

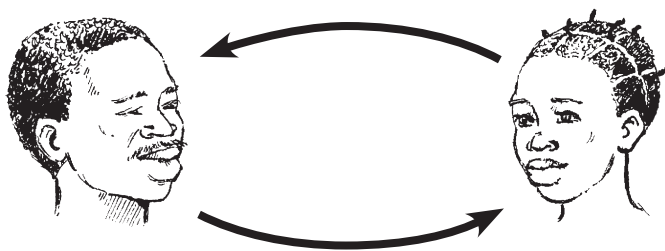
CAPÍTULO
22

Infecções de transmissão sexual (ITS)

As infecções de transmissão sexual (ITS) são doenças causadas por micróbios que se transmitem por contacto sexual. Estas infecções podem ter consequências graves se não forem tratadas correctamente. A infecção pode se disseminar para os parceiros sexuais trazendo consequências graves para a família. As ITS são também a porta de entrada do HIV. Por isso, para prevenir o HIV e SIDA, é muito importante prevenir e tratar as ITS. Uma pessoa pode ter ao mesmo tempo mais do que uma ITS.

As ITS podem ser curáveis e não curáveis. As infecções curáveis mais conhecidas são a gonorreia e a sífilis. Entre as não curáveis temos o HIV e SIDA, mas também o herpes e os condilomas.

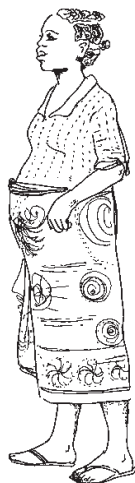
Tanto o homem como a mulher podem ter uma ITS sem apresentar nenhum sintoma e transmiti-la ao parceiro.



Existem muitos nomes locais e tratamentos tradicionais para as ITS. Estas doenças estão associadas ao HIV e SIDA e a complicações graves, por isso não é aconselhável o tratamento tradicional. É melhor fazer o tratamento na unidade sanitária, onde existe a possibilidade de fazer um tratamento correcto.

Todas as pessoas que tenham tido relações sexuais com uma pessoa com uma ITS (parceiros/as sexuais) devem ser tratadas porque, mesmo que não apresentem sinais da doença, podem estar infectadas. Se não forem tratadas, voltam a passar a doença para o seu parceiro sexual.

As mulheres grávidas com sintomas de ITS precisam de atenção especial. É essencial curar a infecção, para que o bebé não seja afectado. A grávida deve ser encaminhada para a consulta pré-natal, onde deve ser aconselhada a fazer o teste para a sífilis e o HIV. Na consulta pré-natal, a enfermeira procura saber se a mulher tem corrimento e/ou feridas nos genitais. Estes exames vão servir para evitar que o bebé nasça com problemas.



Complicações das ITS

Se não são tratadas, as ITS podem ter consequências graves para o doente e a sociedade. Além do tratamento correcto das ITS, a prevenção é a melhor forma de evitar as complicações. As principais complicações são:

Na mulher: dor crónica no baixo ventre, infertilidade (não fazer filhos) e gravidez ectópica (gravidez fora do útero, ver pág. 644).

Outra consequência é o cancro do colo do útero.

Nas mulheres grávidas pode surgir:

- Aborto
- Nado-morto
- Crianças com baixo peso à nascença
- Crianças com sífilis congénita
- Crianças com conjuntivite devido a gonorreia ou clamídia

conjuntivite neonatal causada por uma infecção por gonorreia



– **No homem:** se a gonorreia não for tratada no início, o homem pode ter estenose uretral (aperto na uretra que causa dor e dificuldade ao urinar. Também pode ter infertilidade e testículos inchados.

As pessoas com ITS, principalmente úlceras (feridas) genitais, têm maior probabilidade de se contaminarem com o HIV.

Além das complicações directas para o doente, podem surgir **consequências sociais**, que são mais graves para as mulheres porque, se não podem ter filhos, são estigmatizadas, têm problemas no lar que podem levar ao divórcio.

Como cuidar dos doentes com ITS?

Os doentes com ITS têm muita dificuldade (por vergonha ou receio) em explicar o seu problema na consulta, por isso devemos mostrar simpatia e demonstrar que manteremos sigilo (guardar a informação dada pelo doente) para os deixar à vontade. Não basta fazer um tratamento correcto, é importante aconselhar o doente, para que siga as medidas preventivas e traga o/os seu/seus parceiro/s.

Durante o aconselhamento deve-se ouvir o doente e não julgá-lo pelo comportamento que o levou a contrair a doença.

Deve-se saber identificar os riscos que o doente corre se continuar com o comportamento que revelou e falar com ele positivamente de modo a aconselhá-lo a mudar.

Os principais objectivos do aconselhamento são:

- Dar apoio emocional
- Discutir os aspectos culturais (mitos, tabus)
- Dar informações sobre ITS e o HIV (transmissão e prevenção)
- Identificar os riscos que o doente corre
- Encorajar a mudança de comportamento
- Fazer com que o doente siga o tratamento recomendado
- Fazer com que o doente traga o parceiro ou parceiros para o tratamento
- Fazer com que o doente aceite fazer o teste do HIV e, se possível, sífilis.

O que devemos fazer para que o aconselhamento seja de qualidade:

- Receber o doente, apresentar-se e perguntar o nome do doente
- Se o doente não fala português, usar a língua local
- Deixar o doente à vontade para dizer tudo o que sente
- Garantir ao doente a confidencialidade das informações que dá.



Não deve:

- Movimentar-se constantemente ou sair da sala enquanto está a atender o doente.
- Fazer gestos ou comentários que dão a entender que não estamos de acordo com aspectos negativos do comportamento do doente.
- Deixar que outros colegas entrem na sala onde estamos a observar o doente.

Para além do tratamento específico de cada ITS, todos os doentes devem receber conselhos gerais (ver pág. 453).

História clínica e exame físico

Deve-se mostrar interesse, simpatia, e aceitar o doente como é, e não julgá-lo. Deve-se ter uma relação directa, afectiva e de confiança com o doente. A história sexual do doente dá informações importantes para o seu tratamento e aconselhamento.

Na consulta deve-se **perguntar ao doente:**

Motivos que o levaram a ir a consulta

- O que o levou a ir a consulta?
- É a primeira consulta ou controlo?

Questões relacionadas com a vida social do doente

- Onde trabalha e o que faz?
- Com quem vive?
- Se vive com alguém, há quanto tempo?

Questões relacionadas com a doença

- Quando começou a doença?
- Quais são os sintomas e sinais?
- Corrimento (secreção ou líquido nos órgãos genitais) e tipo de corrimento (com cheiro, branco, amarelado, líquido, suja a roupa interior?)
- Comichão nos órgãos sexuais
- Dor ao urinar ou durante as relações sexuais
- Dor no baixo ventre
- Feridas ou borbulhas nos órgãos genitais
- Dor e inchaço dos testículos
- Inchaço na virilha
- História de ITS

Tratamentos anteriores:

- Está a tomar algum medicamento para a doença? Se sim:
- Nome do medicamento.
- Quando começou?

Se for mulher:

- Está grávida? Quando foi a última menstruação?
- Usa algum medicamento ou aparelho para não engravidar?

História sexual:

- Quando foi a última relação sexual?
- Número de parceiros que teve nos últimos três meses?
- Uso de preservativos (masculino e feminino)?
- Usou preservativo na última relação sexual? Se não, porquê?

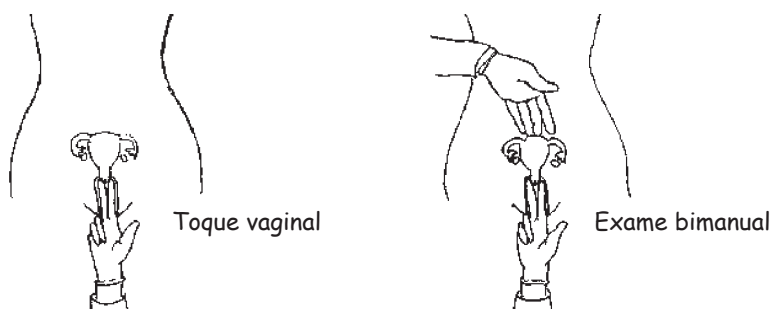
O **exame físico** é simples e compreende:

- A inspecção da pele;
- O exame da boca e da garganta;
- A procura de gânglios linfáticos aumentados (virilhas, axilas);
- Inspeção e palpação cuidadosa dos órgãos genitais (sexuais), região púbica e inguinal, ânus e, na mulher, o abdómen.

Deve-se pedir ao doente para despir a roupa interior e verificar a parte externa dos órgãos genitais (se tem feridas, se tem inchaço, se está vermelho e se tem corrimento). Com uma luva fazer o toque vaginal ou rectal para procurar massas no útero e verificar se há dor à palpação em locais específicos.

Sempre que se tiver de examinar um doente, deve-se explicar primeiro o que se vai fazer e pedir autorização. Só depois é que se deve fazer o exame. Com uma mão faz-se o toque vaginal e com outra palpa-se cuidadosamente o abdómen da mulher.

EXAME DA MULHER:



EXAME GENITAL NO HOMEM:

Para um bom exame o doente deve estar de pé e com as pernas abertas. Depois de explicar ao doente o que se vai fazer, deve-se seguir os seguintes passos:

- Palpar a região inguinal (virilha) à procura de inchaços e gânglios aumentados.
- Palpar os testículos para saber se dói, procurar inchaço e se tem alguma alteração.
- Observar o pénis para ver se tem feridas, corrimento, se está vermelho e se está inchado.
- Pedir ao doente para puxar o prepúcio para trás e veja se tem corrimento. Se não tiver, peça também ao doente para fazer pressão no pénis, para ver se sai algum corrimento.
- Pedir depois ao doente para se curvar para a frente e com as próprias mãos abrir as nádegas para procurar feridas, secreções, vermelhidão e outras alterações visíveis.
- Poder-se-á fazer também o toque rectal e verificar se existem massas.
- Descalçar as luvas e lavar as mãos com bastante água e sabão esfregando cerca de 10 minutos incluindo as unhas, logo depois do exame. Se não tiver água, desinfecte as mãos com álcool.

Todos os exames devem ser feitos com luvas. Estas devem ser deitadas fora depois do exame. Cada doente deve ter a sua luva.

Sintomas e sinais de ITS:

O conjunto de sintomas e sinais é chamado de síndrome. Para o tratamento das ITS, utiliza-se uma abordagem sindrómica em que se trata o doente pelos sintomas e sinais que apresenta. Este método permite tratar as várias infecções que podem ser a causa dos problemas do doente.

Com base nesta abordagem dividimos as ITS em: corrimento vaginal, corrimento uretral, úlcera genital masculina e feminina, dor no baixo ventre, escroto inchado e bubão inguinal.

Corrimento vaginal

O corrimento vaginal consiste numa secreção (muco ou substância esbranquiçada ou amarelada) que sai da vagina da mulher. As causas mais frequentes de corrimento vaginal são: gonorreia, infecção por clamídia, tricomonas, candida e gardnerella (vaginose bacteriana).

Todas as mulheres têm, normalmente, uma pequena quantidade de corrimento vaginal que é claro, leitoso ou ligeiramente amarelado.

No entanto, muitas mulheres sofrem de corrimento devido a infecções transmitidas pelos seus parceiros. As queixas mais frequentes são: roupa interior molhada, secreção vaginal excessiva, mudança de cor ou de cheiro na secreção vaginal, prurido (comichão), dor ao urinar, dor durante as relações sexuais e, por vezes, dores abdominais baixas (dores no baixo ventre).

Tratamento:

O corrimento vaginal pode ser causado por vários micróbios e não é possível distinguir um do outro sem um exame especializado. Por isso, é necessário tratar a doente duma forma **abrangente**, de modo a cobrir as causas mais frequentes e de **acordo com as normas vigentes** em cada país.

Uma doente com corrimento vaginal deve receber todos estes medicamentos, em toma única:

- ◆ Ciprofloxacina (ver pág. 704)
- ◆ Azitromicina (ver pág. 704)
- ◆ Metronidazol (ver pág. 702)
- ◆ Clotrimazol (ver pág. 707)

No caso da **mulher grávida** e na **adolescente** com menos de 16 anos: **não dar ciprofloxacina**. Esta deve ser substituída por **cefixima** (ver pág. 704). **Evite o uso do metronidazol** no primeiro trimestre da gravidez.

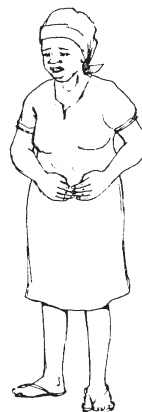
Se a doente se queixar de dores abdominais baixas (dor no baixo ventre), deve fazer o tratamento para este sintoma.

No tratamento do parceiro/os, devem ser utilizados todos os medicamentos acima indicados, excepto o clotrimazol que só é dado às mulheres. Por vezes recomenda-se que os homens apliquem o creme de clotrimazol, quando as parceiras têm candidíase de repetição.

Dor ou desconforto no baixo ventre

A dor no baixo ventre pode ter várias causas. Algumas causas são descritas em diversas partes do livro.

A lista que se segue inclui algumas perguntas-chave que ajudam a identificar as causas.



Causas de dor no baixo ventre:

1. **Doença inflamatória pélvica (DIP).** É quase sempre o estado avançado duma ITS e a doente deve ser tratada como se tivesse uma infecção, sempre que não se encontre outra causa (ver em baixo).
2. **Problema menstrual.** A dor piora antes ou durante a menstruação?
3. **Infecção urinária.** É uma das causas mais frequentes de dor no baixo ventre, particularmente nas mulheres. A doente urina muitas vezes ou tem dor ao urinar?
4. **Problemas relacionados com nódulo ou massa no baixo ventre.** Estes incluem **quistos do ovário** e **cancro**. É necessário fazer um exame especial, numa unidade sanitária com mais recursos.
5. **Gravidez ectópica** (gravidez fora do útero, ver pág. 644). Geralmente há dor muito intensa acompanhada de hemorragia vaginal irregular. Muitas vezes a mulher tem sinais duma gravidez em início e sente-se fraca e com tonturas. **Transferir imediatamente para uma unidade sanitária com mais recursos porque a mulher corre perigo de vida**, pois pode ocorrer ruptura da trompa com sangramento abundante.
6. **Aborto** (ver pág. 644). Pode haver febre, hemorragia vaginal com coágulos, dor abdominal, dificuldade em urinar, e choque. **Dar antibióticos e transferir a doente para uma unidade sanitária com mais recursos porque a vida dela está em perigo.**
7. **Parasitose intestinal ou outro problema do intestino.**

Quando não se conhece a causa da dor, ou se esta não melhora ao fim de algum tempo, a doente deve ser transferida para uma unidade sanitária com mais recursos.

Doença inflamatória pélvica (DIP)

Chama-se doença inflamatória pélvica a infecção pélvica na mulher provocada por vários micróbios.

A DIP pode ser o resultado duma ITS., mas também pode surgir após o parto ou aborto. Por vezes, o dispositivo intra-uterino (DIU, aparelho) pode causar uma infecção.

Em geral, na DIP, a doente queixa-se de dor abdominal baixa (dor no baixo ventre), que pode ser moderada ou intensa, e se agrava antes da menstruação, e é muitas vezes acompanhada de corrimento vaginal e, por vezes, febre.

As infecções pélvicas não tratadas podem causar infertilidade, gravidez ectópica e/ou dor crónica.

Tratar com os seguintes antibióticos (ou de acordo com as normas vigentes no país):

- ◆ Kanamicina (ver pág. 701)
 - ◆ Doxiciclina (ver pág. 701)
 - ◆ Metronidazol (ver pág. 702)
- O controlo deve ser feito no 3º dia se continuar com os sintomas.

Na mulher grávida a doxiciclina deve ser substituída por eritromicina (ver pág. 698).

O parceiro sexual também deve ser tratado com os mesmos antibióticos.

Corrimento uretral

O corrimento uretral manifesta-se por gotas de pus que saem do pénis, acompanhado de dor ou dificuldade ao urinar. A gonorreia, e a infecção por clamídia e tricomonas são as causas mais frequentes do corrimento uretral.



Se o corrimento não é visível, pode-se exercer uma ligeira pressão sobre a cabeça do pénis para confirmar a sua presença.

Se o corrimento uretral não for tratado, torna-se mais escasso, muda de aspecto, e pode levar a complicações, tais como: testículos inchados e dolorosos; dificuldade permanente ao urinar (a uretra fica apertada); ou a infertilidade.

Tratamento:

O doente e a (s) parceira (s) devem ser tratados com os seguintes antibióticos (ou de acordo com as normas vigentes no país):

- ◆ Ciprofloxacina (ver pág. 704)
- ◆ Azitromicina (ver pág. 704)
- ◆ Metronidazol (ver pág. 702)

Se o corrimento e a dor não desaparecerem ao fim de 2 ou 3 dias após o tratamento, pode ser que a gonorreia ou a clamídia sejam **resistentes** a estes medicamentos. O doente deve ser convidado a voltar à consulta 7 dias depois de terminar o tratamento, se os sintomas persistirem. Se persistem, transferir o doente para uma unidade sanitária com mais recursos.

Úlcera genital

São vários os micróbios que causam úlceras genitais. As causas mais frequentes das úlceras genitais são o herpes, a sífilis e o cancroide. O linfogranuloma venéreo (LGV, bubão) também pode causar úlcera.

Os doentes queixam-se duma ou de várias feridas (úlceras) nos órgãos genitais.

Herpes genital

O herpes genital é uma infecção causada por um vírus. Se o doente tem história de vesículas (pequenas bolhas) agrupadas nos órgãos sexuais, cujo aparecimento foi precedido de dor, ardor ou comichão, especialmente se há recorrência destas lesões, suspeitar de herpes.



As vesículas rebentam e formam pequenas feridas (úlceras). Essas feridas secam e transformam-se em crostas.

As úlceras do herpes podem durar 3 semanas ou mais, com febre, dores, calafrios, e gânglios aumentados na virilha. As mulheres podem ter dor ao urinar.

Nos HIV-positivos as úlceras podem ser mais profundas e maiores e persistem durante mais tempo.

O vírus do herpes fica no corpo depois dos sinais desaparecerem. Por isso, podem reaparecer novas vesículas em qualquer altura. Às vezes, semanas ou anos depois. Geralmente as novas lesões aparecem na mesma área mas não são tantas, doem menos e curam mais rapidamente.

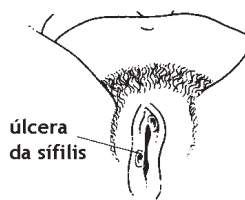
Se uma mulher tem úlceras de herpes na altura do parto, pode transmitir o vírus ao bebé. Isso é muito perigoso. Ela deve informar a parteira.

Sífilis

A úlcera da sífilis geralmente não dói. Na mulher, se a úlcera estiver dentro da vagina, ela pode não se aperceber que a tem mas pode infectar facilmente os seus parceiros.



Sífilis no homem



Sífilis na mulher

A úlcera dura só uns dias e depois desaparece mesmo que o doente não se trate, mas a doença continua a alastrar-se pelo corpo. Semanas ou meses mais tarde, pode aparecer dor na garganta, febre ligeira, feridas na boca, ou articulações inchadas. Ou, podem aparecer vários sinais na pele do doente.

Geralmente, os sinais iniciais desaparecem por si sós e a pessoa pensa que está curada –mas a doença continua a evoluir. **Sem um tratamento apropriado, a sífilis pode atacar o coração e o sistema nervoso** (causar paralisia e alterações mentais).

Se qualquer erupção estranha ou problema de pele aparecer dias ou semanas depois duma borbulha ou uma ferida ter aparecido nos genitais, isso pode ser sífilis. É preciso procurar a unidade sanitária mais próxima.

Se há suspeita de sífilis num estado avançado, deve-se transferir o doente para uma unidade sanitária com mais recursos.

Cancróide

As úlceras do cancroide são dolorosas. Nos homens não circuncidados, pode haver corrimento uretral. As mulheres queixam-se por vezes de ardor ao urinar. As úlceras genitais acompanham-se quase sempre por gânglios linfáticos aumentados (adenopatias) na região inguinal (virilha).



Tratamento:

O doente tem uma ou mais vesículas (herpes) ao exame: tratar o doente e parceira(s) com aciclovir (ver pág. 705).

Não existe tratamento para curar o herpes. O aciclovir pode diminuir a gravidade do herpes se for tomado logo após o início dos sintomas.

O doente tem uma úlcera (não herpes) ao exame: tratar (para a sífilis e o cancróide) com os seguintes antibióticos ou de acordo **com as normas vigentes** no país:

- ◆ Penicilina benzatínica (ver pág. 696)
- ◆ Azitromicina (ver pág. 704)

Nos doentes alérgicos à penicilina, esta deverá ser substituída por eritromicina (ver pág. 698).

As grávidas até ao 8º mês da gravidez deverão ser tratadas com os antibióticos acima mencionados.

Os doentes HIV-positivos, com suspeita clínica de SIDA e as mulheres no último mês da gravidez devem ser tratados com:

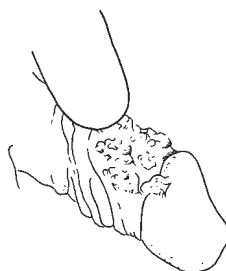
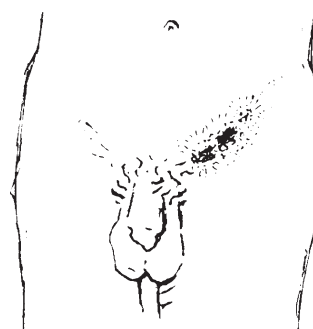
- ◆ Penicilina benzatínica (ver pág. 696)
- ◆ Azitromicina (ver pág. 704)
- ◆ Aciclovir (ver pág. 705)

Nos doentes alérgicos à penicilina esta deverá ser substituída por eritromicina (ver pág. 698).

Linfogranuloma venéreo (bubão, adenopatia inguinal)

O doente apresenta dor e inchaço na virilha. No início o bubão pode não dar dores, mas depois torna-se muito doloroso. Pode ser só de um lado (unilateral) ou de ambos os lados (bilateral). Sem tratamento há o risco de ruptura do bubão e de lesões crónicas na região inguinal (virilha).

Na maior parte dos casos, o bubão está associado a uma úlcera genital. O prepúcio (pele que cobre a cabeça do pénis) deve ser puxado para trás para verificar se também existe uma úlcera.



Tratamento:

O doente tem **úlceras genitais** (cancróide e sífilis), tratar com os seguintes antibióticos ou de acordo **com as normas vigentes** no país:

- ◆ Azitromicina (ver pág. 704)
- ◆ Penicilina benzatínica (ver pág. 696)

Nos doentes alérgicos à penicilina, esta deve ser substituída por eritromicina (ver pág. 698).

Se a adenopatia persistir após o 7º dia, deve-se tratar com doxiciclina (ver pág. 701). Na mulher grávida, tratar com eritromicina (ver pág. 698).

O doente **não tem úlcera genital** (linfogranuloma venéreo e cancroide), tratar com os seguintes antibióticos ou de acordo **com as normas vigentes** no país:

- ◆ Doxiciclina (ver pág. 701)
- ◆ Azitromicina (ver pág. 704)

Na mulher grávida a doxiciclina deve ser substituída por eritromicina (ver pág. 698).

O bubão com flutuação deve ser aspirado com uma agulha grossa, de 2 em 2 ou de 3 em 3 dias, até que não saia mais secreção purulenta. Não se deve fazer uma incisão na pele para drenagem.

Se o bubão persiste, é preciso transferir o doente para uma unidade sanitária com mais recursos.

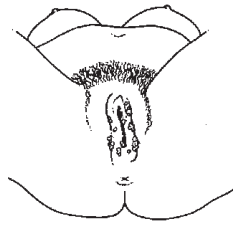
Verrugas genitais (vegetações venéreas, condiloma acuminado)

As verrugas genitais (condilomas) são causadas por um vírus. Parecem-se com as outras verrugas que podem aparecer em outras partes do corpo mas geralmente são mais numerosas.

As verrugas são pequenas saliências duras, esbranquiçadas ou acastanhadas que têm a superfície rugosa.

Nos **homens**, geralmente surgem no pénis, mas também podem surgir no **escroto** (pele que cobre o testículo) ou ao redor do ânus.

Nas **mulheres**, surgem nos lábios vaginais, dentro da vagina ou ao redor do ânus.



verrugas (condilomas) na vulva



verrugas no pênis

Os parceiros sexuais dos doentes com condilomas muitas vezes estão infectados. É frequente a infecção sem que haja lesões visíveis.

Os condilomas podem aumentar de tamanho e número na gravidez, e por vezes desaparecer após o parto.

Os doentes HIV-positivos apresentam, às vezes, lesões extensas no ânus e nos genitais, que respondem mal ao tratamento.

Tratamento:

Nenhum tratamento cura definitivamente as verrugas genitais. Os doentes devem ser transferidos para uma unidade sanitária com mais recursos.

Prevenção:

O homem deve usar sempre o preservativo durante as relações sexuais, se ele ou a parceira tiverem verrugas genitais.

Balanite (infecção da cabeça do pênis)

O doente com balanite queixa-se, geralmente, de ter o pênis inchado, comichão na glande (cabeça do pênis) ou de corrimento. O prepúcio (pele que cobre a glande do pênis) pode ficar tão apertado que não se consegue retrair (puxar para trás). A glande e o prepúcio estão vermelhos e às vezes têm feridas e secreção esbranquiçada.

A má higiene, especialmente nos homens não circuncidados, pode contribuir para esta doença.

A maior parte das vezes, esta doença é causada por um fungo chamado *Candida albicans*.

Uma balanite pode ser o primeiro sinal de diabetes ou infecção pelo HIV. Os doentes devem fazer uma análise da glicemia (nível de açúcar no sangue) para despiste de diabetes. Nalguns casos, a candidíase (infecção por *Candida albicans*) pode estar associada ao HIV e SIDA, por isso se deve recomendar ao doente para fazer o teste do HIV.

Tratamento:

Se não se consegue retrair o prepúcio, tratar com:

- ◆ Ciprofloxacina (ver pág. 704)
- ◆ Azitromicina (ver pág. 704)

Se se consegue retrair o prepúcio:

Úlcera presente: tratar para úlcera genital

Corrimento uretral: tratar para corrimento uretral

Se se consegue retrair o prepúcio, mas não se encontram úlceras nem corrimento: higiene local e tratar com clotrimazol (ver pág. 707).

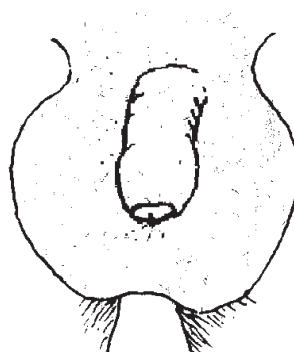
A parceira ou parceiras sexuais devem ser tratadas para a mesma patologia.

Tumefacção do escroto - escroto inchado.

A tumefacção (inchaço) do escroto causada por uma ITS está muitas vezes associada ao corrimento uretral recente. Muitas vezes o inchaço aparece num só lado. O escroto está vermelho e doloroso à palpação.

Existem outras causas de tumefacção do escroto que não estão associadas a ITS (ver pág. 313). A mais importante é a torção testicular, que é uma situação de urgência que necessita duma rápida operação cirúrgica.

Outra causa de escroto inchado é o hidrocelo. Se o doente não melhora após o tratamento da ITS, transferir para uma unidade sanitária com mais recursos.



Se o doente apresenta dor intensa sem corrimento uretral, de início súbito, ou tem história de trauma, deve ser transferido com urgência para uma unidade sanitária com mais recursos. Pode ser uma torção do testículo!

Tratamento:

Nos outros casos, se houver inchaço ou dor no testículo ou escroto, tratar com:

- ◆ Ciprofloxacina (ver pág. 704)
- ◆ Azitromicina (ver pág. 704)

Fazer também:

- ◆ Elevação do escroto
- ◆ Aplicação de compressas frias
- ◆ Repouso na cama
- ◆ Controlo ao 3º dia

Se o doente não melhorar ao fim de 3 dias, transferir para uma unidade sanitária com mais recursos.

Se, no exame, não encontrar inchaço ou dor no testículo ou escroto, procurar outras lesões genitais e tratar, se as houver.

Conselhos gerais

Para além do tratamento específico de cada ITS, todos os doentes devem:

- Praticar **abstinência sexual** durante 14 dias e/ou até que os seus parceiros sexuais tenham completado o tratamento.
- Receber informações sobre como são transmitidas as ITS e a relação entre as ITS e o HIV e SIDA.
- Receber **mensagens-chave** para a prevenção de novas ITS, sobre: o uso do preservativo (demonstração da sua utilização e entrega ao doente); fidelidade; sexo mais seguro (ver pág. 395).
- Convidar **o/os parceiro/os** a fazer tratamento. Pode-se dar ao doente “uma carta convite” da unidade sanitária.
- Ser **testados**, se possível para o HIV e sífilis.
- Voltar à unidade sanitária, se continuar com os sintomas.

Se não se observam melhoras, é preciso transferir o doente para uma unidade sanitária com mais recursos.

Todos os casos de ITS devem ser notificados.

Os parceiros sexuais de doentes com ITS devem ser tratados.

Como prevenir as ITS

Para prevenir as ITS deve-se envolver toda a comunidade (líderes comunitários, activistas, professores, praticantes de medicina tradicional, organizações das mulheres e dos jovens e os religiosos), na divulgação de informação para:

- O retardamento do início da actividade sexual, especialmente nos adolescentes e jovens.
- A redução do número de parceiros.
- O uso correcto do preservativo.
- Procurar a unidade sanitária quando surgirem sintomas e sinais de ITS e levar o parceiro a fazer tratamento ou recomendar-lhe que o faça.



O preservativo previne a transmissão das ITS.

Estas informações devem sempre ter em conta a idade, o sexo, as crenças religiosas, culturais e tradicionais de cada local, o local onde se vai falar sobre o assunto, para não criar problemas e interpretações erradas das mensagens. Os activistas, ao falarem de ITS na comunidade e nas escolas, devem:

- Separar as pessoas pela idade e sexo (adolescentes, jovens, adultos, homens, e mulheres).
- Separar as informações (o que dizer para o adolescente, o jovem e os adultos).
- Respeitar os locais e as crenças de cada local (se a religião não aceita que se fale de preservativo, falar mais de abstinência e fidelidade).
- Ouvir primeiro a opinião dos mais velhos (líderes comunitários, professores), para saber como e onde abordar a questão dos preservativos.

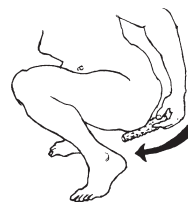
Como a mulher pode evitar infecções

- Manter a área genital limpa. Quando tomar banho (diariamente se possível) lavar-se bem com sabão ou sabonete.
- Não introduzir líquidos ou outros produtos na vagina. Certos líquidos e outros produtos secam a vagina. Uma vagina seca tem maior risco de apanhar o HIV e outras ITS.
- Urinar depois das relações sexuais. Isso ajuda a evitar infecções urinárias (mas não evita a gravidez).
- Lavar ou limpar-se bem depois de defecar. Limpar sempre da frente para trás:



assim SIM

Limpar de trás para a frente facilita a entrada de micróbios para dentro da vagina. As meninas também devem ser ensinadas a lavar-se de frente para trás e a fazerem-no sempre.



assim NÃO