERVENÇÃO		PÓS-INTERVENÇÃO	
	n	%	n	%
≤ 19	269	16,5	315	15,8
20 - 29	700	42,8	764	38,4
30 - 39	374	22,9	436	21,9
≥ 40	289	17,7	437	22,0
desconhecida	2	0,1	39	2,0
<b>TOTAL</b>	<b>1.634</b>	<b>100,0</b>	<b>1.991</b>	<b>100,0</b>

O diagnóstico mais freqüente foi o relacionado ao atendimento pré-natal, 30,7% na primeira e 35,2% na segunda amostra. Em segunda ordem de freqüência estiveram os diagnósticos relacionados às infecções de transmissão sexual, e corresponderam a um quarto das duas amostras, 26,6% e 23,4% respectivamente. Todas as demais categorias diagnósticas incidiram em menos de 10% das consultas (TABELA 30).

**TABELA 30**  
**FREQÜÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS ENCONTRADOS, PRÉ E PÓS INTERVENÇÃO**

DIAGNÓSTICO	PRÉ-INTERVENÇÃO		PÓS-INTERVENÇÃO	
	n	%	n	%
Climatério/Menopausa	115	7,0	183	9,2
Gravidez/Puerpério	502	30,7	701	35,2
Disfunção Ovariana	133	8,1	156	7,8
MAC	137	8,4	174	8,7
Eutrófica	98	6,0	187	9,4
Patologias gerais ginecológicas	105	6,4	146	7,3
Patologias gerais	48	2,9	90	4,5
Diagnósticos ligados às DST	434	26,6	465	23,4
Queixas de sexualidade	4	0,2	4	0,2
<b>TOTAL</b>	<b>1.634</b>	<b>100,0</b>	<b>1.991</b>	<b>100,0</b>

Considerando os diagnósticos relacionados às DST, sua distribuição com relação às faixas etárias das mulheres consultadas estão mostrados na TABELA 31. A maior frequência de mulheres com diagnósticos de ITR esteve nas faixas de 20-29 e 30-39 anos em todas as categorias especificadas.

Apesar disso, houve uma contribuição percentual similar de adolescentes quando comparada às demais faixas de idade, com relação aos diagnósticos monilíase, vaginose bacteriana e tricomoníase. A leucorréia com sintomas de irritação vulvar foi mais freqüente entre as adolescentes, ainda, 1,7% delas apresentava DST viral.

Houve diferença significativa entre as faixas etárias para dois diagnósticos, a dor pélvica e a vaginose bacteriana (TABELA 31). O primeiro foi mais prevalente na faixa de mulheres de 30-39 anos ( $p=0,003$ ), enquanto o segundo aumentou diretamente com as faixas etárias ( $p=0,002$ ).

A prevalência total dos diagnósticos está na TABELA 32. Os mais freqüentes foram as infecções vaginais, a vaginose bacteriana, a monilíase e a leucorréia sem a especificação do agente mas com sintomas de irritação vulvovaginal e/ou prurido vulvar. Essas infecções somaram 17,8% e 13,4% nas primeira e segunda amostras respectivamente.

**TABELA 31****DISCRIMINAÇÃO E FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS CONSIDERADOS  
RELACIONADOS ÀS DST, SEGUNDO FAIXAS ETÁRIAS**

DIAGNÓSTICO	IDADE (anos)					p
	13 - 19 n (%)	20 - 29 n (%)	30 - 39 n (%)	≥ 40 n (%)	N.R. n (%)	
DIP,anexite,hidrossalpinge	2 (0,3)	31 (2,1)	20 (2,5)	1 (0,1)	1 ( 2,4)	0,666
Cervicite, bartolinite, abscesso de Bartholin	2 (0,3)	17 (1,2)	3 (0,4)	5 (0,7)	2 ( 4,9)	0,700
Dor crônica pelv/abd, dispareunia	6 (1,0)	31 (2,1)	38 (4,7)	19 (2,6)	-	0,003
Sífilis,HIV, cancro mole, hepatite B	-	3 (0,2)	2 (0,3)	-	-	0,962
HPV/HSV2	10 (1,7)	36 (2,5)	26 (3,2)	7 (1,0)	1 ( 2,4)	0,568
Tricomoniase	12 (2,1)	32 (2,2)	17 (2,1)	8 (1,1)	3 ( 7,3)	0,193
Leucorréia/VV/prurido vulvar	30 (5,1)	32 (3,6)	35 (4,3)	29 (4,0)	2 ( 4,9)	0,657
Vaginose bacteriana	27 (4,6)	72 (4,9)	60 (7,4)	55 (7,6)	5 (12,2)	0,002
Monilíase	29 (5,0)	78 (5,3)	54 (6,7)	26 (3,6)	3 ( 7,3)	0,553
CO III ou >, Ca epiderm	1 (0,2)	3 (0,2)	4 (0,5)	3 (0,4)	-	0,220
Esterilidade primária	1 (0,2)	8 (0,6)	5 (0,6)	-	1 ( 2,4)	0,586
Ectrópio, lesão vulva ou colo não esclarecida	6 (1,0)	38 (2,6)	19 (2,4)	11 (1,5)	3 ( 7,3)	0,887
<b>TOTAL DE CONSUL TAS</b>	<b>584</b>	<b>1.464</b>	<b>810</b>	<b>726</b>	<b>41</b>	<b>3.625</b>

**TABELA 32**  
**DISCRIMINAÇÃO E FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS**  
**CONSIDERADOS RELACIONADOS ÀS DST**

DIAGNÓSTICO	PRÉ (%)	PÓS (%)	p*	p**
DIP, anexite, hidrossalpinge	1,2	1,8	N.S.	N.S.
Cervicite, bartolinite, absc. Bartholin	0,7	0,9	N.S.	N.S.
Dor crônica pélv/abdom,dispareunia	2,4	2,8	N.S.	N.S.
Sífilis, HIV, cancro mole, hepatite B	0,1	0,2	N.S.	N.S.
HPV / HSV-2	1,5	2,8	N.S.	0,0083
Tricomoníase	2,9	1,2	0,0002	N.S.
Leucorréia/VV, prurido vulvar	5,3	3,1	0,0008	N.S.
Vaginose bacteriana	6,6	5,6	N.S.	N.S.
Monilíase	5,9	4,7	0,0513	N.S.
CO III ou acima, Ca epidermóide	0,2	0,4	N.S.	N.S.
Esterilidade primária	0,3	0,5	N.S.	N.S.
Ectrópio, lesão de vulva ou colo não esclarecida	2,0	2,2	N.S.	N.S.
<b>TOTAL DE CONSULTAS</b>	<b>1.634</b>	<b>1.991</b>		

\* p refere-se a um teste de hipóteses unilateral, cuja hipótese nula é a de que não há diferença entre dois valores diagnósticos, versus a hipótese alternativa de que a proporção encontrada pré-intervenção é maior que a proporção encontrada pós-intervenção.

\*\* p para quando a hipótese alternativa é de que a proporção pré-intervenção é menor que a proporção encontrada pós-intervenção.

Comparando-se as duas amostras, houve diminuição significativa na segunda amostra das frequências dos diagnósticos de tricomoníase ( $p=0,0002$ ), leucorréia sem especificação do agente ( $p=0,0008$ ) e monilíase ( $p=0,0513$ ). Também houve aumento significativo das doenças virais, o HPV e o HSV-2 ( $p=0,0083$ ). Não existiram diferenças nos demais diagnósticos (TABELA 32).

## **5. Discussão**

---

Os resultados mostram que a ação educativa realizada não foi eficaz para promover mudança significativa no comportamento dos profissionais de saúde, com vistas a implementar o diálogo informativo com as mulheres consultadas, em relação às medidas de prevenção das DST. Entre as mulheres, não houve qualquer diferença no nível de conhecimento, atitudes e práticas de expressão sexual. Diferenças apareceram com relação às categorias diagnósticas realizadas pelos médicos na segunda amostra. Estes resultados devem ser analisados à luz de algumas considerações; discutiremos na seqüência a análise dos prontuários, das mulheres e dos profissionais de saúde.

Os prontuários cujas informações não puderam ser colhidas e os considerados perdidos, em ambas as amostras foi diferente; 447 e 348 prontuários, que corresponderam a 21,5% e 14,9% respectivamente, na primeira e segunda amostras. Isso se deveu à forma diversa com que foram localizados nos dois períodos.

De qualquer forma, ambas as amostras tiveram um alto número de prontuários passíveis de análise, o que denota o grande número de mulheres atendidas mensalmente por esses Centros de Saúde. O Integração e o Florence tiveram o maior número de consultas, e correspondem caracteristicamente aos dois centros da região que possuem maior infraestrutura física e número de profissionais para o atendimento.

O menor número de consultas do Centro de Saúde Ipaussurama é explicado pela própria filosofia com a qual foi construído. Desde seu início, foi planejado como ligado ao treinamento de alunos das áreas de saúde da PUC-Campinas, e dirigido somente por docentes. Com o objetivo bastante particular de ser voltado ao aprendizado do aluno em sua interrelação com a atenção primária, principalmente focalizando o treinamento e o aprendizado com discussão de casos e solução de problemas, nunca esteve ligado à perspectiva de uma grande demanda assistencial. Mais tarde, passou a ser encampado pela Prefeitura Municipal de Campinas, e recentemente, passou a ser totalmente ligado à rede, sem qualquer vínculo com a PUC-Campinas.

O número de mulheres que procuraram os serviços para consulta ginecológica foi o dobro das que consultaram para atendimento obstétrico e puerperal. Esse resultado nos leva a cogitar que esteja existindo uma preocupação maior por parte das mulheres com a própria saúde, em períodos de sua vida que não estão ligados à maternidade. A nível da atenção primária, constitui-se numa grande oportunidade para que esses serviços possam implementar o rastreamento para a prevenção de câncer de colo de útero e de

mama, bem como orientar métodos de contracepção e aumentar as informações sobre medidas de saúde e prevenção de doenças.

Devemos nos lembrar de que nem sempre existiu acesso à assistência médica para as mulheres fora do período de gestação e maternidade. Até o final da década de 80, existia nos serviços públicos do Estado de São Paulo uma organização voltada ao atendimento unicamente de gestantes; a própria estrutura dos Centros de Saúde impedia a ampliação de atividades voltadas à promoção da saúde da mulher. A maioria deles não possuía consultório ginecológico, somente o divã para a consulta pelo pré-natalista, e não estavam disponíveis insumos e medicamentos específicos relacionados com a saúde da mulher (BACHA, 1997).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) surgiu da necessidade de se prestar uma atenção médica sob nova abordagem, e passou a ser implementado no Estado de São Paulo a partir de 1987 (OSIS, 1994). O programa tinha como objetivo diminuir a mortalidade e a morbidade causadas pelas principais doenças que afetam mulheres, oferecendo um conjunto de ações integradas e simplificadas que permitissem o acesso fácil e eficiente a todas as mulheres ao nível primário de saúde. Os objetivos específicos eram reduzir as mortalidades materna, perinatal e por câncer ginecológico, corrigir a distorção do uso dos métodos anticoncepcionais e controlar as doenças de transmissão sexual. Também em 1987, com a implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) houve o início da municipalização da saúde no Estado de São Paulo (BACHA, 1997).

A partir daí, passou-se a nortear os cuidados ginecológicos por especialistas na rede pública, com vistas a diminuir a precariedade da atenção truncada anteriormente dispensada às mulheres.

E o fato de encontrarmos um número duas vezes maior de consultas ginecológicas é uma evolução no processo do atendimento primário de saúde. O maior tempo do profissional em contato com mulheres em outros períodos de suas vidas, que não somente no período da maternidade, pode proporcionar mudanças na assistência médica prestada. Talvez essa maior atenção na rede primária possa ampliar os cuidados com orientação e educação em saúde, bem como implementar medidas de prevenção de doenças às quais as mulheres estão expostas, melhorando assim não só a qualidade da atenção prestada mas a qualidade de vida dessas mulheres.

Se por um lado, o aumento no atendimento ginecológico em termos numéricos foi implementado, ainda a atenção no puerpério pode ser melhorada. Neste estudo nos chamou a atenção, o pequeno número de mulheres que consultaram para a revisão pós-parto, uma das fases importantes da vida onde se trata de orientar os próximos anos de saúde e prevenção de enfermidades para a mulher e o recém-nascido.

Encontramos também, uma baixa freqüência de procedimentos realizados como colposcopias e biópsias de colo e vulva, cauterizações de ectrópios, e estas últimas, estão possivelmente, subanotadas nos prontuários. Entretanto, não cabe aqui discutir o número desses procedimentos e sim a

validade de procedimentos na rede pública primária, já que é um nível de atenção onde o esperado é o amplo rastreamento da população através da citologia oncológica do cérvix uterino. Uma vez detectando-se os exames alterados, é esperado que as mulheres sejam, a partir daí, encaminhadas aos serviços de referência. Outra dificuldade encontrada, neste setor da rede estudado, foi apenas dois Centros de Saúde possuírem colposcópio; nas duas amostras, 16 e 27 biópsias foram feitas e pouquíssimos tratamentos para HPV foram realizados. Como os dados foram coletados de prontuários, pode ter existido subanotação das biópsias, o que tenha contribuído para o pequeno número levantado, entretanto, tentamos buscá-las também através do livro de notificações de doenças, o SV-2 (Serviço de Vigilância de Doenças Infecto-contagiosas). E mesmo assim, não obtivemos aumento no número desses diagnósticos, o que nos faz pensar que o objetivo principal de identificar os casos e abranger grande parte da população de risco para câncer de colo, não está sendo concretizado.

Por outro lado, com especialistas na rede que possuem capacitação para ir além da identificação de um exame de Papanicolau alterado, foi comum encontrar entre os mais jovens muita insatisfação com as condições de trabalho, que não lhes suprem as necessidades para que possam atuar como especialistas. Perde-se aqui a visão pelo próprio médico, de que ele está locado num nível de atenção mais abrangente que é o da medicina a nível primário, e que não cabe a ele, naquele serviço, suportar com maiores seguimentos de tratamento e acompanhamento de patologias de nível

secundário de atenção. Por outro lado, esse profissional não está preparado para esta realidade e para cumprir os ditames do oferecimento de informação e educação em saúde que a rede primária deve oferecer, o que voltaremos a discutir mais adiante.

Quanto às mulheres consultadas, mais da metade tinha até 29 anos de idade nos dois períodos levantados, o que denota que mulheres jovens buscam a atenção primária com sintomas e necessidades dentro do período reprodutivo de suas vidas, momento em que estão mais abertas a receber orientações no âmbito de sua sexualidade, quer sejam acerca de métodos contraceptivos, quer sejam com relação a medidas preventivas que melhorem sua saúde e a compreensão sobre as doenças às quais podem estar expostas.

Quando avaliamos os diagnósticos encontramos que uma de cada quatro mulheres atendidas, nos dois períodos da pesquisa, tinha algum sinal ou sintoma que levavam ao diagnóstico de infecção do trato reprodutivo (ITR). Menos de 10% das mulheres foram consultadas somente para orientação de método anticoncepcional.

Das ITR, fazem parte as infecções do aparelho reprodutor baixo, vagina, cérvix uterino e vulva; e as infecções altas, as endometrites, salpingites e os abscessos tubovarianos. As infecções baixas, da vagina e do cérvix podem ser causadas por inúmeros agentes, alguns deles provocam sinais e/ou sintomas característicos, entre estes a presença de leucorréia ou corrimento vaginal. Entretanto, nem todas as infecções vaginais que cursam com

leucorréia são DST. Entre as leucorréias, a única considerada DST é a tricomoníase.

As cervicites também são DST, caracteristicamente são diagnosticadas pela presença de secreção mucopurulenta pelo orifício externo do colo uterino, juntamente com processo inflamatório local, podendo ou não ser acompanhado por dor pélvica crônica, ou ainda, dor ao coito ou dispareunia. Os agentes das cervicites são a clamídia e o gonococo, os maiores responsáveis pela Doença Inflamatória Pélvica (DIP), que nada mais é que a ascensão do processo infeccioso da cervicite ao aparelho reprodutivo alto. Um estudo de revisão sobre DIP, chamou a atenção para as bactérias anaeróbias freqüentemente associadas com a vaginose bacteriana, além da clamídia e do gonococo, como organismos implicados na oclusão tubárea, e alertava a enfatizar o foco de prevenção sobre a redução das infecções de trato reprodutivo baixo (CATES, ROLFS, ARAL, 1990).

Por outro lado, a vaginose bacteriana e a monilíase, que também causam leucorréia, não são DST. A primeira reflete a mudança da flora vaginal normal, com substituição dos *Lactobacillus acidophilus* ou bacilos de *Döderlein* por *Gardnerella vaginalis* e *Mycoplasma hominis*, em associação a bactérias anaeróbias como as espécies de *Mobiluncos* e *Bacteróides*, provocando uma elevação do pH vaginal e um maior número de leucócitos. A presença de *Candida albicans* é responsável pela maior parte dos quadros de candidíase vaginal ou monilíase, provocando diminuição do pH vaginal acompanhada de

processo inflamatório intenso, causa da irritação e do prurido; esta infecção muitas vezes está relacionada à diminuição da imunidade local.

Sabemos hoje, que a mucosa vaginal sadia é uma barreira para o HIV e que este tem dificuldade em ultrapassá-la. Essa barreira se faz graças ao pH ácido vaginal com a produção de peróxido de hidrogênio (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>) pelos lactobacilos (HILLIER, 1993), sugerindo seu efeito viricida contra o HIV-1 (KLEBANOFF & COOMBS, 1991). Estudos têm determinado também que um pH baixo vaginal inibe a ativação dos linfócitos CD4 e pode reduzir o número de células-alvo para o HIV na vagina, enquanto que o pH alcalino tem sido associado à ativação dos linfócitos CD4 (HILL & ANDERSON, 1992). Ainda, os processos inflamatórios e imunológicos vaginais e suas interações com a transmissão do HIV têm sido estudados (ANDERSON e cols., 1998).

O que queremos ressaltar é que qualquer processo inflamatório vaginal, pode levar ao aumento da fragilidade da mucosa e a outros mecanismos que facilitem a contração de alguma DST, entre elas o HIV, caso haja exposição da mulher. Por isso, classificamos as categorias diagnósticas como “relacionadas às DST”, chamando a atenção para essa interrelação e para o seu lado prático, isto é, a possibilidade de muitas mulheres que atendemos estejam, naquele momento, vulneráveis a adquirir doenças.

Embora a princípio, a população de mulheres atendidas pela rede primária de saúde, ser considerada como de baixo risco para DST e AIDS, o fato de existir 25% delas com diagnóstico de ITR, aumenta a vulnerabilidade

dessas mulheres de contraírem qualquer DST ou mesmo o HIV, do ponto de vista biológico, o que ainda voltaremos a discutir mais adiante.

A análise específica dos diagnósticos encontrados pelos médicos, foi bastante parecida nos dois momentos com diferenças em algumas categorias. Uma vez que o diagnóstico clínico foi de alta prevalência neste estudo, as hipóteses diagnósticas de dor pélvica, DIP, cervicite e lesões de colo e vulva não esclarecidas, estiveram presentes como as mais freqüentes, enquanto os diagnósticos dependentes de exames subsidiários, como câncer e displasias de colo uterino, sífilis, infecção pelo HIV e a hepatite B, foram menos freqüentes.

Entretanto, quando comparamos as amostras pré e pós-intervenção, observamos uma diminuição significativa dos diagnósticos de tricomoníase, leucorréia, vulvovaginite e prurido vulvar, e monilíase vaginal, e um aumento no diagnóstico das DST virais, o papilomavírus e o herpes genital. Pensamos que talvez a ação educativa os tenha sensibilizado da importância das DST virais, estimulando-os a caracterizarem melhor os tipos de lesões virais, e, conseqüentemente, melhorando a observação e o diagnóstico destas. Possivelmente, ao chamar a atenção para a importância das leucorréias do ponto de vista clínico, estas também tenham sido melhor caracterizadas, diminuindo o número de seus diagnósticos.

O diagnóstico clínico do agente causador da leucorréia não é fácil, apesar de termos parâmetros clínicos definidos para todas elas. Um estudo

visando medir a acurácia do diagnóstico clínico comparado ao laboratorial nas ITR, encontrou que o primeiro havia sido correto em apenas um terço dos casos de monilíase, em menos da metade dos casos de tricomoníase e em cerca de dois quintos dos casos de vaginose bacteriana. Embora a especificidade fosse próxima de 100% para estes agentes, houve um aumento na percentagem de falsos positivos para tricomoníase e monilíase de aproximadamente 80% e menos de 40% para vaginose bacteriana. A prevalência geral deste estudo foi realizada numa população de mulheres de um ambulatório de planejamento familiar, tida como uma população de baixo risco, e encontrou 25% de vaginose bacteriana, 7% de clamídia, infecção inespecífica em 3,7%, candidíase em 2,2%, tricomoníase em 1,7% e HPV em 1% (TELES, 1994).

Saindo da esfera da avaliação da forma como foram feitos os diagnósticos em si, em nosso estudo o número de infecções de trato reprodutivo entre a população foi alto, e eram mulheres jovens. Entre as adolescentes, a prevalência de monilíase, vaginose bacteriana e tricomoníase foi semelhante às demais mulheres, enquanto que a leucorréia com irritação vulvovaginal foi maior.

Os diagnósticos de infecções vaginais, a monilíase e a leucorréia não específica com sintomas de irritação vulvovaginal, foram os mais freqüentes, enquanto o diagnóstico de vaginose bacteriana foi o de maior prevalência em ambas as amostras. Com relação a este último diagnóstico, notamos um aumento direto de sua prevalência acompanhando a faixa etária das mulheres.

Esse resultado também foi observado em estudo que buscou associar a infecção do HIV com flora vaginal anormal. Os autores encontraram entre mulheres nas faixas de 15 a 19 anos e 40 a 59 anos, prevalências de vaginose bacteriana de 43,9% e 54,9% respectivamente. A frequência encontrada de infecção pelo HIV-1 entre mulheres com flora vaginal normal foi de 14,2%, enquanto entre as mulheres com vaginose bacteriana foi de 26,7%; apesar disso, essa associação somente foi firmada entre as mais jovens, e não entre as maiores de 40 anos (SEWANKAMBO e cols., 1997). Em outro estudo a respeito, quando se utilizaram critérios clínicos para o diagnóstico, a vaginose bacteriana foi independentemente associada à soroprevalência do HIV (COHEN e cols., 1995).

Por outro lado, inúmeros trabalhos tentaram medir a frequência da transmissão horizontal e heterossexual do HIV, sugerindo que a transmissão é menos eficaz de mulheres para homens que a de homens para mulheres (EUROPEAN STUDY GROUP ON HETEROSEXUAL TRANSMISSION OF HIV, 1992; HAVERKOS & BATTJES, 1992).

A transmissão pelas relações sexuais é bidirecional tanto nas relações heterossexuais como nas homossexuais. O risco de transmissão aumenta com a prática do intercuro anal, na presença de úlceras genitais e de outras DST e quando o estado de imunodeficiência do transmissor é mais avançado (DARROW e cols., 1987; GHYS e cols., 1997). A presença de relações sexuais durante o período menstrual também aumenta a possibilidade de transmissão

do HIV (EUROPEAN STUDY GROUP ON HETEROSEXUAL TRANSMISSION OF HIV, 1992).

Mais do que isso, o número de mulheres infectadas por relação heterossexual é maior que o número de homens na mesma situação. Os agentes associados às descargas uretrais ou cervicais, como o gonococo e a clamídia, ou como o HIV que se concentra nas secreções genitais, são mais facilmente transmitidos do homem para a mulher, que da mulher para o homem; enquanto que a transmissão para ambos é similar para os agentes associados com úlceras ou para os que requerem lesões superficiais como as do coito traumático, para se instalarem, como é o caso do treponema na sífilis recente e do HPV. Para a transmissão dos primeiros existe o fator tempo de exposição, isto quer dizer que, enquanto a mulher com parceiro infectado pelo HIV, permanece com o sêmem depositado na vagina após o coito, o homem exposto à parceira infectada possui o tempo de exposição limitado à duração do intercurso (JONES & WASSERHEIT, 1991).

Por outro lado, as flutuações do pH vaginal nas adolescentes e o aumento do pH vaginal nas mulheres menopausadas, coloca as mulheres nessas faixas de idade em maior risco, mesmo que possuam mucosa vaginal íntegra. Entre as mulheres no menacme, a prevalência das leucorréias é importante porque, além de algumas delas alterarem o pH, propiciam um maior número de linfócitos e macrófagos, as células-alvo necessárias para a recepção das partículas do HIV livres no ejaculado seminal. O HIV passa para a mulher no estado livre no sêmem e penetram nos leucócitos disponíveis que

os recepcionam. Entretanto, também o aumento dos leucócitos no sêmem de homens infectados possuem partículas virais no seu interior, e, nesse caso, o HIV acaba penetrando no aparelho reprodutor feminino como um verdadeiro “cavalo de tróia”. A existência de linfócitos CD4 nas células da zona de ectrório do colo uterino, e a elevação do número dessas células na presença de cervicite, extrapola a importância do tratamento dessas lesões somente com vistas a prevenir o câncer de colo uterino, passa agora a ter maior importância também para diminuir a vulnerabilidade do organismo ao HIV (GHYS e cols., 1997; ANDERSON e cols., 1998; LEVINE e cols., 1998).

Quando pensamos que uma simples candidíase ou vaginose bacteriana, que são as infecções mais comuns diagnosticadas, e que provocam um aumento de leucócitos e muitas vezes fissuras devido ao processo inflamatório local, vemos a possibilidade dessas patologias femininas, tão freqüentes, promoverem o aumento do risco das mulheres para adquirir o HIV e/ou outras doenças (ESCHENBACH e cols., 1988; COHEN e cols., 1995; MAYAUD, 1997; SEWANKAMBO e cols., 1997).

O comportamento sexual não seguro, bem como a presença das DST, são hoje considerados fatores de risco para contrair AIDS. Entretanto, não perguntamos durante a história clínica as práticas e os comportamentos sexuais das mulheres que atendemos, nem as esclarecemos do maior ou menor risco aos quais estão expostas.

Uma confirmação dessa realidade foi feita por especialista na área de saúde mental, entrevistando mulheres com esterilidade primária por fator tubáreo e médicos que atendiam em alguns Centros de Saúde de Campinas. Ao confrontar as informações dadas pelos médicos e as recebidas pelas mulheres, foi observado que estas não se lembravam de informações sobre prevenção das DST e desconheciam os riscos ao seu futuro reprodutivo, enquanto que os médicos afirmavam que mencionavam pouco as informações acerca dos riscos reprodutivos e quando davam essas essas informações, elas pareciam ser insuficientes, incompletas ou pouco claras (BAHAMONDES, 1996).

A habilidade do profissional de saúde em obter informações sobre o comportamento sexual durante uma história clínica é crucial para os esforços de prevenção e controle das DST, já que uma vez detectados os fatores de risco, o profissional tem a oportunidade de despender mensagens de prevenção (CDC, 1998a). Se queremos encarar o problema da saúde da mulher no Brasil, devemos olhá-lo como o desafio de racionalizar a abordagem num contexto global, que tenha a visão da mulher como um todo, um ser humano que necessita de instrução, informação e acesso à prevenção de doenças, e também de medidas de saúde com maior qualidade, voltadas ao seu processo reprodutivo de maternidade e controle de contracepção. Faz parte dessa abordagem atual da mulher, a sua necessidade de informação e esclarecimento acerca dos riscos de DST/AIDS e das medidas de prevenção. E

faz parte de nosso dever, enquanto educadores, proporcionar habilidade ao profissional de saúde para lidar ativamente com esse processo.

Quando analisamos as mulheres entrevistadas, um quarto delas tinha idade entre 13 e 19 anos, e quando somadas àquelas com idade de 20 a 29 anos, perfizeram mais da metade da amostra estudada, reforçando mais uma vez a grande freqüência de mulheres jovens que buscam atenção nos Centros de Saúde. Das menores de 19 anos, 60% estavam casadas ou amasiadas, e 84% das solteiras e separadas tinham companheiro no momento da entrevista. Igualmente, dois terços das mulheres de 20-29 anos e praticamente a totalidade das mulheres de 30-39 anos tinham parceiros sexuais. Esses dados vêm de encontro ao conhecido perfil das mulheres brasileiras nos censos demográficos, onde as idades precoces de iniciação sexual e de casamento, leva as mulheres a abandonarem cedo a escola (PNDS, 1996). Como consequência dessa situação, muitas mulheres acabam mantendo-se não empregadas ou, mais freqüentemente, inserem-se no setor informal do mercado de trabalho, recebendo menores salários, mas exercendo através do estado marital, a sobrecarga de trabalho da segunda jornada com os filhos e a casa.

Nossos dados de entrevista das mulheres denotaram a baixa escolaridade desta população, com 77% na primeira amostra e 87% na segunda, com dois a oito anos de instrução, 10% não tinham instrução alguma e 15% e 10%, nas duas amostragens respectivamente, tinham até o II Grau completo. Nenhuma mulher havia vivenciado o curso superior. As mulheres em

nosso estudo apresentaram menos anos de instrução formal que o geral descrito para mulheres brasileiras no censo do IBGE/96, quando um terço possuía 5 a 8 anos de estudo, quase um quarto havia chegado ao II Grau e 7% estavam cursando ou haviam cursado a universidade. Apesar desse quadro grave de baixa escolaridade no Brasil, neste último censo foi observado que as mulheres em estado fértil e mais jovens estavam melhorando seu nível de instrução, em comparação aos censos anteriores (PNDS, 19996).

A característica da população de mulheres com baixa instrução em nosso estudo, somou-se aos dados de baixo rendimento familiar, já que dois terços delas tinham um ganho familiar mensal de um a cinco salários mínimos.

O perfil sociológico de mulheres mais jovens, e por isso mais inseguras e incapazes de se impor diferentemente ao poder masculino, somado ao baixo poder econômico e à pouca instrução, leva a que exerçam pouca ação de proteção para com as suas vidas e seus corpos. O condom muitas vezes não é acessível a elas, e mesmo que tenham acesso a ele, e queiram utilizá-lo, muitas vezes não conseguem negociar o seu uso com o parceiro.

Os dados do Ministério da Saúde mostram que a epidemia de AIDS no Brasil, além de estar cada vez mais sendo transmitida via heterossexual e de estar se feminizando, também está sofrendo um processo de pauperização e de interiorização. O grupo de mulheres onde a infecção mais está se elevando possui nível de escolaridade até o I grau ou são analfabetas, e os municípios onde mais vem ocorrendo crescimento de casos novos entre mulheres de 20-

49 anos, são aqueles com 200.000 a 500.000 habitantes. O número de casos novos está mais ou menos se estabilizando nos municípios maiores de 500.000 habitantes (CHEQUER, 1998a).

As características gestacionais na população de mulheres deste estudo foram o pequeno número de filhos, e o alto número de cesáreas e abortos. A prevalência de abortos na população geral gira em torno de 15% a 20%, e em nossa primeira amostra 28,4% das mulheres, apresentavam esse antecedente.

Há vários anos se vem notando uma acentuada tendência à diminuição do número de filhos no Brasil. A atual taxa de fecundidade total é de 2,5 filhos por mulher. Quanto ao número de cesáreas em nossa amostra, 35,3% e 30,2% na primeira e segunda amostra respectivamente, esteve em concordância com os dados do PNDS/96 onde 36% dos partos realizados foram cesáreas. Em estudo mais recente, em uma amostra de 99 hospitais que davam assistência ao parto no Estado de São Paulo, incluindo serviços públicos e privados, encontrou-se que 82% dos estabelecimentos estudados, apresentavam uma taxa de partos cesárea foi maior que 35% (CREMESP, 1998).

Por outro lado, apesar de em 25% dos prontuários existir algum diagnóstico de ITR relacionado à transmissão sexual, ou com potencial de aumento de risco para contrair uma DST, apenas 9 (3,6%) das 249 mulheres referiram algum antecedente de haver contraído uma DST.

Os profissionais, mesmo após o diagnóstico da DST, não esclarecem as mulheres a respeito da doença e de seu risco futuro. Não acreditamos que isso

seja por má intenção, mas sim pela idéia preconceituosa e deturpada com que alguns profissionais sentem o receio de estar “destruindo lares”. A idéia é de paternalismo extremo. Com relação a isso, citamos as palavras com as quais estamos de acordo “... ao contrário, acreditamos que a grande maioria dos médicos e enfermeiras optaram por essas profissões justamente para ajudar, acolher, sarar, e por isso mesmo eles agem acreditando fazer o melhor possível pelas suas pacientes”. A nossa intenção é chamar a atenção para o fato de que boas intenções nem sempre são suficientes para obter bons resultados. É necessário lembrar que existem relações de poder, já naturalizadas em nossa sociedade, e que estas podem ser obstáculos aos direitos da mulher como cidadã e prejudicar sua saúde sexual e reprodutiva (FAÚNDES, 1996).

Ao observarmos o nível conhecimento sobre as DST, vemos que existiu certa qualidade das informações com relação aos sintomas, relatada pelas mulheres. Apesar disso, este conhecimento foi positivamente mais elevado entre as de idades mais jovens, de mulheres com até 29 anos. Entretanto, metade das mulheres menores de 19 anos, e dois terços das acima de 30 anos, não tinham idéia do que fôsse uma DST.

Ao contrário, o conhecimento da forma de transmissão foi amplo, 67,5% das mulheres relataram a via sexual ou o sexo sem o uso do condom como forma de transmissão (80% das adolescentes e 71% das mulheres de 20-29 anos). O conhecimento ruim, a má informação ou a falta de conhecimento

foram referidos poucas vezes e, mesmo assim, nas faixas etárias maiores de 30 anos.

Quanto ao conhecimento sobre a prevenção, mais de 70% das mulheres referiram o uso do condom, e um quarto delas citou o parceiro fixo e único como forma de prevenção de DST/AIDS.

Os meios de comunicação têm veiculado com maior frequência o uso do condom, e nos últimos meses, inclusive, tem sido realizada uma campanha mais agressiva, com o enfoque na chamada de mulheres para a prevenção do câncer de colo do útero, vinculando-o ao HPV de transmissão sexual. O fato de existir divulgação ampla, favorece a que se discuta, inclusive durante a consulta médica, com menos tabus e menos medo, a transmissão de doenças via sexual. Nos tranquiliza, a nós médicos, saber que as mulheres têm conhecimento sobre a transmissão e que possuem informação sobre a prevenção pelo uso do condom, entretanto, isso não faz com que relacionem algum sintoma físico pessoal com a possibilidade de haver contraído uma DST, nem faz com que se sintam vulneráveis.

Quando perguntadas sobre a atitude de considerar a possibilidade de corrimento vaginal como DST, apenas 29,5% e 11% respectivamente nas duas amostras os relacionaram, e nesse ponto não houve variação com relação à faixa de idade. Aqui entra não somente a discussão sobre a pouca informação recebida, mas a pouca importância dada pela própria mulher e também pelos profissionais de saúde, às leucorréias. Parece ser amplamente aceito que ter

corrimento vaginal é normal. É comum também que se ouça, de colegas especialistas, a assertiva de que basta ser mulher para ter dor pélvica ou leucorréia.

Apesar das mulheres não terem conhecimento de antecedente pessoal de DST e de não correlacionarem corrimentos os vaginais à essas infecções, quando foi perguntado a elas sobre a atitude que tomariam frente à possibilidade de estarem com uma DST, praticamente a totalidade das mulheres procuraria um médico no próprio Centro de Saúde ou num hospital, e mais de 84% delas o faria por confiança no médico.

Num momento em que os médicos se sentem acuados frente aos processos de erro médico, vê-se que a realidade no Brasil ainda não é essa, pelo menos por parte das mulheres entrevistadas. Nossa população mais carente confia e busca no médico, tratamento e informação. Apesar de termos hoje instituições financeiras dispostas a implementar o seguro médico, e por outro lado, alguns setores profissionais desejando esses processos, encontramos uma população que necessita do médico e nele confia. Ao nosso ver, se a partir desse relacionamento humano existir insatisfação, caberá ao médico sua parcela de responsabilidade pela quebra da relação médico-paciente e pela desconfiança. Muitas vezes é a falta de informação ou de esclarecimento por parte do profissional no momento oportuno, de alguma forma se negando ou dificultando o diálogo, que acaba por desencadear um processo legal.

A relação médico-paciente, o poder de cura ou de melhora do quadro de doença unicamente pelo ouvir e falar do médico, pode ainda operar milagres no nível de saúde de doentes que nele acreditam e confiam. Embora a “dessacralização” da profissão vir acontecendo, ainda é da maior importância esse relacionamento humano entre a pessoa doente ou necessitada de ajuda e a pessoa detentora do saber médico, e esta, uma vez olhada como tal, torna-se força potencial para estimular mudanças de comportamento visando o objetivo da saúde. Nós médicos, não temos nos valido dessa oportunidade para obter melhores resultados, como aumentar a aderência do paciente ao tratamento correto de muitas doenças e orientar as medidas de prevenção de muitas outras, entre elas as DST.

Quando analisamos o conhecimento sobre o condom, mais de 90% das mulheres já haviam visto um preservativo alguma vez, e mais de três quartos dessa população o relacionou como fator de proteção de doenças e/ou AIDS. As mulheres sabem para quê o condom é indicado e apesar de saberem sua principal função, a de evitar doenças, possivelmente pela informação dada pela mídia, seu antecedente de uso e o uso atual é baixo. E quando o utilizam, referem como justificativa a contracepção. Isto denota que as mulheres sentem-se seguras e não vulneráveis a adquirir doenças, sentem o risco distante delas.

Apesar de metade de todas as mulheres entrevistadas já terem utilizado o condom várias vezes, e também referirem uma freqüência de ruptura baixa, menos de 20% delas utilizam-no de vez em quando e menos de 8% referem

seu uso consistente. Mais de 70% não o utilizam. O resultado encontrado é semelhante ao do PNDS/96 que evidenciou, no Estado de São Paulo, o uso do condom por apenas 7% das mulheres unidas de 15 a 49 anos, sendo considerado o segundo método transitório mais utilizado no Brasil, após a pílula.

É provável que isso seja o reflexo de uma maior preocupação com a questão da AIDS, entretanto essa reação por parte da sociedade ainda é muito pequena, e particularmente por parte dos mais jovens, uma população que provavelmente exercitará sua sexualidade com um maior número de parceiros antes da idade madura. Os adolescentes que possuem maior risco para as DST são os homens homossexuais, os heterossexuais sexualmente ativos, os que se consultam com alguma DST e os usuários de drogas injetáveis (CDC, 1998a). Esse aumento de risco é dado por terem freqüentemente relações desprotegidas, serem biologicamente mais suscetíveis às infecções, e apresentarem inúmeros obstáculos para utilizar os serviços de saúde. Muitas vezes, será o profissional do Centro de Saúde que terá a oportunidade de, ao receber esses adolescentes, realizar a verdadeira prevenção primária, ajudando-os a desenvolverem comportamentos sexuais saudáveis e a prevenirem outros que possam comprometer sua saúde sexual.

Além dos jovens e adolescentes, também as mulheres com parceiro fixo, sejam casadas ou não, não se sentem vulneráveis a adquirir qualquer infecção, por sentirem-se distantes do risco de contrair DST e AIDS.

Em nosso meio, entre 201 mulheres infectadas pelo HIV através de contato heterossexual, metade delas afirmou ter parceiro único e fixo, e muitas delas referiram não saber nada a respeito dos antecedentes ou das práticas sexuais de seus parceiros (SILVA, 1996).

Em um estudo com 22.274 pacientes maiores de 12 anos atendidos em clínica de atenção primária em Nairobi, Quênia, 1.076 tinham queixas relacionadas às DST, sendo que 980 foram testados para o HIV e questionados quanto aos fatores de risco comportamentais. Dezenove por cento das mulheres e 15% dos homens positivaram o teste. A maioria das mulheres era casada e vivia com o esposo, enquanto que mais homens infectados eram solteiros, ou casados mas separados das esposas. O antecedente de relações sexuais com mulheres trabalhadoras do sexo ou com parceiras casuais existiu para 60% dos homens casados que não conviviam com a esposa, e para 26% dos que conviviam com elas. O uso do condom foi pouco freqüente, 3% com o último parceiro, e a razão referida para que não o tivessem utilizado foi a não disponibilidade no momento (NDINYA-ACHOLA e cols., 1997).

Pareceu-nos que, para a população de mulheres que entrevistamos, o uso do condom em si é fácil, já que a maioria das mulheres referiu saber como vestí-lo e somente 7% citaram alguma dificuldade para fazê-lo. Apesar disso, das mulheres que o utilizavam, um terço referiu usá-lo para evitar gravidez, e apenas 8% o utilizavam como medida de prevenção de doenças. Não houve qualquer diferença, em nosso estudo, no uso do condom entre grávidas e não grávidas.

Mais adiante ao final da entrevista, novamente 10% das mulheres referiram que estavam usando condom naquele momento, 2,4% para evitarem doenças e 8,8% para evitarem gravidez. Entre as justificativas, 27% delas responderam que não estavam utilizando o preservativo por estarem grávidas, 11% por terem parceiro fixo e 19% por estarem usando outro MAC.

Nenhuma dessas condições diminui a vulnerabilidade da mulher a contrair doenças, pelo contrário, durante a gravidez, a diminuição da imunidade da mulher, a mudança do pH vaginal, e a maior freqüência de ectopia cervical e monilíase vaginal, aumentam a fragilidade da mucosa vaginal nesse período. O fato de ter um parceiro fixo, como vimos, não tem sido fator de proteção para inúmeras mulheres casadas com AIDS. Entre todos os métodos de contracepção, ainda hoje, os únicos que conferem proteção contra as DST e o vírus HIV são os métodos de barreira, por excelência, o condom masculino e o feminino.

Ao nosso ver, a gestação é um motivo para a implementação do uso do condom. Em um estudo com 920 gestantes em atendimento de pré-natal no Recife, encontrou-se 0,3% de mulheres infectadas pelo HIV. Entre os fatores de risco para a infecção, 6% das mulheres apresentavam antecedente de DST e precocidade sexual, práticas de intercurso anal e oral, e parceiros usuários de drogas injetáveis (MENEZES, 1996).

Outro estudo buscando determinar as infecções cérvico-vaginais em 328 gestantes de terceiro trimestre, encontrou prevalência de 40,6% dessas

infecções, especificamente, 19,3% candidíase, 9,5% vaginose bacteriana, 6,1% alterações de flora vaginal, 2,1% clamídia, 2,1% tricomoníase e 0,9% de HPV (SIMÕES, 1995).

Além de sua maior vulnerabilidade biológica, a inabilidade da mulher em se proteger das DST existe pelo déficit cultural e econômico dela mesma. Há muito se tem descrito e avaliado o papel de dominação da mulher, como intimamente relacionado com a definição social dos papéis masculino e feminino, e como espelho da relação de poder entre os sexos. Esse papel de “mulher dominada” é histórico, e, independente da forma como apareça, quer seja do ponto de vista social do seu bem estar, de suas necessidades de instrução, ou de seus direitos à igualdade enquanto cidadã com relação a emprego e salário, ou quer seja com relação à assistência a saúde, ocorreu em todas as civilizações e ainda hoje é visto em maior ou menor grau em diferentes países, desenvolvidos ou não (POPULATION CRISIS COMMITTEE, 1988). Mulheres em todo o mundo, muitas vezes têm dificuldade ou não podem pedir o uso do condom, mesmo sabendo que o parceiro é HIV positivo (De COCK e cols., 1994).

Um levantamento acerca do comportamento sexual de mulheres ocidentais ressaltou a característica de alto número de parceiros, além da baixa frequência de uso do condom (KOST & FORREST, 1992). Em nossa amostra, mais de 93% das mulheres não haviam tido outro parceiro sexual no último ano. Não é difícil pensar que a transmissão heterossexual às mulheres possa se fazer através de parceiros que utilizem drogas injetáveis, ou que mantenham

relacionamento com outras parceiras, com mulheres trabalhadoras do sexo, ou, ainda pelos parceiros que, devido ao grande grau de preconceito social, escondam relacionamentos homossexuais.

A idéia de que o comportamento das mulheres com múltiplos parceiros é de maior risco para contrair DST e AIDS é verdadeira, entretanto, devemos nos lembrar de que basta um único parceiro usuário de drogas com seringa compartilhada ou um parceiro que exerça um comportamento sexual de risco ou sexo não seguro, para aumentar o risco de doenças das mulheres monogâmicas.

Entre estudos com homens, as altas taxas daqueles que mantém relações sexuais com mulheres trabalhadoras do sexo e a baixa freqüência no uso do condom têm sido apontados como fatores de aumento de risco para suas esposas ou parceiras fixas (DALY e cols., 1994; BASSETT e cols., 1996; SIRAPRAPASIRI e cols., 1996; NAGACHINTA e cols., 1997).

Mais de 96% das mulheres referiram ter informações sobre as DST anteriormente, para 87% a fonte foi a televisão (TV), para 14% as informações foram dadas através de profissionais de saúde, sendo que 7% delas receberam a informação pelo médico.

A escola foi a fonte de informação para 14,2% das mulheres e somente uma mãe havia sido fonte para uma adolescente. Muitos acreditam que o controle da AIDS deve ser colocado na educação. Qualquer forma de prevenção parte da premissa de um processo educativo bastante intenso,

universal. Segundo Pedro Chequer, Coordenador Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde, a estratégia que temos é adequada com relação à prevenção nas escolas, mas ainda falta ampliar a cobertura nesse processo. Tem existido um trabalho integrado entre o Ministério de Educação e Cultura (MEC), e as secretarias estaduais de educação, buscando provêr a rede pública inicialmente com a capacitação de professores, material educativo adequado, e tecnicamente bem elaborado. Alguns dados indicam que foram abrangidas até o momento, 20-30% das escolas, mas a meta é atingir a totalidade delas. Além disso, temos que entender que apenas normas técnicas ou propostas elaboradas não são suficientes enquanto a sociedade, como um todo, não se envolver no processo. A AIDS não é um problema só do governo. A responsabilidade de propor normas, provêr recursos, e dar a diretriz do processo é do governo, principalmente a nível federal. Mas a execução e o desenvolvimento diz respeito à sociedade como um todo (CHEQUER, 1998a).

Em nosso trabalho, o médico foi a fonte de informação para 9 mulheres, e a sete delas foi dado estímulo ao uso do condom. Citamos aqui as palavras de Pedro Chequer a uma entrevista : “As pesquisas indicaram que a população aprendeu muito pelos meios de comunicação e pouco por intermédio dos médicos e profissionais de saúde. No entanto, quando colocamos perguntas sobre a credibilidade, o médico continua sendo a fonte da qual a população gostaria de receber informações sobre a AIDS”. O médico deveria desempenhar um papel muito importante nesse processo de educação e informação com respeito à epidemia, agindo de modo continuado, discutindo

com cada paciente a questão da AIDS. Qualquer paciente que o médico receba em seu consultório, independente de ser diabético, cardíaco, sexualmente ativo ou não, desde que haja condições de diálogo, deve ser sujeito, pelo menos por alguns minutos, dependendo da situação, de discussão sobre a AIDS. Com isso teríamos uma grande mobilização, porque a partir da credibilidade do médico conseguiríamos avançar no processo de educação. Nesse aspecto seria uma grande vitória da saúde pública, que todo o profissional de saúde, principalmente os médicos, tomassem como bandeira e como compromisso ético, discutir a questão da AIDS e sua prevenção. E trabalhar, enquanto ator principal do processo da prevenção no seu dia-a-dia, seja em consultório público ou em consultório privado.

Podemos realçar ainda, que a informação acerca das DST e da AIDS dada pelo médico a qualquer pessoa, talvez não consiga desencadear nela mesma o poder de mudança em seu próprio comportamento sexual ou no de seu parceiro. Entretanto essa mulher ou esse homem, em seus papéis sociais de mãe, pai, avós e tios, certamente serão estimulados a falarem com seus jovens filhos, netos e sobrinhos acerca do risco da AIDS, e isso é prevenção para o futuro.

Com relação aos profissionais de saúde, os dados colhidos da maioria com até 10 anos de formado foram parecidos, com relação ao nível de formação. Uma parte deles fizera graduação e/ou especialização e residência médica em nossas Faculdades de Medicina, PUC-Campinas e UNICAMP. E a

esses profissionais, tem faltado a visão de sua atuação como educadores da população.

Com relação aos docentes, apesar de todos eles terem outras áreas de atuação, com atendimento fora da área de ginecologia e obstetrícia, e de alguns exercerem ainda funções administrativas, todos tinham algum tempo de experiência no atendimento de mulheres.

A maioria dos profissionais nota que os diagnósticos de leucorréia e dor pélvica constituem a maior parte das queixas e dos quadros clínicos que recebem rotineiramente, mas também não os associam com as DST ou com o aumento de vulnerabilidade das mulheres às DST.

A estratégia de dirigir programas de saúde às mulheres, que constituem a população que melhor responde a qualquer iniciativa na área de saúde, justamente porque são elas que mais freqüentam os serviços, na maioria das vezes para procurar atendimento para os filhos, pode dar resultados em alguns itens de saúde mas não em outros. Diante de um diagnóstico de DST, apesar do tratamento proposto, é comum que a mulher volte a apresentar outros episódios, muitas vezes não existe cura porque seu parceiro se recusa a usar a medicação prescrita e/ou ir ao médico, ou infelizmente, porque talvez alguns profissionais esqueçam-se de tratá-lo. Ainda algumas vezes, apesar de realizarem o tratamento correto, os homens podem se reinfectar porque não tiveram orientação ou não fizeram a opção pelo sexo seguro.

A maioria dos profissionais médicos trata clinicamente as duas patologias mais encontradas, a leucorréia e a dor pélvica, e para fazê-lo, segue o protocolo da rede. Isso denota que existe diagnóstico e tratamento, mas falta por parte dos médicos, dar a informação acerca dos riscos e aconselhar medidas educativas do sexo seguro às mulheres. Parece que o grande desafio do médico ao ser procurado por pacientes queixosos de sintomas, é descobrir através de sinais clínicos e exames laboratoriais, a doença que acomete o indivíduo.

Fazer um diagnóstico correto e escolher o tratamento adequado são os maiores estímulos dados à formação de um médico, para que ele resolva os problemas de saúde de seu paciente. Entretanto, nós, docentes, esquecemos de reforçar a idéia milenar do desencadeamento de doenças ligados a hábitos comportamentais de vida, que faz com que a distribuição de algumas delas seja inclusive, demográfica. Atuar sobre os comportamentos de risco que desempenham o aumento na prevalência de todas as doenças é também parte do tratamento e dever do médico. E para isso eles também devem ter treinamento. Durante a graduação, aprendemos que nos antecedentes pessoais de uma história clínica, devemos perguntar sobre os hábitos de fumar, beber, alimentares e de trabalho; mas em nenhum momento fomos ensinados sobre a importância e a melhor forma de perguntarmos a respeito dos hábitos sexuais do paciente e de seu parceiro.

Todos nós somos médicos que nos tornamos professores. Aprendemos a ensinar agindo da mesma forma como fomos ensinados. Às vezes temos verdadeira dificuldade em inovar.

E, falar de sexo e de práticas sexuais, de qualquer forma, não é tarefa fácil. Apesar de mensagens sexuais terem permeado muito nossa cultura, o sexo ainda é um tópico difícil de discutir, e embora sua existência dentro ou fora do casamento não ser fenômeno novo, perguntar sobre a atividade extramarital da mulher ou do parceiro, e das práticas de risco, ainda melindra a maioria dos profissionais de saúde e as pessoas em geral. Entretanto, para que a mudança no comportamento sexual ocorra, com a adoção do sexo seguro principalmente pelos adolescentes e adultos jovens, os mais expostos e os de maior chance para desenvolverem complicações e seqüelas ao seu futuro reprodutivo, a informação é necessária. E o reforço dessa informação deve ser dado a todo instante e por vários setores da sociedade, através de profissionais de saúde, de educadores e de familiares. Em estudos de intervenção, buscando mudança de comportamento, nota-se que mesmo com toda a informação e apoio, muitos indivíduos de grupos expostos, sejam usuários de droga injetável, homo e bissexuais masculinos, adolescentes “runway” ou presidiários, muitos deles reagem positivamente à intervenção, entretanto, após algum tempo retornam aos mesmos comportamentos de risco (BECKER & JOSEPH, 1988; ROTHERAM-BORUS e cols., 1991; GILLMORE e cols., 1994; BOYER, SHAFER, TSCHANN, 1997; CLARK e cols., 1998). Isso quer dizer que

as mensagens de prevenção devem estar presentes e serem permanentes em todas as instâncias da sociedade.

Foi consenso, entre a maioria dos profissionais, que as mulheres perguntam como pegaram a infecção, e isso denota que a mulher se interessa pela patologia e pelos sintomas, e quer saber como contraiu a doença. Por outro lado, o profissional vê a mulher como pobre e com informação ruim, alguns referiram a dificuldade da mulher com a própria sexualidade e pelo menos metade dos profissionais referiu perceber o crescimento na prevalência das DST.

Entretanto, não são estimulados a aumentar a informação das mulheres que têm acesso a eles. Isso se explica talvez pelo pouco tempo do médico para cada consulta, já que deve atender um número grande delas a cada período. Mas também, talvez porque julguem que elas não estão interessadas, não farão o aconselhado, ou que não vale o esforço ou o tempo dispendido, já que para as DST não há solução. Essa última, uma idéia negativa e fatalista, além de preconceituosa com relação à população carente que atendemos, é ao nosso ver, aquela que mais devemos combater na formação dos profissionais de saúde.

Durante o preparo do pessoal que deveria executar o PAISM, a alta rotatividade dos profissionais de saúde foi descrita como um dos grandes entraves do processo. Pela defasagem progressiva dos salários nessa área dos serviços públicos, especialmente a partir de 1990, os profissionais têm deixado

seus Centros de Saúde para procurarem melhores oportunidades no setor privado, e seus substitutos não estão e nem têm sido preparados, para estar devidamente sensibilizados para se comprometerem com as idéias do programa (OSIS, 1994). Esse fato foi também por nós observado, quando quatro meses após a intervenção, dos médicos que haviam comparecido à ação educativa, três haviam deixado a rede e uma médica estava temporariamente afastada por licença.

Apesar de todos os problemas encontrados, é cada vez mais importante controlar as DST, e entre elas o HIV, especialmente nos países não desenvolvidos. Para qualquer pessoa é brutal saber que em muitos países da África existe hoje a AIDS seguindo seu curso natural de doença. Diferentemente da forma com que a sífilis foi seguida no começo do século, essas populações estão sendo observadas de longe, já que os recursos para tratar 20 a 30% de uma população inteira com HIV, somente com os retrovirais é impensável, mesmo que esse panorama estivesse locado em um país com maiores recursos. Mesmo assim, a maior parte do conhecimento e da compreensão sobre a AIDS tem sido graças à contribuição de pesquisas realizadas na população africana. Esses dados levaram ao conhecimento da transmissão heterossexual e perinatal do HIV, inclusive a transmissão através do leite materno, clarearam a epidemiologia e o diagnóstico das infecções pelo HIV tipos 1 e 2, descreveram o impacto social e demográfico da AIDS, traçaram as interações entre a infecção do HIV e as DST e demais infecções, como por exemplo, a tuberculose (De COCK e cols., 1994).

O que se tem feito nesses países em desenvolvimento para controlar a infecção tem sido localizar ações educativas sobre os grupos de maior risco, os trabalhadores do sexo, os caminhoneiros e os pacientes de clínicas de DST (MOSES e cols., 1991; LAGA, e cols., 1994; JACKSON e cols., 1997). Entretanto, as ações educativas somente sobre esses grupos de risco, apesar de terem aberto perspectivas para a redução do número de casos novos entre a população geral, ainda são insuficientes para conter o aumento das DST (MIOTTI e cols., 1990; De COCK e cols., 1994; ADLER, 1996; BASSETT e cols., 1996; NAGACHINTA e cols., 1997).

No Brasil, onde a infecção está avançando num processo de aumento do contágio heterossexual, de pauperização e feminização, as ações de saúde para mulheres com relação ao HIV também devem ir além da prevenção das DST. Devemos lembrar que elas cuidarão das crianças, dos parceiros e dos idosos infectados ou não, estando elas próprias infectadas ou não. As mulheres doentes dificilmente serão cuidadas por seus parceiros.

A valorização da mulher na sociedade através da maior instrução, possibilitando sua entrada em postos elevados, a isenção de impostos para os preservativos, a pesquisa de novos espermicidas, a promoção o comportamento sexual seguro de homens e mulheres, o aumento do orçamento da saúde e da educação, a geração de empregos e a identificação de mulheres HIV positivas devem ser encaradas como medidas desafiadoras a conseguirmos em nosso país. E nós médicos, e profissionais de saúde, e todos

os que trabalham na formação desses profissionais, devemos também cumprir a nossa parte nesse processo.

O fato do Brasil, a nível internacional, receber os louros de trabalhar bem com a AIDS não nos tranquiliza, porque ela está aumentando a um número de 17.000 casos novos ao ano e está encontrando na pobreza o seu maior crescimento.

No início dos anos 80 no Brasil, a epidemia afetava principalmente, homo e bissexuais masculinos, brancos e de classe média ou alta, habitantes das grandes cidades. Na segunda década da epidemia, homens heterossexuais, mulheres e crianças de todas as classes sociais estão sendo atingidos. Em 1985, para cada novo caso de AIDS em mulher, haviam 30 casos novos em homens, enquanto que, em 1996, esta relação atingiu 1:3. Em 1997, além dos 121.000 casos notificados oficialmente ao Ministério da Saúde, estimava-se haver centenas de milhares de brasileiros infectados pelo HIV, a maioria dos quais, sem conhecimento do fato (BRASIL, 1997a). Devido ao longo período de latência clínica (mediana de onze anos, na ausência de qualquer terapia), mesmo que uma vacina 100% eficaz, capaz de interromper toda a transmissão, fosse desenvolvida e empregada no próximo ano, os casos de AIDS continuariam a ocorrer em grande número nos próximos 10 a 20 anos (RACHID & SCHECHTER, 1998).

Apesar de tratarmos bem os pacientes com AIDS e termos tido recursos modernos disponíveis e gratuitos aos infectados identificados, e de nesses

grupos de pessoas exercermos ações educativas com relação ao comportamento sexual seguro e de forma adequada, isso não basta. Embora essas medidas preventivas diminuam a própria contaminação do infectado com maiores e diferentes cargas de vírus, e também diminuam a transmissão para seus parceiros saudáveis, restam entretanto, extremamente frágeis as informações de medidas preventivas voltadas à população geral e sadia exposta à transmissão, e ainda, pequena tem sido nossa contribuição para identificar novos casos de mulheres infectadas, particularmente entre as mulheres gestantes.

Gostaríamos de ressaltar neste ponto, a atenção pré-natal às mulheres portadoras do HIV, mas não identificadas como tais. Sabe-se hoje que a transmissão vertical para o feto ocorre em cerca de um quarto das gravidezes de mulheres com HIV, essa frequência de transmissão diminui para menos de 8% com o uso da monoterapia com a droga zidovudina (AZT), e para menos de 1% com o tratamento tríplice com retrovirais (CDC, 1998a). As mulheres assintomáticas portadoras do HIV devem ser identificadas, já que a gestação e o parto é o momento crucial para impedir a transmissão para o feto. Uma vez identificadas, as mulheres devem ser tratadas a partir da 14<sup>a</sup> semana de gestação com o AZT ou com os retrovirais, ainda devem receber a dose adequada do medicamento intra-parto e o recém-nascido deve ser tratado por seis semanas após o nascimento. Essas mães devem ser orientadas a não amamentarem seus filhos. Todo esse processo, que idealmente deve ter acompanhamento de uma equipe multidisciplinar de apoio, somente será

possível se houver a identificação das mulheres portadoras do HIV no pré-natal. Ainda, muitos de nossos serviços não se sensibilizaram da situação e não realizam ainda o teste para o HIV em gestantes como parte do acompanhamento pré-natal. Ainda muitos ginecologistas não perceberam que, se existe um momento em que a AIDS tem “cura”, esse momento é durante a gestação e o parto, e que o médico responsável pela “cura” dessas crianças é o ginecologista-obstetra que atende a essas mães HIV positivas. Na rede pública, ainda não existia a padronização do teste para todas as gestantes que iniciavam o pré-natal, no período desta pesquisa.

Dados não publicados, mas citados num simpósio sobre AIDS em São Paulo, relataram que na população geral de 12.500 mulheres consultadas em atendimento ginecológico no Hospital Pérola Byington em São Paulo, encontrou-se 1,03% de mulheres assintomáticas com HIV (PINOTTI, 1998). Isso quer dizer que talvez possamos impedir, que 1% dos bebês que cuidamos durante a gestação, contraíam AIDS.

Na avaliação da intervenção realizada, os profissionais mais reticentes à qualquer mudança, foram aqueles mais maduros e com maior formação e função. Acreditamos que os resultados encontrados entre os médicos ginecologistas e docentes estudados, não seriam diferentes se os sujeitos médicos fossem de outra especialidade médica.

E isso porquê, mais uma vez, é difícil falar em relacionamentos e práticas sexuais, mexer em nossas próprias fantasias e preconceitos e admitir a

importância desses dados quando atendemos às mulheres. Mas também é devido a que, muito freqüentemente, estejamos fechados a novas idéias, muitas vezes achamos que já sabemos tudo e temos verdadeira dificuldade em empreender novos e criativos caminhos frente aos problemas que vemos, ou, antes disso, nos negamos a enxergar que esses problemas existem.

Apesar de todas as nossas limitações, neste estudo 3 dos 6 docentes afirmaram que haviam sido estimulados a falar sobre prevenção das DST com alunos e pacientes, mas nenhum dos médicos ginecologistas afirmou a mesma idéia. O primeiro resultado mostra que, apesar de nossas crenças arraigadas, ainda nos abrimos a novas idéias. Temos que ponderar também que existe uma dificuldade de integração das diferentes áreas da medicina, onde a visão dos problemas fica circunscrita, mas a população que os vivencia é a mesma que consulta o sanitarista, o cirurgião, o clínico-geral ou o especialista. Não temos buscado soluções na forma de atuação conjunta desses profissionais, que, mesmo de áreas diferentes, convivem e percebem os mesmos problemas junto à população. Outros exemplos disso, aparecem junto aos pediatras que trabalham com crianças com AIDS, e que manifestam repúdio à falta de diagnóstico e de tratamento das mães portadoras do HIV durante o pré-natal, e dos infectologistas que atendem aos casos novos de AIDS, em pessoas sem informação alguma a respeito dos riscos que poderiam ter evitado.

Entretanto, essa visão integrativa dos problemas deve ser passada durante a graduação dos profissionais, e mais especialmente, durante a graduação dos médicos, e reforçada durante a residência médica. O resultado

de que nenhum ginecologista foi estimulado a falar sobre prevenção, revela que falhamos, enquanto docentes, em passar a idéia da importância de problemas graves na população sobre os quais todos devemos atuar, e que abrangem uma ação maior, de todos os profissionais, para sua solução.

Não é desconhecida a constatação de que o ensino médico no Brasil precisa urgentemente ser modificado para atender às verdadeiras necessidades da população.

A Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico, CINAEM, foi criada em 1991, a partir da preocupação do Conselho Federal de Medicina com o ensino médico no país, e desenvolveu um amplo trabalho de avaliação abrangendo 48 das cerca de 80 escolas médicas existentes no país. A constatação foi a de que, hoje, o médico não se forma com o perfil necessário para atender às demandas de saúde da população, e que há pouco comprometimento do governo com essa formação, levando com que a proliferação desordenada de escolas médicas com objetivos comerciais, e o pouco ou nenhum estímulo à pesquisa e à iniciação científica, redunde em problema ainda maior (CARVALHO, 1998).

Segundo o CINAEM, a deficiência no quadro do corpo docente pouco preparado ao ensino, à pesquisa e às atividades administrativas, tem como resultado, a pouca qualificação de novos médicos. Há deficiências em aspectos básicos do conhecimento aplicado em habilidades e atitudes. Além disso, a formação humanista e ética é precária, e os formandos, em sua maioria,

deixam a escola sem o conhecimento necessário da situação da saúde no país (CARVALHO, 1998).

Toda vez que falamos da AIDS, falamos de mudança de comportamento social que é fundamental para deter o avanço da epidemia. Toda vez que falamos de AIDS, falamos de uma batalha contra a pobreza e em favor dos direitos humanos, e estes devem também ser garantidos aos brasileiros portadores de hanseníase e esquistossomose, de malária e tuberculose, e de outras tantas enfermidades que ainda matam por pobreza no Brasil.

Esses direitos devem ser obrigatoriamente expressados à população que atendemos, mas somente serão concretizados quando refletirmos sobre nossa postura profissional, que ainda hoje, quase século 21, é tímida e medrosa ao não termos facilidade em perguntar sobre os hábitos sexuais nos antecedentes pessoais de uma história clínica. E ainda mais, quando não conseguimos orientar medidas de prevenção ou quando sentimos medo de atender ao paciente HIV positivo.

Somos verdadeiramente otimistas de que à nossa frente virá um quadro de atenção médica melhor para todas as pessoas necessitadas, mas que isso se fará através de muito esforço e boa vontade em nossa vivência diária, enquanto profissionais de saúde e seres humanos.

O trabalho é difícil, mas não é impossível.



## **6. Conclusões**

---

1. A maior parte das mulheres atendidas neste setor da rede primária de saúde são jovens e cerca de um quarto delas são adolescentes, possuem parceiro sexual com tempo de convívio superior a 1 ano, têm baixo nível de instrução e de renda.
2. Mais da metade das mulheres possui informação quanto à transmissão das DST, o conhecimento acerca dos sintomas foi deficiente e as mulheres mais jovens estão melhor informadas. Entretanto, embora tenham conhecimento da ação protetora do condom, já o terem utilizado e não manifestarem aversão ao método, somente 8% o utilizava de forma consistente, na maioria das vezes para contracepção.
3. Para a maioria das mulheres a fonte de informação sobre DST é a televisão, poucas são informadas pelos profissionais de saúde e praticamente todas expressam confiança no médico.
4. A prevalência dos diagnósticos de ITR foi próxima a 25% nos dois momentos da pesquisa e as categorias diagnósticas mais freqüentes foram

as infecções vaginais: vaginose bacteriana, monilíase e a leucorréia com sinais inflamatórios.

5. Houve diferença na freqüência dos diagnósticos realizados no momento pós-intervenção, diminuíram significativamente os diagnósticos de tricomoníase, leucorréia com sinais inflamatórios e monilíase, e aumentaram os diagnósticos das DST virais, HPV e HSV-2.
6. Os profissionais expressaram menos idéias negativas e ressaltaram com maior freqüência a pobreza e a desinformação das mulheres que atendiam, no momento pós-intervenção, demonstraram mudança no aspecto cognitivo através da diferença nas categorias de diagnóstico encontradas na análise dos prontuários, entretanto não forneceram às mulheres, orientações para a prevenção das DST.
7. Dezesesseis dos 22 profissionais referiram que a intervenção havia sido positiva com relação a atualizarem e reforçarem seu conhecimento sobre as DST. Metade dos docentes referiu que a intervenção havia reforçado a idéia de falar mais em prevenção com os alunos. Em vista disso, devemos habilitar os profissionais em formação, para que estejam preparados e dispostos a fornecer informações sobre as DST.

## ***7. Summary***

---

The concept of “safe sex” has been widely spread during the past decade. However, many complications and sequels of the Sexually Transmitted Diseases (STD) are observed in our services, especially during reproductive life. In the last years, an increase in the prevalence of infection by the human immunodeficiency virus (HIV) among Brazilian women has been observed. This intervention study was constituted by an instructive action towards the health professionals that deal with gynecologic and obstetric care at the primary healthcare system, by analyzing their opinions and attitudes regarding STD, as well as determining knowledge, attitudes and practices of prevention by the population of women assisted by them. The intervention had the objective of touching the professionals as to the present situation of STD/AIDS, and, especially, stimulating them to a dialogue during the visits in order to instruct the women about the risks and the prevention methods. Six Primary Care Units in a public health sector of Campinas were chosen for the intervention. Doctors, nurses, and a sample of the women assisted by them were interviewed, and the records of all the women assisted during the research were analyzed in order to determine the frequency of STD related diagnoses. The results showed that, despite a forth of the diagnoses having been related to STD,

the intervention was not effective in encouraging significant changes in the behavior of the health professionals. No changes were observed as to the knowledge, attitude and practices of the women after the intervention, however, there was a significant decrease in the diagnoses of trichomoniasis, moniliasis and leukorrhea with inflammatory signs, and an increase in the HPV and HSV-2 diagnoses. Even though the majority of the women referred to TV information (87.6%), the quality of such information was poor as to sensitizing the women to their risk of exposure to STD. On the other hand, their confidence in the physicians was explicit by practically all of them. The use of condom was referred by only 10% of the women regardless of age, and by 14.5% of the teenagers, while its consistent use was referred by 7.6% and 8% respectively. We concluded that women do not feel vulnerable to contract STD/AIDS and therefore, they do not opt for the use of condom for this reason, but as a contraceptive. We should implement the adoption of the instructive dialogue on STD/AIDS for the professionals still to be, so they can improve the identification of exposed women through clinical history, develop the ability of talking openly and clearly about risk behavior, and be prepared to provide explanation about future complications of STD and the possible prevention methods. The implementation of new programs and interventions towards the health professional working in the primary healthcare system acting together with the Health Bureau is advisable. This would aim to improve the quality of healthcare attention related to the STD control. The kind and quality of information should be innovated for a better adherence to the practices of safe sex behavior by the population.

## **8. Referências Bibliográficas**

---

ADLER, M.W. - Sexually transmitted diseases control in developing countries. **Genitourin. Med.**, **72**, 83-8, 1996.

ANDERSON D.J.; POLITCH, J.A.; TUCKER, L.D.; FICHOROVA, R.; HAIMOVICI, F.; TUOMALA, R.E.; MAYER, K. - Quantitation of mediators of inflammation and immunity in genital tract secretions and their relevance to HIV type 1 transmission. **AIDS Res. Hum. Retroviruses**, **14**:S43-9, 1998.

ARAL, S.O. & HOLMES, K.K. - Sexually transmitted diseases in the AIDS era. **Sci. Am.**, **264**:62-9, 1991.

BAHAMONDES, M.Y.M. - **Algumas vivências de mulheres com esterilidade primária por obstrução tubérea e informações recebidas sobre o risco das Infecções de trato reprodutivo**. Campinas, 1996. [Tese - Mestrado - FCM/ UNICAMP].

BACHA, A.M. - **Avaliação da implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher no Estado de São Paulo no período de 1987-1990**. Campinas, 1997. [Tese - Doutorado - FCM/UNICAMP].

BASSETT, M.T.; McFARLAND, W.C.; RAY, S.; MBIZVO, M.T.; MACHEKANO, R.; VAN DE WIJGERT, H.H.M.; KATZENSTEIN, D.A. - Risk factors for HIV infection at enrollment in an urban male factory cohort in Harare, Zimbabwe. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr. Hum. Retrov.**, **13**:287-93, 1996.

BECKER, M.H. & JOSEPH, J.G. - AIDS and behavioral change to reduce risk: a review. **Am. J. Public Health**, **78**:394-410, 1988.

- BOYER, C.B.; SHAFER, M.A.; TSCHANN, J.M. - Evaluation of a knowledge and cognitive behavioral skills building intervention to prevent STDs and HIV infection in high school students. **Adolescence**, **32**:25-42, 1997.
- BOR, R.; LIPMAN, M.; ELFORD, J.; MURRAY, D.; MILLER, R.; GRIFFITHS, P.; JANOSSY, G.; JOHNSON, M. - HIV soroprevalence in a London same-day testing clinic. **AIDS**, **8**:697-700, 1994.
- BRASIL. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS - **AIDS Boletim Epidemiológico**, **4**, set/nov, Ministério da Saúde, 1997a.
- BRASIL. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS - **DST Boletim Epidemiológico**, **5**, out/dez, Ministério da Saúde, 1997b.
- CAREY, R.F.; HERMAN, W.A.; RETTA, S.M.; RINALDI, J.E.; HERMAN, B.A.; ATHEY, T.W. - Effectiveness of latex condoms as a barrier to human immunodeficiency virus-sized particles under conditions of simulated use. **Sex. Transm. Dis.**, **19**:230-34, 1992.
- CARVALHO, R.P. - Avaliação do ensino médico. **J. Cons. Fed. Med.**, **96**:17, 1998.
- CATES, W.Jr. & ROLFS, R.T.; ARAL, S.O. - Sexually transmitted diseases, pelvic inflammatory disease, and infertility: an epidemiologic update. **Epidemiol. Rev.**, **12**:199-220, 1990.
- CATES, W. Jr. & HOLMES, K.K. - Sexually transmitted diseases. In: LAST J, WALLACE R.B.. (eds.) - **Maxcy-Rosenau's Public Health and Preventive Medicine**, **13<sup>a</sup> Edition**. East Norwalk, Connecticut:Appleton and Lange, 1991. p.99-114.
- CATES, W.Jr. & STONE, K.M. - Family planning, sexually transmitted diseases and contraceptive choice: a literature update - part 1. **Fam. Plann. Perspect.**, **24**:75-84, 1992.

CATES, W.Jr. - Global epidemiology of sexually transmitted diseases. **South to South Newsletter**, 5:4-7, 1995.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL. Division of STD/HIV Prevention. 1992. Ann. Report. Atlanta, GA: Centers for Disease Control, 1993.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL, Division of STD/HIV Prevention 1993 Ann. Report. Atlanta GA, 1994. In: CATES, W. Jr. - **Global epidemiology of sexually transmitted diseases**. South to South Newsletter (5), 1995. p.4-7.

CDC - COORDENAÇÃO NACIONAL DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E AIDS CENTERS FOR DISEASE CONTROL - **1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases**. MMWR, 47(RR-1): 1-116, 1998a.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL - **HIV prevention through early detection and treatment of other sexually transmitted diseases - United States recommendations of the Advisory Committee for HIV and STD prevention**. MMWR, 47(RR12): 1-24, 1998b.

CHEQUER, P. - A prevenção e o combate à AIDS. **J. Cons. Fed. Med.**, 96:22-3, 1998a.

CHEQUER, P. - A AIDS no Brasil: perfil epidemiológico e ações. **F. Méd. Unifesp. (BR)**, 117:1-2, 1998b.

CLARK, L.R.; BRASSEUX, C.; RICHMOND, D.; GETSON, P.; D'ANGELO, L.J. - Effect of HIV counseling and testing on sexually transmitted diseases and condom use in na urban adolescent population. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, 152:269-73, 1998.

COHEN, C.R.; DUERR, A.; PRUITHITHADA, N.; RUGPAO, S.; HILLIER, S.; GARCIA, P.; NELSON, K. - Bacterial vaginosis and HIV seroprevalence among female commercial sex workers in Chiang Mai, Thailand. **AIDS**, 9:1093-97, 1995.

- CONSUMER REPORTS - Can you rely on condoms? Consumer Reports, 54:135-41,1989. In: **Outlook**, 12:4, 1994.
- CONTI, S.; LEPRI, A.C.; FARCHI, G.; NAPOLI, P.A.; PRATI, S.; REZZA, G. - AIDS: a major health problem among young italian women. **AIDS**, 10: 407-11, 1996.
- COREY, L. - Genital Herpes. In:HOLMES K.K.; MARDH, P.A.; SPARLING,P. F.; WIESNER, P.J.; CATES, W.Jr.; LEMON, S.M.; STAMM, W.E. (eds.) - **Sexually transmitted diseases**. 2<sup>a</sup> ed., New York, Macgraw-Hill, 1990. p.341-414.
- CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo - Avaliação dos Serviços de Assistência ao Parto e ao Neonato, no Estado de São Paulo 1997-1998. **Departamento de Fiscalização CREMESP**, 1998.
- CRIBIER, B.; ASCH, P.H.; TARDIEU, J.C. - Declining rates of gonorrhoea and syphilis in Strasbourg, France: a 20-year study. **Genitourin. Med.**, 70: 273-7, 1994.
- DALY, C.C.; MAGGWA, N.; MATI., J.K.; SOLOMON, M.; MBUGUA, S.; TUKEI, P.M.; HUNTER, D.J. - Risk factors gonorrhoea, syphilis, and trichomonas infections among women attending family planning clinics in Nairobi, Kenya. **Genitourin. Med.**, 70:155-61, 1994.
- DARROW, W.W.; ECHENBERG, D.F.; JAFFE, H.W.; O'MALLEY, P.M.; BYERS, R.H.; GETCHELL, J.P.; CURRAN, J.W. - Risk factors for immunodeficiency virus infections in homosexual men. **Am. J. Public Health**, 77:479-83, 1987.
- De COCK, K.M.; EKPINI, E.; GNAORE, E.; KADIO, A.; GAYLE, H.D. - The public health implications of AIDS research in Africa. **JAMA**, 272: 481-86, 1994.

- De VICENZI, I. - A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. **N. Engl. J. Med.**, **33**:341-6, 1994.
- ESCHENBACH, D.A.; HILLIER, S.; CRITCHLOW, C.; STEVENS, C.; DeROUEN, T.; HOLMES, K.K. - Diagnosis and clinical manifestations of bacterial vaginosis. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **158**:819-28, 1988.
- EUROPEAN STUDY GROUP ON HETEROSEXUAL TRANSMISSION OF HIV - Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. **BMJ**, **304**:809-13, 1992.
- FAÚNDES, A. - Gênero, poder e direitos sexuais e reprodutivos. **Femina**, **24**: 661-70, 1996.
- FERNANDES, A.M.S. & BAHAMONDES, L. - Incidência dos fatores etiológicos de esterilidade conjugal nos hospitais universitários de Campinas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, **18**:29-36, 1996.
- FLEISS, J.L. - **Statistical methods for rates and proportions**. John Wiley & Sons, 1ªed., New York, 1973.
- GHYS, P.D.; FRANSEN, K.; DIALLO, M.O.; ETTIÈGNE-TRAORÉ, V.; COULIBALY, I.; YEBOUÉ, K.M.; KALISH, M.L.; MAURICE, C.; WHITAKER, J.K.; GREENBERG, A.E.; LAGA, M. - The associations between cervicovaginal HIV shedding, sexually transmitted diseases and immunosuppression in female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire. **AIDS**, **11**: F85-93, 1997.
- GILLMORE, M.R.; MORRISON, D.M.; LOWERY, C.; BAKER, S.A. - Beliefs about condoms and their association with intentions to use condoms among youths in detention. **J. Adolesc. Health**, **15**:228-37, 1994.

- GJESTLAND, T. - The Oslo study untreated syphilis: an epidemiologic investigation of the natural course of syphilitic infection based on a restudy of the Boeck-Bruusgaard material. **Acta Derm. Venereol.**, **35**: S1, 1955.
- GREENLAND, S.; LIEB, L.; SIMON, P.; FORD, W.; KERNDT, P. - Evidence for recent growth of the HIV epidemic among african-american men and younger male cohorts in Los Angeles County. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr. Hum. Retrovirol.**, **11**:401-9, 1996.
- HAVERKOS, H.W. & BATTJES, R.J. - Female-to-male transmission fo HIV. **JAMA**, **268**:1855, 1992.
- HILL, J.A. & ANDERSON, D.J. - Human vaginal leukocytes and the effects of vaginal fluid on lymphocyte and macrophage defense functions. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **166**:720-6, 1992.
- HILLIER, S.L. - Diagnostic microbiology of bacterial vaginosis. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **169**:455-9, 1993.
- HILLIS, S.D.; NAKASHIMA, A.; MARCHBANKS, P.A.; ADDISS, D.G.; DAVIS, J.P. - Risk factors for recurrent Chlamydia trachomatis infections in women. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, **170**:801-6, 1994.
- JACKSON D.J.; RAKWAR, J.P.; RICHARDSON, B.A.; MANDALIYA, K.; CHOHAN, B.H.; BWAYO, J.J.; NDINYA-ACHOLA, J.O.; MARTIN JR, H.L.; MOSES, S.; KREISS, J.K. - Decreased incidence of sexually transmitted diseases among trucking company workers in Kenya: results of a behavioural risk-reduction programme. **AIDS**, **11**:903-9, 1997.
- JOHNSON, R.E.; LEE, F.; HADGU, A.; McQUILLAN G.; ARAL, S.O.; KEESLING, S.; NAHMIAS, A. - U.S. genital herpes trends during the first decade of AIDS: prevalences increased in young whites and elevated in blacks. **Sex. Transm. Dis.**, **21**:S109, 1994.

- JONES, R.B. & WASSERHEIT, J.N. - Introduction to the biology and natural history of sexually transmitted diseases. In: WASSERHEIT, J.N.; ARAL, S.O.; HOLMES, K.K.; HITCHCOCK, P.J. (eds.) - **Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS Era.** American Society for Microbiology, Washington, 1991. p.11-37.
- KETTERING, J. - Efficacy of thermoplastic elastomer and latex condoms as viral barriers. **Contraception**, **47**:559-67, 1993.
- KLEBANOFF, S.J. & COOMBS, R.W. - Viricidal effect of *Lactobacillus acidophilus* on Human Immunodeficiency virus type 1: possible role in heterosexual transmission. **J. Exp. Med.**, **174**:289-92, 1991.
- KOST, K. & FORREST, J.D. - American women's sexual behavior and exposure to risk of sexually transmitted diseases. **Fam. Plann. Perspect.**, **24**:244-54, 1992.
- KOUTSKY, L.A.; GALLOWAY, D.A.; HOLMES, K.K. - Epidemiology of genital human papillomavirus infection. **Epidemiol. Rev.**, **10**:122-63, 1988.
- KOUTSKY, L.A.; HOLMES, K.K.; CRITCHLOW, C.W.; STEVENS, C.E.; PAAVONEN, J.; BECKMANN, A.M.; DeROUEN, T.A.; GALLOWAY, D.A.; VERNON, D.; KIVIAT, N.B. - A cohort study of the risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 2 or 3 in relation to papillomavirus infection. **N. Engl. J. Med.**, **18**:1272-8, 1992.
- LAGA, M.; MANOKA, A.; KIVUVU, M.; MALELE, B.; TULIZA, M.; NZILA, N.; GOEMAN, J.; BEHETS, F.; BATTER, V.; ALARY, M.; HEYWARD, L.; RYDER, R.W.; PIOT, P. - Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. **AIDS**, **7**:95-102, 1993.

- LAGA, M. - Epidemiology and control of sexually transmitted diseases in developing countries. **Sex. Transm. Dis.**, **21**:S45-S50, 1994.
- LAGA, M.; ALARY, M.; NZILA, N.; MANOKA, A.T.; TULIZA, M.; BEHETS, F.; GOEMAN, J.; ST LOUIS, M.; PIOT, P. - Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers. **Lancet**, **344**:246-8, 1994.
- LEITE, O.H.M. - Infecção pelo HIV - Imunopatogenia. **F. Méd.**, **117**:27-32, 1998.
- LEVINE, W.C.; POPE, V.; BHOOMKAR, A.; TAMBE, P.; LEWIS, J.S.; ZAIDI, A.A.; FARSHY, C.E.; MITCHELL, S.; TALKINGTON, D.F. - Increase in endocervical CD4 lymphocytes among women with nonulcerative sexually transmitted diseases. **J. Infect. Dis.**, **177**:167-74, 1998.
- MAYAUD, P. - Tackling bacterial vaginosis and HIV in developing countries. **Lancet**, **350**:530-1, 1997.
- MEHEUS, A.; SCHULZ, K.F.; CATES, W.Jr. - Development of prevention and control programs for sexually transmitted diseases in developing countries. In: HOLMES, K.K.; MARDH P.A.; SPARLING, P.F.; WIESNER, P.J.; CATES, W.Jr.; LEMON, S.M.; STAMM, W.E. (eds.) - **Sexually transmitted diseases**. 2<sup>a</sup>ed. New York, Mcgraw-Hill, 1990. p.1041-6.
- MENEZES, M.L.B. - **Prevalência e estudo epidemiológico da infecção pelo HIV em gestantes do pré-natal da Maternidade da Encruzilhada**. Recife, 1996. [Tese - Mestrado - FCM/ Fundação Universidade de Pernambuco).
- MEYER, L.; COUTURIER, E.; BROSSARD, Y.; JANIER, M.; TAQUIN, Y.; MERTZ, J.; HELAL, H.; BOHBOT, J.; MALKIN, J.; FRANCESCHINI, P.; BRUNET, J. - Trends in HIV infection among sexually transmitted disease patients in Paris. **AIDS**, **10**:401-5, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis - **Manual para controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, 1993.

MIOTTI, P.G.; DALLABETTA, G.; NDOVI, E.; LIOMBA, G.; SAAH, A.J.; CHIPHANGWI, J. - HIV-1 and pregnant women: associated factors, prevalence, estimate incidence and role in fetal wastage in central Africa. **AIDS**, **4**:733-6, 1990.

MOHERDAUI, F.; VUYLSTEKE, B.; SIQUEIRA, L.F.G.; SANTOS Jr, M.Q.; JARDIM, M.L.; BRITO, A.M.; SOUZA, M.C.M.; WILLERS, D.; SARDINHA, J.C.G.; BENZAKEN, A.S.; RAMOS, M.C.; BUENO, H.; RODRIGUES, L.G.M.; CHEQUER, P.J.N. - Validation of national algorithms for the diagnosis of sexually transmitted diseases in Brazil: results from a multicentre study. **Sex. Transm. Inf.**, **74**:S38-43, 1998.

MOSES, S.; PLUMMER, F.A.; NGUGI, E.N.; NAGELKERKE, N.J.D.; ANZALA, A.O.; NDINYA-ACHOLA, J.O. - Controlling HIV in Africa: effectiveness and cost of an intervention in a high-frequency STD transmitter core group. **AIDS**, **5**:407-11, 1991.

MUCKERMAN, D.R. - Subclinical human papillomavirus infection in a high-risk population. **JAOA**, **94**:545-57, 1994.

MUÑOZ, N. & BOSCH, F.X. - HPV and cervical neoplasia: Review of case-control and cohort studies. In: MUÑOZ, N.; BOSCH, F.X.; SHAH, K.V.; MEHEUS, A. (eds.) - **IARC Scient. Pub.**, **119**:251-61, 1992.

MUÑOZ, N.; BOSCH, F.X.; DE SANJOSÉ, S.; TAFUR, L.; IZARZUGAZA, M.G.; VILADIU, P.; NAVARRO, C.; MARTOS, C.; ASCUNCE, N.; GONZALEZ, L.C.; KALDOR, J.M.; GUERRERO, E. LORINCZ, A.; SANTAMARIA, M.; ALONSO DE RUIZ, P.; ARISTIZABAL, N.; SHAH, K. - The causal link between human papillomavirus and invasive cervical cancer: a population-based case-control study in Colombia and Spain. **Int. J. Cancer**, **52**:743-9, 1992.

NAGACHINTA, T.; DUERR, A.; SURIYANON, V.; NANTACHIT, N.; RUGPAO, S.; WANAPIRAK, C.; SRISOMBOON, J.; KAMTORN, N.; TOVANABUTRA, S.; MUNDEE, Y.; YUTRABUTR, Y.; KAEWVICHIT, R.; RUNGRUENGTHANAKIT, K.; De BOER, M.; TANSUHAJ, A.; FLOWERS, L.; KHAMBOONRUANG, C.; CELENTANO, D.D.; NELSON, K.E. - Risk factors for HIV-1 transmission from HIV- seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. **AIDS**, **11**:1765-72, 1997.

NDINYA-ACHOLA, J.O.; GHEE, A.E.; KIHARA, A.N.; KRONE, M.R.; PLUMMER, F.A.; FISHER, S.D.; HOLMES, K.K. - High HIV prevalence, low condom use and gender differences in sexual behaviour among patients with STD-related complaints at a Nairobi primary health care clinic. **Int. J. STD AIDS**, **8**:506-14, 1997.

NOVELLO, A.C.; PETERSON, H.B.; KELAGHAN, J.; ARROWSMITH-LOWE, J.T. ; PERLMAN, J.A. - From the surgeon general, US public health service. **JAMA**, **269**:2840, 1993.

NZILA, N.; LAGA, M.; THIAM, N.A.; MAYIMONA, K.; EDIDI, B.; DYCK, E.V.; BEHETS, F.; HASSIG, S.; NELSON, A.; MOKWA, K.; ASHLEY, R.L.; PIOT, P.; RYDER, RW. - HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. **AIDS**, **5**:715-21, 1991.

O'CONNOR, C.C.; BERRY, G.; ROHRSCHEIM, R.; DONOVAN, B. - Sexual health and use of condoms among local and international sex workers in Sydney. **Genitourin. Med.**, **72**:47-51, 1996.

O'FARRELL, N.; LAU, R.; YOGANATHAN, K.; BRADBEER, C.S.; GRIFFIN, G.E.; POZNIAK, A.L. - AIDS in africans living in London. **Genitourin. Med.**, **71**:358-62, 1995.

OLANSKY, S.; SIMPSON, L.; SCHUMAN, S.H. - Untreated syphilis in the male Negro: environmental factors in the Tuskegee study of untreated syphilis. **Public Health Rep.**, **69**:691-8, 1954.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **HIV prevention through early detection and treatment of other sexually transmitted diseases - United States recommendation of the Advisory Committee for HIV and STD prevention.** Genebra, OMS, 1998. 25p.
- OSIS, M.J.D. - **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção.** Campinas, 1994. (Tese - Mestrado - IFCH/UNICAMP).
- OUTLOOK - Camisinhas oferecem proteção contra as DST e o HIV: a utilização correta e constante é fundamental. **Outlook, 12:**1-6, 1994.
- PAIS, P. - HIV and India: looking into the abyss. **Trop. Med. Int. Health, 1:**295-304, 1996.
- PETERMAN, T.A.; ZAIDI, A.A.; WROTEN, J. - Decreasing prevalence hides a high HIV incidence: Miami. **AIDS, 9:**665-70, 1995.
- PINOTTI, J.A.- Prevalência de HIV entre 12.500 mulheres atendidas no ambulatório de ginecologia geral do Hospital Pérola Byington no período de dezembro de 1997 e agosto de 1998. **Dados não publicados.**
- PIOT, P. & ISLAM, M.Q. - Sexually transmitted diseases in the 1990s. Global epidemiology na challenges for control. **Sex. Transm. Dis., 21:**S7-S13, 1994.
- PLUMMER, F.A.; SIMONSEN, J.N.; CAMERON, D.W.; NDINYA-ACHOLA, J.O.; KREISS, J.K.; GAKINYA, M.N.; WAIYAKI, P.; CHEANG, M.; PIOT, P.; RONALD, A.R.; NGUGI, E.N. - Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. **J. Infect. Dis., 163:** 233-9, 1991.
- PNDS - **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. Brasil,** 1996.

- POCOCK, J. - Clinical trials. A practical approach. **John Wiley & Sons Ed.** New York, 1983.
- POPULATION CRISIS COMMITTEE - Clasificación por país de la condición de la mujer: pobre, desposeída y embarazada. **POPULATION Briefing Paper**, 20:1-10, 1988.
- POTTERAT, J.J.; ROTHENBERG, R.B.; WOODHOUSE, D.E.; MUTH, J.B.; PRATTS, C.I.; FOGLE, J.S. - Gonorrhoea as a social disease. **Sex. Transm. Dis.**, 12:25-32, 1985.
- RACHID, M. & SCHECHTER, M. - Manual de HIV/AIDS. **Ed. Revinter, 3ª edição.** Rio de Janeiro, 1998.
- ROLFS, R.T. & NAKASHIMA, A.K. - Epidemiology of primary and secondary syphilis in the United States, 1981 through 1989. **JAMA**, 264:1432-7, 1990.
- ROTHEMBERG, R.B. - The geography of gonorrhoea: empirical demonstration of core group transmission. **Am. J. Epidemiol.**, 117:688-94, 1983.
- ROTHERAM-BORUS, M.J.; KOOPMAN, C.; HAIGNERE, C.; DAVIES, M. - Reducing HIV sexual risk behaviors among runaway adolescents. **JAMA**, 266: 1237-41, 1991.
- RUSSEL-BROWN, P.; PIEDRAHITA, C.; FOLDESY, R.; STEINER, M.; TOWNSEND, J. - Comparison of condom breakage during human use with performance in laboratory testing. **Contraception**, 45:429-37, 1992.
- SARACCO, A. ; MUSICCO, M.; NICOLOSI, A.; ANGARANO, G.; ARICI, C.; GAVAZZENI, G.; COSTIGLIOLA, P.; GAFA, S.; GERVASONI, C.; LUZZATI, R.; PICCININO, F.; PUPPO, F.; SALASSA, F.; SINICCO, A.; STELLINI, R.; TIRELLI, U.; TURBESSI, G.; VIGEVANI, G.M.; VISCO, G.; ZERBONI, R.; LAZZARIN, A. - Man-to-woman sexual transmission of HIV:

- longitudinal study of 343 steady partners of infected men. **J. Acquir. Immun. Defic. Syndr.**, 6:497-502, 1993.
- SCHACHTER, J. - Why we need a program for the control of *Chlamydia trachomatis*. **N. Engl. J. Med.**, 320:802-3, 1989.
- SEWANKAMBO, N.; GRAY, R.H.; WAWER, M.J.; PAXTON, L.; McNAIRN, D.; WABWIRE-MANGEN, F.; SERWADDA, D.; LI, C.; KIWANUKA, N.; HILLIER, S.L.; GAYDOS, C.A.; QUINN, T.C. - HIV-1 infection associated with abnormal vaginal flora morphology and bacterial vaginosis. **Lancet**, 350:546-50, 1997.
- SILVA, E.M.A.F. - **Características epidemiológicas e doenças do trato genital inferior associadas à infecção por HIV em mulheres sob risco de doenças de transmissão sexual**. Campinas, 1996. [Tese - Doutorado - FCM/UNICAMP].
- SIMÕES, J.A. - **Estudo de prevalência e fatores de risco das infecções cervico vaginais em gestantes normais**. Campinas, 1995. [Dissertação - Mestrado - FCM/UNICAMP].
- SIRAPRAPASIRI, T.; FOY, H.M.; PRUITHIDABA, N.; THONGTUB, W. - Frequency and risk of HIV infection among men attending a clinic for STD in Chiang Mai, Thailand. **Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health**, 27:96-101, 1996.
- SMITH, E.; HASSELTVEDT, V.; BÖTTIGER, M. - The AIDS epidemic among scandinavian women:1980-1990. **AIDS**, 8:689-92, 1994.
- SMITH, E.; WORM, A.M.; JEPSEN, L.V.; LARSEN, J.; BRANDRUP, F.; VEIEN, N.; ANDERSEN, B.L. - Patterns and trends of sexual behavior, HIV testing, and HIV prevalence among all sexually transmitted disease clinic attenders in Denmark. **Sex. Transm. Dis.**, 21:97-102, 1994.

- SPARLING, P.F. - Natural history of syphilis. In: HOLMES, K.K.; MARDH, P.A.; SPARLING, P.F.; WIESNER, P.J.; CATES, W.Jr.; LEMON, S.M.; STAMM, W.E. (eds.) - **Sexually transmitted diseases**. 2<sup>a</sup> ed., New York, Macgraw-Hill, 1990. p. 213-20.
- STEINER, M.; PIEDRAHITA, C.; JOANIS, C.; GLOVER, L.; SPRUYT, A. - Condom breakage and slippage rates among study participants in eight countries. **I. Fam. Plann. Perspect.**, **20**:55-8, 1994.
- TANAKA, M.; NAKAYAMA, H.; SAKUMOTO, M.; MATSUMOTO, T.; AKAZAWA, K.; KUMAZAWA, J. - Trends in sexually transmitted diseases and condom use patterns among commercial sex workers in Fukuoka city, Japan, 1990-93. **Genitourin. Med.**, **72**:358-61, 1996.
- TELES, E.P.B. - **Prevalência, acurácia do diagnóstico clínico e fatores associados a infecções do trato genital feminino**. Campinas, 1994. (Tese - Doutorado - FCM, UNICAMP).
- WASSERHEIT, J.N. - Epidemiological synergy: interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. **AIDS and women's reproductive health**. Edited by CHEN, L.C., Plenum Press. New York, 1991.p.47-72.
- WASSERHEIT, J.N. & HOLMES, K.K. - Reproductive tract infections: challenges for international health, policy and research. In: GERMAIN, A.; HOLMES, K.K.; PIOT, P.; WASSERHEIT, J.N. - (eds.) - **Reproductive tract infections: global impact and priorities for women's reproductive health**. Plenum Press. New York, 1992.
- WEINSTOCK, H.S.; SIDHU, J.; GWINN, M.; KARON, J.; PETERSEN, L.R. - Trends in HIV seroprevalence among persons attending sexually transmitted disease clinics in United States, 1988-1992. **J. Acquir. Immune Defic. Syndr. Hum. Retrovirol.**, **9**:514-22, 1995.

- WESTROM, L. & MARDH, P.A. - Acute pelvic inflammatory disease. In:  
WESTROM, L.; BERGER, G.S. - **Pelvic inflammatory disease**. Ed. Raven  
Press. New York, 1992. p.15.
- WILSON, T.E. - The relationship of cocaine use and HIV serostatus to incident  
STD among women. **Sex. Transm. Dis.**, 25:70-5, 1998.
- YORKE, J.A.; HETHCOTE, H.W.; NOLD, A. - Dynamics and control of the  
transmission of gonorrhoea. **Sex. Transm. Dis.**, 5:51-6, 1978.

## **9. Bibliografia de Normatizações**

---

1. HERANI, M.L.G. - Normas para apresentação de dissertações e teses.  
BIREME, São Paulo, 1991. 45p.
2. Normas e procedimentos para publicação de dissertações e teses.  
Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Ed. SAD - OF. CIR/  
PRPG/06/95 - Normas ABNT. 1995. 8p.

# 10. Anexos

---

## ANEXO 1 QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ LOCAL (CS) \_\_\_\_\_ PROFISSIONAL \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_  
ANO/FORMATURA \_\_\_\_\_ FACULDADE/LOCAL \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
ESPEC/ÁREA \_\_\_\_\_  
RESID/ÁREA \_\_\_\_\_  
MEST/ÁREA \_\_\_\_\_  
DOUT/ÁREA \_\_\_\_\_

1. HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA COM ATENDIMENTO A MULHERES ?

\_\_\_\_\_

2. QUANTAS CONSULTAS/MULHERES VOCÊ ATENDE POR PERÍODO ?

\_\_\_\_\_

3. O QUE VOCÊ MAIS ENCONTRA DE DIAGNÓSTICO/QUEIXA ENTRE AS MULHERES QUE O PROCURAM ?

3.1. \_\_\_\_\_

3.2. \_\_\_\_\_

3.3. \_\_\_\_\_

COM RELAÇÃO À LEUCORRÉIA E DOR PÉLVICA : (Questões 4 a 6)

4. QUAL TEM SIDO SUA CONDUTA ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. VOCÊ FALA MAIS ALGUMA COISA PARA AS MULHERES ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. ELAS TE PERGUNTAM ALGUMA COISA ?

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

7. QUAL SUA OPINIÃO SOBRE AS MULHERES QUE VOCÊ ATENDE AQUI?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

8. O QUE VOCE ACHA DAS DST HOJE ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

9. NA SUA OPINIÃO O QUE DEVERIA SER FEITO ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

10. VOCÊ ESTEVE PRESENTE À AÇÃO EDUCATIVA EM OUTUBRO ?

SIM       NÃO

11. VOCÊ ACHA QUE AS INFORMAÇÕES PASSADAS A VOCÊ:

- AJUDARAM NA SUA PRÁTICA CLÍNICA DIÁRIA
- NÃO AJUDARAM NA SUA PRÁTICA CLÍNICA
- NÃO HOUVE DIFERENÇA

12. VOCÊ MUDOU SUA OPINIÃO SOBRE AS DST OU A SUA PRÁTICA NA ATENÇÃO ÀS MULHERES ?

( ) SIM ( ) NÃO

13. EM QUÊ OU COMO VOCÊ MUDOU ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

14. O QUE VOCÊ ACHA QUE VALEU NA AÇÃO EDUCATIVA ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

15. O QUE VOCÊ ACHA QUE FALTOU ?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

AGRADECIMENTO

## ANEXO 2

### QUESTIONÁRIO PARA MULHERES

N: \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ LOCAL(CS) \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_ ANOS  
SÉRIE COMPLETA ESCOLA \_\_\_\_\_ G \_\_\_ P \_\_\_ C \_\_\_ A \_\_\_ FV \_\_\_\_\_  
RENDA FAMILIAR: \_\_\_\_\_ REAIS GRÁVIDA: ( ) SIM ( ) NÃO

Entrevistadora: OI, D.(\_\_\_\_), ESTAMOS TENTANDO SABER O QUE A SRA. PENSA SOBRE AS DOENÇAS QUE PASSAM PELO SEXO. A SRA PODERIA RESPONDER ALGUMAS PERGUNTAS?

1. A SRA É: ( ) CASADA ( ) AMASIADA ( ) VIÚVA ( ) SOLTEIRA/SEPAR/DIVORC.  
- TEM ALGUM COMPANHEIRO SEXUAL ATUAL ( ) S ( ) N

2. HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ COM O COMPANHEIRO/PARCEIRO ATUAL?

\_\_\_\_\_

AGORA EU VOU PERGUNTAR SOBRE AS DOENÇAS QUE PASSAM PELO SEXO:

3. QUAIS OS SINTOMAS QUE ESSAS DÇAS QUE PASSAM PELO SEXO PODEM DAR?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. COMO SE PEGAM ESSAS DOENÇAS?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. A SRA. JÁ TEVE ALGUMA VEZ UMA DESSAS DOENÇAS ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. O QUE A SRA. ACHA QUE PODE FAZER PARA NÃO PEGAR ESSAS DOENÇAS ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7a. A SRA SOUBE DE INFORMAÇÕES SOBRE A PREVENÇÃO E O RISCO DAS DST ?

( ) SIM ( ) NÃO- (Passe a 7)

7b. ATRAVÉS DE QUEM ?

- ( ) MÉDICO NA CONSULTA - (Passe a 7c)
- ( ) ENFERMAGEM NO CS - (Passe a 7)
- ( ) GRUPOS NO CS
- ( ) FOLHETO
- ( ) TV
- ( ) OUTROS \_\_\_\_\_

7c. O QUE O MÉDICO FALOU ? \_\_\_\_\_



---

21. NESTE ÚLTIMO ANO A SRA TEVE RELAÇÕES COM ALGUM OUTRO PARCEIRO ALÉM DO ATUAL ?      ( ) SIM      ( ) NÃO

22. QUANTOS ? \_\_\_\_\_

23. A SRA RECEBEU O FOLHETO SOBRE PREVENÇÃO DE DST ?      ( ) SIM      ( ) NÃO

---

AGRADECIMENTO

## ANEXO 3

### FICHA DE LEVANTAMENTO DE PRONTUÁRIOS

INSTANTE : PRÉ-INTERVENÇÃO ( )  
 PÓS-INTERVENÇÃO ( )

LOCAL: \_\_\_\_\_  
 (Discriminação do CS)

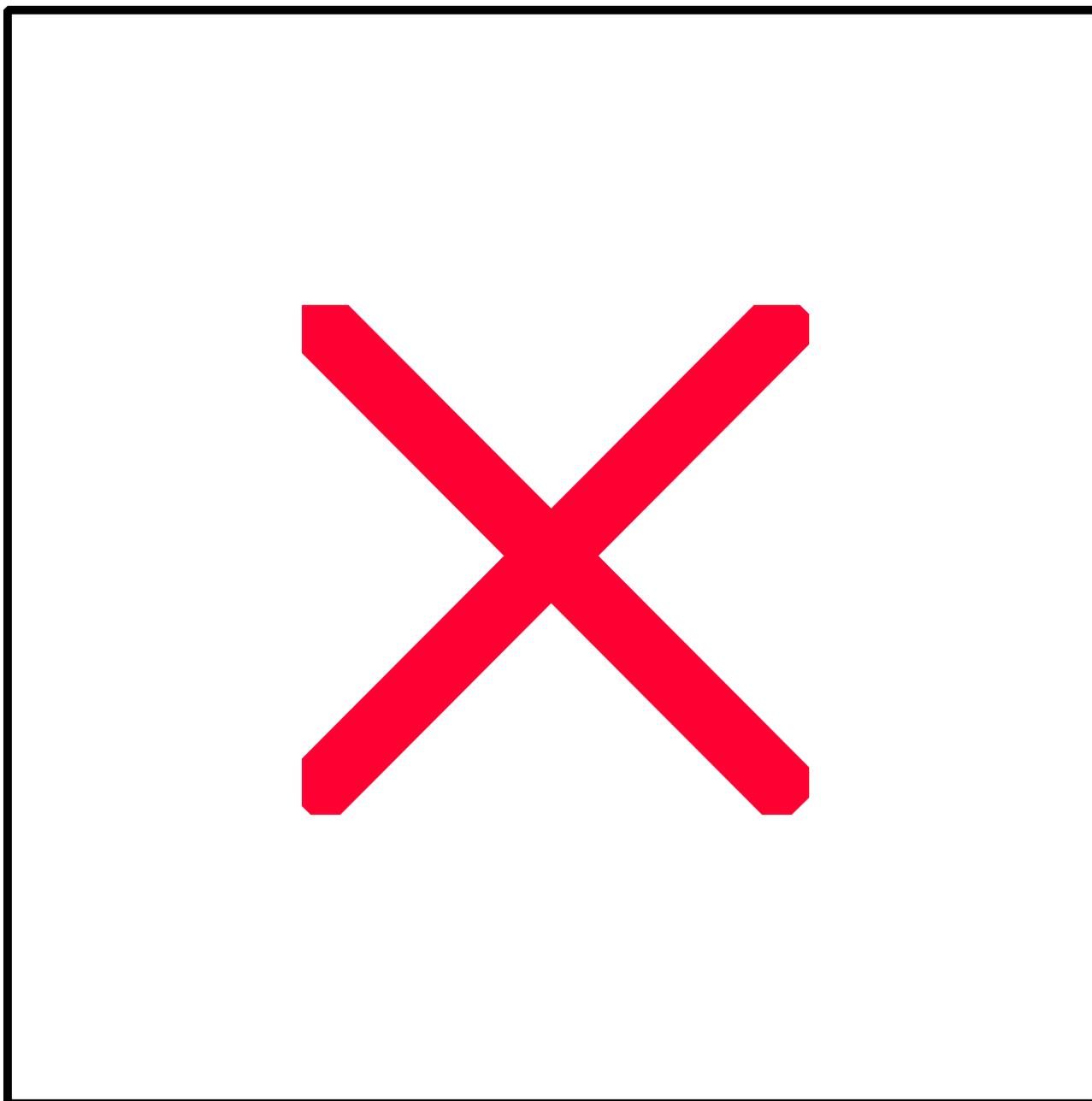
DATA ___/___/___				CONSULTA EX.SUBSIDIÁRIO					
(N)	NPF	IM	ID	DIAGNÓSTICOS	PN	CLIN	CO	AP	LAB/RAD
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )

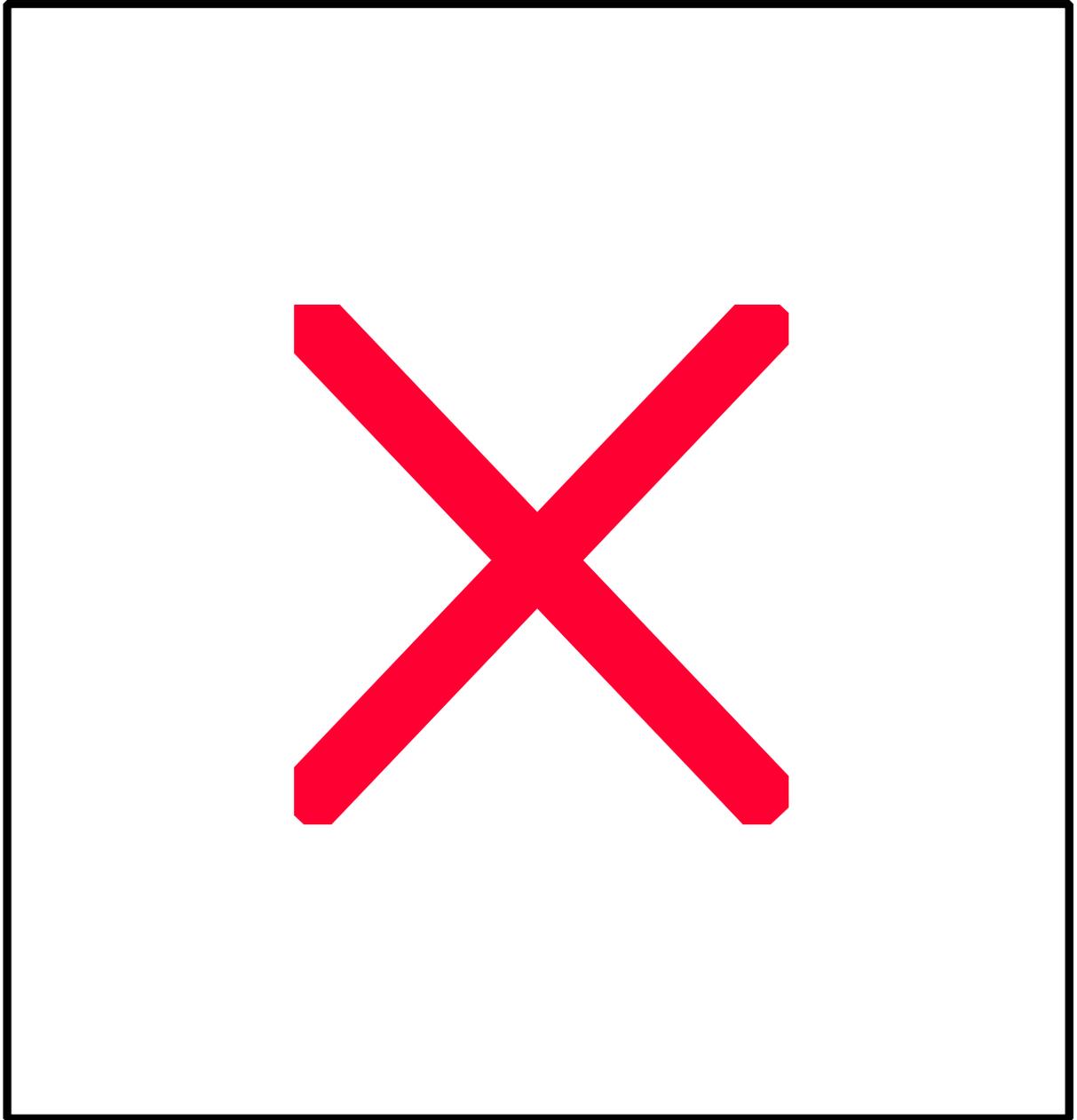
DATA ___/___/___									
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )

DATA ___/___/___									
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )
___	___	___	___	_____	( )	( )	( )	( )	( )

- ? (N) - Número do levantamento final
- ? NFP- Número do Prontuário Familiar
- ? IM - Identificação por nome/inicial do nome da mulher no prontuário familiar
- ? ID - Idade da mulher

## ANEXO 4





## ANEXO 5

### CURRÍCULO DA PALESTRA

O roteiro da aula dirigida aos profissionais de saúde, caracterizando seu conteúdo, encontra-se a seguir, acompanhando a numeração original dos diapositivos:

- ? *Diapositivo 1:* Prevalência dos fatores etiológicos da esterilidade conjugal nos Hospitais Universitários de Campinas de 1980-1992 (FERNANDES & BAHAMONDES, 1994).

Como introdução, gostaríamos de chamar a atenção para uma das complicações das DST em nosso meio, conforme estudo realizado nos Ambulatórios de Esterilidade da PUC-Campinas e UNICAMP de 1980-1992, quando entre 1.349 mulheres que completaram a propedêutica, 30% tiveram como causa de sua esterilidade, o diagnóstico de bloqueio tubáreo bilateral, uma seqüela permanente causada por episódio de DST no passado, e cujo diagnóstico e/ou tratamento adequados não foram instituídos

Em vista da situação encontrada em nossos serviços, resolvemos estudar uma forma possível de atuação para minimizar o problema entre as mulheres jovens. Para isso buscamos dados sobre prevalência das DST e de suas complicações, o que passamos a relatar a partir de agora.

- ? *Diapositivo 2* - Taxa de sífilis primária e secundária por 100.000 habitantes. Segundo raça e etnia, no período de 1981-1991, nos Estados Unidos (CDC, 1993)
- ? *Diapositivo 3* - Gonorréia - Taxa por 100.000 habitantes, segundo raça e etnia, no mesmo período e país (CDC, 1993)

Na literatura, nos últimos anos, vem sendo descrito um aumento da incidência das doenças sexualmente transmissíveis entre minorias pobres urbanas de países industrializados, as populações mais atingidas por essa elevação tem sido principalmente a negra e a hispânica, o que é demonstrado nos dois gráficos iniciais.

? *Diapositivo 4* - Gonorréia - Taxa específica por idade, entre mulheres de 15 a 44 anos, no período de 1981-1991, nos Estados Unidos (CDC, 1993)

? *Diapositivo 5* - Gonorréia - Taxa específica por idade, entre homens de 15 a 44 anos, no mesmo período e país (CDC, 1993)

Ambos os slides, mostram a maior incidência nas menores faixas de idade. Entre as mulheres, a maior incidência esteve entre 15-19 anos e, graficamente, manteve-se estável durante toda a década. A segunda maior incidência foi na faixa de 20-24 anos, com pequena queda nos últimos anos. Entre os homens, chamou a atenção mais uma vez, a estabilidade na faixa de idade menor, entre 15-19 anos, com um aumento nos últimos anos. As faixas de 20-24, 25-29 e 30-34 anos apresentaram, apesar da incidência maior, uma progressiva diminuição no número de casos, provavelmente em resposta às informações sobre o sexo seguro, veiculadas através de campanhas promovidas a partir da segunda metade dessa década.

? *Diapositivo 6* - Hospitalização de mulheres de 15-44 anos por Doença Inflamatória Pélvica, no mesmo período e fonte (CDC, 1993)

? *Diapositivo 7* - Casos novos de infecção por clamídia e gonococos, informados trimestralmente no período de 1984-1992, nos Estados Unidos (CDC, 1993)

Enquanto nos últimos anos, vem se observando uma diminuição nos casos de internação por abscessos pélvicos e infecções agudas graves por DIP, já que provavelmente devem estar sendo tratados ambulatorialmente na fase inicial da infecção; e os casos novos de infecção gonocócica entre mulheres também vem

apresentando queda em torno de 50%; por outro lado, a infecção por clamídia vem apresentando elevação, em torno de 70 vezes no mesmo período.

? *Diapositivo 8* - Número de hospitalizações de mulheres de 15-44 anos por gravidez ectópica (CDC, 1993)

? *Diapositivo 9* - Número de casos novos de infertilidade, na mesma faixa etária de mulheres no período de 1966-1991 (CDC, 1993)

Se por um lado temos tido menor número de infecções graves que demandam internações, por outro lado não temos conseguido diminuir a morbidade demonstrada pelo alto número de complicações causadas pela DIP: o número de internações por gravidez ectópica tem se mantido estável, ao redor de 60.000 casos/ano no período, enquanto o número de casais inférteis elevou-se duas vezes.

? *Diapositivo 10* - “ Cultura do Silêncio ” - risco de obstrução tubárea após o primeiro, segundo e terceiro episódios de DIP (WESTROM & MARDH, 1992)

Embora o antecedente de DST seja de alto risco para a obstrução tubárea, é necessário ressaltar que, para que a esterilidade tubárea se instale, em geral mais de um episódio de DIP deve ocorrer. Foi observado a ocorrência de 11% de obstrução tubárea após o primeiro episódio de DIP, 23% após o segundo e 54% após o terceiro. Isto mostra que muitas vezes, ou as mulheres não se consultam devido aos quadros assintomáticos que a infecção provoca, ou os médicos não tratam devidamente essas doenças. Todo esse conjunto de informações, suscitou em literatura mundial o termo de “cultura do silêncio” para referência da forma de propagação da DIP.

? *Diapositivo 11* - Risco de se contrair infecção pelo HIV em vigência de lesão ulcerada local e o aumento de risco comprovado na presença de lesões não ulceradas (CAMERON e cols., 1989; PLUMMER e cols., 1991; LAGA e cols., 1993)

Desde que a propagação do HIV entre a população heterossexual foi notada, inúmeros autores implementaram pesquisas com o objetivo de determinar os fatores de risco que aumentassem a contaminação. Até esse momento, o foco de preocupação havia se mantido sobre o controle de doenças entre minorias populacionais de maior risco, homossexuais e trabalhadores do sexo. Surgiram então, inicialmente, trabalhos demonstrando o risco aumentado de contrair a infecção pelo HIV, através de lesões ulceradas; e a lesão herpética potencializando o risco para a entrada do HIV passou a ser amplamente divulgada. A surpresa surgiu, quando um primeiro trabalho comprovou que, na presença de infecções não ulcerativas como a gonococcia, a tricomoníase e a infecção por clamídia, o risco de mulheres contraírem o HIV também se elevava.

? *Diapositivo 12* - Casos novos de infecção por herpes genital (CDC, 1993)

Para termos idéia do significado e importância desses achados, um exemplo de lesão ulcerada é o herpes genital, que hoje é tido como a mais freqüente infecção viral entre a população heterossexual norte-americana.

? *Diapositivo 13* - Casos novos de infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), elevação de oito vezes nos índices dos últimos anos (CDC, 1993)

Apesar de não ser lesão ulcerada, o tratamento do HPV se faz através da escarificação da área por meio de ácido ou por cauterização; na verdade, seu tratamento atual consiste em ulcerar-se as áreas de lesão.

? *Diapositivo 14* - Número de casos novos de tricomoníase vaginal e outras vulvovaginites (CDC, 1993)

A infecção vaginal por tricomonas tem se apresentado estável e baixa neste gráfico, entretanto, as outras vulvovaginites, em especial algumas que cursam com inflamação da mucosa vaginal criando soluções de continuidade em seu epitélio, também podem criar situação favorável à invasão de inúmeros

agentes. As consultas por queixas de vulvovaginites têm se elevado nos últimos anos.

? *Diapositivo 15* - Cultura do Silêncio - conduta na DIP

A identificação do quadro da DIP, em si já é uma situação de diagnóstico difícil, pelo quadro clínico frustrante que geralmente apresenta. Deve-se pensar na patologia nos quadros de dor pélvica e de cervicite; o tratamento da mulher e do parceiro devem ser realizados, e principalmente devem ser orientadas medidas de prevenção para a mulher que consulta, atentando para as possíveis complicações futuras nos casos de tratamento incompleto ou de reinfecção.

? *Diapositivo 16* - Tratamento por Abordagem Sindrômica - três diagnósticos propostos: úlceras, corrimentos uretrais, corrimentos vaginais e dor pélvica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993)

Com vistas a propor uma forma racionalizada de encarar o diagnóstico e o tratamento das DST a nível de atenção primária, optamos por oferecer a alternativa da “Abordagem Sindrômica”, colocada em prática em inúmeros países e adequada ao Brasil pelo Ministério da Saúde, conforme publicação de manual em 1993. Nossa intenção não é discutir ou defender essa proposição, mas sim de informar que ela existe, foi pensada e proposta pelo Ministério, e pode ser utilizada para embasar uma forma de ver e trabalhar com a prevenção das DST.

? *Diapositivo 17* - O que é “Abordagem Sindrômica”

Consiste em três atitudes básicas a serem implementadas no momento em que existe lesão ou queixa de doença de transmissão sexual. São elas: a avaliação imediata da lesão ou queixa, a proposição de terapia adequada para o doente e seu(s) parceiro(s), com as medicações disponíveis no centro de

saúde, e, por último, o aconselhamento das medidas de prevenção. Não existe abordagem sindrômica sem esses três tópicos.

? *Diapositivo 18 - Objetivos da Abordagem Sindrômica*

São dois os objetivos da abordagem sindrômica, em primeiro lugar, interromper a transmissão da doença de forma efetiva e imediata, o que é chamado prevenção primária, e, em segundo lugar, evitar suas complicações e seqüelas no indivíduo infectado, promovendo assim a prevenção secundária.

Após este diapositivo (18), foram projetados os fluxogramas para atendimento e tratamento dos diagnósticos sindrômicos de “Úlceras Genitais”, “Corrimentos Uretrais”, e “Corrimentos Vaginais e Desconforto ou Dor Pélvica”, contidos no manual, páginas 25 e 26, 41 e 42, e 47 a 49 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993). Paralelamente descrevemos, para cada um dos diagnósticos sindrômicos, a caracterização dos sinais clínicos das diferentes infecções. Para as lesões ulceradas, a diferenciação das lesões do herpes genital, sífilis, e cancro mole; para os corrimentos vaginais a caracterização da monilíase, vaginose bacteriana e tricomoníase; e para dor pélvica e/ou dispareunia, a atenção dada às cervicites por clamídia e gonococo, muitas vezes não diferenciáveis.

? *Diapositivo 19 - Medidas de Prevenção*

intuito deste trabalho, foi o de propor o que já foi publicado como alternativa ao diagnóstico e tratamento, a nível de atenção primária. No entanto, esse também não é o seu objetivo principal. Nosso principal objetivo foi o de ressaltar o aconselhamento das medidas de prevenção às mulheres que nos consultam, o que faz parte do último item da abordagem sindrômica. Nossa palestra na verdade, se inicia agora, com o assunto “Medidas de Prevenção”.

? *Diapositivo 20 - Benefícios do Condom*

Entre as medidas de prevenção, a abordagem do condom deve ser feita com particular importância. Além de seus benefícios, já conhecidos de

contracepção, vem sendo destacado nos últimos anos, sua ação como fator de prevenção das DST.

? *Diapositivo 21* - Condom protege ?

A resposta atual a essa pergunta atualmente é a de que o condom colabora de forma concreta e mensurável para a prevenção de doenças e diminuição da sua propagação. É isso que gostaríamos de demonstrar a partir deste momento.

? *Diapositivo 22* - Citando dois trabalhos (SARACCO e cols., 1993; De VICENZI, 1994)

Observamos que, quando existe uma evidente exposição ao risco, o uso do condom diminui o risco de contaminação pelo HIV. No primeiro trabalho, estudando-se 256 parceiros discordantes para o HIV, dos casais que sempre utilizavam o condom nas relações sexuais, não houve nenhuma soroconversão; enquanto que, entre os 121 casais que nem sempre ou nunca o utilizavam, houve 12 soroconversões.

No segundo trabalho, acompanhando mulheres parceiras de homens portadores de HIV durante o período de três anos; entre 131 casais que sempre utilizaram o condom, 3 mulheres contraíram o vírus, e entre os 134 casais que nunca ou nem sempre utilizaram o condom, o número de mulheres contaminadas passou para 16.

? *Diapositivo 23* - Excetuando-se a infecção pelo HIV, estudos com homens realizados em diferentes países, por diferentes autores e períodos de tempo, demonstraram um risco relativo que variou de 0,25 até 0,51 (IC 95%) entre usuários de condom de contraírem gonorréia uretral e uretrite não gonocócica (CATES & STONE, 1992).

? *Diapositivo 24* - Estudos feitos da mesma forma, entre mulheres usuárias de condom, o risco relativo para a transmissão de diferentes agentes (gonococo

cervical, herpes genital, úlceras genitais, tricomoníase, clamídia cervical e DIP), variou de 0,18 a 0,87 (IC 95%) (CATES & STONE, 1992).

É evidente que a mulher é mais vulnerável à transmissão de qualquer agente viral ou bacteriano. Anatomicamente, a entrada de microorganismos através do aparelho reprodutivo feminino é facilitada pela grande extensão de mucosa e pela maior suscetibilidade às microfissuras provocadas pelo coito, especialmente o coito traumático. Ainda mais, se houver processo inflamatório provocado por vulvovaginites ou a presença de lesões ulceradas. Algumas práticas sexuais, como o intercuro anal e o intercuro durante o fluxo menstrual, também elevam o risco de transmissão do HIV para mulheres (WASSERHEIT, 1991).

Esses fatos, sem dúvida, devem ser ressaltados durante a consulta médica, particularmente aconselhando o uso do preservativo como indispensável nas relações sexuais. Pensando na mulher, hoje já se dispõe do preservativo feminino, em breve em comercialização no Brasil, que visa aumentar a proteção, recobrando maior área do intróito vulvar e toda a superfície vaginal e cervical.

? *Diapositivo 25* - Dúvidas comuns sobre falhas no uso do condom

Se por um lado a eficácia do condom como fator protetor tem sido comprovada, e que o mesmo seja considerado o carro-chefe das medidas de prevenção, por outro lado entre as pessoas em geral e mesmo entre os profissionais de saúde, podem restar dúvidas quanto às falhas por permeabilidade, vazamentos, ruptura e deslizamento. É sobre essas dúvidas que conversaremos.

? *Diapositivo 26* - Permeabilidade

É possível que o látex seja impermeável a passagem de partículas virais? Alguns trabalhos estudaram a permeabilidade do condon, e, citando dois deles (CONSUMER REPORTS, 1989; NOVELLO e cols., 1993), vemos que foi comprovado não existir porosidade no látex.

? *Diapositivo 27* - Permeabilidade

Apesar da partícula viral ser trinta vezes menor que a cabeça de um espermatozóide, o látex intacto impediu a passagem do HIV, do herpes genital, do vírus da hepatite B, do citomegalovírus e da clamídia (KETTERING, 1993). São esses os agentes particularmente importantes hoje, no controle das DST e da AIDS.

? *Diapositivo 28* - Falha por vazamento

Vazamentos podem existir através da borda do condon, entretanto um estudo sobre essa possibilidade concluiu que, no pior dos casos, os preservativos ainda ofereciam dez mil vezes maior proteção (CAREY, 1992).

? *Diapositivo 29* - Falha por ruptura

Com relação à ruptura, acredita-se que a colocação correta por parte do usuário, mantendo-se a qualidade do preservativo, a ruptura não acontece ou acontece com frequência mínima, conforme estudos somando mais de 5.000 usuários (OUTLOOK, 1994).

? *Diapositivo 30* - Falhas por ruptura e deslizamento

Ainda, quando verificamos o local e o momento em que mais ocorre ruptura do preservativo, 30% na base e 25 a 30% no momento da colocação ou da retirada, vemos que são situações que possibilitam um baixo risco de contaminação (RUSSEL-BROWN, 1992; STEINER e cols., 1994).

A falha por deslizamento descrita é baixa (OUTLOOK, 1994). Isto não deve ocorrer quando a retirada do pênis ocorre logo após a ejaculação. A orientação de como utilizar corretamente o preservativo deve sempre ser feita pelo profissional de saúde; não devemos acreditar que todos já saibam como utilizá-lo de forma correta. Maior atenção ainda deve ser dada à adolescente e ao casal adolescente, que apresentam via de regra, constrangimento e vergonha para perguntar francamente suas dúvidas.

? *Diapositivo 31 - Garantia de eficácia*

Para que tenhamos boa eficácia de proteção, o condom deve ser de boa qualidade, sua estocagem deve ser de no máximo 5 anos e seu armazenamento deve evitar altas temperaturas, umidade e luz solar. O profissional de saúde deve observar os preservativos enviados ao Centro de Saúde, verificar seu prazo de distribuição, reclamar e notificar as autoridades competentes caso a qualidade esteja comprometida. Deve, inclusive, zelar pelo seu armazenamento, buscando locais onde não haja possibilidade de deteriorização do produto. O pedido de novos lotes, e a distribuição ampla e orientada desses preservativos fazem parte da preocupação dos profissionais que lidam com a atenção primária à saúde.

? *Diapositivo 32 - Conclusões*

Concluindo, entre as medidas de prevenção, o condom representa substancialmente um fator protetor, seu uso correto e regular é fundamental, e essa informação deve ser veiculada e ressaltada para cada mulher durante a consulta médica, especialmente para as mulheres jovens.

? *Diapositivo 33 - Conclusões*

Essa orientação em consulta deve REAFIRMAR que a abstinência sexual e relações entre parceiros sadios são as únicas formas completamente eficazes para evitar a transmissão de doenças. Como entretanto, nenhuma dessas duas alternativas é viável aos bilhões de habitantes do planeta, se faz necessário.

? *Slide 34 - ENSINAR* que a utilização correta e constante do condom pode proporcionar boa proteção contra qualquer doença de transmissão sexual.

? *Diapositivo 35 - FACILITAR* o acesso ao preservativo nos Centros de Saúde, buscando implementar a sua utilização. Manter o estoque, a fim de que não falem preservativos para serem distribuídos.

- ? *Diapositivo 36* - CONTROLAR a qualidade dos preservativos, as condições de estocagem e os prazos de distribuição, sempre que os preservativos chegarem aos Centros de Saúde.
  
- ? *Diapositivo 37* - E, mais do que tudo, temos que aprender a trabalhar com nosso preconceito pessoal e nossos tabus quando tratamos de orientação sexual para a saúde de todos os que nos procuram, sem distinção de raça, idade, sexo ou preferências sexuais.

Este último slide finalizou a apresentação.

**ANEXO 6**  
**FOLHETO INFORMATIVO**