

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO BIOMÉDICO
NÚCLEO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

MARA REJANE BARROSO BARCELOS

**PREVALÊNCIA DE DST, PADRÃO DE COMPORTAMENTO E
ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE REPRODUTIVA DAS
MULHERES ATENDIDAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM
VITÓRIA, ES**

VITÓRIA
2005

MARA REJANE BARROSO BARCELOS

**PREVALÊNCIA DE DST, PADRÃO DE COMPORTAMENTO E
ASPECTOS RELACIONADOS A SAÚDE REPRODUTIVA DAS
MULHERES ATENDIDAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM
VITÓRIA, ES**

Dissertação apresentada ao Núcleo de Doenças Infecciosas do Centro Biomédico, da Universidade Federal do Espírito Santo, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Doenças Infecciosas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Angélica Espinosa Barbosa Miranda.

Co-Orientador: Prof.^o Dr.^o Paulo Roberto Merçon de Vargas

VITÓRIA
2005

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

B242p Barcelos, Mara Rejane Barroso, 1966-
Prevalência de DST, padrão de comportamento e aspectos relacionados à saúde reprodutiva de mulheres atendidas em unidade básica de saúde em Vitória/ES / Mara Rejane Barroso Barcelos. – 2005.
114 f. : il.

Orientadora: Angélica Espinosa Barbosa Miranda.
Co-Orientador: Paulo Roberto Merçon de Vargas.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro Biomédico.

1. Mulheres. 2. Doenças sexualmente transmissíveis. 3. AIDS (Doença). 4. Risco. 5. Saúde reprodutiva. I. Miranda, Angélica Espinosa Barbosa. II. Vargas, Paulo Roberto Merçon de. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro Biomédico. IV. Título.

CDU: 61



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

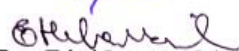
PARECER ÚNICO DA COMISSÃO JULGADORA DE
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

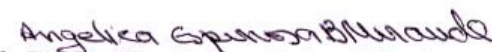
A mestranda MARA REJANE BARROSO BARCELOS, apresentou dissertação intitulada: "PREVALÊNCIA DE DST, PADRÃO DE COMPORTAMENTO E ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES ATENDIDAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM VITÓRIA, ES" em sessão pública, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Doenças Infecciosas, do Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo.

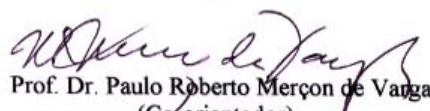
Considerando a apresentação oral dos resultados, a qualidade e relevância dos mesmos e a dissertação, a Comissão Examinadora da Dissertação decidiu, aprovar sem restrições, a dissertação e habilitar a médica MARA REJANE BARROSO BARCELOS, a obter o Grau de MESTRE EM DOENÇAS INFECCIOSAS.

Vitória-ES, 05 de setembro de 2005


Prof. Dr. Mauro Romero Leal Passos


Prof. Dra. Ethel Leonor Noia Maciel


Prof. Dra. Angélica Espinosa Barbosa Miranda
(Orientadora)


Prof. Dr. Paulo Roberto Merçon de Vargas
(Co-orientador)

Dedico o resultado desse trabalho,

Primeiramente a Deus, de onde vem toda sabedoria e força para construção de nossos ideais.

A minha família, por ter vibrado comigo, me abraçado nos momentos difíceis, vivenciado e acreditado na realização deste sonho.

A mulher brasileira, esperando haver contribuído para o melhor entendimento de aspectos relacionados a sua saúde reprodutiva.

Aprender é a única coisa que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.

Leonardo da Vinci

À TALITA, DURVAL E AUDIFAX

“Posso todas as coisas naquele que me fortalece.”

FILIPENSES 4:13

Agradeço,

Às pacientes, mulheres que confiaram e me compartilharam suas experiências de vida.

À minha família, por aceitar a minha ausência.

À minha irmã Dicléia Silva Barroso, por todo apoio e incentivo durante este período.

À minha orientadora Dr^a. Angélica Espinosa Barbosa Miranda, que sempre se mostrou ajudadora, disponível e confiante no projeto, dedicando-me seu tempo, suas idéias e seu apoio.

Ao meu co-orientador, Dr. Paulo Roberto Merçon de Vargas, pela colaboração no enriquecimento das informações do trabalho.

À Dr. Fausto Edmundo Lima Pereira pela sua genialidade, pelo seu exemplo, pelo seu altruísmo, pela sua competência, pela sua capacidade de relacionamento e pela condução da coordenação deste curso de forma brilhante.

Aos professores do Núcleo de Doenças Infecciosas pela dedicação e pela capacidade de nos transmitirem seus conhecimentos.

À acadêmica de medicina Caroline Loureiro Amâncio, pela importante contribuição na construção deste trabalho.

À Prefeitura Municipal de Vitória, nas pessoas dos Exmo. Prefeito Luís Paulo Veloso Lucas e Exmo. Vice-Prefeito Ademir Cardoso, pela minha liberação para a realização desse trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, na pessoa do Exmo. Sr. Dr. Luciano Resende, pela minha liberação para realização desse trabalho.

Ao Exmo. Sr. Dr. Francisco José Dias da Silva, atual Sub-secretário Estadual de Saúde(ES), pela autorização concedida para a execução desse trabalho, quando Secretário Municipal de Saúde de Vitória-ES.

Ao Centro de Referência em DST/ AIDS, nas pessoas da Dr^a Adriana Zago e da Dr^a Bettina Moulin Coelho pelo suporte técnico e apoio concedido durante todo o decorrer do estudo.

Ao Laboratório Central da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, na pessoa da Bioquímica Regina Terrão, e, ao setor de Microbiologia, na pessoa da Bioquímica Rita B. Fonseca e ao setor de Imunologia, na pessoa da Bioquímica Kelly R. Areal.

Ao Laboratório de Biologia Molecular do Núcleo de Doenças Infecciosas da UFES, na pessoa do Dr. Rodrigo Rodrigues Ribeiro e da Técnica Carla Baroni pela realização dos testes de biologia molecular para *Chlamydia trachomatis*.

Ao Laboratório Central da Secretaria Estadual de Saúde, na pessoa da Bioquímica Sílvia de Cassia Motta Correia pela realização dos testes diagnósticos para a detecção do HIV e do exame FTA-ABS.

Ao Laboratório DPC Méd. Lab, na pessoa do Sr. João Carlos Sestari, pela doação de testes laboratoriais.

Ao Laboratório Abbott, na pessoa do Sr. Eudes Bastos, pela doação de material para realização de teste Anti-HCV.

Ao Laboratório do HEMOCENTRO, na pessoa do DIRETOR GERAL, Dr Antônio Carlos Mendes Pessanha e do Bioquímico Lucas Bonine, pela realização de parte dos exames de Anti-HCV.

À Idelamarte Correa Rangel, pela participação ativa ao meu lado durante a coleta de dados da pesquisa na Unidade de Saúde de Consolação e por todo incentivo, apoio e interesse que demonstrou durante a realização do estudo.

Aos 30 Agentes de Saúde da US Consolação, pelo apoio e participação durante todo o estudo.

À Coordenação e Funcionários da US Consolação, pela colaboração para que o estudo se realizasse.

À Fátima Aparecida Pereira, secretária do Mestrado em Doenças Infecciosas, pelo apoio nas questões administrativas e de secretariado.

À José Geraldo Carvalho pelo apoio em questões de informática.

À Dr^a Maria Carmen Silva Santos pela colaboração na realização das colpocitologias.

À Mirtes Maria Coelho Pretti e João Roberto de Lima, funcionários do Laboratório de Patologia do HUCAM, que sempre me receberam com muito carinho e desenvolveram seu trabalho com muita dedicação.

A todos aqueles que não foram citados, mas que se envolveram ajudando-me a efetivar esse projeto.

RESUMO

Introdução: Medidas preventivas e assistenciais para mulheres são importantes para a saúde pública. Os riscos associados com a saúde das mulheres incluem gravidez e maior chance de contrair DST, incluindo AIDS.

Objetivos: Descrever a prevalência de DST, o perfil de comportamento e os aspectos relacionados à saúde reprodutiva das mulheres atendidas em unidade básica de saúde do Município de Vitória, Brasil.

Métodos: Estudo transversal realizado de julho de 2003 a março de 2004 em uma área assistida pelo Programa de Saúde da Família, entre mulheres de 15 a 49 anos. Uma entrevista face a face com dados sócio demográficos, clínicos e comportamentais foi realizada. Uma amostra de sangue foi coletada para testes de HIV, HBV, HCV e sífilis; espécimes genitais foram coletadas para citologia, gram e cultura, e uma amostra de urina foi coletada para PCR- *Chlamydia trachomatis*. A análise estatística usou métodos descritivos e análise multivariada dos dados. Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado do Espírito Santo.

Resultados: Durante o estudo, 300 mulheres foram incluídas. A média de idade foi 30,0 (distância interquartil (IQR) 24; 38) anos; a média de idade do primeiro intercurso sexual foi de 17,3 (DP 3,6) anos e a média de idade da primeira gravidez foi 19,2 (DP 3,9) anos. Cerca de 70% delas teve até 8 anos de estudo; 5% relataram DST prévias; 8% uso de drogas ilícitas e 11% estupro. Apenas 23,7% relataram uso regular de preservativo. Problemas clínicos encontrados: úlcera genital (3,0%); disúria (7,7%); descarga vaginal (46,6%); prurido (20,0%) e dor pélvica (18,0%). Teste de HIV prévio foi relatado por 43,6% e 15,3% nunca haviam sido submetidas à Citologia Oncótica. As prevalências das infecções foram: *Chlamydia trachomatis* 7,4%; gonorréia 2,0%; tricomoníase 2,0%; vaginose 21,3%, candidíase 9,3%; relatos citológicos sugestivos de HPV 0,3%; sífilis 3,0%; HIV 3,3%; HBV 0,7% e HCV 1,7%.

Conclusões: As mulheres representam uma população vulnerável em relação à sexualidade. Elas não percebem nelas mesmas o risco para DST e não se

protegem. Esses resultados encontraram elevada frequência de DST e mostraram a necessidade de medidas de prevenção, incluindo, entre outros, rastreamento para DST e programas de redução de risco.

Palavras chave: Mulheres, prevalência, DST, AIDS, comportamento de risco, saúde reprodutiva.

ABSTRACT

Introduction: Preventive measures and assistance for women are important for public health. The risks associated with women's health include pregnancy and higher rate of contracting STD, including AIDS.

Objectives: To describe STD prevalence, behavior profile and reproductive health aspects of women attended in a basic unit of health of Vitoria Municipality, Brazil.

Methods: Cross-sectional study from July 2003 to March 2004 in an area assisted by Family Health Program. The study was performed among women, 15 to 49 years old. A face-to-face interview with sociodemographic, clinical and behavioral data was performed. A blood sample was collected for HIV, HBV, HCV and syphilis tests; genital specimens were collected for Pap smear, Gram stain and culture, and a sample of urine was collected for PCR-*Chlamydia tracomatis*. The statistical analysis used descriptive methods and multivariate methods. This study was submitted and approved by Ethics committee from Federal University of Espírito Santo State.

Results: During the study, 300 women were included. Median age was 30.0 (interquartile range (IQR) 24; 38) years old; mean age of the first intercourse was 17.3 (SD 3.6) years and mean age of first pregnancy was 19.2 (SD 3.9) years. About 70% of them had up to 8 years of education; 5.0% reported previous STD; 8.0% illicit drug use and 11.0% rape. Only 23.7% reported consistent condom use. Clinical problems reported: genital ulcer (3.0%); dysuria (7.7%); vaginal discharge (46.6%); itching (20.0%) and pelvic pain (18,0%). Previous HIV test was reported by 46.3% and 15.3% had never been submitted of Pap smear. The prevalence of infections were: *Chlamydia tracomatis* was 7.4%; gonorrhoea 2.0%; trichomoniasis 2.0%; vaginosis 21.3%; candidiasis 9.3%; HPV-related cytological changes 3.3%; syphilis 3.0%; HIV 0.3%; HBV 0.7% and HCV 1.7%.

Conclusions: Women are vulnerable population related to sexuality. They do not feel themselves at risk for STD and they do not protect themselves. These results

found high frequency of STD and show the needs for prevention measures, including, among others, screening for STD and programs of risk reduction.

Key words: Women, prevalence, STD, AIDS, risk behaviors, reproductive health .

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
Anti-HBs	Anticorpo de Superfície da Hepatite B
Anti-HCV	Anticorpo de Superfície da Hepatite C
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CNDST/ AIDS	Coordenação Nacional de DST/AIDS
CT	<i>Chlamydia trachomatis</i>
DIQ	Distância Interquartil
DIPA	Doença Inflamatória Pélvica Aguda
DP	Desvio Padrão
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EIA	Ensaio imunoenzimático
ELISA	Enzyme-linked Immunosorbent Assay
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FTA-abs	Teste de Absorção de Anticorpo Treponêmico Fluorescente
GC	Gonococo
HbsAg	Antígeno de superfície da Hepatite B
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus Papiloma Humano
HTLV1	Vírus Linfotrófico Humano Tipo 1
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
IC	Intervalo de Confiança
IFD	Imunofluorescência Direta

IFI	Imunofluorescência Indireta
IQR	Distância Interquartil
STI	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LCR	Reação em Cadeia da Ligase
MEIA	Enzimaimunoensaio de Micropartículas
MPS	Mulheres Profissionais do Sexo
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPD	Orto-fenilenodiamina
OR	<i>Odds ratio</i>
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
RIFI	Reação de Imunofluorescência Indireta
RPR	Rapid Plasma Reagin
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TPHA	Teste de Hemaglutinação Passiva
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UBASF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UG	Uretrite gonocócica
US	Unidade de Saúde
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

Quadro 1:	Principais agentes patógenos de DST e respectivas doenças e síndromes a eles atribuídas.....	23
Figura 1:	Padrão de distribuição de DST na população	24
Tabela 1:	Número de casos de DST notificados por ano. Brasil, 1998-2003	26
Tabela 2:	Casos de DST notificados por região. Brasil, 1996-2003	26
Tabela 3:	Taxas de Prevalência da Infecção pela <i>Chlamydia trachomatis</i> em mulheres brasileiras relatadas na literatura científica	27
Tabela 4:	Taxas de prevalência de Gonorréia em mulheres brasileiras relatadas na literatura científica	29
Tabela 5:	Taxas de prevalência de tricomoníase em mulheres brasileiras relatadas literatura científica	30
Tabela 6:	Dados sócio-demográficos das 300 mulheres, de 15 a 49 anos, residentes na região de Maruípe, Vitória	52
Tabela 7:	História Clínica das 300 mulheres, de 15 a 49 anos residentes na região de Maruípe, Vitória	53
Tabela 8:	História Ginecológica e Obstétrica das 300 mulheres, de 15 a 49 anos, residentes na região de Maruípe, Vitória	54
Tabela 9:	Dados clínicos das 299 mulheres de 15 a 49 anos, residentes na região de Maruípe, Vitória	55

Tabela 10:	Prevalência das DST nas 299 mulheres de 15 a 49 anos, residentes na região de Maruípe, Vitória.....	56
Tabela 11:	Proporção de comportamentos de risco relacionados às DST e associação destes com infecção cérvico-vaginal	57
Tabela 12:	Proporção de sinais e sintomas clínicos relacionados às DST e associação destes com infecção cérvico-vaginal	58
Tabela 13:	Análise multivariada de fatores independentemente associados com infecção cérvico-vaginal em mulheres, de 15 a 49 anos, residentes na região de Maruípe, Vitória.....	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 CONCEITO	22
2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS	24
2.3 CONTROLE DAS DST	32
2.4 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E CONTROLE DAS DST.....	33
3 OBJETIVOS	35
3.1 OBJETIVO GERAL	35
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
4 METODOLOGIA	36
4.1 CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA.....	36
4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	36
4.3 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA.....	37
4.4 COLETA DE DADOS	37
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	49
5 RESULTADOS	51
5.1 TAXA DE PARTICIPAÇÃO	51
5.2 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	51

5.3 HISTÓRIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA	51
5.4 PERFIL CLÍNICO E GINECOLÓGICO	52
5.5 DADOS DO EXAME CLÍNICO	55
5.6 PREVALÊNCIA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	56
5.7 COMPORTAMENTOS DE RISCO E SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS RELACIONADOS ÀS DST E ASSOCIAÇÃO DESTES COM A INFECÇÃO CÉRVICO-VAGINAL	56
5.8 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA.....	59
6 DISCUSSÃO	60
7 CONCLUSÃO	74
8 REFERÊNCIAS	75
ANEXOS	91

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as mulheres conseguiram introduzir na agenda política nacional e internacional, os problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Essas questões vêm sendo tratadas no contexto dos direitos humanos e se reivindica dos governos a garantia das condições para o exercício pleno desses direitos. Do ponto de vista da saúde reprodutiva, nos anos 80, dois fatos foram particularmente marcantes: a drástica mudança no padrão de procriação e o aparecimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (AQUINO, 1995). Articulando-se esses dois fatos marcantes da década, conforma-se um quadro de saúde em que ganham relevância os aspectos relacionados à sexualidade e aos efeitos da contracepção, em substituição àqueles relativos à concepção, à gravidez e ao parto (AQUINO et al., 1999). Após o advento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) o controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST) começou a ser considerado prioritário, pois foi visto que a prevenção e o controle dessas infecções representam oportunidades únicas de melhorar a saúde reprodutiva da mulher (WASSERHEIT, 1998).

Cabe, neste momento, comentar sobre a nomenclatura utilizada para a denominação das infecções sexualmente transmissíveis. Embora, internacionalmente, já se tenha adotado a utilização do termo infecção, de maneira geral, no Brasil, ainda é utilizado o termo doença (“doenças sexualmente transmissíveis”), conforme preconizado pelo Programa Nacional de DST e AIDS. Adotou-se, portanto, nesta dissertação a sigla DST para indicar tanto as infecções como as doenças transmitidas sexualmente.

As seqüelas das DST acarretam sérios problemas na saúde reprodutiva. As afecções resultam da propagação dos patógenos do sítio inicial da infecção para outra parte do aparelho reprodutor ou do corpo. Algumas infecções de transmissão sexual são uma ameaça para a fertilidade de mulheres, pois seus patógenos migram da parte inferior do aparelho reprodutor para a superior, causando a doença inflamatória pélvica aguda (DIPA), dor pélvica crônica e esterilidade. As infecções pela *Chlamydia tracomatis* e a gonorréia são as principais causas das DIPA (RICE; SCHACHTER, 1991; WESTROM; MARDH, 1999).

A prevalência elevada de DST entre as mulheres nos países em desenvolvimento indica a necessidade de expansão dos métodos de detecção (WILKINSON et al., 1997; TEMMERMAN et al., 1998). Existem presentemente poucos dados sobre a prevalência de DST no Brasil, principalmente entre as mulheres usuárias de unidades de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF). No entanto, a crescente importância da transmissão heterossexual da aids no Brasil sugere a necessidade de se obterem dados epidemiológicos em uma variedade de populações para se determinarem estratégias de intervenção mais apropriadas (GIFFIN; LOWNDES, 1999).

O estudo de prevalência das DST em mulheres é de grande importância para se conhecer o perfil epidemiológico, a extensão do problema nesta população e gerarem dados que possam ser utilizados na implementação de programas de prevenção e assistência. O presente trabalho apresenta os resultados de um estudo epidemiológico efetuado em usuárias de uma unidade de saúde da família mantida pelo sistema público de saúde. Neste estudo as infecções

cérvico-vaginais por *Chlamydia trachomatis* e/ou *Neisseria gonorrhoeae* e/ou *Trichomonas vaginalis*, foram utilizadas como marcadores para a presença de associação entre comportamento de risco e presença de alguma DST.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONCEITO

As DST são doenças infecto-contagiosas que se transmitem de pessoa a pessoa predominantemente por contato sexual. Atualmente mais de 20 patógenos transmissíveis por contato sexual são conhecidos. Alguns desses patógenos como a *Chlamydia tracomatis* e agentes virais, estão substituindo as doenças bacterianas clássicas (sífilis, gonorréia, cancro mole, donovanose e linfogranuloma venéreo) tanto em importância quanto em frequência. Esses agentes, considerados como a segunda geração das DST, frequentemente, são mais difíceis de identificar, tratar e controlar podendo causar sérias complicações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986; NIAID, 1992).

A multiplicidade de quadros imputáveis a um mesmo agente ou processos semelhantes devidos a agentes diversos resultaram em um sistema complexo de classificação das DST. Tendo em vista a importância da caracterização epidemiológica da transmissão via contato sexual, parece mais adequado classificá-las em função do agente etiológico principal e das síndromes e complicações causadas (PASSOS, 2005). A classificação de Holmes et al. (1990) adaptada apresenta-se resumida no Quadro 1.

AGENTES	DOENÇAS/SÍNDROMES
VÍRUS	
<i>Herpes simplex</i>	Herpes genital primário ou recorrente; meningite asséptica; herpes neonatal; aborto espontâneo; parto prematuro.
Vírus da Hepatite B	Hepatite aguda, crônica ou fulminante; associação com fenômeno imunocomplexo; seqüelas tardias como carcinoma hepatocelular primário.
Vírus da hepatite A	Hepatite A (transmissão sexual entre homossexuais)
<i>Papovavírus</i>	Condiloma acuminado; lesões papulares e maculares (flat); papiloma laríngeo do infante; displasia cervical; carcinoma de colo do útero.
Vírus do molusco contagioso	Molusco contagioso genital
<i>Citomegalovírus</i>	Problemas graves do parto; mortalidade do recém-nascido; danos da cognição (retardo mental, surdez neurossensorial); mononucleose infecciosa heterófilo-negativa; cervicite?
BACTÉRIAS	
<i>Mycoplasma hominis</i>	Febre pós-parto; salpingite.
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Uretrite; corioamnionite; baixo peso ao nascer.
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> e <i>Chlamydia tracomatis</i>	Uretrite; epididimite; cervicite; proctite; faringite; conjuntivite; endometrite; peri-hepatite; síndrome da infecção amniótica; bartolinite; parto prematuro; salpingite e seqüelas correlatas (infertilidade, gravidez ectópica, salpingite recorrente).
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Vaginite não específica
<i>Haemophilus ducreyi</i>	Cancro mole
<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>	Donovanose
<i>Shigella sp</i>	Shigelose (transmissão sexual entre homossexuais)
<i>Salmonella sp</i>	Salmonelose (transmissão sexual entre homossexuais)
<i>Campylobacter foetus</i>	Enterite e proctite entre homossexuais
<i>Streptococcus do grupo B</i>	Síndromes precoces e tardias com septicemia e meningite neonatais
FUNGOS	
<i>Candida albicans</i>	Vulvovaginite; balanite; balanopostite.
PROTOZOÁRIOS	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	Vaginite; uretrite.
<i>Entamoeba histolytica</i>	Amebíase (transmissão sexual entre homossexuais).
<i>Giardia lamblia</i>	Giardiase (transmissão sexual entre homossexuais).
ECTOPARASITAS	
<i>Phthirus púbis</i>	Pediculose do púbis.
<i>Sarcoptes scabiei</i>	Escabiose

Quadro 1: Principais agentes patógenos de DST e respectivas doenças ou síndromes a eles atribuídos

Fonte: Holmes et al., 1990.

2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

A falta de informação adequada e atualizada prejudica os esforços para o controle das DST. O resultado final da falta de informação é a falta de visibilidade do problema das DST, que tem como conseqüência o desinteresse dos profissionais de saúde e das autoridades de saúde pública.

Cada agente etiológico de DST apresenta características "ecológicas", que determinam seu padrão de distribuição numa população. De um modo geral, esse padrão tende a se repetir na maioria das populações (Figura 1).



Figura 1: Padrão de distribuição de DST na população.

Fonte: Passos, 2005.

Existem organismos que tendem a ser mais prevalentes e ter distribuição difusa, como o Papilomavírus humano (HPV) e Herpes simples vírus 2 (HSV 2), e outros que tendem a ser menos prevalentes e ter uma distribuição mais localizada na população, como as bactérias causadoras do cancro mole e do linfogranuloma venéreo. Outros agentes têm prevalência e distribuição intermediárias, como as bactérias causadoras da gonorréia, sífilis e infecção por clamídia (PASSOS, 2005).

Embora os dados de notificação de DST não sejam comparáveis e a subnotificação seja grande, eles são muito importantes para planejamento de recursos para o sistema de

saúde – tanto no âmbito nacional como para os próprios serviços que os produzem. Colaboram, ainda, possibilitando a geração de estimativas de incidência e prevalência globais, como será discutido mais adiante (PASSOS, 2005). Em nosso país, a despeito da proibição legal, é comum a venda de antibióticos a pessoas com DST nos balcões das farmácias (RAMOS et al., 2004).

Outra falha no sistema, é que a rede privada de assistência não se insere nos esforços de notificação. Estudos internacionais de captura e recaptura que usam várias fontes, cruzando a mesma informação, mesmo em países de alta renda, demonstraram a ocorrência de subnotificação na rede privada (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC), 2002). Além do prejuízo para o entendimento da real magnitude das DST no Brasil, são bem conhecidas as conseqüências do atendimento informal: tratamento inadequado; ausência de aconselhamento, de investigação de outras DST e de avaliação e tratamento dos parceiros sexuais. As complicações traduzem-se em seqüelas físicas e psicológicas e elevados custos diretos e indiretos. Deve-se ainda lembrar que as DST são consideradas o principal fator facilitador da transmissão sexual do HIV (PASSOS, 2005).

A partir de 2000, o Programa de DST/AIDS do Ministério de Saúde estabeleceu um sistema de vigilância das DST de notificação não-compulsória de determinadas doenças específicas e síndromes consideradas de interesse nacional. Atualmente há apenas duas DST de notificação compulsória: sífilis congênita e AIDS. Este sistema está vinculado ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e sua principal característica é a facilidade de preenchimento. O número de casos de DST notificados ao SINAN por causa e ano, de 1998 a 2003 estão descritos na Tabela 1. Na Tabela 2 encontram-se descritas as causas distribuídas por região, de 1996 a 2003.

Tabela 1: Número de casos de DST notificados por ano. Brasil, 1998-2003

DST	1998	1999	2000	2001	2002	2003
CERVICITES	373	6.893	24.703	32.212	66.511	223.682
HPV	1.867	5.941	15.852	15.570	13.994	20.585
HERPES	172	790	2.131	2.204	1.781	2.686
SÍFILIS	2.395	11.496	15.968	13.138	12.046	12.242
ÚLCERA GENITAL	101	1.083	2.696	2.861	2.138	2.148
URETRITES	2.075	10.940	21.974	19.188	15.825	11.745
SÍFILIS CONGÊNITA	3.868	4.366	4.201	3.984	3.710	3.085
TOTAL	10.851	41.509	87.811	88.489	118.007	278.176

Fonte: Brasil, 2005

Tabela 2: Casos de DST notificadas por região. Brasil, 1996-2003

DST	Sífilis	Herpes	HPV	Úlcera genital	Cervicites	Total
Região Norte	10.230	2.311	12.810	2.052	103.193	130.596
Região Nordeste	30.388	5.753	38.526	6.908	190.428	272.003
Região Centro-Oeste	9.627	2.808	20.978	2.640	80.484	116.537
Região Sudeste	26.237	3.004	17.813	2.774	56.586	106.414
Região Sul	11.530	1.576	10.240	1.863	112.296	137.505
Brasil	88.012	15.452	100.367	16.237	542.987	763.055

Fonte: Brasil, 2005

As freqüências de DST evidenciada nos dados provenientes do SINAN são menores do que as estimativas realizadas pelo Programa Nacional de DST e Aids (BRASIL, 2005) o que mostra a presença de sub-notificações.

Além dos dados de notificação do SINAN, a prevalência de DST pode ser estimada na população através dos artigos publicados por pesquisadores brasileiros na literatura científica e indexados nas bases de dados LILACS e PUBMED. Nas Tabelas a seguir estão descritos os dados sobre prevalência de infecções cérvico-vaginais no Brasil, segundo o agente etiológico (Tabelas 3, 4 e 5).

Tabelas com as prevalências de outras DST (Colpíte Bacteriana, Candidíase, Sífilis, infecções pelo HPV, HIV, HBV, e HCV) foram incluídas no ANEXO D.

Tabela 3: Taxas de prevalência da infecção pela *Chlamydia tracomatis* em mulheres brasileiras relatadas na literatura científica

PREVALÊNCIA	AUTOR	N	ANO	LOCAL	POPULAÇÃO	MÉTODO DIAGNÓSTICO
52,9%	Ishak et al.	97	1988	Belém/PA	Grupo populacional	IFI (IgG)
82,4%		84		Serra Norte/PA	Baixo estatus sócio-econôm.	
77,8%		76		Comunidade Xicrim/PA	Índios Xicrins (Mista: homens e mulheres)	
100%	Caterino de Araújo et al.	45	1990	São Paulo/SP	Prostitutas	ELISA/ IFI
33,3	Ishak et al.	583	1993	Belém/PA	Grupos populacionais	Cultura/ IFI
18,0%	Gonçalves Raddi et al.	142	1993	Araraquara/SP	Ambulatório ginecologia	Cultura endocérvice
4,0%	Passos et al.	50	1994	Porto Alegre/RS	Mulheres assintomáticas não promíscuas	IFD
11,7%	Passos et al.	60	1994	Porto Alegre	Mulheres assintomáticas promíscuas	IFD
4,0%	Passos et al.	186	1995	Porto Alegre/RS	Planejamento Familiar	IFD
9,0%	Amaral et al.	122	1995	São Paulo/SP	Pré-natal	ELISA
2,1%	Simões; Giraldo; Faundes	328	1998	Campinas/SP	Pré-natal	IFD ¹
6,6%	Faundes et al.	407	1998	Campinas/SP	Planejamento familiar	IFD
8,4%	Moherdau et al.	348	1998	Multicentrico ²	Clínica de DST	IFD
11%	Miranda et al.	118	1998	Vitória/ES	Penitenciária feminina	ELISA
7,3%	Giffin, Lowndes	716	1999	Rio de Janeiro/RJ	Ambulatório de ginecologia	Colpocitologia
12,6%		151			Pré-natal	
8,5%	Lowndes et al.	796	1999	Rio de Janeiro/RJ	Ambulatório ginecologia	IFD/ELISA
4,7%	Bastos et al.	225	2000	Rio de Janeiro/RJ	Centro Trat de Usuár de Drogas	PCR urina
4,3%		30			Mulheres usuárias de drogas	

Continua

Continuação

PREVALÊNCIA	AUTOR	N	ANO	LOCAL	POPULAÇÃO	MÉTODO DIAGNÓSTICO
8,9%	Melles et al.	189	2000	São Paulo/SP	Ambulatório ginecologia	Cultura endocérvice
18,5%	Varella et al.	108	2000	Barra do Pirai/RJ	Ambulatório ginecologia	ELISA
48,6%	Oliveira et al.	2086	2001	Belém/PA	Indígenas	ELISA/IFI
5,0%	Frias et al.	100	2001	Teresópolis/RJ	Clínica particular	ELISA
0,06%	Simões-Barbosa	142158	2002	Brasília/DF	Ambulatório ginecologia	Colpocitologia
11,4%	Codes et al.	202	2002	Salvador/BA	Planejamento familiar	LCR urina
3,2%	Bastos et al.	123	2002	Rio de Janeiro/RJ	Clínica particular	ELISA
20,2%	Smith et al.	173	2002	São Paulo/SP	Paciente Grupo controle	MIF
38,0%		137		Ambulatório CA	Pac. Carcinoma escamoso	(microimunofluorescência)
30,8%		13		cervical	Pac. Adenocarcinoma	PCR endocervical
19,6	Araújo et al.	296	2002	Goiania/GO	Ambulatório ginecologia	PCR endocervical
7,1%	Benzaken et al.	147	2002	Manacapuru	Profissionais do sexo	IFI
14,7%	Ramos et al.	68	2002	Porto Alegre/RS	Gestantes	PCR urina
4,2%		72		Ambulatório ginecologia		
0,6%	Ramos et al.	161	2003	Porto Alegre/RS	PSF	PCR urina
19,4%	Smith et al.	180	2004	São Paulo/SP	Mulheres controle	Microimunofluorescência (IFI)
28,6%		14		Mulheres c/ Adenocarcinoma		
37,4		155		Mulheres c/ Carc. Escamoso Invasivo		
6,0%	Soares et al.	341	2003	Maceió/Al	Comunidade rural	Captura híbrida
20,7%	Santos et al.	121	2003	Manaus/AM	Clínica de DST	PCR endocervical
12,2%	Miranda et al.	320	2004	Vitória/ES	Adolescentes	LCR
11,0%	Martins et al.	630	2004	Fortaleza/CE	Gestantes	PCR endocervical
6,4%		389		Aracati/CE		
14,5%	Cortes et al.	427	2005	Goiania/GO	Adolescentes	PCR endocervical

Nota: 1- IFD = imunofluorescência direta; 2. Estudo multicêntrico: Manaus, Recife, Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre; PSF = programa da Saúde da Família; 4. LCR = Reação em cadeia da ligase; 5. PCR = Reação em cadeia da protease.

Tabela 4: Taxas de prevalência de gonorréia em mulheres brasileiras relatadas na literatura científica

PREVALÊNCIA	AUTOR	N	ANO	LOCAL	POPULAÇÃO	MÉTODO DIAGNÓSTICO
21,1%	Bestane et al.	538	1978	Santos/SP	Ambulatório ginecologia	Bacterioscopia- Gram
2,9%	Gonçalves et al.	10559	1984	Santos/SP	Ambulatório ginecologia	Gram/Cultura
9,5%	De Carli et al.	200	1987	Porto Alegre/RS	Clínica de DST	Cultura(Thayer Martin)
2,0%	Passos et al.	50	1994	Porto Alegre/RS	Mulheres assintomáticas não promíscuas	Cultura(Thayer Martin)
8,33%	Passos et al.	60	1994	Porto Alegre/RS	Mulheres assintomáticas promíscuas	Cultura(Thayer Martin)
12,9	Gir et al.	88	1994	Ribeirao Preto/SP	Mulheres com HIV/AIDS (16,9% da amostra)	Não especificado
0%	Faundes et al.	407	1998	Campinas/SP	Planejamento familiar	Cultura(Thayer Martin)
7,6%	Miranda	118	1998	Vitoria/ES	Presidiárias	Cultura/Bacterioscopi - Gram
7,2%	Moherdau et al.	334	1998	Multicentrico ²	Clínica de DST	Bacterioscopia-Gram/ Cultura
4,7%	Bastos et al.	225	2000	Rio de Janeiro/RJ	Centro Trat. Usuár. Drogas	PCR urina
4,3%		30			Mulheres usuárias drogas	
0,5%	Codes et al.	202	2002	Salvador/BA	Planejamento familiar	LCR
1,5%	Ramos et al.	68	2002	Porto Alegre/RS	Gestantes adolescentes	PCR urina
5,6%	Ramos et al.	72	2002	Porto Alegre/RS	Ambulatório de ginecologia	PCR urina
8,0%	Cook et al.	200	2004	Rio de Janeiro/RJ	Clínica de DST	PCR endocervical
1,9%	Miranda et al.	320	2004	Vitória/ES	Adolescentes do sexo feminino	LCR
6,0%	Soares et al.	341	2003	Maceió/AL	Comunidade rural	LCR
0,6%	Ramos et al.	161	2003	Porto Alegre/RS	Mulheres residentes em vila popular	PCR urina
1,3%	Martins et al.	630	2004	Fortaleza/CE	Gestantes	PCR endocervical
1,3%		389		Aracati/CE		

Nota: Estudo multicêntrico: Manaus, Recife, Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre; PSF = programa da Saúde da Família; LCR = Reação em cadeia da ligase; PCR = Reação em cadeia da protease.

Tabela 5: Taxas de prevalência de tricomoníase em mulheres brasileiras relatadas na literatura científica

PREVALÊNCIA	AUTOR	N	ANO	LOCAL	POPULAÇÃO	MÉTODO DIAGNÓSTICO
11,5%	Gonçalves et al.	10559	1984	Santos/SP	Ambulatório de ginecologia	Microscopia à fresco
15,5%	Aleixo Neto et al.	194	1987	Belo Horizonte/MG	Mulheres usuárias de DIU	Colpocitologia
8,1%					Mulheres usuárias de Anticoncepcional Oral	
37,5%	De Carli et al.	200	1987	Porto Alegre/RS	Clínica de DST	Cultura(Diamond) Exame Direto
4,8%	Brito et al.	69	1996	Itupiranga e Jacundá/PA	Mulheres da Tribo indígena Parakanã	Colpocitologia
2,1%	Simões; Giraldo; Faundes	328	1998	Campinas	Gestantes	Bacterioscopia-Gram
2,2%	Faundes et al.	407	1998	Campinas	Planejamento familiar	IFD
17,9%	Moherdau et al.	334	1998	Multicentrico ²	Clínica de DST	Bacterioscopia-Gram/Exame Direto
29,7%	Miranda et al.	118	1998	Vitória/ES	Presidiárias	Colpocitologia
3,5%	Murta et al.	396	2000	Uberaba/MG	Mulheres com citologia sem evidências de HPV	Colpocitologia
2,3%	Murta et al.	390	2000	Uberaba/MG	Mulheres com citologia com evidências de HPV	Colpocitologia
10%	Adad et al.	880	2001	Uberaba/MG	Amb. Ginecologia (1968)	Colpocitologia
17,3%		3026			(1978)	
9,8%		6825			(1988)	
3,4%		9625			(1998)	
3,3%	Lourenço et al.	180	2001	Araraquara/SP	Ambulatório de Ginecologia	PCR
23,1%	Benzaken et al.	147	2002	Manacapuru/AM	Profissionais do sexo	Microscopia à fresco/Bacterioscopia-Gram/Colpocitologia/Test e das amins
7,3	Simões-Barbosa	142158	2002	Brasília/DF	Ambulatório ginecologia	Colpocitologia

Continua

Continuação

PREVALÊNCIA	AUTOR	N	ANO	LOCAL	POPULAÇÃO	MÉTODO DIAGNÓSTICO
10%	Soares et al.	341	2003	Maceió/AL	Comunidade rural	Bacterioscopia/Exame Direto
6,0%	Lobo et al.	1008	2003	Brasília/DF	Ambulatório de Ginecologia	PCR
5,95%						Colpocitologia
4,8%						Cultura (TYM)
3,96%						Exame Direto (Wet Mount test)
3,7%	Da Silva Filho	216	2004	Rio de Janeiro/RJ	Gestantes	Microscopia à Fresco
2,7%	Da Silva Filho	216	2004	Rio de Janeiro/RJ	Gestantes	Colpocitologia
5,6%	Benzaken et al.	250	2004	Alto Solimões/AM	Gestantes	Microscopia á fresco
6,2%	Martins et al.	630	2004	Fortaleza/CE	Gestantes	Microscopia à Fresco
4,2%		389		Aracati/CE		Bacterioscopia-Gram

2.3 CONTROLE DAS DST

O controle das DST, assim como qualquer processo de controle de epidemias baseia-se em dois princípios básicos: interromper a cadeia de transmissão e prevenir novas ocorrências. As intervenções de controle buscam preservar a estrutura de saúde individual e coletiva com foco na cadeia de transmissão no sentido de reduzir os riscos de infecção, o período de transmissibilidade dessas doenças, a redução dos sinais e sintomas e a prevenção de complicações físicas e psíquicas (PLUCIENNIK, 1998).

Dentre as estratégias para o controle das DST estão a prevenção, a detecção de casos e o tratamento imediato dos mesmos. A detecção dos casos assintomáticos e sintomáticos deve ser priorizada e o rastreamento das DST assintomáticas, especialmente sífilis, gonorréia, clamídia e AIDS em serviços que executam atendimento ginecológico são de fundamental importância para o controle das DST. O tratamento imediato, ou seja, no momento da consulta, deve ser preconizado, dando-se preferência às medicações por via oral e em dose única ou com o menor número possível de doses. Deve-se ainda incluir a coleta de material que possibilite a realização do diagnóstico etiológico em laboratório (BRASIL, 1999).

O impacto das DST sobre a saúde individual e coletiva se manifesta na forma de esterilidade, aborto, prematuridade, morbidade perinatal, mortalidade infantil, doenças neurológicas e do sistema imunológico, entre outras. Além disso, vale ressaltar a participação da infecção pelo HPV na gênese do câncer cervical, a relação do vírus da hepatite B com o câncer hepático e também a interação do vírus

da hepatite B com o vírus HIV favorecendo a aceleração do desenvolvimento da AIDS (BAGNOLI et al., 1998).

2.4 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E CONTROLE DAS DST

A estratégia do programa da saúde da família (PSF) no Brasil foi iniciada em junho de 1991 com a implantação do programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras equipes de saúde da família incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários. O principal propósito do PSF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2003).

Em 1998, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória iniciou a implantação do programa da saúde da família (PSF) como estratégia da atenção primária em saúde. Esta iniciativa tem sido muito importante e tem ocasionado uma grande melhoria na saúde pública do município. Contudo, os profissionais médicos que compunham as equipes de saúde da família, não possuíam em sua maioria, formação generalista.

Para garantir a qualidade na implantação, implementação e manutenção do PSF houve a necessidade de instituir um programa permanente de aperfeiçoamento da prática clínica dos profissionais inseridos no PSF.

Nesse contexto teve início em 2001 o Programa de Educação Permanente do PSF-PEP para os médicos de família do município de Vitória, com equipes formadas por dois ginecologistas e obstetras, um pediatra e um clínico, em cada região de saúde. Esta estratégia permitiu a realização deste estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer o padrão de comportamento e os aspectos relacionados à saúde reprodutiva e correlacionar os comportamentos de risco e sinais e sintomas clínicos com a infecção cérvico-vaginal em mulheres, de 15 a 49 anos, que habitam a região de Maruípe em Vitória, Espírito Santo a fim de elaborar estratégias de prevenção e assistência direcionadas a esta população.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) caracterizar o comportamento feminino relacionado à sexualidade, contracepção, uso de drogas e álcool;
- b) estimar a prevalência de infecções cervico-vaginais (infecção pela *Chlamydia trachomatis*, gonorréia, tricomoníase, vaginose bacteriana, candidíase);
- c) descrever a frequência encontrada de infecção pelo HIV, HPV, sífilis, hepatites B e C nesta população;
- d) identificar os determinantes das infecções cérvico-vaginais.

4 METODOLOGIA

Os dados foram obtidos a partir de um estudo transversal, quantitativo, com uma amostra representativa de mulheres, de 15 a 49 anos, residentes na região de Maruípe. O projeto foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) Maria Rangel dos Passos (Unidade de Saúde de Consolação), da rede pública municipal de Vitória, no Território de Consolação, Região de Maruípe, Vitória, ES no período de julho de 2003 a março 2004 (ANEXO A, Regiões de saúde da Grande Vitória).

4.1 CONSTITUIÇÃO DA AMOSTRA

População de Referência: População de mulheres cadastradas para atendimento na unidade de saúde do bairro de Consolação, Vitória-ES.

População de estudo: Mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos que já tinham iniciado a atividade sexual.

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

- a) inclusão: foram incluídas no projeto mulheres com as características da população de estudo e que concordaram em participar do mesmo;
- b) exclusão: foram excluídas as mulheres que tinham sido submetidas a exame ginecológico há menos de um ano e que tinham história de tratamento recente (nos últimos três meses) para DST.

4.3 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

O tamanho da amostra para se obter a prevalência de DST foi estimado considerando-se a realização de um estudo descritivo, onde a variável dependente é qualitativa e dicotômica.

O cálculo do tamanho da amostra foi feito levando-se em consideração um intervalo de confiança de 95% para um teste bicaudal, assumindo-se que a frequência de DST esperada em mulheres atendidas em ambulatório de ginecologia e obstetrícia seja de 3%, variando $\pm 2\%$. Essa estimativa foi feita baseada na prevalência de infecção pela *Chlamydia trachomatis* encontrada em dados de estudos de prevalência de infecções genitais realizados no Brasil. Foi utilizado o programa Epi Info 2000 para a execução do cálculo da amostra. O tamanho da amostra necessário foi de 279 mulheres, mas foram entrevistadas 300 mulheres.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada em consultório ginecológico, onde também foram realizadas as colposcopias e as biópsias de colo uterino, quando necessárias. Todas as participantes do estudo foram entrevistadas e examinadas de forma padronizada pela autora do estudo, seguindo os procedimentos que serão descritos a seguir:

- a) entrevista: foi utilizada uma entrevista padronizada e validada para atender aos objetivos deste estudo, englobando dados sócio-demográficos (idade, grau de escolaridade, etnia, profissão, estado civil), dados clínicos (início da atividade sexual, história de gravidez e abortos, paridade, história pregressa de DST, cirurgias ginecológicas ou cauterizações, sintomas atuais) e comportamentos de

risco para DST (história de transfusão sangüínea, uso de drogas, prostituição, uso de preservativos, número de parceiros sexuais) e do parceiro sexual atual (transfusão sangüínea, uso de drogas injetáveis, múltiplos parceiros sexuais, bissexualidade, parceiro estável ou permanente ou contato sexual ocasional, prisão ou confinamento) obtidos através das informações fornecidas pela participante do estudo (ANEXO B);

b) exame clínico e ginecológico

Foram padronizados: exame detalhado para a pesquisa de alterações clínicas em mamas, abdome e órgãos genitais externos e internos que se constituiu dos seguintes passos:

i) exame clínico de mamas

Foi realizada a ectoscopia estática e dinâmica, palpação da região axilar e da região supra e infra-clavicular, a palpação das mamas e a expressão mamilar bilateralmente;

ii) exame de abdome

Foram feitas a inspeção, a percussão e a palpação superficial e profunda do abdome;

iii) exame ectoscópico da vulva

Foram realizadas inspeções desarmadas, observando a morfologia dos genitais, o trofismo, a presença ou não de lesões e a distribuição dos pêlos. A inspeção do vestíbulo foi feita tracionando os grandes e os pequenos lábios para baixo e para trás, observando-se a coloração, o trofismo, a amplitude e

a presença ou ausência dos orifícios glandulares que se abrem no vestíbulo (glândulas para uretrais, glândulas de Skene e glândulas de Bartholin);

iv) introdução do espéculo vaginal

Permitiu o afastamento das paredes vaginais, para a visualização do colo do útero e do conteúdo vaginal.

v) exame do colo uterino e vagina

Após colocação do especulo vaginal, sem lubrificante, expôs-se a cérvix e fundos de saco vaginais. O conteúdo vaginal, se existente, era analisado quanto as suas características físicas (cor, consistência, pH e presença de bolhas gasosas);

vi) Teste da fita de pH

O pH vaginal foi determinado utilizando-se o papel indicador Universalindikator do Laboratório Merck (pH 0 – 14). A fita de pH não teve decimal portanto foi usado o pH 5 como limite de positividade;

vii) Teste das aminas (KOH)

Com a espátula de Ayre colheu-se do fundo de saco vaginal pequena amostra de material que foi depositado no centro de uma lâmina de vidro, onde se acrescentou uma gota de solução de KOH a 10%. O teste foi considerado positivo quando houve produção de aminas voláteis (putrescina, cadaverina e trimetilamina) com odor de pescado quando em contato com o hidróxido de potássio a 10%.

O diagnóstico de vaginose bacteriana foi considerado positivo, quando o teste das aminas foi positivo, para efeito de início do tratamento. A positividade se confirmou diante da presença de pelo menos dois dos critérios de Amsel et al. (1983) (*clue cells* na bacterioscopia pelo Gram ou na citologia; teste das aminas positivo; PH vaginal > 4,5; e fluxo vaginal espesso e homogêneo) e cultura;

viii) coleta de espécime de endocérvice para cultura;

ix) coleta de espécime de endocérvice para bacterioscopia;

x) coleta de espécime de ectocérvice para citologia

Procedeu-se à coleta de conteúdo vaginal com espátula de Ayre e este material foi distendido em lâmina de vidro devidamente identificada. Durante essa coleta reconheceram-se os deslocamentos da JEC, quer no sentido da endocérvice, quer no sentido da ectocérvice, caracterizando-se genericamente as cervicites;

xi) coleta de espécime endocervical para citologia

Foi realizada com escova endocervical sendo o material distendido na parte livre da lâmina que continha o material de ectocérvice;

viii) Teste de Schiller

Depois de livre das secreções, o colo foi tocado com um chumaço de algodão embebido em solução de lugol. O colo normal adquiriu uma coloração marrom-cajú (marrom muito escuro, próximo do preto). Quando o epitélio se encontrava alterado por processos benignos ou malignos com

depleção glicogênica, apresentava zonas que não fixavam o lugol. Ao encontro de áreas iodo negativas cabe aprofundar a investigação diagnóstica;

ix) toque ginecológico

Terminada a inspeção, removeu-se o espécuro e fez-se o toque vaginal. Palpou-se o períneo para ver se havia roturas e lacerações, e em seguida palpou-se o colo e fez-se a palpação combinada onde a mão esquerda sobre o abdômen procurou prender o útero entre ambas as mãos para avaliar sua forma, posição, volume, superfície, contornos relação com os órgãos vizinhos e presença ou ausência de aderências. Os anexos foram palpados de modo semelhante;

c) exames laboratoriais

- i) citologia cérvico-vaginal (Papanicolaou): conforme descrito acima, foi utilizada a espátula de Ayre para a coleta do material da ectocérvice e escova endocervical para coleta de material da endocérvice. A fixação foi feita em etanol a 95% e a coloração pelo método de Papanicolau. O exame foi realizado por médico patologista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM). O laudo foi descrito de acordo com a classificação de Bethesda;
- ii) bacterioscopia: a coleta de material para exame bacterioscópico foi feita com *swab* de algodão estéril no fundo de saco vaginal em mulheres histerectomizadas e em região endocervical nas mulheres que possuíam útero. O exame bacterioscópico foi realizado por bioquímica do

Laboratório Central da Prefeitura Municipal de Vitória. Os esfregaços foram examinados em toda a sua extensão. O resultado descritivo foi categorizado com presença ou não de Gonococo, *Cândida albicans*, *Trichomonas vaginalis* e *Gardnerella vaginalis*. Considerou-se positivo para gonorréia o encontro de diplococos Gram negativos intra e/ou extra-celulares. Para candidíase considerou-se como bacterioscopia positiva o encontro de pseudo-hifas ou leveduras com brotamento. Para tricomoníase, a visualização do protozoário como célula com núcleo excêntrico, ligeiramente maior que um leucócito, podendo ou não apresentar visibilização do flagelo. Para o diagnóstico de *Gardnerella vaginalis*, a coloração de Gram é mais sensível e mais específica do que os preparados a fresco (OPLUSTIL, 2000). Considerou-se como bacterioscopia positiva para *Gardnerella vaginalis* o encontro de numerosos bacilos Gram-variáveis, citofílicos, associados ou não a bacilos Gram-variáveis curvos (*Mobiluncus*) e com rarefação ou ausência de lactobacilos (Doderlein);

iii) colposcopia

Foi realizada pela autora na Unidade de Saúde de Consolação nos casos de alterações citológicas (atipias escamosas de significado indeterminado, neoplasia intra-epitelial cervical e carcinoma *in situ*). Consistiu na observação colposcópica de colo, vagina, vulva e períneo, após a aplicação de soro fisiológico e solução aquosa de ácido acético a 5%, nova observação colposcópica após Teste de Schiller e biópsia dirigida quando foram observadas imagens atípicas que a justificassem;

iv) cultura

Não foi realizada a assepsia prévia na endocérvice para a coleta de material. Fizeram-se movimentos rotatórios com *swab* de algodão estéril na endocérvice. O *swab* com material coletado foi colocado em AMIES (meio para transporte de cultura: tubo de ensaio contendo um meio de transporte próprio, estéril, conservado em geladeira e retirado da mesma num intervalo de tempo superior a 1 hora antes da coleta do material). A seguir, o material foi conduzido ao setor de microbiologia do Laboratório Central da PMV onde foi imediatamente semeado em meio seletivo rico de Thayer Martin contendo vitaminas, cofatores e antibióticos, bem como em ágar sangue e ágar Sabouraud. O meio de Thayer Martin é recomendado para o isolamento de *Neisseria gonorrhoeae* em amostras clínicas que podem ter uma microbiota mista. O ágar sangue, que contém sangue humano, é recomendado para o isolamento de *Gardnerella vaginalis* porque além de promover um bom crescimento desse microorganismo permite observar a hemólise um marcador que permite o diagnóstico presuntivo (KONEMAN, 2001). O ágar Sabouraud é apropriado para o isolamento de *Candida*;

v) pesquisa de Clamídia

Uma amostra de 10 a 30 ml de jato urinário foi coletada em um frasco plástico estéril e sem conservantes. Foi recomendado que não houvesse higienização genital prévia e que um período mínimo de duas horas sem micção fosse respeitado. Os frascos foram fechados imediatamente, etiquetados, colocados em um pequeno saco plástico e refrigerados (2º a 8º C) em menos

de duas horas. As amostras não processadas no prazo máximo de uma semana foram congeladas a -18°C para processamento, em período sempre menor que 60 dias. As amostras foram analisadas em sistema semi-automatizado denominado COBAS Amplicor CT/NG (Roche Diagnostics, Branchburg, EUA) para detecção qualitativa *in vitro* de *Chlamydia trachomatis* conforme as instruções do fabricante. A cada rodada técnica foram incluídos controles externos com DNA sintético não infectante do agente infeccioso em estudo. Em cada amostra, foi realizada, ainda, uma reação de co-amplificação, servindo de controle interno da reação de PCR. Durante o processamento do material, houve adesão às normas padronizadas de biossegurança e foram observados os cuidados para evitar a contaminação cruzada das amostras. O exame foi realizado no Laboratório de Biologia Molecular do Núcleo de Doenças Infecciosas da UFES.

- d) sorologias para sífilis (VDRL e FTAabs), Hepatite B (HBsAg), Hepatite C (HCV), e HIV (ELISA e RIFI)

As amostras de sangue foram coletadas na unidade de saúde por técnica de enfermagem obedecendo às técnicas laboratoriais de rotina recomendadas pelo Ministério da Saúde. Em seguida foram enviadas ao Laboratório Central da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória para processamento e análise segundo as técnicas recomendadas;

- sorologia para sífilis

Foram considerados positivos para sífilis somente os resultados com VDRL positivo confirmados pelo FTA-abs.

Venereal Disease Laboratory Research (VDRL): O VDRL (LABORCLIN) é um teste de floculação em lâmina que é utilizado para determinar quantitativamente o título exato do anticorpo reagínico sérico. O título de reagina reflete a atividade da doença: os títulos de VDRL falso-positivos usualmente não ultrapassam 1:8, um aumento de quatro vezes ou mais no título pode ser observado durante a evolução e na sífilis primária, os títulos de VDRL 1:32 ou mais estão presentes na sífilis secundária, e uma queda persistente no título, após o tratamento de sífilis inicial, fornece a evidência essencial de uma resposta adequada à terapêutica. O teste foi repetido após diluição para exclusão do fenômeno pró-zona.

Fluorescent treponemal antibody absorption test (FTA-abs IgG): é uma reação que emprega a imunofluorescência indireta (*Treponema pallidum* morto + soro do paciente + anti-gamaglobulina humana marcada) e mostra excelente especificidade e sensibilidade para anticorpos contra o treponema. O soro do paciente é absorvido com espiroquetas de Reiter submetidas à vibração sônica antes do exame. A reação de FTA-abs é a primeira a se positivar na sífilis precoce e, geralmente, permanece positiva durante muitos anos após o tratamento eficaz da doença;

– Hepatite B

Hepatitis B surface antigen (**HBsAg**): O ensaio IMxHBsAg (laboratório ABBOTT) é um imunoenensaio enzimático de micropartículas (MEIA) de terceira geração para detecção do antígeno de superfície da hepatite B

no soro ou plasma humano. As amostras não reativas por este método são consideradas negativas para HBsAg. Uma amostra reativa deve ser analisada novamente pelo mesmo método ou confirmada por procedimentos de neutralização utilizando anti-HBs humano. A presença ou ausência de HBsAg é determinada pela comparação da leitura de formação de produto fluorescente com a leitura do ponto de corte, que se calcula a partir do valor do Calibrador MODE 1. Se a leitura da amostra é superior ou igual ao ponto de corte, a amostra é considerada positiva para HbsAg;

– Hepatite C

Anticorpos frente ao vírus da Hepatite C (**HCV**: Imx HCV), laboratórios ABBOTT, é um teste enzimoimunoensaio de micropartículas (MEIA) para a determinação qualitativa de anticorpos frente ao vírus da hepatite C no soro ou plasma humano. A presença de anticorpos anti-HCV pode indicar que o indivíduo foi infectado pelo HCV e que é um portador de HCV e pode transmitir a infecção. O ensaio ImxHCV foi projetado para detectar anticorpos frente a quatro proteínas recombinantes do HCV: c200, c22-3, HC-34 e HC-31. A presença ou ausência de anticorpos anti-HCV é determinada pela comparação da leitura de formação de produto fluorescente com a leitura do ponto de corte, que se calcula a partir do valor do Calibrador MODE 1. Se a leitura da amostra é superior ou igual ao ponto de corte, a amostra é considerada reativa para anti-HCV;

– Infecção pelo HIV

Foram considerados HIV positivos somente os exames reativos para ELISA que foram confirmados pela reação de imunofluorescência indireta.

ELISA para HIV: é um teste tipo ensaio imunoenzimático de 3ª geração para detecção “*in vitro*” de anticorpos contra os vírus HIV-1 e HIV-2 em soro ou plasma humano, laboratórios ABBOTT e ORGANON. O ensaio é realizado após uma diluição do soro ou plasma humano com solução diluente de amostras e incubação com uma esfera de poliestireno recoberto com proteínas obtidas por recombinação genética do HIV-1 e HIV-2. Caso a amostra contenha anticorpos anti-HIV, estes reagem com os antígenos que recobrem a esfera de poliestireno. Após a aspiração dos materiais biológicos não unidos e lavagem da esfera, as possíveis imunoglobulinas humanas específicas que se mantiveram unidas na fase sólida são detectadas incubando-se o complexo esfera-antígeno-anticorpos com uma solução que contém proteínas do HIV-1 e proteínas do HIV-2 recombinantes, marcadas com peroxidase enzimática (HRPO). Após um período de incubação, aspira-se o conjugado enzimático não unido e se lavam as esferas de poliestireno. Em seguida, agrega-se às esferas uma solução de Orto-fenilenodiamina (OPD) que contém peróxido de hidrogênio. Após incubação, ocorre o desenvolvimento de uma cor amarelo-alaranjada, cuja intensidade é diretamente proporcional à quantidade de anticorpos anti-HIV-1 e/ou anti-HIV-2

presentes na amostra. Leituras ópticas das amostras são realizadas reproduzindo valores de absorbância, que são consideradas negativas caso sejam inferiores ao ponto de corte. Amostras com absorbâncias repetidamente superiores ao ponto de corte são consideradas positivas de acordo com os critérios estabelecidos para o teste e devem ser analisadas posteriormente por testes confirmatórios.

RIFI para HIV: a imunofluorescência consiste em incubar o soro do paciente sobre uma cultura de linfócitos T4 infectados pelo HIV. Testes provenientes da Fiocruz. Dessa forma, os anticorpos específicos presentes no soro se fixam aos antígenos presentes nas células. Após lavagem para retirada de anticorpos livres, a reação é revelada pela adição de anticorpos antiglobulina humana marcadas com isotiocianato de fluoresceína, que ao microscópio de fluorescência emite luz de cor verde confirmando a presença de anticorpos anti-HIV.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo (ANEXO C). Todas as participantes foram convidadas a participar do estudo em caráter voluntário. As mulheres que concordaram em participar assinaram um termo de consentimento escrito após receberem as informações referentes ao protocolo de pesquisa (ANEXO D).

Foi garantida a todas as mulheres que quiseram participar do estudo que a divulgação dos resultados dos exames laboratoriais seria realizada individualmente e

que os resultados seriam mantidos em sigilo e que a não participação no estudo não mudaria os cuidados básicos e recomendados de assistência médica para o seu caso.

Todas as doenças identificadas e com tratamento disponível foram tratadas pela autora deste estudo após a divulgação do diagnóstico para a participante. As infecções virais foram encaminhadas para acompanhamento específico no Centro de Referência em DST e AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e no Ambulatório de Hepatologia do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada utilizando-se o SPSS versão 9,0 para Windows 98 (NORUSIS, 1999). As prevalências específicas de cada uma das DST foram fornecidas pela frequência do diagnóstico em questão. Os perfis de co-morbidade foram descritos através da magnitude da associação entre pares de doenças, calculando-se o *Odds ratio* e o intervalo de confiança de 95%. O perfil epidemiológico foi identificado através de métodos de análise estatística descritiva (frequência para variáveis qualitativas e média/desvio padrão para variáveis quantitativas). As possíveis associações entre infecções cervico-vaginais e comportamento de risco ou variáveis demográficas e clínicas foram testadas através de testes de qui-quadrado com correção de Yates ou teste de Fisher quando apropriado. O nível de significância estatística foi determinado em 5%. Significância bi-caudal foi usada para todas as análises realizadas (FLEISS, 1981).

Foi utilizada análise multivariada de regressão logística para estimar o efeito de uma variável, ao mesmo tempo em que se controla o efeito das demais, na probabilidade de apresentar infecção cérvico-vaginal (variável dependente).

5 RESULTADOS

5.1 TAXA DE PARTICIPAÇÃO

Um total de 300 mulheres foi incluído no estudo e participaram da entrevista, sendo que uma mulher não realizou exame ginecológico e outra recusou a coleta de sangue.

5.2 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

A mediana de idade foi 30 anos (Distância interquartil (DIQ) 24, 38 anos). Aproximadamente 52,0% das participantes tinham apenas o ensino fundamental incompleto. Em relação à atividade profissional 35,7% eram donas-de-casa e 31,7% empregadas domésticas; as outras exerciam, em menores proporções, alguma outra atividade remunerada. Os dados sócio-demográficos encontram-se descritos na Tabela 6.

5.3 HISTÓRIA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Em relação à história de violência, 41(13,7%) mulheres relataram ter parceiros violentos, sendo que em 23 (7,7%) casos a violência chegava a ser física. Trinta e três (11,0%) mulheres relataram estupro na infância e 14 (4,7%) relataram estupro na vida adulta.

Tabela 6: Dados sócio-demográficos das 300 mulheres, de 15 a 49 anos, residentes na região de Maruípe, Vitória.

VARIÁVEIS	F	f%
Idade em anos		
15-19	27	9,0
20-29	117	39,0
30-39	91	30,3
40-49	65	21,7
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	157	52,3
Ensino fundamental completo	51	17,0
Ensino médio incompleto	33	11,0
Ensino médio completo	45	15,0
Ensino superior	2	0,7
Naturalidade		
Vitória	136	45,3
Vila Velha	6	2,0
Cariacica	3	1,0
Interior do Estado	58	19,3
Outros Estados	97	32,4
Estado marital		
Solteira	64	21,3
Casada/ união consensual	192	64,0
Separada/ divorciada	36	12,0
Viúva	8	2,7

Nota: F= Frequência absoluta; f%= Frequência relativa

5.4 PERFIL CLÍNICO E GINECOLÓGICO

As informações coletadas em relação à história clínica e ginecológica encontram-se apresentadas nas Tabelas 7 e 8. Todas as participantes relataram atividade sexual pregressa consentida, a média de idade do primeiro coito foi 17,3 (Desvio Padrão (DP) 3,6) anos, sendo que 37 (12,3%) tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos. A média de idade da primeira gravidez foi 19,2 (DP 3,9) anos, nenhuma participante estava grávida no momento da entrevista. Aproximadamente 59% tinham alguma queixa clínica e 21,7% alguma doença crônica.

Em relação ao exame citológico 15,3% nunca tinham sido submetidas ao exame, 5% das mulheres relataram história pregressa de DST, sendo que quatro mulheres tiveram mais de uma infecção. O uso consistente de preservativos (sempre/quase sempre) foi relatado por 23,7% das participantes. A existência de um único parceiro na vida foi informada por 35,3% das participantes. A testagem anterior de HIV foi realizada por 46,3% das participantes.

Tabela 7: História clínica das 300 mulheres, de 15 a 49 anos, residentes na região de Maruípe, Vitória.

VARIÁVEIS	F	f%
Queixas clínicas na anamnese	176	58,6
Lesão genital	9	3,0
Lesão extra-genital	2	0,7
Fluxo anormal	82	27,3
Disúria	23	7,7
Prurido	60	20,0
Rash cutâneo	4	1,3
Dor pélvica	54	18,0
Linfadenomegalia	10	3,3
Dispareunia	49	16,3
Uso de medicamentos para estes sintomas	18	6,0
História de transfusão sanguínea	24	8,0
Tatuagem	12	4,0
História de doença crônica	65	21,7
Hipertensão arterial	45	15,0
Diabetes	3	1,0
Problemas reumáticos articulares	5	1,7
Problemas respiratórios	4	1,3
Epilepsia	2	0,7
Obesidade	2	0,7
Hepatite C	2	0,7
Hipotireoidismo	1	0,3
História pregressa de cirurgia	36	12,0
História pregressa de DST	15	5,0
Gonorréia	4	1,3
Clamidiose	2	0,7
Tricomoníase	1	0,3
Hepatites virais	3	1,0
Sífilis	10	3,3
Condiloma acuminado	6	1,9
Uso de drogas ilícitas	24	8,0

Nota: F= Freqüência absoluta; f%= Freqüência relativa

Tabela 8: História ginecológica e obstétrica das 300 mulheres, de 15 a 49 anos, residentes na região de Maruípe, Vitória

Variáveis	F	f%
Último exame ginecológico		
Nunca fez	46	15,3
1 a 3 anos	216	72,0
> 3 anos	38	12,7
História de gravidez	259	86,3
Filhos	253/259	97,7
Partos normais	184/253	72,7
Partos cesáreos	108/253	42,7
Abortamentos espontâneos	54/259	20,8
Abortamentos provocados	23/259	8,9
Complicações perinatais	38/253	15,0
Parceiro fixo atual	254	84,7
Uso preservativos		
Sempre/quase sempre	71	23,7
Às vezes/raramente	90	30,0
Nunca	139	46,3
Uso contraceptivo atual	257	85,7
Sexo oral	118	39,3
Sexo anal	85	28,3
Quantos parceiros/vida		
1	106	35,3
2-4	143	47,7
5-10	43	14,3
>10	8	2,7
Testagem anterior de HIV	139	46,3

Nota: F= Frequência absoluta; f%= Frequência relativa

5.5 DADOS DO EXAME CLÍNICO

Na Tabela 9 estão relatados os achados clínicos encontrados durante exame físico.

Tabela 9: Dados clínicos das 299 mulheres, de 15 a 49 anos, residentes na região de Maruípe, Vitória

VARIÁVEIS	F	f%
Exame de mamas		
Tróficas	290	96,9
Sinais inflamatórios	2	0,7
Espessamento de parênquima mamário	2	0,7
Nódulo	5	1,7
Dor pélvica à palpação	2	0,7
Quantidade de conteúdo vaginal		
Discreto	50	16,7
Moderado	200	66,9
Acentuado	49	16,4
Coloração do conteúdo vaginal		
Transparente	129	43,1
Branco-leitoso	43	14,4
Amarelo	127	42,5
Aspecto do conteúdo vaginal		
Mucóide	170	56,9
Cremoso	114	38,1
Grumoso	15	5,0
Ectoscopia do colo uterino		
Normal	161	53,9
Hiperemiado	12	4,0
Evertido	126	42,1
Teste de pH alterado	151	50,3
Teste de KOH positivo	105	35,0
Teste de Schiller positivo	143	47,8

Nota: F= Frequência absoluta; f%= Frequência relativa

5.6 PREVALÊNCIA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Tabela 10: Prevalência de DST nas 299 mulheres, de 15 a 49 anos, residentes na região de Maruípe, Vitória.

DST	F	F*	IC 95%
Infecção pela <i>Chlamydia trachomatis</i>	22	7,4	4,4-10,4
Gonorréia	6	2,0	0,5-3,5
Tricomoníase	6	2,0	0,5-3,5
Vaginose bacteriana	64	21,3	16,7-25,9
Candidíase	28	9,3	6,1-12,5
Infecção pelo HPV*	10	3,3	1,3-5,3
Sífilis	9	3,0	1,1-4,9

Nota: F= Frequência absoluta; f%= Frequência relativa.

* Alterações celulares sugestivas de HPV, IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Apesar de não serem parte do objetivo principal do estudo e do tamanho da amostra não ter sido adequado para estimar as prevalências, as frequências encontradas de infecção pelo HIV [0,3 (IC95% -0,3-0,9)], infecção pelo vírus da hepatite B [0,7 (IC95% -0,2-1,6)] e infecção pela hepatite C [1,7 (IC95% 0,2-3,2)] foram incluídas nos resultados.

5.7 COMPORTAMENTOS DE RISCO E SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS RELACIONADOS AS DST E ASSOCIAÇÃO DESTES COM INFECÇÃO CÉRVICO-VAGINAL

As infecções cérvico-vaginais foram utilizadas como marcadores para a presença de associação entre comportamento de risco e presença de alguma DST. Foram consideradas presentes quando havia algum resultado positivo para *Chlamydia trachomatis* e/ou *Neisseria gonorrhoeae* e/ou *Trichomonas vaginalis*. Pelo menos uma

destas infecções esteve presente em 29 mulheres, 9,7% (IC 95% 6,3-13,1%). Os resultados estão apresentados nas Tabelas 11 e 12.

Tabela 11: Proporção de comportamentos de risco relacionados às DST e associação destes com infecção cérvico-vaginal

DST	F	F*	IC 95%
Idade jovem (15-19 anos)	9,0	11,1	1,2 (0,34-4,21)
Idade > 19 anos	91,0	88,9	1,0
Alcoolismo atual	38,7	15,5	2,9 (1,31-6,37)
Sem história de alcoolismo	61,3	84,5	1,0
Uso drogas ilícitas	8,0	12,5	1,4 (0,38-4,92)
Nega uso de drogas ilícitas	92,0	87,5	1,0
Primeiro coito <= 15 anos	33,6	10,9	1,2 (0,56-2,71)
Primeiro coito > 15 anos	66,4	89,1	1,0
Uso irregular de preservativo (raro/nunca)	76,3	58,6	2,5 (1,15-5,61)
Uso regular de preservativos	23,7	41,4	1,0
Parceiro fixo	84,7	86,6	0,53 (0,21-1,32)
Sem parceiro fixo	15,3	13,4	1,0
Parceiro único no último ano	90,0	24,4	0,29 (0,11-0,75)
Mais de um parceiro no último ano	10,0	75,6	1,0
Parceiro único na vida	35,3	2,8	0,19 (0,06-0,64)
Mais de um parceiro na vida	64,7	97,2	1,0
História de violência doméstica	13,7	12,2	1,4 (0,48-3,79)
Sem história de violência doméstica	86,3	87,8	1,0
História de violência sexual (estupro)	11,0	12,1	1,3 (0,43-4,11)
Sem história de violência sexual	89,0	87,9	1,0
História de DST	5,0	13,3	1,5 (0,32-6,86)
Sem história de DST	95,0	86,7	1,0
Citologia cérvico-vaginal: 3 anos ou mais	26,7	11,3	1,3 (0,55-2,91)
Citologia cérvico-vaginal: < de 3 anos	73,3	88,7	1,0
Realização prévia de teste HIV	46,3	14,4	2,8 (1,25-6,46)
Ausência de teste HIV prévio	53,7	75,6	1,0

Nota: F= frequência relativa entre as participantes do estudo; f* frequência relativa entre as mulheres com infecção cérvico-vaginal; OR (IC95%)= Odds ratio com intervalo de confiança de 95%.

Tabela 12: Proporção de sinais ou sintomas clínicos relacionados às DST e associação destes com infecção cérvico-vaginal

SINAIS E SINTOMAS	N	n*	OR (IC 95%)
Sintomas ginecológicos	58,7	10,8	1,4 (0,62-3,08)
Sem sintomas ginecológicos	41,3	89,2	1,0
Queixa de fluxo vaginal	46,6	11,0	1,2 (0,53-2,80)
Sem queixa de fluxo vaginal	53,4	89,0	1,0
Queixa de disúria	7,7	13,0	1,4 (0,40-5,20)
Sem queixa de disúria	92,3	87,0	1,0
Queixa de lesão genital	3,0	22,2	2,8 (0,55-14,13)
Sem queixa de lesão genital	97,0	77,8	1,0
Queixa de prurido vulvo-vaginal	20,0	15,0	1,9 (0,84-4,51)
Sem queixa de prurido	80,0	85,0	1,0
Queixa de dor pélvica	30,7	7,4	0,7 (0,24-2,12)
Sem queixa de dor pélvica	69,3	92,6	1,0
Muco turvo ao exame	57,0	14,6	5,4 (1,81-15,79)
Ausência de muco turvo	43,0	85,4	1,0
Fluxo vaginal anormal ao exame	83,3	10,0	1,3 (0,42-3,85)
Ausência de fluxo vaginal	16,7	90,0	1,0
Colo com área de eversão	42,1	11,1	1,3 (0,62-2,85)
Colo normal	57,9	88,9	1,0
KOH positivo	35,0	17,1	3,5 (1,57-7,64)
KOH negativo	65,0	82,9	1,0
Shiller positivo	47,7	11,2	1,4 (0,65-3,01)
Shiller negativo	52,3	88,8	1,0
PH vaginal alterado	49,7	82,8	5,6 (2,08-15,03)
PH vaginal normal	50,3	17,2	1,0

Nota: * Número de positivos nas pacientes com infecção cérvico-vaginal

5.8 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA

As variáveis que foram independentemente associados com infecção cervico-vaginal entre as participantes encontram-se descritas na Tabela 13.

Tabela 13: Análise multivariada de fatores independentemente associados com infecção cervico-vaginal em mulheres, de 15 a 49 anos, residentes na região de Maruípe, Vitória

VARIÁVEL	OR	IC 95%	VALOR P
Muco turvo ao exame	9,70	5,62-13,72	0,0018
Mais de um parceiro sexual na vida	4,66	2,45-6,87	0,0309
Mais de um parceiro sexual no último ano	3,89	2,71-5,07	0,0485
Realização prévia de teste HIV	6,50	4,02-8,98	0,0108

Nota: A porcentagem total dos dados usados na análise após exclusão de *listwise* foi de 90,33%; Hosmer and Lomeshow Test=0,665.

6 DISCUSSÃO

O estudo utilizou-se de dados de 300 participantes. O cálculo do tamanho da amostra foi baseado na prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* encontrada em outros estudos. Chegou-se a um número de 279 mulheres para determinar-se a prevalência das infecções cérvico-vaginais. Para as demais DST (sífilis, infecção pelo HIV, HBV, HCV e HPV) objetivou-se apenas estimar a frequência encontrada dentro desse tamanho de amostra, sabendo-se desde o início, que para que o resultado da prevalência dessas DST fosse estatisticamente significativo dever-se-ia calcular o número utilizando-se outros parâmetros.

Houve uma grande adesão à participação neste estudo e o agendamento ocorreu por demanda espontânea. Apenas uma das entrevistadas não pôde fazer o exame ginecológico e outra optou por não proceder à coleta de sangue.

As mulheres estudadas representaram um grupo não muito jovem, com mediana de idade de 30 anos e 67,6% nasceram no estado do Espírito Santo. Em relação ao nível de escolaridade, 52,3% das participantes tinham o ensino fundamental incompleto, que está de acordo com a média de anos de estudo da população urbana de 15 anos e mais do Estado que, segundo o Instituto de apoio à pesquisa e ao desenvolvimento Jones dos Santos Neves, é de 6,9 anos de estudo (INSTITUTO JONES, 2000). Passos et al. (2003) encontraram perfil de escolaridade semelhante em gestantes atendidas em clínica de DST em Niterói, RJ.

Durante a entrevista 58,6% das pacientes apresentavam queixas clínicas, mas apenas 5,0% relataram história pregressa de DST. Este dado pode não

corresponder à realidade, pois muitas mulheres tiveram dificuldade para responder a essa questão, pois não tinham conhecimento sobre sinais e sintomas das infecções investigadas. Além disso, DST podem ser assintomáticas e a pesquisa diagnóstica não é feita de rotina nos serviços de saúde. A maioria (72,0%) das participantes havia feito exame ginecológico num período compreendido entre 1 e 3 anos, revelando o cuidado das mesmas com relação à prevenção de doenças. No estudo desenvolvido por Codes et al. (2002) em clínica de planejamento familiar em Salvador, BA, 36% das participantes reportaram pelo menos um sintoma que poderia ser devido a uma DST, resultado semelhante ao encontrado por Passos et al. (2003) em Niterói, 39% das gestantes relataram pelo menos um sintoma de DST.

A unidade pública de saúde continua sendo importante porta de entrada para resolução de sinais e sintomas de DST. Em estudo desenhado pelo Programa Nacional de DST/AIDS e realizado pelo IBOPE (BRASIL, 2004), em amostra representativa da população brasileira sexualmente ativa nos últimos 6 meses, com 14 anos e mais, os autores observaram que a maioria das pessoas que teve algum sinal ou sintoma compatível com DST procurou a unidade pública de saúde (50,0%) para resolver esse problema, 32,1% procurou um médico (de convênio, particular ou da empresa), e 6% procurou uma farmácia, quase 4,0% delas se automedicaram sem procurar ajuda e 6,2% não procuraram ou não fizeram nada a respeito. A maioria das pessoas, independentemente da região de residência quando teve algum sinal ou sintoma compatível com DST recorreu à unidade de saúde, quase 59% no Nordeste e 44,3% no Sudeste. Já a proporção de pessoas que procurou um médico no Sudeste é quase o dobro da encontrada nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste: 42,1%, 17,4% e 20,3%, respectivamente. Na região Norte e Centro-

Oeste, uma proporção considerável de pessoas (14,5%) ainda se dirige à farmácia quando tem algum sinal ou sintoma compatível com DST.

Das 300 participantes do estudo, 259 (86,3%) tinham engravidado pelo menos uma vez e dessas 97,7% geraram pelo menos um filho, sendo que 72,7% delas foram submetidas ao parto normal e 42,7% ao parto cesariana, 20,8% tiveram abortamento espontâneo, e, 8,9%, abortamento provocado. Em relação ao abortamento provocado, prática ilícita no Brasil, as estimativas mais recentes variam de 730 a 940 mil abortos anuais (CORREA; FREITAS, 1997; COSTA, 1999; ROCHA; ANDALAF NETO, 2003).

Das 300 mulheres, 254 (84,7%) afirmaram ter parceiros fixos e 46,3% relataram nunca usarem preservativos. O uso de contraceptivos orais foi adotado por 85,7% das participantes, sendo este o método mais utilizado por elas. Quanto ao número de parceiros, 106 mulheres (35,3%) relataram ter tido parceiro único durante toda a vida. Em Niterói, RJ, 83,9% das gestantes atendidas em clínica de DST também relataram parceiro fixo (PASSOS et al., 2003), resultados próximos ao de Martins et al. (2004) que realizou trabalho em gestantes e encontrou relato de parceiro fixo em 71,0% e nunca ter usado preservativo em 55,4% em Fortaleza, CE e 75,0% e 67,4% respectivamente em Aracati, CE. Na pesquisa do PN-DST/AIDS (2003), apesar de 20% da população sexualmente ativa comprar ou receber preservativos, 27,1% ter só comprado e 15,7% ter só recebido, uma proporção considerável de pessoas (37,4%), não tinha acesso a preservativos, isto é, nunca haviam comprado ou recebido preservativos. Dentre as pessoas sexualmente ativas pesquisadas 35,3% declararam ter recebido gratuitamente preservativos na rede pública de saúde. O acesso a preservativos foi o mesmo em todas as regiões, uma vez que não houve

diferença estatística significativa entre as proporções observadas. Segundo os autores do estudo, os motivos pelos quais as pessoas não usam preservativos estão se modificando (BRASIL, 2003). Ao se comparar os resultados com pesquisas BERQUÓ; SOUZA, 1991; BDIANI; QUENTAL; MOREIRA DOS SANTOS, 1997; FERREIRA et al., 1999) nota-se que a proporção de pessoas que não estão usando preservativo porque usam outros métodos anticoncepcionais diminuiu e respostas do tipo “uso de preservativo atesta traição”, “não dá tempo”, “não acredito que evite”, “tem alergia”, ou “tira o prazer” sumiram (PAIVA et al., 2003). O presente estudo mostrou que ter parceiro único seria um possível fator protetor para infecção cérvico-vaginal e que o uso irregular de preservativo, um fator de risco. O índice elevado de não usuárias de preservativo faz refletir sobre a necessidade de implementação de campanhas educativas destinadas a este público alvo sobre importância do comportamento sexual e do uso de preservativos na prevenção de DST/HIV/AIDS.

Quanto ao exame clínico, apenas duas pacientes (0,7%) apresentaram dor pélvica à palpação, apesar do grande número de mulheres que se queixavam de dor pélvica (30,7%). A ectoscopia do colo uterino, 53,7% mulheres apresentou colo normal, 4,0%, colo hiperemiado e 42,0% colo evertido. Quanto ao fluxo vaginal no que diz respeito à sua quantidade 16,7% apresentaram fluxo discreto, 66,7% fluxo moderado e 16,3% fluxo acentuado. Quanto à sua coloração, 43,0% apresentaram fluxo transparente, 14,3% fluxo branco-leitoso e 42,3% fluxo amarelado. Quanto à associação desses sinais ou sintomas clínicos com a infecção cérvico-vaginal detectou-se que o muco turvo ao exame foi o único dado clínico estatisticamente associado à infecção cérvico-vaginal, não houve associação com dor pélvica. Frias et al. (2001) em estudo realizado em Teresópolis, RJ, encontrou colo hiperemiado em 6%, fluxo branco-leitoso em 53%, muco turvo em 8% e dor pélvica em 11% entre

mulheres na menacme. Em estudo desenvolvido por Miranda et al. (2004) entre 461 adolescentes do sexo feminino, estiveram associados à infecção por *Chlamydia trachomatis* os sintomas de dor pélvica e prurido. Soares et al. (2003) em estudo que incluiu 341 mulheres na faixa etária de 15 a 63 anos, verificaram associação positiva entre dor abdominal baixa e infecção por *Chlamydia trachomatis*.

Em estudo realizado por Faúndes et al. (1998) em Campinas, SP, foram selecionadas 407 mulheres sem sinais e sintomas vulvovaginais e cervicais para inserção de DIU, entre as quais foram diagnosticados 27 casos de infecção por *Chlamydia trachomatis* apesar da ausência de sinais e sintomas.

Quanto aos testes complementares ao exame ginecológico, o teste de pH foi menor ou igual a cinco em 151 (50,3%) mulheres, o teste de KOH foi positivo em 105 (35,0%) e o teste de Schiller foi positivo em 143 (47,7%). Quanto à associação desses sinais com a infecção cérvico-vaginal detectou-se que o teste do KOH positivo e o teste da fita de pH vaginal foram fatores estatisticamente associados à infecção cérvico-vaginal.

Dentre os patógenos pesquisados, a *Gardnerella vaginalis* foi a mais prevalente (21,3%), seguida pela *Candida albicans* (9,3%). No diagnóstico de vaginose bacteriana utilizamos a colpocitologia, a bacterioscopia e a cultura como métodos. Moreira e Dos Santos (1994) utilizando a colpocitologia e a cultura encontrou prevalência de 57,26% e outros autores, utilizando apenas a colpocitologia chegaram à prevalência mais próxima da encontrada neste estudo: Murta et al. (2000), 17,4%; Adad et al. (2001), 19,8%; e Simões-Barbosa et al. (2002), 17,2%.

No diagnóstico de candidíase também consideramos neste estudo os resultados da colpocitologia, da bacterioscopia e da cultura. Brito et al. (1996) encontraram a prevalência de 4,9%, em mulheres indígenas utilizando apenas a colpocitologia como método. Adad et al. (2001) utilizando também a colpocitologia como método encontrou prevalências que variaram nas diferentes décadas (1968, 1978, 1988, 1999): 0,5%, 5,1%, 8,1% e 22,5% respectivamente. Simões-Barbosa et al. (2002) encontrou uma prevalência de 9,4%, bem próxima da encontrada neste estudo, utilizando apenas a colpocitologia. Soares et al. (2003) estudando uma casuística de 341 mulheres habitantes em comunidade rural e, utilizando como método o exame microscópico direto, chegou à prevalência de 6%.

A vaginose bacteriana e a candidíase não são consideradas por muitos autores como doenças sexualmente transmissíveis. Segundo Moraes Filho e Goldenberg (2001), a vaginose é uma síndrome clínica com microbiologia complexa, caracterizada por redução na concentração de *Lactobacilos* e aumento nas concentrações de bactérias gram-negativas anaeróbias, particularmente *G. vaginalis*, espécies de *Mobiluncus*, *Bacteróides*, *Prevotella* e *Mycoplasma*. A concentração dos microorganismos varia entre as mulheres e acredita-se que exista uma variação da microbiota vaginal em escala contínua, de normal, passando por intermediária, até vaginose bacteriana. Benzaken et al. (2002), após estudarem 500 mulheres profissionais do sexo, distribuídas em 30 pontos de encontros no Município de Manacapuru, AM, relataram que nas infecções do trato reprodutivo que não eram propriamente DST (candidíase vaginal e vaginose bacteriana) encontraram prevalências de 25,9% e 78,9% respectivamente, proporção semelhante a da população feminina do município descrita anteriormente por Galbán et al. (2002).

As infecções cérvico-vaginais foram consideradas presentes quando havia algum resultado positivo para *Chlamydia trachomatis* e/ou *Neisseria gonorrhoeae* e/ou *Trichomonas vaginalis*. Dentre esses três microorganismos a *Chlamydia trachomatis* foi a mais prevalente (7,4%), enquanto o *Trichomonas vaginalis* e a *Neisseria gonorrhoeae* tiveram uma prevalência de 2,0%. Considerou-se alta a prevalência da infecção pela *Chlamydia trachomatis*. As prevalências de gonorréia e tricomoníase estão de acordo com outros trabalhos científicos e traduzem a importância do exame ginecológico no seu diagnóstico.

Para o diagnóstico da infecção pela *Chlamydia trachomatis* foi realizado o Cobas Amplicor (Roche) em amostra de urina. Bastos et al. (2000) utilizando PCR na urina encontrou a prevalência de 4,3% no Rio de Janeiro, entre mulheres usuárias de drogas. Codes et al. (2002) encontraram a prevalência de 11,4%, em ambulatório de planejamento familiar em Salvador, BA, utilizando LCR na Urina. Ramos et al. (2002), utilizando PCR na urina, encontraram a prevalência de 14,7% entre gestantes e a prevalência de 4,2% entre mulheres não gestantes usuárias de ambulatório de ginecologia, na cidade de Porto Alegre, RS. Esse mesmo autor encontrou uma prevalência de 0,6%, em ambulatório de PSF, utilizando a mesma metodologia. Miranda et al. (2004), utilizando o LCR, encontraram a prevalência de 12,2%, em Vitória, ES, entre adolescentes do sexo feminino (faixa etária muito susceptível às DST). Os resultados deste estudo, portanto, encontra-se de acordo com os da literatura, considerando-se o fato de serem mulheres atendidas em ambulatório de ginecologia.

Também têm sido utilizadas com freqüência as coletas de secreção endocervical para realização de PCR no diagnóstico da infecção por *Chlamydia trachomatis*.

Araújo et al. (2002) encontraram a prevalência de 19,6% em Goiânia, GO, entre mulheres usuárias de ambulatório de ginecologia. Santos et al. (2003) detectaram *Chlamydia trachomatis* em 20,7% das 121 mulheres atendidas em clínicas de DST em Manaus. Martins et al. (2004) diagnosticaram *Chlamydia trachomatis* em 11,0% das 630 gestantes atendidas na cidade de Fortaleza e em 6,4% das 389 gestantes atendidas na cidade de Aracati, CE. Cortes (2005) diagnosticaram *Chlamydia trachomatis* em 14,5% das 427 adolescentes do sexo feminino atendidas em Goiânia, GO.

No caso do diagnóstico da *Chlamydia trachomatis* (7,4%), a mais prevalente entre as três infecções cervico-vaginais citadas acima, é necessária a adoção de um bom método diagnóstico tendo em vista que as conseqüências de sua infecção são danosas à mulher, podendo causar quadros infecciosos graves e infertilidade.

Para o diagnóstico de gonorréia foram utilizados dois métodos diagnósticos: a bacterioscopia e a cultura em meio de Thayer Martin. Foram consideradas positivas as bacterioscopias que apresentaram o encontro de diplococos gram negativos intra e/ou extra-celulares. Houve bacterioscopia positiva em seis pacientes, o que configurou uma prevalência de 2,0%. Bestane (1978) encontrou a prevalência de 21,1% entre 538 mulheres usuárias de ambulatório de ginecologia na cidade de Santos utilizando a bacterioscopia a Gram como método diagnóstico. Gonçalves et al. (1984), ao avaliarem 10.559 pacientes em ambulatório de ginecologia na cidade de Santos, obtiveram a prevalência de 2,9% utilizando a bacterioscopia e a cultura. Miranda et al. (1998) encontraram a prevalência de 7,6% entre 121 mulheres encarceradas na cidade de Vitória, utilizando bacterioscopia e cultura. Faúndes et al. (1998) ao estudarem um grupo de 407 mulheres em ambulatório de planejamento

familiar na cidade de Campinas, SP não encontrou casos de cultura positiva para gonococo. Moherdau et al. (1998) encontraram uma prevalência de 7,2% em 334 mulheres em clínica de DST utilizando a bacterioscopia como método. Benzaken et al. (2001) encontraram a prevalência de 6,1% entre 520 mulheres em clínica de DST em Manaus, AM, utilizando a cultura. Codes et al. (2002), utilizando o LCR, encontraram a prevalência de 0,5% em 202 mulheres usuárias de ambulatório de planejamento familiar em Salvador. Miranda et al. (2004) chegaram a uma prevalência de 1,9% utilizando o LCR como método em 320 adolescentes do sexo feminino também na cidade de Vitória, ES.

Quanto a tricomoníase, tem sido observada uma diminuição da frequência de casos nas últimas décadas. Isso pode ser explicado pela introdução do Metronidazol na terapêutica médica e pela melhoria das condições de higiene da população (KENT, 1991; ADAD et al., 2001). Nesse estudo, o diagnóstico se baseou nos resultados da colpocitologia e bacterioscopia e foi encontrada uma prevalência de 2,0%. Brito et al. (1996) encontraram a prevalência de 4,0% entre 69 mulheres da tribo Parakanã, PA, utilizando a colpocitologia. Simões, Giraldo e Faundes (1998), em estudo que incluiu 328 gestantes na cidade de Campinas, SP, chegaram à prevalência de 2,1% (bem próxima da encontrada neste estudo) utilizando apenas a bacterioscopia. Murta et al. (2000), em Uberaba, MG, utilizando a colpocitologia, encontrou a prevalência de 3,5% entre 396 mulheres com evidências de infecção pelo HPV, e de 2,3% entre 390 mulheres sem evidências de infecção pelo HPV. Lourenço et al. (2001) encontraram a prevalência de 3,3% entre 180 mulheres atendidas em ambulatório de ginecologia em Araraquara, SP, utilizando o PCR. Benzaken et al. (2002) encontraram a prevalência de 23,1% em profissionais do sexo na cidade de Manacapuru, AM, utilizando como métodos a microscopia a fresco, a bacterioscopia,

a colpocitologia e o teste das aminas. Lobo et al. (2003), em estudo envolvendo 1.008 pacientes usuárias de ambulatório de ginecologia em Brasília, DF, encontraram prevalências diferentes utilizando diferentes métodos: PCR (6,0%), colpocitologia (5,9%), cultura (4,8%) e exame direto (3,96%). Da Silva Filho (2004) encontraram a prevalência de 3,7% em 216 gestantes, utilizando a microscopia a fresco e de 2,7% utilizando a colpocitologia. Martins et al. (2004) encontraram a prevalência de 6,2% entre 630 gestantes de Fortaleza, CE, utilizando a microscopia a fresco e a bacterioscopia e chegaram à prevalência de 4,2% em 389 gestantes da cidade de Aracati, CE, utilizando a mesma metodologia.

Pelo menos uma das infecções cérvico-vaginais por *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e/ou *Trichomonas vaginalis* esteve presente em 29 mulheres, 9,7% (IC95% 6,3-13,1%). Fazendo uma análise das prevalências dos patógenos descritos acima e comparando-os com os resultados encontrados na literatura observa-se que há concordância com os mesmos. As prevalências que destoam muito das encontradas neste estudo são de grupos populacionais de maior risco para DST: gestantes, pela queda da imunidade que o estado gestatório determina, presidiárias, pelos riscos que o confinamento impõe e profissionais do sexo, em função da grande exposição ao risco para DST.

O diagnóstico das alterações morfológicas sugestivas de HPV foi feito através de citologia, colposcopia e histologia e foi encontrada uma prevalência de 3,3%, dado este de acordo com outros estudos realizados no Brasil. Estudos estes que mostram uma prevalência de 1,1% (SIMÕES-BARBOSA et al., 2002) a 2,2% (Murta et al., 2000) usando colpocitologia e de 16% (NONENMACHER et al., 2002) a 18,3%

(FRANCO et al., 1995) usando biologia molecular em mulheres atendidas em ambulatório de ginecologia.

Como faziam parte da rotina do atendimento, os resultados da coleta de sangue para a realização de sorologias para HIV, HBV, HCV e sífilis foram incluídos no estudo apesar de não terem sido incluídos no cálculo do tamanho da amostra. Encontrou-se a frequência de infecções pelo HIV, HBV, HCV, sífilis e HPV dentro do tamanho amostral determinado para a pesquisa das infecções cérvico-vaginais. Esses resultados não foram estatisticamente significantes visto que esta casuística foi pequena para determinar a prevalência desses patógenos, entretanto as frequências encontradas estão de acordo com outros estudos publicados.

Com relação aos comportamentos de risco para DST e sua associação com a infecção cérvico-vaginal detectou-se que o alcoolismo, o uso irregular do preservativo, a realização prévia de teste anti-HIV estiveram associados com as infecções cérvico-vaginais como possíveis agravantes das mesmas. Quanto a realização prévia de teste anti-HIV, acredita-se que a pessoa que se submete a esse teste pode considerar-se em risco, daí sua associação com as infecções cérvico-vaginais. Ter tido parceiro único no último ano e ter tido parceiro único na vida estiveram estatisticamente associados às infecções cérvico-vaginais como possíveis fatores protetores para as mesmas. Miranda et al. (2004) em estudo realizado em Vitória, utilizando dados de adolescentes sexualmente ativas do sexo feminino, observou que o uso irregular de preservativo esteve associado à infecção por *Chlamydia trachomatis* como fator agravante para a mesma, assim como ter mais de um parceiro na vida, ter mais de um parceiro no último ano, história de prostituição e diagnóstico prévio de DST. Codes et al. (2002), em estudo realizado em Salvador,

BA, em clínica de planejamento familiar, ao associarem a prevalência de DST aos comportamentos de risco observou que o não uso de preservativo, problemas com o uso de bebidas alcoólicas, uso de maconha e o não uso de preservativo na última relação estiveram associados como fatores agravantes das DST. Eles consideraram que os achados mais significantes de seu estudo foram as altas taxas de infecção por *Chlamydia trachomatis*, sífilis e infecção por HIV entre mulheres que de modo geral referiram comportamentos de baixo risco, e que, tendo em vista que o risco de DST/HIV entre as mulheres está relacionado à infecção de seus parceiros sexuais, a auto-declaração de risco das mulheres não constituiria indicador útil de seu risco. Para eles, seria útil oferecer a detecção de DST/HIV a todas as mulheres que procurassem os serviços de planejamento familiar da rede pública de saúde.

A história de violência doméstica e sexual foi outro aspecto relevante, apesar de não estar associada à frequência de infecções cervico-vaginais, foi relato frequente entre as mulheres entrevistadas neste estudo, 13,7% e 4,7%, respectivamente. Semelhante a este estudo, Martins et al. (2004) relataram história de violência sexual entre gestantes no Ceará, de 7,9% em Aracati e 4,9% em Fortaleza. Também constatou-se que foi muito elevado o índice de mulheres que relataram estupro na infância (11,0%). Embora fuja ao tema principal abordado nesta dissertação, a apresentação desses dados teve como objetivo despertar o interesse para uma melhor investigação sobre a violência doméstica e sexual.

Ao realizarmos a análise multivariada de fatores independentemente associados com a infecção cérvico-vaginal encontrou-se como estatisticamente significantes as variáveis: muco turvo ao exame, mais de um parceiro sexual, mais de um parceiro sexual no último ano e realização prévia de teste HIV. No estudo realizado por

Miranda et al. (2004), na análise multivariada de fatores independentemente associados com infecção por *Chlamydia trachomatis* numa faixa etária mais jovem, foram encontrados como fatores de risco as variáveis: ter mais de um parceiro sexual na vida; nunca ter comprado preservativos e, como fatores protetores: ter preservativos em casa e o seu uso regular. Martins et al. (2004), em Fortaleza, CE, encontraram associação independente (em modelo de regressão logística) de DST com mulheres que tiveram mais de um parceiro nos últimos 12 meses, as de baixa renda e as que não viviam com seus parceiros. Em Aracati, CE, a associação de DST foi com ser analfabeto, ter mais de três parceiros na vida e ter iniciado a vida sexual antes dos 16 anos. A multiplicidade de parceiros foi fator de associação nos três estudos o que reforça a importância da educação em saúde direcionada também para o comportamento sexual dessas mulheres. Neste estudo a realização de teste anti-HIV prévio teve associação com as infecções cérvico-vaginais, provavelmente porque a pessoa que busca fazer o teste considera-se em risco.

Este estudo abrangeu mulheres sexualmente ativas na faixa etária de 15 a 49 anos, com mediana de idade de 30 anos. O estudo de Codes et al. (2002) incluiu mulheres com idade entre 18 e 30 anos e sugeriu que outros estudos fossem realizados para se determinar o limite de idade apropriado para se estabelecer o rastreamento para DST/HIV. Este estudo sugere que a faixa etária nele incluída também seja alvo desse rastreamento.

As mulheres incluídas neste estudo representam uma população vulnerável em relação à sexualidade. As mulheres de uma forma geral não percebem nelas mesmas o risco para DST e não se protegem.

Os protocolos existentes limitam a investigação de DST às mulheres que referem sintomas ou apresentam riscos de infecção. A nossa recomendação é para que se investigue a presença de DST em mulheres com comportamentos de risco, mesmo na ausência de sintomas. Isso contrasta com a prática corrente no Brasil e em muitos países em desenvolvimento (WILKINSON et al., 1997; WASTI et al., 1997; TEMMERMAN et al., 1998). Se isso não for realizado, uma grande proporção das infectadas não será identificada ou tratada.

7 CONCLUSÕES

Na população estudada concluiu-se que foram fatores de risco para as infecções cérvico-vaginais: ter mais de um parceiro sexual, presença de muco turvo ao exame clínico e realização prévia de teste anti-HIV, sendo o agente *Chlamydia trachomatis* aquele que obteve a maior prevalência, dentre as infecções cérvico-vaginais. Portanto, os serviços médicos, mesmo as unidades de saúde do PSF devem ser capazes de ofertar aconselhamento e assistência adequados.

A educação e aconselhamento em DST são extremamente importantes não somente para as pessoas mais expostas aos fatores de risco, mas para toda a sociedade. As taxas de prevalência de infecções cérvico vaginais identificadas neste estudo, confirmam a existência de um problema a ser controlado e a necessidade de uma ação objetiva em relação aos fatores de risco que venham a conduzir à prevenção da transmissão de DST.

8 REFERÊNCIAS

Adad SJ, De Lima RV, Sawan ZT, Silva MLG, de Souza MAH, Saldanha JC, et al. Frequency of Trachomonas vaginalis, Candida sp and Gardnerella vaginalis in cervical-vaginal smears in four different decades. São Paulo Med J. 2001;119(6): 200-5.

Aleixo Neto A, Peixoto MLS, Cabral ACV. Estudo comparativo da incidência de Gardnerella vaginalis em usuárias de dispositivos intra-uterinos e anticoncepcionais orais. J Bras Ginec. 1987; 97(3):315-6.

Amaral E, Faundes A, Gonçalves NSL, Pellegrino Jr. J, Souza CCA, Silva JLP. Prevalence of HIV and Treponema pallidum infections in pregnant women in Campinas and their association with socio-demographic factors. J RPM. 1996; 114(2):1108-16.

Amaral MG, Kulay Jr. L, Granato C, Novo NF, Belfort Jr. R. Infecção por Chlamydia trachomatis e fatores de risco em gestantes. Rev Assoc Med Bras. 1995; 41(3):193-6.

Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KCS, Eschenbach D, Holmes KK. Nonspecific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. Am J Med. 1983;74(1):14-22.

Andrade CA, Martins MVL, Costa JO, Ribeiro DA, Andrade AMC, Gonçalves JCS. Soroprevalência do HIV –1/2, HTLV – I/II e Hepatites B e C em parturientes da Maternidade Odete Valadares. Rev Patol Trop 1999; 28(1): 41-8.

Andrade TM, Dourado I, Galvão-Castro B. Associations among HTLV-I, HTLV-II, and HIV in injecting drug users in Salvador, Brazil. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol. 1998 Jun 1;18(2):186-7.

Aquino EML, Araújo TVB, Marinho LFB. Padrões e tendências em saúde reprodutiva no Brasil: bases para uma análise epidemiológica. In: Giffin K, Costa SH, editores. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Aquino EML. Gênero e saúde: estado atual da produção do conhecimento epidemiológico no Brasil (Documento básico para oficina de trabalho). Epidemiologia: III Congresso Brasileiro, II Iberoamericano e I Congresso Latinoamericano, 1995. Salvador. Anais do III Congresso Brasileiro, II Congresso Ibero-Americano, I Congresso Latino-Americano de Epidemiologia. Salvador, 1995.

Aquino MMA, Cecatti JG, Mariani Neto C. Risk factors associated to fetal death. *Rev Paul Med.* 1998;116 (6):1852-7.

Araújo JCLV, Vieira AL. Incidência de VDRL positivo em gestante atendidas no INAMPS/PAM João Pessoa. *CCS.* 1988;10(1): 55-6.

Araújo R, Guimarães B, Alves M, et al. Estudo da infecção genital por *Chlamydia trachomatis* em adolescentes e jovens do sexo feminino no distrito sanitário Leste do Município de Goiânia: prevalência e fatores de risco. *J bras Doenças Sex Transm*, 14(3):123, 2002.

Azevedo R A, Silva AE, Ferraz MLG, Marcopito LF, Baruzzi RG. Prevalência dos marcadores sorológicos dos vírus da hepatite B e D em crianças das tribos Caiabi e Txucarramãe do parque indígena do Xingu, Brasil Central. *Rev Soc Bras Med Trop.* 1996; 29(5): 431-9.

Azulay RD, Ricart JCC, Monteiro CAA, Gripp AC, Rodrigues PC, Zanon U, et al. Sífilis: inquérito sorológico em diferentes grupos sócio-econômicos na cidade de Niterói. *Rev Ass Med Brasil* 1979, 25 (3):85-6.

Badiani R, Quental I, Moreira dos Santos E. DST/AIDS e a pesquisa nacional de demografia e saúde: uma análise do nível de conhecimento e comportamentos de vulnerabilização. Rio de Janeiro: BENFAM (Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil); 1997.

Bagnoli VR, Fonseca AM, Motta EV. Aspectos relevantes das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres atendidas em ambulatório de ginecologia preventiva. *Rev Ginecol Obstet.* 1998; 9(2):106-12.

Barsanti C, Valdetaro F, Diniz EMA, Succi RCM. Diagnóstico de sífilis congênita: comparação entre testes sorológicos na mãe e no recém nascido. *Rev Soc Bras Med Trop.* 1999; 32(6): 605-11.

Bastos CA, Bravo RS, Lopes HR, Figueiredo C et al. Identificação de *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* e *Ureaplasma urealyticum* em gestantes e não gestantes. *J Bras Doenças Sex Transm* 2002, 14 (1): 31-37.

Bastos FI, Lowndes CM, Derrico M, Castello-Branco LR, Linhares-de-Carvalho MI, Oelemann W. Sexual behaviour and infection rates for HIV, blood – borne and sexually transmitted infections among patients attending drug treatment centres in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J STD AIDS.* 2000;11: 383-92.

Becker Jr E, Edelweiss MI, Nonnenmacher B, Bozzetti MC. Prevalence and epidemiologic correlates of atypical squamous cells of undetermined significance in women at low risk for cervical cancer. *Diagn Cytopathol*. 2001 Apr;24(4):276-82.

Benzaken AS, García EG, Sardinha JCG, Pedrosa VL, Loblein O. Baixa prevalência de DST em profissionais do sexo no Município de Manacapuru – Interior do Estado do Amazonas, Brasil. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2002;14(4): 9-12.

Benzaken AS, García EG, Rodrigues AO, Mora C, Sanchez MS, Sardinha JC. “Madre Fronteriza”; estudo conjunto de prevalência de sífilis tricomoníase e HIV em gestantes da tríplice fronteira do Alto Rio Solimões. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2004;16(3):15-23.

Benzaken AS, Pedrosa V, Garcia EG, Dutra J, Sardinha JCG. Utilidade do escore de risco padrão do Brasil na avaliação da infecção gonocócica em mulheres com corrimento vaginal. *DST J Bras Doenças Sex Transm*. 2001;13 (5):4-7.

Berquó E, Souza MR. Conhecimento e uso do condômio: anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Texto NEPO 20. Campinas: NEPO/UNICAMP; 1991.

Bestane WJ. A gonorréia e outras uretrites na cidade de Santos, Estado de São Paulo. *Rev Ass Med. Brasil*. 1978;24 (4):133-8.

Bittencourt AL, Dourado I, Filho PB, Santos M, Valadão E, Alcântara LCJ, et al. Human t-cell lymphotropic virus type 1 infection among pregnant woman in northeastern Brazil. *JAIDS*. 2001;26 (5):490-4.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Projetos Especiais de Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Controle das doenças sexualmente transmissíveis. Brasília, 1999. 142.

Brasil. Ministério da Saúde. Comportamento da população brasileira sexualmente ativa. [homepage on the Internet]. Brasília: Ministério da Saúde. [cited 2005 abr 30]. Available from: <http://www.saude.gov.br/psf/programa/index.asp>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Dados e pesquisas em DST e AIDS. Pesquisa com a população sexualmente ativa (IBOPE, janeiro 2003). [homepage on the Internet]. Brasília: Ministério. [cited 1 ago. 2003]. Available from: <http://www.aids.gov.br>

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Dados e pesquisas em DST e AIDS. Acesso a preservativos distribuídos pela rede pública de

saúde e padrão de compra de preservativos. [homepage on the Internet]. Brasília: Ministério. [cited 1 ago. 2003]. Available from: <http://www.aids.gov.br>

Brito EB, Menezes RC, Martins SJ, Bastos MGM, Souza A. Estudo preliminar para detecção de cérvico-vaginites e lesões precursoras do câncer de colo uterino, em índias da tribo Parakanã. *Rev Ass Med Brasil* 1996; 42 (1):11-5.

Broutet N, Queiroz Souza A, Plácido Basílio F, Luiz Sá H, Simon F, Dabis F. Prevalence of HIV-1, HIV-2 and HTLV antibody, in Fortaleza, Ceara, Brazil, 1993-1994. *Int J STD AIDS*. 1996 Aug-Sep;7(5):365-9.

Cardoso DDP, Faria EL, Azevedo MSP, Queiroz DAO, Martins RMB, De Souza TT, et al. Soroepidemiologia para o vírus da hepatite B (VHB) em gestantes Goiania GO. *Rev Soc Bras Med Trop* 1996; 29 (4):349-53.

Carvalho HB, Mesquita F, Massad E, Bueno RC, Lopes GT, Ruiz MA, et al. HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*. 1996 May 1;12(1):84-92.

Caterino de Araujo A, De-los Santos Fortuna E. Seropositivity to Chlamydia trachomatis in prostitutes: relationship to other sexually transmitted diseases (STDs). *Braz J Med Biol Res*. 1990; 23 (8):697-700.

Cavalcanti SMB, Frugulhetti ICP, Passos MRL, Fonseca MEF, Oliveira LHS. Prevalence of human papillomavirus DNA in female cervical lesions from Rio de Janeiro. *Braz Mem Inst Oswaldo Cruz*. 1994; 89(4) 575-80.

Cavalcanti SMB, Zardo LG, Passos MRL, Oliveira LHS. Epidemiological aspects of human papillomavirus infection and cervical câncer em Brasil. *J Infec*. 2000; 40:80-7.

Cavassani VGS, Sobrinho JA, Homem MGN, Rapoport A. Candidiase oral como marcador de prognóstico em pacientes portadores do HIV. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2002; 68(5):630-4.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Chlamydial infection and gonorrhea by providers affiliated with three managed care organizations - United States, 1995-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2002; 51(12):256-59.

Codes JS, Cohen DA, Melo N A, Santos AB, Codes JJG, Jr. Da Silva JC, et al. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em clínica de planejamento familiar da rede pública no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2002;24(2):101-6.

Conceição MM, Lyra LG, Azevedo ES, Mello NA, da Fonseca EF. Association between HBsAg and Race in a mixed population of Northeastern Brazil. *Rev Bras Pesq Med Biol.* 1979;12(6):405-9.

Cook RL, May S, Harrison LH, Moreira RI, Ness RB, Batista S et al. High prevalence of sexually transmitted diseases in young Women seeking HIV testing in Rio de Janeiro, Brasil. *SexTransm Dis.* 2004; 31(1): 67-72.

Corrêa S, Freitas A. Atualizando os dados sobre a interrupção voluntária da gravidez no Brasil. *Estudo Fem* 1997; 5:389-95.

Côrtes RML. Prevalência e fatores associados à infecção por *Chlamydia trachomatis* em adolescentes da região noroeste do municípios de Goiânia, Goiás. [dissertação] Goiânia: Universidade Federal de Goiás. Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, 2005.

Costa SH. Aborto provocado: a dimensão do problema e a transformação da prática. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. *Questões de saúde reprodutiva.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 163-84.

Cotrim H, Mota E, Leite L, Silva L, Lyra L. A case control study on the association of hepatitis B virus infection and hepatocellular carcinoma in Northeast Brazil. *Rev Saúde Publ.* 1992;26(5):301-5.

Cunha AA, Miranda AT, Caetano R, Do Carmo AV, Barbosa ED, Leite LL. Diagnóstico sorológico da sífilis na gravidez. *J Bras Ginecol.* 1995;105(9):393-6.

Da Costa EL, Porto AMF, da Silva Filho AJ, Santos LC, Pinto MB. Frequência de sífilis em recém-nascidos de gestantes luéticas tratadas com dois esquemas posológicos de penicilina benzatina. *Rev Latinoam Perinatal.* 1989;9(4):152-5.

Da Silva Filho AR. Citologia vaginal a fresco na gravidez: Correlação com a citologia corada pela técnica de papanicolaou. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 2004; 26 (7): 509 – 15

De Carli GA, Bertschinger B, Saraiva PJ, Miron CF. Laboratory diagnosis of *Trichomonas vaginalis* among women attending a venereal diseases control division. *Frist report. Rev Latinoam Microbiol* 1987;29(3):301-3.

De Souza NCN, Botelho CAO, Honer MR. Retrospective study of a pioneer antenatal screening program with 8477 pregnant women in Brazil. *Clin Exp Obst & Gyn* 2004; 31(3):217-20.

Dos Santos JI, Lopes MAA, Deliége-Vasconcelos E, Couto-Fernandez JC, Patel BN, Barreto ML, et al. Seroprevalence of HIV, HTLV-I/II and their perinatally transmitted pathogens in Salvador, Bahia. *Rev Inst Med Trop São Paulo*. 1995;37(4):343-8.

Dourado I, Andrade T, Carpenter CL, Galvão-Castro B. Risk factors for Human T Cell Lymphotropic Virus Type I among injecting drug users in Northeast Brasil: possibly greater efficiency of male to female transmission. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro*, 1999; 94 (1): 13 -18.

Duarte G, M.Mussi-Pinhata M, Lemos C, Quintana SM, Paschioni MC, da Motta, MSF. Hepatite B e gravidez. *Rev Brás Ginec Ostet*. 1997;19(9):653-63.

Faúndes A, Telles E, Cristofolletti ML, Faúndes D, Castro S, Hardy E. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical *Chlamydia trachomatis*. *Contraception*, 1998;58(2):105-7.

Ferraz do Lago R, Simões JÁ, Bahamondes L, Camargo RP, Perrotti M, Monteiro I. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections. *Contraception*. 2003; 68(2):105-9.

Ferreira IQ; Ferraz EA; Costa N; Scwenck C. Comportamento e intenções reprodutivas da população masculina. Pesquisa nacional sobre demografia e saúde. Rio de Janeiro: BENFAM (Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil); 1999.

Figueiredo JFC, Reis VMF, Machado AA, Oyama SR, Martinez R, Figueiredo LTM, et al. Características clínicas e epidemiológicas de pacientes da região de Ribeirão Preto, SP., Brasil, com AIDS e Infecções Oportunistas. *Medicina, Ribeirão Preto*, 2000; 33 : 141 – 146.

Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. 2nd. ed. New York: John Wiley and sons; 1981.

Franco E, Villa LL, Rohan T, Ferenczy A, Petzl-Erler M, Mathashewski G. Design and methods of the Ludwig-McGill longitudinal study of the natural history of human papillomavirus infection and cervical neoplasia in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 1999a Oct;6(4):223-33.

Franco E, Villa LL, Sobrinho JP, Prado JM, Rousseau MC, Désy M et al. Epidemiology of acquisition and clearance of cervical human papillomavirus infection in women from a high-risk area for cervical cancer. *J Infect Dis*. 1999b Nov;180(5):1415-23.

Franco EL, Villa LL, Ruiz A, Costa MC. Transmission of cervical human papillomavirus infection by sexual activity: differences between low and high oncogenic risk types. *J Infect Dis.* 1995 Sep;172(3):756-63.

Frias MCAA, Pereira CFA, Pinheiro VMS, Pinheiro MS, Rocha, CF. Frequência de *Chlamydia trachomatis*, *ureaplasma urealyticum* e *mycoplasma hominis* na endocérvice de mulheres no menacme. *DTS J Bras Doenças Sex Transm.* 2001;13(3):5-22.

Galbán E, Benzaken AS, Pedrosa VL, Sardinas JCY, Loblein O. El control de las ITS em um município Del interior de Amazonas: experiência de Manacapuru. *DST J brás Deonças Sex Transm.* 2002;14(2):22-7.

Giffin K, Lowndes CM. Gender, sexuality, and the prevention of sexually transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice. *Soc Sci Med.* 1999; 48, 283-92.

Gir E, Duarte G, Martinez R, Moriya TM, Figueiredo JFC, Da Costa JC, et al. Epidemiological expression of other sexually transmitted diseases among AIDS patients. *Rev. Saúde Pública.* 1994;28(2):93-9.

Gonçalves AAG, Paes e Alcântara MFL, Da Silva LA. Incidência de Gonorréia em população previdenciária da Baixada Santista. *Rev bras patol Clín.* 1984;20(2):47-51.

Gonçalves MA, Massad E, Burattini MN, Villa LL. Relationship between human papillomavirus (HPV) genotyping and genital neoplasia in HIV-positive patients of Santos City, Sao Paulo, Brazil. *Int J STD AIDS.* 1999 Dec;10(12):803-7.

Gonçalves Raddi M S, Longo Vidal AF, Santana DM. Characteristics of gram-stained cervical smear from patients with *Chlamydia trachomatis* infection. *Rev Latinoam Microbiol.* 1993 Apr-Jun;35(2):159-61.

Guinsburg R, dos Santos AMN, Leal DV, Pacheco AABM, Okida KS, Trigueiro TC, et al. Sorologia positiva para sífilis no período neonatal: prevalência em maternidade de nível secundário. Associação com fatores de risco maternos e com sorologia positiva para HIV-1. *Rev Ass Med Brasil.* 1993;39(2):100-4.

Huggens D, Farias SMSM, Melo ETC, Diniz RJB, Coelho Jr ER, Espírito Santo MER. Incidência de Sífilis em Gestantes. *Arq Brás Méd* 1987;61(3):171 -4.

Ishak MO, Mumtaz G, Ishak R, Ridgway GL, Salgado U. Chlamydial infection in the Amazon region of Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1993; 87: (1):60-2.

Ishak M O, Mumtaz G, Ishak R, Ridgway G. Prevalence of antibodies to *Chlamydia trachomatis* in population groups of Brazil, England and Portugal. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 1988 Jan-Feb;30(1):40-4

Instituto Jones. Instituto de apoio à pesquisa e desenvolvimento Jones dos Santos Neves. Perfil Estadual, Educação, Média de anos de estudo da população de 15 anos e mais em 2000. [homepage on the Internet]. Espírito Santo: [cited 1 ago. 2000]. Available from: <http://www.ipes.es.gov.br>

Kent HL. Epidemiology of vaginitis. *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 165(4Pt 2):1168-76.

Koneman EW, Allen SD, Janda, WM, Schreckenberger PC, Winn Jr WC. *Diagnóstico microbiológico (Texto e atlas colorido)*. 5. Ed. São Paulo: Medsi, 2001.

Lima LHM, Prevalência e fatores de risco para a infecção por HIV, sífilis, hepatite B, hepatite C e infecção por HTLV-I/II em parturientes e gestantes de baixa renda atendidas na região metropolitana de Vitória [dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2003.

Lima MP, Pedro RJ, Rocha MDC. Prevalence and risk factors for hepatitis C virus (HCV) infection among pregnant Brazilian women. *Int J Gynaecol Obstet.* 2000 Sep;70(3):319-26.

Lobo TT, Feijó G, Carvalho SE., Costa PL, Chagas C, Xavier J, et al. A comparative evaluation of the papanicolaou test for the diagnosis of trichomoniasis. *Sex Transm Dis.* 2003; 30(9):694-9.

Lopes F, Latorre MRDO, Pignatari ACC, Buchalla CM. Prevalência de HIV, papilomavírus humano e sífilis na penitenciária feminina da capital São Paulo, 1997-1998. *Cad Saúde Pública.* 2001;17(6):1473-80.

Lorincz AT, Temple GF, Kurman RJ, Jenson AB, Lancaster WD. Oncogenic association of specific Human Papillomavirus types with cervical neoplasia. *JNCI.* 1987; 79(4): 671-7.

Lourenço NCV, Sordi CR, Alvarenga VLS, Cicarelli RMB. Use of PCR reactions (polymerase chain reaction) on *Trichomonas vaginalis* diagnosis in patients from Araraquara region (state of São Paulo, Brazil). *Rev. Ciênc. Farm., São Paulo,* 2001; 22 (2): 307 – 318.

Luppi CG, Eluf-Neto J, Sabino E, Buccheri V, Barreto C, Ungaro ABS. Late diagnosis of HIV infection in women seeking counseling and testing services in Sao Paulo, Brazil. *AIDS Patient Care STDS*. 2001 Jul;15(7):391-7.

Lurie P, Fernandes MEL, Hughes V, Arevalo EI, Hudes E S, Reingold A, et al. Socioeconomic status and risk of HIV-1, syphilis and hepatitis B infection among sex workers in Sao Paulo State, Brazil. Instituto Adolfo Lutz Study Group. *AIDS*. 1995 Jul;9 Suppl 1:S31-7.

Martins RMB, Vanderborght BDM, Rouzere C, Cardoso DDP, Azevedo MSP, Yoshida CFT. Anti-HCV prevalence and risk factors analysis in pregnant women in central Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 1995 Jan-Feb;90(1):11.

Martins TA, Y-Bello P, Bello MD, Pontes LRSK, Costa LV, Miralles I, et al. As doenças sexualmente transmissíveis são problemas entre gestantes no Ceará? *J Bras Doenças Sex Transm*. 2004;16(3):50-8.

McCance DJ, Kalache A, Ashdown K, Andrade L, Menezes F, Smith P and Doll R. Human papillomavirus types 16 and 18 in carcinomas of the penis from Brazil. *Int J Cancer* 1986;37(1):55-9.

Melles HH, Colombo S, Linhares IM, Siqueira LF. Evaluation oh parameters for laboratory diagnosis of genital female infection by *Chlamydia trachomatis*. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2000;33(4): 355-61.

Mendes CMF, Belda W, Francisco W, Siquiera LFG, Santos Junior LFQ, Lombardi C, et al. O método imunoenzimático (ELIZA) no diagnóstico da uretrite gonocócica. Estudo comparativo. *Bol Inf Union*. 1983;8(31):6.

Miranda AE, Gadelha AMJ, Szwarcwald CL. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):207-16.

Miranda AE, Szwarcwald CL, Peres RL, Page-Shafer K. Prevalence and risk behaviors for Chlamydial infection in a population-based study of female adolescents in Brazil. *Sex Transm Dis*. 2004 Sep;31(9):542-6.

Miranda AE, Alves MC, Neto RL, Areal KR, Gerbase AC. Seroprevalence of HIV, hepatitis B virus, and syphilis in women at their first visit to public antenatal clinics in Vitória, Brazil. *Sex Transm Dis*. 2001;28(12):710-3.

Miranda AE, Barcelos MRB, Alves, MC, et al. Infecção por Chamydia Trachomatis em adolescentes do sexo feminino. DST J Bras Doenças Sex Transm 2000;12(suppl):12-5.

Miranda AE, Nogueira EG, Ribeiro ES, et al. Soro prevalência de HbsAG positivo em mulheres atendidas em clínicas de doenças sexualmente transmissíveis. DST J Bras Doenças Sex Transm. 1999;11(1):22-5.

Miranda AE, Tonini RC, Friço AR, Alves MC, Foletto SR, Ferreira BMC, et al. Soroprevalência e fatores de risco de infecção pelo HIV em gestantes em Vitória. GO atual. 2000;9(1/2):21-3.

Miranda AEB. Doenças sexualmente transmissíveis na penitenciária feminina do Espírito Santo: prevalência, perfil clínico e fatores de risco [dissertação]. Vitória (ES): Universidade Federal do Espírito Santo. Núcleo de Infecções; 1998.

Miranda AE, Friço AR. Prevalência e fatores de risco em mulheres HIV+/AIDS. RBGO. 1997; 19: 275-7.

Miranda SD, Maestri CA, Barros ACS, Linhares IM, Siqueira LFG, Pinotti JA, et al. Úlceras genitais na mulher. Rev. Ginecol. Obstet. 1998;9(1):46-53.

Moherdau F, Vuylsteke B, Siquiera LFG, dos Santos Junior MQ, Jardim ML, Brito AM, et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of sexually transmitted diseases in Brazil: results from a multicentre study. Sex Transm Infect. 1998 Jun;74 Suppl 1:S38-43.

Moraes Filho CAV, Goldenberg S. Vaginose bacteriana e resultados perinatais. Femina 2001;29(8)509-12.

Moreira MA, Dos Santos FDB. A gardnerellose clínica. Femina 1994; 2(11):559-62.

Muñoz N, Kato I, Bosch FX, Eluf-Neto J, de Sanjosé S, Ascunce N, et al. Risk factors for HPV DNA detection in middle-aged women. Sex Transm Dis. 1996 Nov-Dec;23(6):504-10.

Murta EFC, Souza MAH, Araújo Jr E, Adad SJ. Incidence of Gardnerella vaginalis, Candida sp and human papilloma virus in cytological smears. Sao Paulo Med J. 2000 Jul 6;118(4):105-8.

Naud P, Becker Jr E, Matos JC, Matias MM, Lemos N, Luz L. Protocolo de eliminación de la sífilis congênita: uma experiência Del grupo de Porto Alegre (RS) Brasil. *Enf Trans Sex*. 1995; 9(5): 339-48.

NIAID. Office of communications. National Institutes of Health. Bethesda, Aug. 1992. Available from: <http://www.niaid.nih.gov>.

Nonnenmacher B, Breitenbach V, Villa LL, Prolla JC, Bozzetti MC. Identificação do papilomavírus humano por biologia molecular em mulheres assintomáticas. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(1):95-100.

Noronha V, Mello W, Villa , Brito A, Macedo R, Bisi F, Mota R, Sassamoto K, Monteiro T, Linhares A. Human papillomavirus associated with uterine cervix lesions. *Rev Soc Bras Med Trop*. 1999; 32 (3); 235-40.

Olbrich Neto J, Meira DA. Soroprevalência de vírus linfotrópico de células T humanas, vírus da imunodeficiência humana, sífilis e toxoplasmose em gestantes de Botucatu – São Paulo – Brasil. Fatores de Risco para vírus linfotrópico de células T humanas. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2004;37:28-32.

Oliveira M, Ishak G, Ishak R. O impacto da infecção por Chlamydia em populações indígenas da Amazônia brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17 (2):385-96.

Oplustil CP, Zoccoli CM, Tobouti NR, Sinto SI. Procedimentos básicos em microbiologia clínica. São Paulo: Sarvier, 2000. Cap. 11, p. 88-94.

Paiva V, Segurado A, Ayres JR, Santos N, Hearst N; ECI team. Sem direito de amar: a vontade de ter filhos entre homens e mulheres vivendo com HIV/aids. Trabalho oral apresentado no Foro 2003, II Foro en VIH/ SIDA / IST en America Latina y el Caribe, Havana/Cuba, julho 2003.

Passos EP, Focchi J, Cunha Filho JSL, Barcellos S, Naud PSV, Goldim JR, et al. Incidência de Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae em mulheres assintomáticas não promíscuas e com doença inflamatória pélvica aguda. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 1995;17(1):80-6.

Passos EP, Focchi J, Cunha Filho JSL, Barcelos S, Goldim JR, Vassermann J. Incidência de Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae em mulheres assintomáticas promíscuas e não promíscuas. *J Bras Ginecol*. 1994;104(1-2):7-9.

Passos MRL. Deesetologia DST 5. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2005.

Passos MRL. Doenças sexualmente transmissíveis. 4. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 1995. p. 18-39.

Passos MRLeal, Appolinário MAO, Varella RQ, Pinheiro VMS, Barreto NA, Rodrigues GHS, Bravo RS. O atendimento de gestantes numa clínica de DST. DTS J Bras Doenças Sex Transm. 2003;15(1):23-9.

Pereira MG. Inquérito sorológico de sífilis em adultos: Planaltina, DF, Brasil, 1977. Rev Saúde Pública. 1980;(14):358-65.

Pinheiro NA, Villa LL. Low frequency of p 53 mutations in cervical carcinomas among brazilian women. Braz J Med Biol Res. 2001;34(6):727-33.

Pinto AP, Signorello LB, Crum CP, Harlow BL, Abrão F, Villa LL. Squamous cell carcinoma of the vulva in Brazil: prognostic importance of host and viral variables. Gynecol Oncol. 1999 Jul;74(1):61-7.

Pires ICP, Miranda AEB. Prevalência e fatores correlatos de infecção pelo HIV e sífilis em prostitutas atendidas no Centro de Referência DST/AIDS. Rev Bras Ginecol Obstet. 1998;20(3):151.

Pluciennik AMA. Atualidades em DST/AIDS: preservativo feminino, 1998; 1 (6) : 1-17.

Raddi MSG, Vidal AFL, Santana DM. Characteristics of gram – stained cervical smear from patients with chlamydia trachomatis infction. Rev Lat.-Amer Microbiol 1993;35(2):159-61.

Ramos MC, Curcio BL, Tessaro M, Meneghetti H, Marques LC, Duarte TP et al. Prevalências da infecção pelo HIV e da soropositividade do VDRL em gestantes. J Bras Doenças Sex Transm. 1999; 11(5): 25-30.

Ramos M, Silva R, Gobbato R, da Rocha FC, de Lucca Junior G, Vissoky J et al. Pharmacy Clerks' prescripition practices for patients with STD in Porto Alegre, Brazil: missed oportunity for STD control. Int J STD AIDS. 2004; 15(5):333-6.

Ramos MC, Becker D, Germany C, Ritter AT, Perin MT, Sander MA, et al. Prevalência de Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae pela reação em cadeia por polimerase (PCR) em urina de gestantes adolescentes e mulheres atendidas em ambulatórios de ginecologia em hospital público em Porto Alegre, Brasil. DST J. Bras. Doenças Sex. Transm. 2002;14(6):4-8.

Ramos MC, Becker D, Germany C, Sander MA, Stein A, Fagundes RAL, et al.. Estudo populacional de prevalência de Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae por PCR em urina de mulheres residentes em vila popular atendida por serviço de saúde comunitário em Porto Alegre, Brasil. DST J. Bras. Doenças Sex. Transm. 2003;15(2):20-5.

Ramos M, Silva R, Gobbato R, et al. Pharmacy Clerks' prescription practices for patients with STD in Porto Alegre, Brasil: missed opportunity for STD control. Int J STD AIDS, 15: 333-336, 2004.

Reiche EMV, Morimoto HK, Farias GN, Hisatsugu KR, Geller L, Gomes ACLF, et al. Prevalência de tripanossomíase americana, sífilis, toxoplasmose, rubéola, hepatite B, hepatite C e da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, avaliada por intermédio de testes sorológicos, em gestantes atendidas no período de 1996 a 1998 no Hospital Universitário Regional Norte do Paraná (Universidade Estadual de Londrina, Paraná, Brasil). Rev Soc Bras Med Trop. 2000; 33(6):519-27.

Ribeiro MA, Miranda AE, Gambale W, Paula CR. Prevalence and exoenzyme secretion by *Cândida albicans* isolates from oral and vaginal mucosas of HIV – infected women. Mycopathologia. 2004 Apr;157(3):255-61.

Rice PA, Schachter J. Pathogenesis of pelvic inflammatory disease. What are the questions?. JAMA. 1991 Nov 13; 266(18): 2587-93.

Rocha MIB, Andalaft Neto J. A questão do aborto aspectos clínicos, legislativos e políticos. In: Berquó E, organizador. Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas: Unicamp; 2003. p. 257-318.

ROCHE DIAGNOSTICS CORPORATION. COBAS Amlicor^(TM) CT/NG Test for Chlamydia trachomatis. Indianapolis, 1999.

Rodrigues CS, Guimarães MDG; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congênita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. Revista Panamericana de Saúde Pública. 2004.;16(3):168-75.

Rodrigues EBB, Sá RAM, Rodrigues SSO, Passos MRL, Barreto NA, Pinheiro VMS. Análise da pesquisa de chlamydia trachomatis no setor de ginecologia do Instituto Fernandes Figueira. DST J Bras Doenças Sex Transm. 2000;12(3):16-22.

Rodrigues EHG, Abath FGC. Doenças sexualmente transmissíveis em pacientes infectados com HIV/AIDS no Estado de Pernambuco, Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2000; 33(1):47-52.

Roteli-Martins CM, Panetta K, Alves VAF, Siqueira SAC, Syrjänen KJ, Derchain SFM. Cigarette smoking and high-risk HPV DNA as predisposing factors for high-grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN) in young Brazilian women. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998 Jul;77(6):678-82.

Sá RAM, Bornia RBG, Cunha AA, Oliveira CA, Rocha GPG, Giordano EB. Sífilis e Gravidez: Avaliação da Prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na Maternidade Escola – UFRJ. *J Bras de Doenças Sex Transm.* 2001; 13(4): 6-8.

Sabino EC, Guerra EM, Oba IT, Spina AMM, Vaz AJ, Frequência de mardores de hepatite B em gestantes de primeira consulta em centros de saúde de área metropolitana, São Paulo, Brasil. *Rev. Inst. Méd. Trop. São Paulo* 1992; 34(6); 535-41.

Santos C, Teixeira F, Vicente A, Astolfi Filho S. Detection of clamydias trachomatis in endocervical smears of sexually active women in Manaus – AM, Brazil, by PCR. *Braz J Infect Dis.* 2003;7(2):91-5.

Santos TJT, Costa CMC, Goubau P, Vandamme AM, Desmyter J, Dooren SV et al. Western blot seroindeterminate individuals for human T-Lymphotropic Virus 1/2 (HTLV 1/2) in Fortaleza (Brazil). A serological and molecular diagnostic and epidemiological approach. *Braz J Infect Dis.* 2003;7(3):202-9.

Silva L, Nano MJ, Lyra LG. Transmissão vertical do Ag HBs e passiva de anti- HBs em Salvador – Bahia. *Anais da IX Jornada Latino Americana de Hepatologia.* São Paulo, 1986. p. 121.

Simões JA, Giraldo PC, Faundes A. Prevalence of cervicovaginal infections during gestation and accuracy of clinical diagnosis. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 1998; 6(3): 129-33.

Simões-Barbosa A, Feijó GC, da Silva JX, Leal IIR, Barbosa TWP. A six-year follow-up survey of sexually transmitted diseases in Brasilia, the capital of Brazil. *Braz J Infect Dis.* 2002;6(3):110-8.

Smith JS, Bosetti C, Muñoz N, Herrero R, Bosch FX, Eluf Neto J, et al. Chlamydia trachomatis and invasive cervical cancer; a pooled analysis of the IARC multicentric case-control study. *Int J Cancer.* 2004;111(3):431-9.

Smith JS, Muñoz N, Herrero R, Eluf-Neto J, Ngelangel C, Franceschi S, et al. Evidence for Chlamydia trachomatis as a human Papillomavirus cofactor in the etiology of invasive cervical cancer in Brazil and the Philippines. *J Infect Dis.* 2002; 185:324-31.

Soares VL, De Mesquita AMT, Cavalcante FGT, Silva ZP, Hora V, Diedrich T et al. Sexually transmitted infections in a female population in rural north east Brazil: prevalence, morbidity and risk factors. *Trop Med Int Health*. 2003; 8(7): 595-603.

Souza LB, Pinto LP, Medeiros AMC, Araújo Jr. RF, Mesquita OJX. Manifestação orais em pacientes com AIDS em uma população brasileira. *Pesq Odontol Bras*. 2000;14 (1):79-85.

Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB, Massad E. The vulnerability of Brazilian female prisoners to HIV infection. *Braz J Med Biol Res*. 2004 May;37(5):771-6.

Sun Y, Eluf-Neto J, Bosch FX, Muñoz N, Walboomers JMM, Meijer CJLM et al. Serum antibodies to human papillomavirus 16 proteins in women from Brazil with invasive cervical carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 1999 Oct;8(10):935-40.

Temmerman M, Kidula N, Tyndall M, Rukaria-Kaumbutho R, Muchiri L, Ndinya-Achola JO. The supermarket for women's reproductive health: the burden of genital infections in a family planning clinic in Nairobi, Kenya. *Sex Transm Infect*. 1998 Jun;74(3):202-4.

Varella RQ, Passos MRL, Pinheiro VMS, Santos SB et al. Pesquisa de Chlamydia tracomatis em mulheres no Município de Piraí, Rio de Janeiro. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2000, 12 (supl):27-44.

Vaz AJ, Guerra EM, Ferratto LCC, Toledo LAS, Azevedo Neto RS. Sorologia positiva para sífilis, toxoplasmose e doença de Chagas em gestante de primeira consulta em centros de saúde de área metropolitana, Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 1990;24:373-9.

Villa LL, Sichero L, Rahal P, Caballerro O, Ferenczy A, Rohan T et al. Molecular variants of human papillomavirus types 16 and 18 preferentially associated with cervical neoplasia. *J Gen Virol*. 2000 Dec;81(Pt 12):2959-68.

Ximenez LLL, Gaspar AMC, D'oro ACC, Mercadante LAC, Ginuino CF, Yashida CFT. Viral hepatitis markers in antepartum and postpartum women in Rio de Janeiro, Brazil. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2002; 97(2): 203-4.

Wanderley MS, Miranda CRR, Freitas MJC, Pessoa ARS, Lima ALRM. Vaginose bacteriana em mulheres com infertilidade e em menopausadas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2001;23(10):641-6.

Wasserheit JN. Reproductive tract infections: Global impact and priorities for women's reproductive health. New York: Plenum Press; 1998. p. 61-91.

Wasti S, Ashfaq MK, Ishaq R, Hamid R. Prevalence of Chlamydial infection in females attending antenatal and family planning clinics in Karachi Pakistan. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1997 Nov;37(4):462-5.

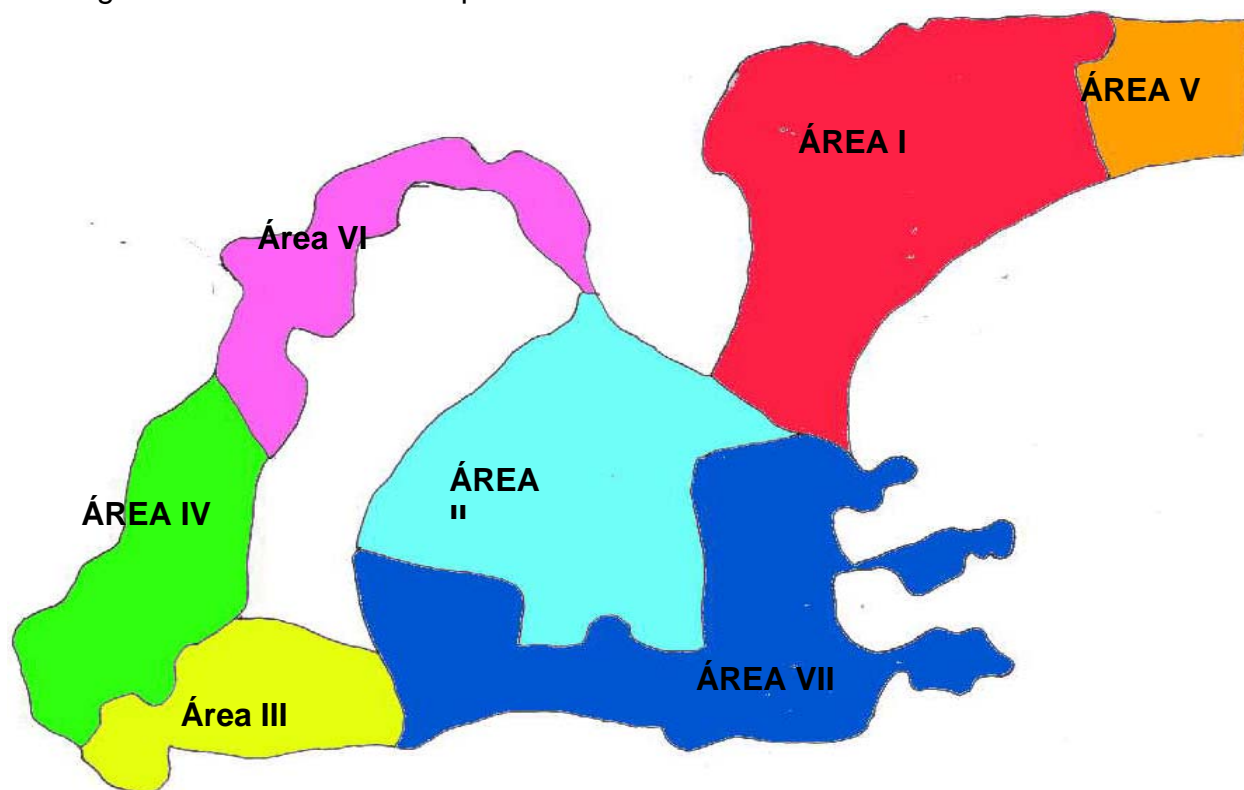
Westrom L, Mardh PA. Acute pelvic inflammatory disease (PID). In: Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, Wiesner PJ, Cates W jr, Lemon SM, et al., editors. *Sexually transmitted diseases.* 2nd ed. New York: Mc Graw-Hill; 1999. p. 593-614.

Wilkinson D, Ndovela N, Harrison A, Lurie M, Connolly C, Sturm AW. Family planning services in developing countries: an opportunity to treat asymptomatic and unrecognised genital tract infections? *Genitourin Med.* 1997 Dec;73(6):558-60.

World Health Organization. Expert Committee on Venereal Diseases and Treponematoses: Sixth report. WHO Tech. Rep. Ser. 1986; 736, Geneva.

ANEXO A

Regiões de saúde do Município de Vitória.

**PACS e PSF**

- Área I – Goiabeiras
- Área II – Maruípe
- Área III – Centro
- Área IV – Sto. Antônio
- Área V – Jardim Camburi
- Área VI – São Pedro
- Área VII – Forte S. João

ANEXO B

QUESTIONÁRIO**PREVALÊNCIA DE DST, PADRÃO DE COMPORTAMENTO E ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES ATENDIDAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM VITÓRIA, ES.**

Número de identificação :

Data : ___/___/___

DADOS PESSOAIS

- 1) Nome :
- 2) Data de nascimento : ___/___/___
- 3) Naturalidade :
- 4) Profissão :
- 5) Cor de pele : () branca () parda () negra () amarela
- 6) Estado civil : () solteira () casada/amasiada () separada/Divorciada () viúva

DADOS CLÍNICOS

- 7) Apresenta-se sintomática : () Sim () Não

() lesão genital	() lesão extra-genital	() Fluxo vaginal
() disúria	() prurido	() rash cutâneo
() dor pélvica	() linfadenomegalia	() dispareunia
() nenhum	() outros :	
- 8) Já usou medicamentos para estes sintomas? () Sim () Não
Se sim, quais?
- 9) Você já teve alguma doença crônica? () Sim () Não.
Se sim qual(ais)?
- 10) Você já foi operado alguma vez? () Sim () Não. Se sim,
do que?
- 11) Você já teve doenças sexualmente transmissíveis ?

() Não	() Não sabe	() sífilis	() gonorréia	() clamídia
() condiloma	() herpes	() hepatites	() cancro mole	
() outras :	_____			

Quando? _____

Tratamento : _____

12) Você tem alguma alergia a algum remédio? () Sim () Não.

Se sim, qual(is)? _____

13) Você teve alguma internação nos últimos 12 meses?

() Sim () Não

14) Alguém na sua família teve alguma doença grave ?

Câncer : _____

Alcoolismo : _____

Tuberculose : _____

Outras : _____

História ginecológica/ Atividade sexual :

15) Menarca : _____

16) DUM : _____

17) TM : I ____ D ____ Q ____

18) Você já ficou grávida? () Sim () Não. Quantas vezes? _____

() # filhos () # abortos: espontâneos () provocados ()

19) 1ª Gestação : _____

20) Está grávida () Sim () Não

21) Último preventivo : _____

22) Primeira relação sexual : _____

23) Última relação sexual : _____

24) História de violência sexual () Sim () Não

25) Quantas relações sexuais por semana você tem?

26) Você tem parceiro sexual fixo? () Sim () Não

27) Quantos parceiros diferentes por semana você teve no

último ano? () nenhum () um () 2-4 () 4-10 () >10

28) Quantos parceiros você já teve durante toda a vida?

() nenhum () um () 2-4 () 4-10 () >10

29) Você usa camisinha? () sempre () quase sempre

() às vezes () raramente () nunca

30) Usar camisinha depende mais de você ou do seu parceiro?

() dela () parceiro

- 31) Você tem relação sexual com : () homens () mulheres () os dois
- 32) Você faz sexo oral? () sempre () quase sempre () às vezes () raramente () nunca.
- 33) E anal? () sempre () quase sempre () às vezes () raramente () nunca.
- 34) Você usa algum método para evitar gravidez? () nenhum () pílula () DIU () condon () ritmico () diafragma () LT. Há quanto tempo? _____
- 35) Você usa ou já usou algum tipo de droga? () Não () Sim.
- 36) Que tipo de droga? _____
- 37) Você fuma () Não () Sim, atualmente () Sim, no passado
Nº cigarros/dia : ____ Tempo : ____.
- 38) Você bebe bebidas alcoólicas? () Sim, atualmente () Sim, no passado () Não. Se sim, Que bebidas? _____ Qual a quantidade por dia (doses/copos – tipo) ? _____.
- 39) Você já fez transfusão de sangüínea? () Não () Sim Ano : _____
- 40) Você já fez alguma tatuagem? () Não () Sim Ano : _____
- 41) Você saberia dizer sobre seu último parceiro sexual se ele :
() UDI () Bissexual () tem outra parceiras () HIV+
() DSTs _____ () Hemofílico () Encarcerado () Não sei.
- 42) Você já fez teste para saber se está com AIDS? () Não () Sim.

Exame clínico :

PA : ____ P :__ ____ Peso : _____ Altura : _____

Mamas :

Abdômen :

Vulva :

Vagina :

Colo :

Exames de laboratório:

KOH:

PH vaginal :

Bacterioscopia pelo Gram :

Sítio Resultado

Vagina _____

Ectocérvice _____

Endocérvice _____

Cultura para gonococo : () positivo () negativo

VDRL:

FTA-ABS:

HBSAG:

Anti-HBs:

ELISA para HIV:

RIFI para HIV:

ELISA para Clamidia:

Citología cérvico-vaginal:

Colposcopia:

Biópsia:

ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

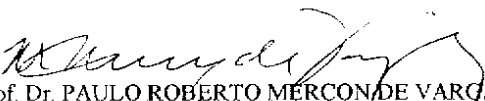
Vitória-ES, 27 de fevereiro de 2003

Do: Prof. Dr. Paulo Roberto Merçon de Vargas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico

Para: Profa. Mara Rejane Barroso Barcelos
Pesquisador Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: "Prevalência e Perfil Clínico de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Pacientes Usuárias de Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia em Unidade da Rede Pública de Saúde na Cidade de Vitória-ES".

Prezada Profa. Mara,

Através deste informo à V.Sa., que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa intitulado: "**Prevalência e Perfil Clínico de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Pacientes Usuárias de Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia em Unidade da Rede Pública de Saúde na Cidade de Vitória-ES**", cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, bem como o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, em reunião ordinária realizada em 26 de fevereiro de 2003.


Prof. Dr. PAULO ROBERTO MERÇON DE VARGAS
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do
Centro Biomédico



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO – CENTRO BIOMÉDICO
EXTRATO DA 41ª ATA DA REUNIÃO ORDINÁRIA DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DO CENTRO BIOMÉDICO, REALIZADA EM 26.02.03 AS 17:00 hs.**

Aos vinte e seis dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e três as dezessete horas, na sala de reuniões do Núcleo de Doenças Infecciosas, realizou-se a 41ª Reunião Ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico, com a presença dos seguintes membros: Professores Doutores Paulo Roberto Merçon de Vargas (Coordenador), Elda Coelho Azevedo Bussinger, Maria Rosiani Dorietto de Menezes, Reynaldo Dietze, Roberto de Sá Cunha, Vera Lúcia Caser e Fátima Aparecida Pereira (Secretária)..... Deliberações: b) Tendo como relator o Prof. Dr. Roberto de Sá Cunha, o Projeto de Pesquisa intitulado: “Prevalência e Perfil Clínico de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Pacientes Usuárias de Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia em Unidade da Rede Pública de Saúde na Cidade de Vitória-ES”, sendo a Pesquisadora Responsável a Dra. Mara Rejane Barroso Barcelos, por unanimidade, teve parecer favorável;..... Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a reunião, tendo eu Fátima Aparecida Pereira (Secretária), lavrado a presente ata que assino juntamente com os demais membros presentes do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Biomédico. Vitória-ES, vinte e seis de fevereiro do ano de dois mil e três.

Fátima Aparecida Pereira (Secretária)

Assinatura manuscrita em tinta preta, com uma linha horizontal abaixo para separar o nome da assinatura.

ANEXO D

PREVALÊNCIA DE DST, PADRÃO DE COMPORTAMENTO E ASPECTOS RELACIONADOS À SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES ATENDIDAS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM VITÓRIA, ES.**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Núcleo de Doenças Infecciosas da Universidade Federal do Espírito Santo convida você a participar deste estudo. A proposta do estudo é conhecer a prevalência, o padrão de comportamento e o perfil clínico das infecções cervico-vaginais em mulheres usuárias de ambulatório de ginecologia e obstetrícia em unidade da Rede Pública de Saúde na cidade de Vitória, E.S.

Se você concordar em participar deste estudo, você será submetida a uma consulta ginecológica de rotina com anamnese, exame pélvico para coleta de materiais para exames e coleta de sangue. Você receberá todos os resultados dos exames realizados, será aconselhada sobre formas de prevenção de DST e receberá tratamento para todas as doenças.

Não haverá custos e nem pagamento pela aceitação em participar neste estudo. Será mantido o sigilo sobre todas as informações levantadas, visto que elas serão lançadas em um banco de dados onde o seu nome será omitido.

Se após tiver lido, você concorda em participar deste estudo, por favor, assine abaixo.

ASSINATURA DO PACIENTE**DATA**

ANEXO D

Tabela 1: Taxas de prevalência de vaginose bacteriana em mulheres brasileiras relatadas na literatura científica

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método diagnóstico
34,5%	Aleixo Neto et al.	194	1987	Belo Horizonte/MG	Mulheres usuárias de DIU	Colpocitologia
28,8%		111				
19,5%	De Carli et al.	200	1987	Porto Alegre/RS	Clínica de DST	Bacterioscopia-Gram
57,26%	Moreira e dos Santos	117	1994	Belém/PA	Ambulatório ginecologia	Colpocitologia/Colposcopia/Bacterioscopia
63,4%	Brito et al. Simões; Giraldo; Faundes	80	1996	Belém/PA	Mulheres indígenas	Colpocitologia
9,5%		328	1998	Campinas	Gestantes	Bacterioscopia
15,2%	Miranda et al.	118	1998	Vitoria/ES	Profissionais do Sexo	Colpocitologia
14,97%	Moherdau et al.	348	1998	Multicêntrico	Clínica de DST	Bacterioscopia-Gram/Teste das Aminas/ pH vaginal
23,6%	Murta et al.	390	2000	Uberaba/MG	Mulheres com citologia com evidências de HPV	Colpocitologia
17,4%	Murta et al.	396	2000	Uberaba/MG	Mulheres com citologia sem evidências de HPV	Colpocitologia
19,8%	Adad et al.	6825	2001	Uberaba/MG	Ambulatório ginecol.(1988)	Colpocitologia
15,9%		9625				
13,5%	Wanderley et al.	104	2001	Brasilia/DF	Mulheres menopausadas	Bacterioscopia-Gram/Teste das Aminas/pH vaginal
17,54%	Wanderley et al.	86	2001	Brasilia/DF	Mulheres inférteis	Microscopia à fresco/ pH vaginal/Teste das Aminas
78,9%	Benzaken et al.	147	2002	Manacapuru/AM	Profissionais do sexo	Microscopia à fresco/Teste das aminas/ Bacterioscopia/ Colpocitologia

Continua

Continuação

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método diagnóstico
17,2%	Simões –Barbosa et al.	142158	2002	Brasília/DF	Ambulatório ginecologia	Colpocitologia
19,6%	Ferraz do Lago	223	2003	Campinas/ SP	Mulheres usuárias de DIU	Colpocitologia
15%	Soares et al.	341	2003	Maceió/AL	Comunidade rural	Bacterioscopia/Teste das Aminas/pH vaginal
30,9%	Da Silva Filho	216	2004	Rio de Janeiro/RJ	Gestantes	Microscopia à fresco
0,7%	Da Silva Filho	216	2004	Rio de Janeiro/RJ	Gestantes	Colpocitologia

Tabela 2: Taxas de prevalência de candidíase em mulheres brasileiras relatadas na literatura científica

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método diagnóstico	
0%	Aleixo Neto et al.	194	1987	Belo Horizonte/MG	Mulheres usuárias de DIU	Colpocitologia	
0,9%		111					
18,5%	De Carli et al.	200	1987	Porto Alegre/RS	Mulheres usuárias de Anticoncepcional Oral	Cultura(Agar Sabouraud)	
17,7%	Gonçalves et al.	10559	1984	Santos/SP	Clínica de DST Ambulatórios ginecologia	Microscopia à fresco/ Bacterioscopia-Gram	
4,9%	Brito et al.	80	1996	Belém/PA	Mulheres indígenas	Colpocitologia	
17,7%	Mouerdau	334	1998	Multicêntrico	Clínica de DST	Bacterioscopia-Gram	
13,8%	Murta et al.	390	2000	Belo Horizonte/MG	Mulheres com citologia com evidências de HPV	Colpocitologia	
23,9%	Murta et al.	396	2000	Belo Horizonte/MG	Mulheres com citologia sem evidências de HPV	Colpocitologia	
12%	Murta et al.	390	2000	Uberaba/MG	Mulheres com citologia com evidências de HPV	Colpocitologia	
80,7%	Souza et al.	26	2000	Natal/RN	Mulheres com AIDS	Exame da cavidade oral	
0,5%	Adad et al.	880	2001	Uberaba/MG	Ambulat. ginecol. (1968)	Colpocitologia	
5,1%		3026					(1978)
8,1%		6825					(1988)
22,5%		9625					(1998)
9,4%		142158					(1998)
	Simões-Barbosa et al.	142158	2002	Brasília/DF	Ambulatório ginecologia	Colpocitologia	

Continua

Continuação

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método diagnóstico
29,69%	Cavassani et al.	133	2002	São Paulo/SP	Mulheres com AIDS	Exame da cavidade oral/Colpocitologia esfoliativa
25,9%	Benzaken et al.	147	2002	Manacapuru/AM	Profissionais do sexo	Microscopia à fresco/Bacterioscopia/ Teste das aminas/Colpocitologia
6%	Soares et al.	341	2003	Maceió/AL	Comunidade rural	Exame Direto
79%	Ribeiro et al.	72	2004	Vitória/ES	Mulheres HIV positivas	Cultura/Bacterioscopia-Gram
75%		80			Mulheres HIV negativas	
24,3%	Da Silva Filho	216	2004	Rio de Janeiro/RJ	Gestantes	Colpocitologia
7,9%	Da Silva Filho	216	2004	Rio de Janeiro/RJ	Gestantes	Microscopia à Fresco
4,3%	Rodrigues e Abalh	399	2000	Recife/PE	Mulheres com HIV/AIDS	Micoscopia/Cultura
4,0%		177			Mulheres com AIDS	(Ágar Sabouraud)
0,9%		222			Mulheres sem infecção pelo HIV	

Tabela 3: Taxas de prevalência de Sífilis em mulheres brasileiras relatadas na literatura científica

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método diagnóstico
16% 50%	Azulay et al.	200 84	1979	Niterói/RJ	Gestantes Profissionais do sexo	VDRL
2,8%	Pereira et al.	605	1980	Planaltina/DF	Mulheres em revalidação da carteira de saúde	VDRL qualitativo e quantitativo
11,5%	De Carli et al.	200	1987	Porto Alegre/RS	Clínica de DST	VDRL/FTA-Abs
11,5%	Huggens et al.	200	1987	Recife/PE	Gestantes	VDRL
12,91%	Araújo e Vieira	449	1988	João Pessoa/PB	Gestantes	VDRL
9,09%	Costa et al.	2167	1989	Recife/PE	Gestantes (ano de 1987)	VDRL
7,48%		2442			Gestantes (ano de 1988)	FTA-Abs
7,28%	Vaz et al.		408	1990	São Paulo/SP	VDRL
6,1%						FTA-Abs
5,2%					Gestantes	VDRL
29%	Caterino de Araújo, De- los Santos Fatima	45	1990	São Paulo/SP	Profissionais do sexo	VDRL/FTA-Abs
5,7%	Raddi, Vidal e Santana	262	1993	Araraquara/SP	Ambulatório ginecologia	VDRL
30,3%	Gir et al.	207	1994	Ribeirão Preto/SP	Mulheres c/ HIV/AIDS (16,9% da amostra)	VDRL
3,9%	Dos Santos et al.	1024	1995	Salvador/BA	Gestantes	VDRL/FTA-Abs

Continua

Continuação

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método diagnóstico
5,83%	Cunha et al.	1028	1995	Salvador/BA	Gestantes	VDRL
3,69%						FTA-Abs
45,0%	Lurie et al.	600	1995	Multicêntrico (São Paulo, Santos e Campinas)	Profissionais do Sexo	VDRL/FTA-Abs
2,3%	Naud	913	1995	Porto Alegre/RS	Gestantes	VDRL
46,0%	Carvalho et al.	78	1996	Santos/SP	Mulheres usuárias de drogas injetáveis	FTA-Abs
1,16	Amaral et al.	5815	1996	Campinas/SP	Gestantes	VDRL/TPHA
3,5%	Ramos et al.	200	1999	Porto Alegre/RS	Gestantes (ano de 1997)	VDRL
1,5%					Gestantes (ano de 1998)	
4,2%	Aquino et al.	122	1998	São Paulo/SP	Gestantes com diagnóstico de morte fetal após 20 sem	VDRL
0,4%		244			Gestantes com fetos vivos	
8,3%	Pires et al.	157	1998	Vitória/ES	Profissionais do sexo	VDRL
15,7%	Miranda et al.	121	1998	Vitória/ES	Presidiárias	VDRL
2,4%	Barsanti et al.	1000	1999	São Paulo/SP	Gestantes	VDRL/TPHA/ELISA (IgG e IgM)
2,6%	Miranda et al.	410	1999	Vitória/ES	Clínica de DST	VDRL
74,4%	Dourado et al.	216	1999	São Paulo/SP	Mulheres UDI	VDRL

Continua

Continuação

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método diagnóstico
10%	Bastos et al.	30	2000	Rio de Janeiro/RJ	Mulheres usuárias de drogas	VDRL/TPHA
2,9%	Miranda et al.	2305	2000	Vitória/ES	Gestantes	VDRL
3,36%	Figueiredo et al.	5500	2000	Vitória/ES	Gestantes	VDRL
1,6%	Reiche et al.	1515	2000	Londrina/PR	Gestantes	VDRL/FTA-Abs (IgG)
8,8%	Rodrigues e Abath	399	2000	Recife/PE	Mulheres com HIV/AIDS	IFI (FTA-Abs)
2,2%	Sá et al.	5519	2001	Rio de Janeiro/RJ	Gestantes	VDRL
0%	Luppi et al.	57 122	2001	São Paulo/SP	Gestantes HTLV 1I positivas Gestantes controles HTLV-I/II negativas	VDRL
3,0%	Miranda et al.	1608	2001	Vitória/ES	Gestantes	VDRL
0%	Bittencourt et al.	57	2001	Salvador/BA	Gestantes HTLV I positivas	VDRL
5,7%	Lopes et al.	244	2001	São Paulo/SP	Presidiárias	VDRL
2,0%	Codes et al.	202	2002	Rio de Janeiro/RJ	Planejamento família	VDRL/HTPA/EIE(ELISA)
0,68%	Benzaken et al.	147	2002	Manacapuru/AM	Profissionais do sexo	VDRL
3,0%	Soares et al.	341	2003	Maceió/AL	Comunidade rural	VDRL/Particle Agglutination Test

Continua

Continuação

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método diagnóstico
6,5%	Cook et al.	200	2004	Rio de Janeiro/RJ	Clínica de DST	VDRL
0,8%	Benzaken et al.	252	2004	Alto Solimões/AM	Gestantes	VDRL
0,8%	De Souza, Botelho e Homer	8477	2004	Campo Grande/MS	Gestantes	VDRL/FTA-abs IgG
0,9%	Olbrich Neto e Meira	813	2004	Botucatu/SP	Gestantes HTLV I positivas	VDRL
6,2%	Martins et al.	630	2004	Fortaleza/CE	Gestantes	RPR (Rapid Plasma Reagin)
4,2%		389		Aracati/CE		
22,8%	Strazza et al.	290	2004	São Paulo/SP	Presidiárias	ELISA (ICE Syphilis/Abbott)
1,7%	Rodrigues e Guimarães	3047	2004	Belo Horizonte/MG	Puérperas	VDRL/FTA-abs

Tabela 4: Taxas de prevalência da infecção pelo HPV em mulheres brasileiras relatadas na literatura científica

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método Diagnóstico
50%	Lorincz et al.	6	1987	Multicêntrico	Ambulatório de patologia cervical	Hibridização Soutern blot
67%		21			CIN 0	
75%		8			CIN I	
100%		8			CIN II	
100%		8			CIN III	
100%		2			Carcinoma Escamoso Adenocarcinoma	
55,0%	Cavalcanti et al.	160	1994	Rio de Janeiro/RJ	Ambulatório de patologia cervical	Hibridização in situ
20,0%		10			CIN0	
78,7%		47			CIN1	
60,0%		15			CINII	
57,2%		21			CINIII	
41,8%		67			CA Escamoso	
18,3%	Franco et al.	525	1995	João Pessoa/PB	Ambulatório de Ginecologia	PCR Endocervical
17%	Muhoz et al.	810	1996	Multicêntrico	Ambulatório de CA cervical	Hibridização dot blot
17,1%		175				São Paulo/SP
23,2%	Brito et al.	69	1996	Itupiranga e Jacundá/PA	Mulheres daTribo Indígena Parakanã.	Colpocitologia
56%	Roteli-Martins et al.	77	1998	Campinas/SP	Mulheres com colpocitologia anormal e biópsia indicativa de NIC I, II e III	Captura híbrida HPV-DNA (para tipos oncogênicos)

Continua

Continuação

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método Diagnóstico
9,3%	Miranda et al.	118	1998	Vitória/ES	Presidiárias	Colpocitologia
47,4%	Sun et al.	194	1999	São Paulo/SP	Mulheres com CA Cerv. Invasivo	HPV 16 VLPs (ELISA)
24,4%		217			Mulheres sem CA Cervical	
54,1%		194			Mulheres com CA Cerv. Invasivo	HPV16 E6 (Radioimunoprecipitação)
6,0%		217			Mulheres sem CA Cervical	
30,4%		194			Mulheres com CA Cerv. Invasivo	HPV 16 E7(Radioimunoprecipitação)
4,6%		217			Mulheres sem CA Cervical	
13,8%	Franco et al.	2514	1999a	São Paulo/SP	Ambulatório de patologia cervical	Colpocitologia PCR endocervical ELISA HLA P53
13,8%	Franco et al.	1425	1999b	São Paulo/SP	Ambulatório de Patologia Cervical	Colpocitologia PCR endocervical
14,9%					1º Follow up	
14,7%					2º Follow up	
12,3%					3º Follow up	
24,1%	Pinto et al.	158	1999	São Paulo/SP	Mulheres com CA vulvar invasivo primário	PCR(biópsia vulvar) Hibridização dot-blot
80,8%	Gonçalves et al.	141	1999	Santos/SP	Mulheres HIV+	Colpocitologia/Histopatologia
24,1%	Pinto et al.	184	1999	São Paulo/SP	Ambulatório de CA cervical	PCR
70,3%	Noronha et al.	115	1999	Belém/PA	Mulheres com CA Epidermóide de colo	Histopatológico/PCR/ Hibridização Dot Blot
63%	Noronha et al.	54	1999	Belém/PA	Mulheres com NIC II e III	Histopatológico/PCR/ Hibridização Dot Blot
36,8%	Noronha et al.	19	1999	Belém/PA	Mulheres com colpocitologia anormal	Histopatológico/PCR/ Hibridização Dot Blot

Continua

Continuação

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método Diagnóstico
26,2%	Villa et al.	1690	2000	São Paulo/SP	Ambulatório de CA cervical	LCR/Hibridização Dot-Blot
2,24%	Murta et al.	17391	2000	Uberaba/MG	Ambulatório ginecologia	Colpocitologia
66,7%	Cavalcanti et al.	514	2000	Rio de Janeiro/RJ	Ambulatório de CA cervical	Hibridização in situ (DIGENE)
4,8%	Lopes et al.	262	2001	São Paulo/SP	Presidiárias	PCR
16,3	Lopes et al.	262	2001	São Paulo/SP	Presidiárias	PCR
73,61	Pinheiro et al.	122	2001	São Paulo/SP	Mulheres com CA Escamoso	Hibridização Dot Blot
40,3%	Becker et al.	62	2001	Porto Alegre/RS	Mulheres com ASCUS	PCR endocervical
24,2%		62			Mulheres com ASCUS	Captura Híbrida II
76,2%		21			Mulheres com LSIL	PCR endocervical
57,1%		21			Mulheres com LSIL	Captura Híbrida II
27%	Nonnenmacher et al.	975	2002	Porto Alegre/RS	Ambulatório de Rastreamento do CA Cervical	Captura Híbrida II/ PCR
16%						PCR
15%						Captura Híbrida II
92,7%	Smith et al.	137	2002	São Paulo/SP	Mulheres com CA escamoso inv.	PCR endocervical
76,9%		13			Mulheres com Adenocarcinoma	
16,2%		173			Mulheres sem CA cervical	
1,1%	Simões-Barbosa	142158	2002	Brasília/DF	Ambulatório ginecologia	Colpocitologia
26%	Soares et al.	341	2003	Maceió/AL	Comunidade rural	Citologia/Histologia/PCR
96,8%	Smith et al.	155	2004	São Paulo	Mulheres com CA cervical inv.	PCR endocervical
92,9%		14			Mulheres com Adenocarcinoma	
16,7%		180			Mulheres sem CA de colo	

Tabela 5: Taxas de prevalência da infecção pelo HIV em mulheres brasileiras relatadas na literatura científica

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método Diagnóstico
9,0%	Caterino- de- Araujo et al.	45	1990	São Paulo/SP	Profissionais do Sexo	ELISA p/ HIV I
2,25%	Caterino- de- Araújo et al.	45	1990	São Paulo/SP	Profissionais do Sexo	ELISA p/HIV II
11,0%	Lurie et al.	600	1995	Multicêntrico	<i>Profissionais do sexo</i>	ELISA/Western blot
12,0%				São Paulo	Baixo estatus sócio-econômico	
4,0%				São Paulo	Alto estatus sócio-econômico	
13,0%				Campinas	Baixo estatus sócio-econômico	
6,0%				Campinas	Alto estatus sócio-econômico	
27,0%				Santos	Baixo estatus sócio-econômico	
1,0%	Santos	Alto estatus sócio-econômico				
0,1%	Dos Santos et al.	1024	1995	Salvador/BA	Gestantes	ELISA/Western blot
67,0%	Carvalho et al.	89	1996	São Paulo/SP	Mulheres usuárias de drogas injetáveis	ELISA/Western blot
0,25%	Broutet et al.	814	1996	Fortaleza/CE	Gestantes	ELISA
1,16%	Amaral et al.	5815	1996	Campinas /SP	Gestantes	ELISA
9,9%	Miranda et al.	121	1998	Vitória/ES	Presidiárias	ELISA
8,6%	Pires e Miranda	140	1998	Vitória/ES	Profissionais do sexo	ELISA/RIFI
49,5%	Andrade et al.	216	1998	Salvador/BA	UDI	ELISA/Western Blot
0,97%	Andrade et al.	1959	1999	Belo Horizonte/MG	Gestantes	ELISA
1,5%	Ramos	200	1999	Porto Alegre/RS	Gestantes (Ano 1998)	ELISA

Continua

Continuação

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método Diagnóstico
2,2%	Miranda et al.	410	1999	Vitória/ES	Clínica de DST	ELISA/RIFI
0,6%	Reiche et al.	1473	2000	Londrina/PR	Gestantes	ELISA
0,9%	Bastos et al.	225	2000	Rio de Janeiro/ RJ	Centro Trat. Usuários Drogas	ELISA/Western blot
0,0%		30			Mulheres usuárias de drogas	
0,8%	Miranda et al.	2305	2000	Vitória/ES	Gestantes	ELISA
0%	Bittencourt et al.	57	2001	Salvador/BA	Gestantes HTLV I positivas	ELISA
0,8%	Miranda et al.	1608	2001	Vitória/ES	Gestantes	ELISA
14,5%	Lopes et al.	262	2001	São Paulo/SP	Presidiárias	ELISA
0,0%	Benzaken et al.	147	2002	Manacapuru/AM	Profissionais do sexo	ELISA
3%	Codes et al.	202	2002	Rio de Janeiro/RJ	Planejamento familiar	ELISA/RIFI/Western blot
0,5%	Lima	1644	2003	Vitória/ES	Gestantes	ELISA
8%	Cook et al.	200	2004	Rio de Janeiro/RJ	Clínica de DST	ELISA/Western blot
0,3%	Olbrich Neto e Meira	302	2004	Botucatu/SP	Gestantes	ELISA
13,5%	Strazza et al.	267	2004	São Paulo/SP	Presidiárias	ELISA (Anti-HIV I e II) / Immunoblotting
0,25%	De Souza et al.	8477	2004	Campo Grande/MS	Gestantes	ELISA/Western blot

Tabela 6: Taxas de prevalência da infecção pelo HBV em mulheres brasileiras relatadas na literatura científica

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método Diagnóstico
1,2%	Conceição et al.	1000	1979	Salvador/BA	Mulheres	Hemaglutinação Reversa/Radioimunoensaio
1,58%					Doadores de sangue	
2,04%					Doadores de sangue	
1,7%	Silva et al.	1382	1986	Salvador/BA	Gestantes	ELISA
9,0%	Caterino- de-Araújo et al.	45	1990	São Paulo/SP	Profissionais do sexo	ELISA (HBsAg)
0,42%					Sabino et al.	477
7,75%	Cotrim et al.	15	1992	Salvador/BA	Mulheres com CA	ELISA
33,3%					Hepatocelular	
6,7%					Mulheres com outros cânceres	
39%	Lurie et al.	600	1995	Multicêntrico	Profissionais do sexo	ELISA
50,0%				São Paulo	Baixo estatus sócio-econômico	
29,0%				São Paulo	Alto estatus sócio-econômico	
38,0%				Campinas	Baixo estatus socio-econômico	
29,0%				Campinas	Alto estatus sócio-econômico	
69,0%				Santos	Baixo estatus sócio-econômico	
20,0%				Santos	Alto estatus sócio-econômico	
0,6%	Dos Santos et al.	1024	1995	Salvador/BA	Gestantes	ELISA(HBsAg) (Anti-HBs)
7,62					Azevedo et al.	33
12%	Carvalho et al.	78	1996	Santos/SP	Mulheres usuárias de drogas injetáveis	ELISA

Continua

Continuação

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método Diagnóstico
0,5%	Cardoso et al.	1459	1996	Goiânia/GO	Gestantes	ELISA(HBsAg) (Anti-HBs)
7,0%						
0,95%	Duarte et al.	7992	1997	Ribeirão Preto/SP	Gestantes	ELISA
1,84%					Gest. Cujas gestações terminaram em aborto	
					Gest. Cujas gestações terminaram em parto	
0,84%						
7,4%	Miranda	121	1998	Vitória/ES	Presidiárias	ELISA
5,4%	Miranda et al.	410	1999	Vitória/ES	Clínica de DST	ELISA
0,56%	Andrade et al.	1959	1999	Belo Horizonte/MG	Gestantes	ELISA
0,8%	Reich et al.	1502	2000	Londrina/PR	Gestantes	ELISA
0,4%	Bastos et al.	225	2000	Rio de Janeiro/RJ	Centro de Trat. Usuários Drogas	ELISA
0,0%		30			Mulheres usuárias de Drogas	
1,1%	Miranda et al.	1608	2001	Vitória/ES	Gestantes	ELISA
0%	Bittencourt et al.	57	2001	Salvador/BA	Gestantes HTLV I positivas	ELISA
0,5%	Ximenez et al.	874	2002	Rio de Janeiro/RJ	Gestantes	ELISA
0,26%	De Souza et al.	8477	2004	Campo Grande/MS	Gestantes	ELISA

Tabela 6: Taxas de prevalência da infecção pelo HCV em mulheres brasileiras relatadas na literatura científica

Prevalência	Autor	N	Ano	Local	População	Método Diagnóstico
33,3%	Gir et al.	207	1994	Ribeirão Preto/SP	Mulheres com AIDS	ELISA
0,9%	Martins et al.	1273	1995	Goiânia/GO	Gestantes	ELISA
77,0%	Carvalho et al.	78	1996	Santos/SP	Mulheres usuárias de drogas injetáveis	ELISA
19,0%	Miranda et al.	121	1998	Vitória/ES	Presidiárias	ELISA
0,97%	Andrade et al.	1959	1999	Belo Horizonte/MG	Gestantes	ELISA
1,5%	Lima, Pedro e Rocha	6995	2000	Campinas/SP	Gestantes	ELISA
0,8%	Reich et al.	1006	2000	Londrina/PR	Gestantes	ELISA
5,8%	Bastos et al.	225	2000	Rio de Janeiro/RJ	Centro Trat. Usuários	ELISA/HCV-RNA
6,7%		30			Drogas	
0%	Bittencourt et al.	57	2001	Salvador/BA	Gestantes HTLV I positivas	ELISA
16,2%	Strazza et al.	290	2004	São Paulo/SP	Presidiárias	ELISA