

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Curso de Bacharelado em Ciências Biológicas



Trabalho de Conclusão de Curso

**DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM
POPULAÇÃO JOVEM DO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS, NO
ANO DE 2009: INCIDÊNCIA, COMPORTAMENTOS DE
RISCO E FATORES ASSOCIADOS**

Patrick Mattos da Silva

Pelotas, 2010

PATRICK MATTOS DA SILVA

**DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM POPULAÇÃO JOVEM DO
MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS, NO ANO DE 2009: INCIDÊNCIA,
COMPORTAMENTOS DE RISCO E FATORES ASSOCIADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção de título de Bacharel em Ciências Biológicas.

Orientadora: Prof^a. Rita de Cássia Morem Cóssio Rodriguez

Pelotas, 2010

Banca examinadora:

Examinador 1: Prof^a. Beatriz Helena Gomes Rocha

Examinador 2: Prof. Robledo Lima Gil

Examinador suplente: Sr. Fernando Sampaio Recuero

Agradecimentos

Agradeço:

Primeiramente, a Deus pela dádiva da vida.

Aos meus amados pais, Pablo e Saletti, por todo amor e afeto, pela educação dada e valores que me fizeram ser a pessoa que sou hoje.

À minha querida irmã, Suelen, pelo companheirismo, apoio e incentivo.

À Prof^a e amiga Beatriz (Bia), pela amizade, carinho e momentos de descontração.

À minha orientadora, Prof^a. Rita, pelo carinho, incentivo e conhecimentos adquiridos ao longo dessa jornada.

À Beatriz, Ricardo e Flávia, do Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, pela oportunidade de realização da coleta de dados e pela atenção dada durante o processo de trabalho.

“Como os pássaros, que cuidam de seus filhos ao fazer um ninho no alto das árvores e nas montanhas, longe de predadores, ameaças e perigos, e mais perto de Deus, deveríamos cuidar dos nossos jovens como um bem sagrado, promover o respeito a seus direitos e protegê-los.”

Zida Arns

Resumo

SILVA, Patrick Mattos da. **DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM POPULAÇÃO JOVEM DO MUNICÍPIO DE PELOTAS, NO ANO DE 2009: INCIDÊNCIA, COMPORTAMENTOS DE RISCO E FATORES ASSOCIADOS.** 2010. 60f. Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharelado em Ciências Biológicas. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTs - são doenças infecciosas que se transmitem essencialmente pelo contato sexual, ocasionando diferentes manifestações clínicas. São doenças de difícil detecção, uma vez que acarretam poucos sintomas visíveis e, muitas vezes, apresentam-se de forma assintomática. A adolescência se mostrou, nos últimos anos, como a população com os maiores índices de infecções por doenças sexuais, sendo a faixa etária de 15 a 24 anos, a mais acometida. Fatores biológicos, psíquicos e sociais podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes às DSTs. Assim, o presente trabalho teve como objetivos realizar um levantamento dos casos de DSTs na população jovem do município de Pelotas no ano de 2009, bem como apontar os comportamentos de risco que aumentam as chances de infecção entre os jovens. Para alcançar esses objetivos, foi realizada uma pesquisa de dados no Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, onde foram analisados todos os prontuários médicos de jovens entre 15 e 26 anos diagnosticados com qualquer DST no período de 2009. Foram coletados dados referentes ao sexo, idade, grau de escolaridade, situação marital, estado gestacional, diagnóstico sintromico e diagnóstico etiológico. Uma vez analisados, os dados foram comparados aos de outros levantamentos em nível nacional e internacional disponíveis. Os resultados apontaram um total de 415 jovens infectados por DST no ano de 2009 na cidade de Pelotas. Desses, 369 eram mulheres (88,9%) e 46 homens (11,9%). 121 (29,2%) tinham 15 e 18 anos, 157 (37,8%) entre 19 e 22 anos e 137 (33%) entre 23 e 26 anos. Quanto à situação marital, 117 (28,2%) não tinham parceiros fixos, 132 (31,8%) tinham parceiro fixo a menos de um ano e 166 (40%) parceiro fixo a mais de um ano. Com relação à escolaridade, 9 (2,2%) eram analfabetos, 238 (57,3%) concluíram ou não o ensino fundamental, 164 (39,5%) concluíram ou não o ensino médio e 4 (1%) apresentavam ensino superior. Do total de mulheres, 326 (89,6%) não eram gestantes e 43 (10,4%) encontravam-se em estado gestacional. Quanto ao diagnóstico sintromico, o corrimento vaginal apareceu em 254 casos (61,2%); corrimento cervical, 60 (14,4%); corrimento uretral em 33 casos (8%); dor/desconforto, 19 (4,6%); úlceras apareceram em 22 casos (5,3%) e outros sintomas somaram 27 (6,5%). Quanto ao diagnóstico etiológico, 137 (33%) resultaram em Tricomoníase; 94 (22,6%) em Candidíase; Clamídia apareceu em 86 casos (20,7%); 54 (6,5%) dos jovens apresentaram Gonorréia; Herpes 27 casos (6,5%); Outros totalizaram 11 (2,7%) e apenas 6 (1,4%) não foram definidos. A partir desses dados, pode-se constatar que apesar dos casos de subnotificação no Brasil serem altos, os 415 jovens infectados em 2009 na cidade de Pelotas possui um valor expressivo, o qual implica em ações urgentes quanto ao diagnóstico e tratamento das DSTs por parte dos órgãos de saúde responsáveis e nas formas de promoção da saúde sexual na adolescência.

Palavras-chave: DST. Epidemiologia. Notificação. Sexualidade. Adolescência.

Abstract

SILVA, Patrick Mattos da. **DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM POPULAÇÃO JOVEM DO MUNICÍPIO DE PELOTAS, NO ANO DE 2009: INCIDÊNCIA, COMPORTAMENTOS DE RISCO E FATORES ASSOCIADOS 2010.** 60f. Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharelado em Ciências Biológicas. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Sexually Transmitted Diseases (STD) are infectious diseases transmitted primarily by sexual contact, generating different clinical manifestations. These diseases are difficult to detect because they cause few noticeable symptoms and often presents asymptotically. Adolescence has shown, in recent years, as the population with the highest numbers of infections by sexual diseases, with an age range from 15 to 24 years, the most affected. Biological, psychological and social factors may increase the vulnerability of adolescents to STDs. Thus, this study aimed to conduct a survey of cases of STDs among young people from Pelotas in 2009, and point out the risk behaviors that increase the chances of infection among young people. To achieve this goal, was conducted a research in Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, and have been analyzed medical records of all youths between 15 and 26 years identified with any STD in 2009. Data were collected regarding gender, age, education level, marital status, pregnancy status, syndromic diagnosis and etiological diagnosis. Once analyzed, the data were compared with those of other surveys at the national and international available. The results showed a total of 415 young people infected with STDs in the year 2009 in Pelotas. Of these, 369 were women (88.9%) and 46 men (11.9%). 121 (29.2%) were 15 and 18 years, 157 (37.8%) between 19 and 22 years and 137 (33%) between 23 and 26 years. Marital status, 117 (28.2%) had no steady partner, 132 (31.8%) had a steady partner less than one year and 166 (40%) steady partner to more than one year. With respect to education, 9 (2.2%) were illiterate, 238 (57.3%) concluded or not concluded primary education, 164 (39.5%) concluded or not concluded high school and 4 (1%) were in college. Of these women, 326 (89.6%) were not pregnant and 43 (10.4%) were in a state of pregnancy. As for the syndromic diagnosis, the vaginal discharge appeared in 254 cases (61.2%), cervical discharge, 60 (14.4%), urethral discharge in 33 cases (8%), pain/discomfort, 19 (4.6%), ulcers appear in 22 cases (5.3%) and other symptoms totaled 27 (6.5%). As for the etiological diagnosis, 137 (33%) resulted in Trichomoniasis, 94 (22.6%) in Candidiasis, Chlamydia appeared in 86 cases (20.7%) 54 (6.5%) youth had Gonorrhoea, Herpes 27 cases (6.5%) another diseases totaled 11 (2.7%) and 6 cases (1.4%) were not defined. From these results, we can see that despite the underreporting of cases in Brazil are high, the 415 young people infected in 2009 in Pelotas has a significant value, which requires urgent action in relation to the diagnosis and treatment of STD by agency health and sexual health promotion forms in adolescence.

Keywords: STD. Epidemiology. Notification. Sexuality. Adolescence.

Lista de Figuras

Figura 1. Sistema urogenital feminino.....	20
Figura 2. Sistema urogenital masculino.....	20
Figura 3. Etapa da patogenia de uma DST.....	21
Figura 4. Canal vaginal colonizado por <i>Candida sp.</i>	25
Figura 5. Balanospotite no pênis por <i>Candida albicans</i>	25
Figura 6. Lesões papilares na vulva causada pelo vírus HPV.....	26
Figura 7. Lesões papilares no pênis pela infecção por HPV.....	26
Figura 8. Secreção uretral pela presença de <i>Chlamydia trachomatis</i>	27
Figura 9. Secreção purulenta característica de Gonorréia no homem.....	29
Figura 10. Lesões no pênis causadas pelo Vírus do Herpes Simples.....	31
Figura 11. Vulva com lesões devido ao HSV.....	31
Figura 12. Corrimento vaginal ocasionado pela Tricomoníase.....	32
Figura 13. Lesão ulcerada (cancro-duro) característico de Sífilis primária.....	34
Figura 14. Sífilis congênita.....	34
Figura 15. Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas.....	37

Lista de Tabelas

- Tabela 1.** Distribuição de pacientes com DST notificados pelo Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, no ano de 2009, com relação ao sexo..... 38
- Tabela 2.** Distribuição de pacientes com DST notificados pelo Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, no ano de 2009, com relação à faixa etária..... 40
- Tabela 3.** Distribuição de pacientes notificados pelo Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, no ano de 2009, com relação à situação marital..... 41
- Tabela 4.** Distribuição de pacientes notificados pelo Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, no ano de 2009, com relação à escolaridade..... 42
- Tabela 5.** Distribuição de pacientes notificados pelo Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, no ano de 2009, com relação ao estado gestacional..... 44
- Tabela 6.** Distribuição de pacientes notificados pelo Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, no ano de 2009, com relação ao diagnóstico sindrômico..... 45
- Tabela 7.** Distribuição de pacientes notificados pelo Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, no ano de 2009, com relação ao diagnóstico etiológico..... 47

Sumário

Resumo.....	5
Abstract.....	6
Lista de Figuras.....	7
Lista de Tabelas.....	9
Sumário.....	10
1 Introdução.....	12
2 Objetivos.....	13
3 Revisão de literatura.....	13
3.1 Sexualidade e Adolescência.....	13
3.1.1 Início da vida sexual do jovem brasileiro.....	15
3.1.2 Relação entre os jovens e as Doenças Sexualmente Transmissíveis	16
3.1.3 DSTs em números: estimativas nacionais.....	17
3.2 Conceitos gerais.....	18
3.2.1 Doenças Infecciosas e Doenças Transmissíveis.....	18
3.2.2 Sinais e Sintomas de uma Doença.....	19
3.2.3 Doenças Sintomáticas e Assintomáticas.....	19
3.2.4 Infecções Latentes.....	19
3.2.5 Doenças Infecciosas do Sistema Geniuritário.....	19
3.2.6 Etapas na Patogenia das Doenças Infecciosas.....	20
3.2.7 Doenças Sexualmente Transmissíveis: conceito e classificação.....	21
3.2.7.1 Cancro-mole.....	23
3.2.7.2 Candidíase.....	24
3.2.7.3 Condiloma acuminado (HPV).....	25

3.2.7.4 Clamídia.....	26
3.2.7.5 Doença Inflamatória Pélvica (DIP).....	27
3.2.7.6 Gonorréia.....	28
3.2.7.7 Herpes genital.....	29
3.2.7.8 Tricomoníase.....	31
3.2.7.9 Sífilis.....	32
3.2.7.10 HIV/AIDS.....	34
4 Material e métodos.....	36
5 Resultados e discussão.....	37
Conclusões.....	51
Referências.....	53
Apêndices.....	58

1 Introdução

Atualmente, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) estão entre as cinco principais causas de procura por serviço de saúde e podem provocar sérias complicações, tais como infertilidade, abortamento espontâneo, malformações congênitas e até mesmo a morte, se não devidamente tratadas (OMS, 2001; PENNA et al., 2000). A cadeia epidemiológica desses tipos de doenças infecciosas tornou-se um grave problema de saúde pública, fazendo com o que o Estado entrasse em alerta sobre os riscos que a população sexualmente ativa é exposta.

Dentre os grupos de risco, uma população em específico mostrou-se, nos últimos anos, alvo principal das infecções sexuais: os adolescentes e adultos jovens. A precocidade das relações sexuais, a multiplicidade de parceiros e o não uso do preservativo fazem com que a cada ano o número de jovens infectados aumente acentuadamente. Ademais, os mesmos sentem-se invulneráveis às doenças, se expondo à riscos sem prever conseqüências.

Com base em levantamentos atuais, estima-se que 340 milhões de pessoas, ao ano, são infectadas por DSTs no mundo. No Brasil, esse número está em torno dos 900 mil casos/ano. De todas as DSTs, 25% são diagnosticados em jovens com menos de 25 anos (BRAVERMAN, 2000).

Devido à grandeza desses números, e pelas características próprias dessa faixa etária, a importância da saúde dos adolescentes passou a ser reconhecida por várias organizações internacionais. O significado da saúde do adolescente deve ser visto, desde o ponto de vista da sua transcendência, como um elemento básico para o desenvolvimento social dos países e do mundo de forma geral.

Dentre as iniciativas de promoção à saúde e prevenção, em nível nacional, o Estado do Rio Grande do Sul destaca-se com a Seção de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e da AIDS, integrante do Departamento de Ações em Saúde – DAS - que tem pautado suas atividades na busca da construção de uma política de saúde integral, que permite a articulação e qualificação das ações preventivas e assistenciais para o controle das DST/AIDS executadas pelos Serviços de Saúde do Estado. Assim, tende a desenvolver ações sistemáticas nas áreas de vigilância epidemiológica, prevenção, assistência das DST/AIDS considerando como prioridade o desenvolvimento humano e institucional.

Embora seja visível o empenho das autoridades de saúde em realizar campanhas de prevenção e de fornecer informações à população sobre os riscos epidemiológicos das doenças de transmissão sexual, um levantamento de casos incidentes se faz necessário para apontar quais as principais DSTs ocorrentes, bem como os fatores comportamentais associados à elas e, dessa forma, oportunizar ações intencionais e direcionadas à situações e grupos mais vulneráveis.

2 Objetivos

Partindo dessa perspectiva atual sobre as DSTs e a saúde reprodutiva dos jovens e adolescentes, o presente trabalho teve como objetivos realizar um levantamento detalhado sobre a incidência das Doenças Sexualmente Transmissíveis em jovens do município de Pelotas, RS, no ano de 2009 e identificar fatores de risco associados às DSTs na adolescência.

3 Revisão de literatura

3.1 Sexualidade e Adolescência

O termo sexualidade surgiu no século XIX, marcando algo diferente do que apenas um remanejamento de vocabulário. Historicamente e de modo estigmatizado, a sexualidade tem sido associada exclusivamente ao sexo. Mas, enquanto a palavra sexo faz referência às características morfofisiológicas, que permitem distinguir macho e fêmea e ao ato sexual (coito), a sexualidade envolve um conjunto de elementos sócio-histórico-culturais. Assim, a relação sexual é apenas uma das formas de expressão da sexualidade.

A sexualidade pode ser abordada por diversos aspectos, dada sua complexidade e importância em todas as dimensões da vida humana. Em sua complexidade, articula dois eixos completamente diferentes da vida humana: um individual e outro coletivo. De um lado, é o elemento onde libido, pulsões, desejos, prazeres e desprazeres interagem, num contexto de profunda intimidade. De outro lado, é elemento regulador da economia e da política, uma vez que está inscrito na

dimensão da sexualidade o aspecto da reprodução e do crescimento da população, cujos efeitos atingem a sociedade de modo significativo (MURARO, 1983).

Para Foucault (1985), compreender a sexualidade, em sua complexidade, prevê enxergá-la também como um produto das densas relações de poder entre homens e mulheres, pais e filhos, educadores e alunos, padres e leigos e assim por diante. A sexualidade, portanto, faz parte da vida e está ligada ao desenvolvimento global dos indivíduos, constituindo um dos elementos de suas personalidades. De alguma forma, as relações interpessoais, o equilíbrio emocional e a expressão de sentimentos do indivíduo dependem de uma boa evolução da sexualidade, durante as etapas da vida.

As manifestações sexuais iniciam já nos primeiros anos de vida dos seres humanos, e vão modificando ao longo do tempo conforme o desenvolvimento físico e psicológico. No entanto, é na adolescência que essas manifestações se intensificam devido a grandes mudanças orgânicas ocorrentes no corpo, visando a maturidade sexual ou fertilidade do indivíduo, ou seja, a capacidade de reprodução. Nesta fase, os hormônios sexuais sofrem um grande e rápido aumento em sua produção.

A adolescência é o período que começa com a puberdade e se caracteriza por mudanças corporais e psicológicas, estendendo-se, aproximadamente, dos 12 aos 20 anos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS -, deve-se considerar como adolescente o indivíduo cuja faixa etária esteja compreendida entre os 10 e 20 anos. A partir dessa proposta, foi adotada a faixa etária preconizada pelo Art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente, que considera adolescente o indivíduo entre os 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 2000).

Segundo Vanegas (2000), a adolescência é uma etapa do desenvolvimento e da maturação, própria do ser humano, que se apresenta antes de chegar ao completo ajuste fisiológico e psicológico. Pode-se chamar de “transição entre a infância e juventude”. É acompanhada de mudanças físicas e psíquicas que, por sua vez, constituem o descobrimento de valores e distinção entre si e o mundo que o rodeia.

Seixas (1999) considera que o indivíduo, nessa fase, está construindo uma identidade própria. E nessa busca, é importante ressaltar que ele pode experimentar uma enorme multiplicidade de identificações, as quais podem ser bastante contraditórias entre si. Essa instabilidade é esperada e até mesmo desejada, porém cabe a seu meio ambiente, em especial a seus pais, estabelecer limites e orientar

esse processo investigativo, para que ele seja feito com segurança, sem prejuízos permanentes para a sua saúde, como por exemplo, uma gravidez indesejada.

Mesmo tendo despertado para agir sexualmente, o adolescente ainda não tem completa maturidade sexual e responsabilidade reprodutiva. Os seus relacionamentos sexuais realizam-se mais para satisfazer os impulsos. Entretanto, quando o adolescente tiver desenvolvido a sua identidade é que será possível uma verdadeira intimidade afetiva (ZAGONEL, 1999).

3.1.1 Início da vida sexual do jovem brasileiro

Como pontos de grande importância na promoção de saúde ao adolescente, estão às questões ligadas à sexualidade, reprodução, anticoncepção e Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Em meio a recuos e avanços, pode-se dizer que as políticas públicas dirigidas à população jovem brasileira evoluíram de forma significativa nos últimos 20 anos: houve a criação do Conselho Nacional da Criança e do Adolescente, no início da década de 1980, em seguida a normatização e implementação do Programa da Saúde da Mulher, o Programa de Atenção à Saúde do Adolescente, o Programa de Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e do HIV/AIDS e no âmbito educacional, a inserção da Educação Sexual nos Parâmetros Curriculares Nacionais, na segunda metade da década de 1990 (PIMENTA et al., 2000).

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE -, o país contava com 8,2 milhões de jovens de 15-24 anos em 1940; passando para 18,5 milhões em 1970 e chegando a 31,1 milhões em 1996 (BERQUÓ et al., 1996).

Estima-se que, a cada ano, quatro milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos no Brasil (SANTOS; SANTOS, 2004). O início da vida sexual, em sua grande parte na adolescência, pode ser descrita como dinâmica e vem sofrendo transformações, ao longo do tempo, no que diz respeito ao perfil comportamental de meninos e meninas.

A primeira relação sexual é considerada um marco na vida reprodutiva de qualquer indivíduo e tem ocorrido cada vez mais precocemente. Estudos realizados em 1986 apontaram que o início da atividade sexual de jovens entre 15 e 19 anos era de 14%, enquanto que, em 1996, essa proporção subiu para 30% (FERRAZ;

FERREIRA, 1998). Em relação ao gênero, a idade média da primeira relação sexual é de 14,5 anos para meninos e 15,2 anos para meninas (BRASIL, 2000).

Heilborn (1998) afirma que as diferenças da idade do início da vida sexual entre homens e mulheres baseiam-se no fato de que as normas e expectativas sociais em relação à idade e circunstâncias adequadas para as primeiras práticas sexuais variam conforme o sexo e que o regime das relações de gênero, prescrevendo condutas adequadas para homens e mulheres, intervém de maneira inequívoca nesse cenário de iniciação.

Assim, percebe-se que a iniciação sexual não ocorre de forma homogênea e depende, dentre outros fatores, do gênero, grupo social e período entre gerações, sugerindo um conjunto de fatores complexos que podem determinar a tomada de decisão em iniciar a vida sexual ou adiar esse evento para um momento considerado mais adequado.

3.1.2 Relação entre os jovens e as Doenças Sexualmente Transmissíveis

Segundo Taquette et al. (2004), a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros e o não uso de preservativo nas relações sexuais, são os principais motivos pelos quais os jovens se infectam com alguma DST, atualmente. Ademais, os mesmos sentem-se invulneráveis às doenças, se expondo ao risco sem prever conseqüências.

Nos EUA, alguns autores inferem que a prevalência de DST entre adolescentes deve ser em torno de 25% (YABER; PARRILO, 1992) e a faixa etária de 15 a 24 anos é a de maior risco (RICHERT, 1993).

Para Béria (1998), os jovens de ambos os sexos costumam estar mais suscetíveis às DST, tanto pela necessidade de novas experiências que os levam a práticas sexuais de maior risco, como pela maior dificuldade de negociação de sexo seguro.

No Brasil o preservativo é muito pouco utilizado, principalmente entre os jovens. Os mais baixos índices de uso (em torno de 0,2 a 1,4%) se encontram na faixa etária de 15 a 19 anos (BRASIL, 2007). De acordo com Taquette et al. (2004), os principais motivos para justificar o não uso de preservativos por jovens são: o esquecimento, os custos e o desprazer na relação sexual.

A vulnerabilidade pode agregar diversas dimensões: a individual, que se relaciona aos comportamentos adotados pelo indivíduo e que pode favorecer oportunidade de se infectar, como por exemplo, o não uso do preservativo; a social, que implica questões econômicas e sociais que influenciam o aumento da violência sexual, prostituição e tráfico de drogas; a institucional, que se relaciona à ausência de políticas públicas que tenham por objetivo controle da epidemia em populações e/ou localidades (BRASIL, 2000).

Fatores biológicos, psíquicos e sociais podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes às DSTs:

Do ponto de vista biológico, o epitélio cilíndrico do colo do útero na adolescência se encontra mais exposto e alguns microorganismos patogênicos têm predileção por este tecido. A baixa idade da menarca pode levar a um início precoce da atividade sexual, aumentando a probabilidade de infecção (ADIH; ALEXANDER, 1999).

No âmbito psíquico, como aponta Magnusson (2001), a adolescência é uma fase de definição da identidade sexual com experimentação e variabilidade de parceiros. Os jovens, portanto, tornam-se instáveis e susceptíveis a influências grupais e familiares.

Na esfera social, os baixos níveis de escolaridade e condição socioeconômica estão associados às DSTs, assim como uso de álcool e drogas, já constatados pelos estudos de Cook et al. (2002), Scivoletto et al. (1999) e Tapert et al. (2001).

3.1.3 DSTs em números: estimativas nacionais

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), ocorrem por ano, no mundo, aproximadamente 340 milhões de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Nos países industrializados ocorre um novo caso de infecção sexual transmissível em cada 100 pessoas por ano (BARRAVIERA; BARRAVIERA, 2003).

No Brasil, as estimativas são de que ocorra na população sexualmente ativa 900 mil novos casos por ano, para cada tipo de DST (BRASIL, 2008).

Atualmente, 10,3 milhões de brasileiros já tiveram algum sinal ou sintoma de Doenças Sexualmente Transmissíveis – 6,6 milhões de homens e 3,7 milhões de mulheres, segundo pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2009 (BRASIL, 2010).

Segundo o Programa Nacional de DST/AIDS (BRASIL, 2007), em 2003 foram registrados no Brasil 1.967.200 casos de Clamídia; 1.541.800 casos de Gonorréia; 937.000 casos de Sífilis; 685.400 de HPV e 640.900 casos de Herpes genital.

Dados divulgados pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (BRASIL, 2010) apontam que entre janeiro de 2007 e junho de 2009 foram notificados pelos municípios paulistas 56.083 casos de DSTs. Dentre elas, a Síndrome do Corrimento Cervical (secreção pelo canal da vagina) lidera o total de DSTs no Estado, representando 37,4% do total de notificações. A Sífilis com 14,1% dos casos, a Síndrome do Corrimento Uretral (Gonorréia e Clamídia) respondendo por 7,9%; infecções genitais por Herpes com 5%, e as úlceras genitais, por 3,4%. Segundo o levantamento, a faixa etária prevalente para as infecções por DST, em ambos os sexos, é a de 20 a 34 anos.

No Distrito Federal, as notificações de Doenças Sexualmente Transmissíveis relacionadas ao primeiro semestre de 2009, foram de 1.977 novos casos (BRASIL, 2010). Quase metade deles, 890, é de pacientes infectados pelo vírus HPV. A cervicite (irritação no colo do útero) aparece em segundo lugar, com 307 notificações.

Um trabalho realizado na Universidade Federal Fluminense com jovens atendidos no setor de DSTs no ano de 1995 apontou um índice de 201 casos notificados, tendo a maioria dos pacientes entre 14 e 19 anos. As DSTs mais freqüentes foram o HPV, seguido de Sífilis, Tricomoniase e Gonorréia (ISOLAN et al, 2001).

3.2 Conceitos gerais

Para os conceitos gerais de doenças abaixo, segundo a visão médica, foram utilizados aqueles propostos por Murray (2003):

3.2.1 Doenças Infecciosas e Doenças Transmissíveis

Uma doença infecciosa é aquela causada por microrganismos referidos como patógenos. Doença Transmissível se aplica as afecções passíveis de serem adquiridas por um ser vivo de outro ser vivo. Trata-se, assim, da invasão, por parte de um agente infeccioso, do organismo de outro, onde aquele se estabelece e coloniza.

Quando uma pessoa infectada é capaz de transferir os patógenos ou partes dele através de contato físico (pele, mucosas) ou por meio de fluídos corporais (sangue, esperma, fluídos vaginais) para outra pessoa, é chamada de doença transmissível.

3.2.2 Sinais e Sintomas de uma Doença

Sinal de doença é definido como algum tipo de evidência objetiva. Pode ser vista, ouvida ou apalpada. Exemplos de sinais são feridas, hematomas, inchaços, sons anormais na respiração ou coração, alteração da pressão arterial, frequência do pulso, anormalidades em radiografias, ultra-sonografias e tomografias.

Sintoma de uma doença é definido como alguma evidência que é experimentada ou percebida pelo paciente. Não pode ser visualizada, apenas “sentida”. Os exemplos de sintomas incluem qualquer tipo de dor, retinir dos ouvidos, visão embaçada, náusea, calafrios, entre outros.

3.2.3 Doenças Sintomáticas e Assintomáticas

Uma doença sintomática (ou doença clínica) é aquela em que o paciente apresenta sintomas. Doença assintomática (ou doença subclínica) é aquela que não apresenta sintoma, passando despercebida pelo paciente.

3.2.4 Infecções latentes

Uma doença infecciosa pode ir de sintomática a assintomática, e algum tempo depois voltar a ser sintomática. Tais doenças são referidas como infecções latentes. Infecções por herpesvírus, como o Herpes genital e labial, são exemplos de infecções latentes.

3.2.5 Doenças Infecciosas do Sistema Geniuritário

O sistema geniuritário (ou urogenital) consiste nos tratos urinário e genital (Figuras 1 e 2). As infecções do trato urinário podem ser causadas por qualquer uma das variedades de microrganismo introduzida por higiene pessoal deficiente, relação sexual, inserção de cateteres, dentre outros meios. O trato urinário é geralmente

protegido dos patógenos pela frequente eliminação através da micção e a inibição do crescimento devido a acidez da urina.

A microbiota endogéna é encontrada na abertura da uretra e no interior da uretra distal tanto de homens quanto de mulheres. Nas mulheres, a região genital permite o crescimento de muitos microrganismos. O equilíbrio entre esses microrganismos depende de níveis hormonais e do pH local. Caso qualquer um desses microrganismos invada mais profundamente o sistema urogenitário, poderão ocorrer inúmeras infecções inespecíficas.

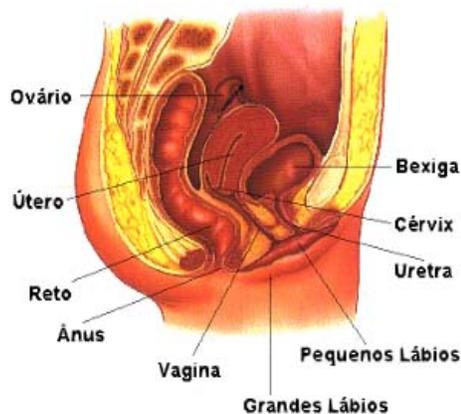


Figura 1 – Sistema urogenital feminino

Fonte: <http://www.dst.com.br/anatomia.htm>

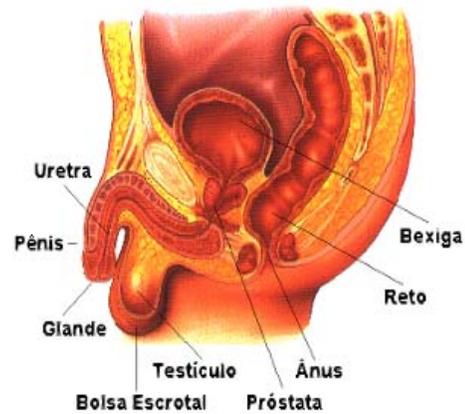


Figura 2 – Sistema urogenital masculino

Fonte: <http://www.dst.com.br/anatomia.htm>

3.2.6 Etapas na Patogenia das Doenças Infecciosas

Em geral, a patogenia das doenças infecciosas segue a seqüência abaixo especificada (Figura 3):

A. Entrada do patógeno no corpo. As portas de entrada incluem a penetração do patógeno pela pele ou mucosas, inoculação, inalação, ingestão, introdução do patógeno no trato urogenitário, ou diretamente no sangue.

B. Fixação do patógeno em algum(s) tecido(s) do corpo.

C. Multiplicação do patógeno. O patógeno pode se multiplicar em um local resultando em uma infecção localizada ou em vários locais do corpo (infecção sistêmica)

D. Invasão/disseminação do patógeno.

E. Evasão das defesas do hospedeiro

F. Dano(s) ao(s) tecido(s) do hospedeiro. O dano é, algumas vezes, tão extenso que pode causar a morte do hospedeiro.

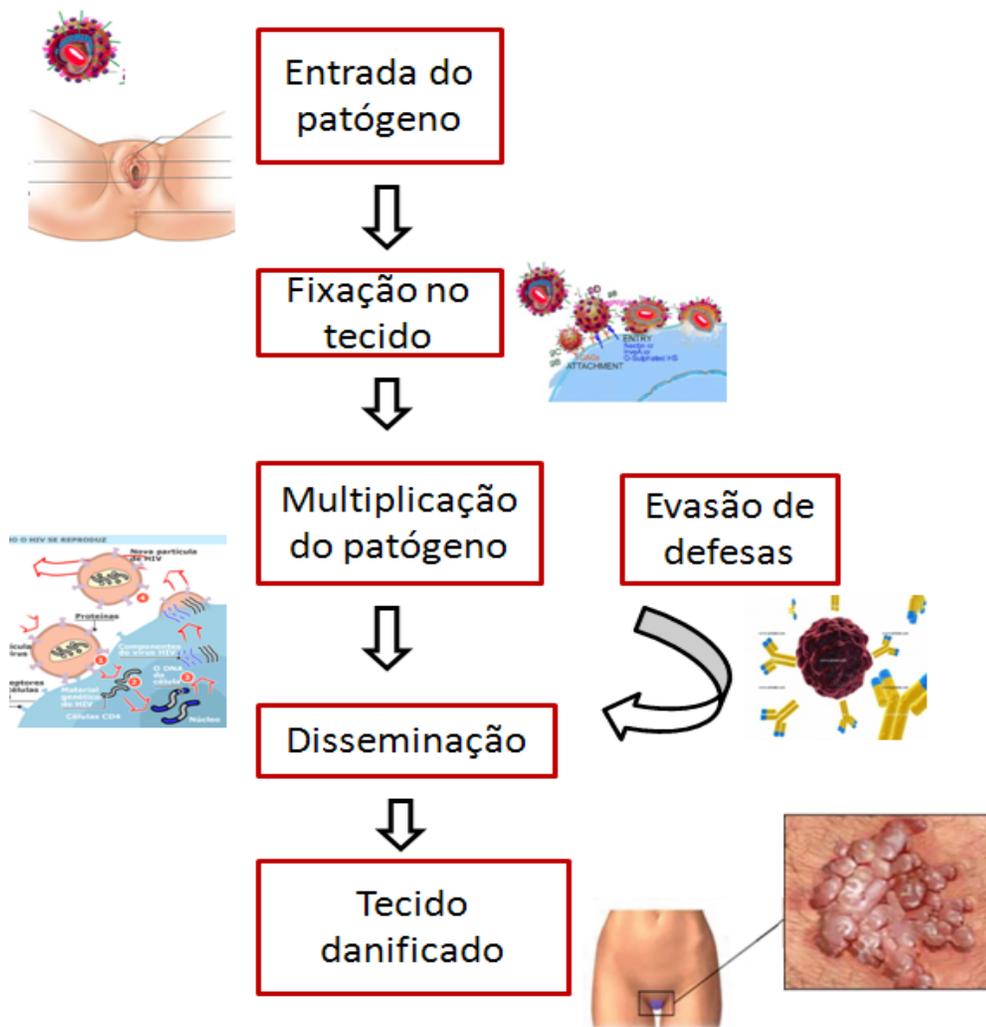


Figura 3 – Etapa da patogênese de uma DST.

Fonte: acervo pessoal do pesquisador.

3.2.7 Doenças Sexualmente Transmissíveis: conceito e classificação

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) são doenças causadas por vários tipos de agentes. São transmitidas, principalmente, por contato sexual em qualquer variação (vaginal, anal ou oral) e orientação (heterossexual ou

homossexual), sem o uso de preservativos com uma pessoa que esteja infectada, e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas. Também podem ser transmitidas da mãe infectada para o bebê durante a gravidez ou parto e por contato com sangue contaminado.

Antigamente, as DSTs eram chamadas de Doenças Venéreas (em alusão a Deusa Vênus, na mitologia, a Deusa do Amor) e são tão antigas quanto a humanidade, sendo relatadas em várias descrições bíblicas (BARRAVIEIRA; BARRAVIEIRA, 2003). Algumas são de fácil tratamento e rápida resolução, outras têm tratamento mais difícil ou podem persistir ativas, apesar da sensação de melhora.

A importância das DSTs deve-se ao fato de serem infecções de alta magnitude, alta prevalência, alta incidência, alta taxa de complicações e facilitadoras na transmissão do HIV, devido ao comprometimento do sistema imunológico.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), as Doenças Sexualmente Transmissíveis são consideradas, em nível mundial, como um dos problemas de saúde mais comuns, e embora se desconheça sua real magnitude, estima-se que nos países em desenvolvimento constituam uma das cinco causas mais frequentes de busca por serviços de saúde. Para Forattini (1980), as mudanças dos valores culturais da sociedade, resultando em alterações de ordem ética, têm redundando em acentuado efeito sobre a ocorrência das moléstias transmissíveis. Assim, a maior liberdade sexual propiciou o aumento das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

A Organização Mundial de Saúde (2005) catalogou mais de 25 tipos de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Para classificação das DSTs neste trabalho, foi adotada aquela proposta por Oliveira et al. (1998):

A) Doenças essencialmente transmitidas pelo ato sexual: este grupo compreende as doenças em que a transmissão ocorre através das relações sexuais sendo outra forma de contágio praticamente inexistente.

Ex.: Sífilis, Gonorréia, Cancro-mole e Linfogranuloma Venéreo.

B) Doenças frequentemente transmitidas pelo ato sexual: são as doenças em que a forma de transmissão mais comum é a sexual, mas não é exclusiva, existindo a possibilidade de outras vias de contágio serem eficientes.

Ex.: HIV/AIDS, Candidíase, Condiloma Acuminado, Doença Inflamatória Pélvica, Donovanose, Herpes genital e Tricomoníase

C) Doenças eventualmente transmitidas pelo ato sexual: são aquelas em que a transmissão pelo ato sexual não é a principal para que ocorra a doença.

Ex.: Amebíase, Escabiose, Hepatites A e C e Pediculose

Neste trabalho foram abordados os conceitos e as etiologias das principais Doenças Sexualmente Transmissíveis com maior grau de incidência na população e interesse médico, de acordo com: Brasil (2010), Barravieira e Barravieira (2003), Eleutério (2002) e Oliveira et al. (1998).

3.2.7.1 CANCRO - MOLE

Doença sexualmente transmissível também conhecida como Cancróide, Cancro Venéreo Simples, Cancro de Ducrey, Úlcera Mole e, popularmente, como “Cavalo”. Apresenta alta infectividade limitando-se a pele e mucosas, ocorrendo aproximadamente dez vezes mais em indivíduos do sexo masculino do que no sexo feminino.

Agente etiológico: bactéria *Haemophilus ducreyi*.

Contágio e Transmissão: a transmissão ocorre essencialmente por via sexual, sendo necessária a presença de lesão que possibilite a entrada da bactéria.

Período de Incubação: de 2 a 5 dias

Sinais e Sintomas: os primeiros sintomas são dor de cabeça, febre e fraqueza. Depois, surgem pequenas e dolorosas feridas com base mole e contendo pus nos órgãos genitais (na glândula no homem e na vulva e ânus na mulher), que aumentam progressivamente de tamanho e profundidade. A seguir, aparecem outras lesões em volta das primeiras. Após duas semanas do início da doença, pode aparecer um caroço doloroso e avermelhado na virilha (íngua), que pode dificultar os movimentos da perna de andar.

Diagnóstico: além do diagnóstico clínico, é realizado exame laboratorial para observação do bacilo em microscópio.

Tratamento: uso de antibióticos, podendo matar a bactéria em aproximadamente 10 dias.

Prevenção: uso de preservativo na relação sexual.

3.2.7.2 CANDIDÍASE

A Candidíase, especialmente a Candidíase Vaginal, é uma das causas mais frequentes de infecção genital. Geralmente, o agente etiológico existe na flora vaginal sem causar doença, mas mudanças dessa flora, provocadas pela queda da resistência orgânica, podem romper esse equilíbrio levando a uma multiplicação do fungo além do normal. Também conhecida como Monilíase, Sapinho.

Agente etiológico: fungo *Candida albicans*.

Contágio e Transmissão: a via sexual é a forma mais freqüente de transmissão da candidíase. No entanto, qualquer contato com secreções provenientes da vagina, pele, boca e dejetos de portadores, pode ocorrer o contágio. Como mencionado anteriormente, a mulher pode naturalmente desenvolver a infecção devido a uma diminuição da resistência do organismo.

Período de Incubação: muito variável.

Sinais e Sintomas: na mulher caracterizam-se por corrimento contendo grumos brancos, semelhante à nata do leite, acompanhado de intensa coceira e aspecto vermelho e inchado da vulva e da vagina (Figura 4). Pode ocorrer ardor ao urinar. No homem pode ocorrer inflamação na glândula e no prepúcio, com inchaço, vermelhidão e coceira (Figura 5). Em geral, o homem é portador assintomático.

Diagnóstico: é feito pela sintomatologia do paciente e através de exames laboratoriais, como a bacterioscopia e o Papanicolau, para a identificação do fungo.

Tratamento: o tratamento é feito através do uso de medicamentos antifúngicos, tanto por via oral quanto tópica. Aconselha-se a abstinência sexual durante esse período.

Prevenção: compreende basicamente os cuidados de higiene pessoal e o uso de preservativo nas relações sexuais.



Figura 4 – Canal vaginal colonizado por *Candida* sp.

Fonte: <http://www.dst.com.br/>



Figura 5 – Balanopostite no pênis por *C. albicans*.

Fonte: <http://www.dst.com.br/>

3.2.7.3 CONDILOMA ACUMINADO (HPV)

Doença sexualmente transmissível também conhecida como Verruga Venérea, “Couve-Flor” e “Crista-de-Galo”. Também é denominada HPV, porém HPV refere-se ao grupo de vírus causador da doença.

Agente etiológico: um grupo de vírus HPV (Papilomavírus Humano), que inclui mais de 100 tipos.

Contágio e Transmissão: a principal via de contágio é a via sexual (tanto sexo vaginal, anal ou oral), mesmo não ocorrendo penetração. A mãe pode passar para o filho durante o parto.

Período de Incubação: semana a anos.

Sinais e Sintomas: as infecções pelo HPV determinam lesões papilares (elevações da pele) as quais, ao se fundirem, formas massas vegetantes de tamanhos variáveis (verrugas), com aspecto de “couve-flor” (Figura 6). No homem, é mais comum na glândula e na região do ânus (Figura 7). Na mulher, os sinais mais aparentes surgem na vagina, vulva, região do ânus e colo do útero. As lesões também podem aparecer na boca e na garganta. Tanto o homem quanto a mulher podem estar infectados pelo vírus sem apresentar sintomas. Caso não haja tratamento a doença evolui com possibilidade de causar câncer do colo uterino e da vulva.

Diagnóstico: o diagnóstico é feito através de exames citopatológicos (Papanicolau); vulvosopia e peniscopia (identificar lesões na vulva e no pênis) e bioscopia para diagnóstico definitivo.

Tratamento: não há ainda um medicamento que erradique o vírus. A cura pode ocorrer pela própria ação do sistema imunológico e nesse caso, o médico pode remover as feridas e cauterizar as áreas lesadas através de eletricidade (queima da lesão) e/ou aplicação de substâncias químicas, como o ácido tricloroacético.

Foram desenvolvidas duas vacinas contra os tipos de HPV mais presentes no câncer de colo do útero. Essa vacina, na verdade, previne contra a infecção por HPV.

Prevenção: uso de preservativos e visitas periódicas ao ginecologista.



Figura 6 – Lesões papilares na vulva causadas pelo vírus HPV.

Fonte: <http://www.dst.com.br/>



Figura 7 – Lesões papilares no pênis pela infecção por HPV.

Fonte: <http://www.dst.com.br/>

3.2.7.4 CLAMÍDIA

É uma DST de alta incidência e seu quadro clínico assemelha-se ao da Gonorréia (ambas uretrites infecciosas). Também conhecida por Uretrite Inespecífica e Uretrite Não-Gonocócica.

Agente etiológico: bactéria *Chlamydia trachomatis*.

Contágio e Transmissão: relação sexual (vaginal, anal ou oral). A mãe pode passar para o filho durante o parto, causando conjuntivite (oftalmia neonatal).

Período de incubação: 1 a 3 semanas.

Sinais e Sintomas: é dita como uma doença silenciosa pois na maioria das mulheres é assintomática. Infecta a uretra e o cérvix, podendo ocorrer secreções vaginais translúcidas e ardência e queimação ao urinar. Se a infecção se espalhar

pelo cérvix, pode ocorrer dor no abdômen inferior e desconforto nas relações sexuais. No homem, prurido e discreta ardência ao urinar. Também pode apresentar algum tipo de secreção mucosa ou aquosa - gota matinal – (Figura 8). A infecção pode alcançar os testículos, epidídimos e próstata.

Diagnóstico: exames laboratoriais para detectar a presença da bactéria (coleta de material da uretra e/ou cérvix).

Tratamento: uso de antibiótico, tratamento do parceiro e abstinência sexual.

Prevenção: uso de preservativos nas relações sexuais.



Figura 8 – Secreção uretral pela presença de *Chlamydia trachomatis*.

Fonte: <http://www.dst.com.br/>

3.2.7.5 DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

A DIP engloba o conjunto de doenças inflamatórias do trato genital superior feminino: útero, tubas uterinas e ovários. É a complicação mais comum e mais séria das DSTs, causando altos índices de gravidez ectópicas (fora do útero), dor pélvica crônica e infertilidade.

Agente etiológico: geralmente as bactérias *Nisseria gonorrhoea* e *Chlamydia trachomatis*.

Contágio e Transmissão: a transmissão por via sexual é a mais comum, sendo que em 90% dos casos ela é facilitada pela ocorrência de outra DST. Em 10% dos casos ela tem origem iatrogênica, ou seja, as bactérias podem entrar no corpo após procedimentos ginecológicos, como a inserção de DIU (Dispositivo Intra-Uterino),

parto, aborto, biópsia de endométrio e curetagem uterina. O uso do DIU pode aumentar de 3 a 5 vezes o desenvolvimento de DIP.

Sinais e Sintomas: pode ocorrer febre, calafrios, dor durante a relação sexual, sangramento menstrual irregular. Há presença de corrimento vaginal com coloração, odor e consistência alterados e dor abdominal baixa.

Diagnóstico: o diagnóstico precoce é fundamental para prevenir sequelas da DIP. Este inclui o exame físico, no qual se determina a presença e as características do corrimento e dor à palpação abdominal. Para confirmação do diagnóstico podem ser realizados exames laboratoriais como: hemograma, teste de gravidez, exame a fresco do conteúdo vaginal, ecografia pélvica, ultra-sonografia transvaginal e o teste ELISA.

Tratamento: tratamento sintomático ambulatorial com analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos específicos, abstinência sexual, e em casos mais graves a internação da paciente.

Prevenção: uso de preservativos nas relações sexuais e acompanhamento ginecológico para exames rotineiros.

3.2.7.6 GONORRÉIA

Também denominada de Blenorragia, Blenorria ou Uretrite Gonocócica. É uma DST clássica, de grande conhecimento popular.

Agente etiológico: a bactéria *Neisseria gonorrhoeae*.

Contágio e Transmissão: é uma DST essencialmente transmitida pela relação sexual (risco de transmissão acima de 90%), seja vaginal, anal ou oral, podendo acometer, portanto, reto e faringe. Durante o parto, o bebê pode ser infectado pelo gonococo causando infecção ocular (conjuntivite gonocócica).

Período de Incubação: de 2 a 10 dias.

Sinais e Sintomas: ao penetrar na uretra, a bactéria da gonorréia provoca inflamação local. No homem, os sintomas são mais aparentes: secreção purulenta amarelada, prurido e ardência ao urinar (Figura 9). Os testículos podem ficar doloridos ou inchados. Nas mulheres, pode ser muitas vezes assintomática ou provocar corrimento purulento na vagina e/ou uretra e ardência ao urinar. As complicações da gonorréia incluem no homem: infecção das vias urogenitais e

infertilidade. Nas mulheres, o gonococo pode acarretar endometrite ou salpingite, causando fortes dores abdominais e pélvica. A salpingite pode levar à esterilidade. Pode ocorrer tanto no homem quanto na mulher, infecção de outras áreas do corpo, como: coração, articulações, meninges cerebrais, fígado, reto (Proctite Gonocócica), amígdalas, faringe (Faringite Gonocócica) e conjuntiva ocular. Finalmente pode ocorrer septicemia, infecção generalizada, que pode ser fatal se não for tratada a tempo.

Diagnóstico: é feito o diagnóstico clínico através dos sintomas do paciente, exames laboratoriais são realizados para confirmação desta DST. Esse último é realizado isolando-se o agente etiológico (gonococo) em meio de cultura adequado.

Tratamento: o tratamento é feito através do uso de antibióticos. Parceiros sexuais e gestantes também devem ser tratadas.

Prevenção: o uso de preservativo nas relações sexuais previne a transmissão da doença.



Figura 9 – Secreção purulenta característica de Gonorréia no homem.

Fonte: <http://www.dst.com.br/>

3.2.7.7 HERPES GENITAL

É uma DST de alta prevalência, causada pelo HSV (do inglês *Herpes Simplex Virus*), que provoca lesões na pele e nas mucosas dos órgãos genitais masculinos e femininos. Uma vez dentro de um organismo, dificilmente esse vírus será eliminado, pois se aproveita do material fornecido pelas células do hospedeiro para sua replicação.

Agente etiológico: HSV (Vírus Herpes Simples).

Existem dois tipos distintos causadores: o HSV-1 e HSV-2. Ambos causam herpes labial ou genital, no entanto o HSV-1 é responsável, principalmente, pelo herpes facial (lesões na face, boca, nariz e olhos) enquanto o HSV-2 é o responsável pelo herpes genital que acomete, principalmente, os órgãos genitais, ânus e nádegas. No entanto, tem ocorrido grande infecção genital pelo HSV-1 e vice-versa, devido ao aumento de práticas sexuais orais e uro-genitais.

Contágio e Transmissão: é uma DST frequentemente transmitida via relação sexual, podendo ser adquirida através do contato direto com o vírus, como pele e saliva (beijo, sexo oral). Existe, também, a transmissão vertical do vírus. Uma vez que o indivíduo não apresente mais as lesões visíveis, ele continua portador e portanto, fonte de transmissão.

Período de Incubação: de 1 a 26 dias e indeterminado levando em consideração a existência de portadores em estado de latência.

Sinais e Sintomas: o herpes é uma DST cujo quadro clínico depende muito da imunidade do hospedeiro. Quando o vírus entra em contato com um indivíduo, este produz anticorpos, ficando imune à doença. Se há um decaimento do sistema imunológico devido à fatores adversos como gripe, anemia, infecções ou altos níveis de estresse emocional, os sintomas da doença se manifestam.

Após o período de incubação, começa a ocorrer discreto ardor e coceira e a região afetada apresenta eritema (vermelhidão), seguida do aparecimento de vesículas no local afetado, que pode ser: pênis, vulva, vagina, colo do útero ou ânus. Também pode ocorrer febre, cefaléia e adenopatia. Em seguida, as vesículas se rompem formando aftas herpéticas (Figuras 10 e 11). Em aproximadamente duas semanas após o início do quadro clínico, estas aftas herpéticas desaparecem espontaneamente, podendo, ou não, deixar cicatrizes no local. O vírus, então, migra pela raiz nervosa até alojar-se num gânglio neural, onde permanece quiescente até a recidiva seguinte.

Diagnóstico: o diagnóstico é clínico, através da observação do aspecto típico das lesões. Se necessário, são realizados exames laboratoriais como, citologia e biópsia, para identificar células infectadas pelo vírus.

Tratamento: não há tratamento eficaz para o vírus do herpes. Pode ser administrado alguns antivirais apenas para diminuir o período de manifestação das lesões ulcerosas dolorosas.

Prevenção: uso de preservativos.



Figura 10– Lesões no pênis causadas pelo Vírus Herpes Simples.

Fonte: <http://www.dst.com.br/>



Figura 11 – Vulva com lesões devido ao HSV.

Fonte: <http://www.dst.com.br/>

3.2.7.8 TRICOMONÍASE

Doença frequentemente transmitida por via sexual. Também conhecida por Sétima Doença Venérea, Infecção Tricomonal ou Tricomonose. Nas mulheres ataca o colo do útero, a vagina e a uretra e nos homens, o pênis.

Agente etiológico: protozoário *Trichomonas vaginalis*.

Contágio e Transmissão: sexo vaginal, anal e oral.

Período de incubação: de 7 a 10 dias.

Sinais e Sintomas: na mulher o principal sintoma é o corrimento espumoso amarelo-esverdeado, de forte odor (Figura 12). Ocorre também coceira, vermelhidão, dor na relação sexual e ardência ao urinar. No homem, a maioria é assintomática, podendo ocorrer irritação e dor ao urinar e algum corrimento moderado.

Diagnóstico: testes laboratoriais (Exame à Fresco e Papanicolau)

Tratamento: medicação específica e tratamento do parceiro(a).

Prevenção: uso de preservativos e cuidados com a higiene pessoal.



Figura 12 – Corrimento vaginal ocasionado pela Tricomoníase.

Fonte: <http://www.dst.com.br/>

3.2.7.9 SÍFILIS

Trata-se de uma DST clássica, de distribuição mundial, muito perigosa devido ao seu caráter sistêmico e sua sintomatologia branda. Evolui de forma crônica e tem períodos de agudização e de latência. Também conhecida por Cancro-Duro, Cancro Sifilítico, Lues

Agente etiológico: bactéria *Treponema pallidum*.

Contágio e Transmissão: relação sexual (anal, vaginal e oral), transfusão de sangue contaminado, transplacentária de mãe para o feto e da mãe para o bebê durante o parto.

Período de incubação: os primeiros sintomas surgem de 7 a 20 dias após o contato com a bactéria.

Sinais e Sintomas:

A) Sífilis Primária: fase altamente contagiosa. Lesão ulcerada (cancro), não dolorosa, em geral única, com a base endurecida, com presença de secreção serosa (líquida, transparente) escassa e que pode ocorrer nos grandes lábios, vagina, clitóris, períneo e colo do útero na mulher e na glândula e prepúcio no homem (Figura 13), mas também pode ser encontrada nos dedos, lábios, mamilos e conjuntivas. O cancro desaparece em 1 ou 2 meses sem deixar cicatrizes.

- B) Sífilis Secundária:** é caracterizada pela disseminação do *Treponema* no organismo e ocorre após 4 ou 8 semanas do desaparecimento do cancro. Nessa fase surgem manchas rosadas na pele (denominadas roséolas), inclusive na palma das mãos e plantas dos pés que rapidamente desaparecem. As manifestações nessa fase são essencialmente dermatológicas e as reações sorológicas continuam positivas.
- C) Sífilis Latente:** neste período não existem manifestações clínicas da doença, embora os *Treponemas* estejam presentes no organismo. Alguns sintomas como cefaléia e dores osteos-articulares podem ocorrer nessa fase.
- D) Sífilis Terciária (Sífilis Adquirida Tardia):** acomete os pacientes não tratados ou inadequadamente tratados. As manifestações clínicas aparecem após um longo período de latência (de 4 até 30 anos) após a infecção primária. As lesões são graves e nem sempre reversíveis mesmo após o tratamento. Podem atingir várias partes do organismo, dentre elas: o sistema nervoso central, sistema ósteo-articular e sistema cardiovascular.
- E) Sífilis Congênita:** de mãe para o filho. A sífilis congênita pode se manifestar logo após o nascimento - Sífilis Congênita Recente – (Figura 14), durante ou após os primeiros dois anos de vida da criança (Sífilis Congênita Tardia). Na maioria dos casos, os sinais e sintomas estão presentes já nos primeiros meses de vida. Ao nascer, a criança pode ter pneumonia, feridas no corpo, cegueira, dentes deformados, problemas ósseos, surdez ou deficiência mental. Em alguns casos, a sífilis pode ser fatal.

Diagnóstico: observação do *Treponema* do material colhido das lesões e também há uma série de exames sorológicos de alto grau de eficiência. Os exames específicos utilizados atualmente para detecção da sífilis incluem o VDRL e FTA-Abs.

Tratamento: o tratamento varia de acordo com a fase em que a doença se encontra. Geralmente são utilizados antibióticos, cuja dosagem e duração vão variar de acordo com o estágio.

Prevenção: uso de preservativos nas relações sexuais e no caso de Sífilis Congênita, o acompanhamento pré-natal para tratamento da mãe infectada.



Figura 13 – Lesão ulcerada (cancro-duro) característica de Sífilis primária.

Fonte: <http://www.dst.com.br/>



Figura 14 – Sífilis congênita.

Fonte: <http://www.dst.com.br/>

3.2.7.10 HIV/AIDS

HIV é a sigla em inglês para *Human Immunodeficiency Virus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana. Causador da AIDS (do inglês: *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) que ataca o sistema imunológico. As células mais atingidas são os linfócitos T CD4+, e é alterando o DNA dessa célula que o HIV faz cópias de si mesmo. Depois de se multiplicar, rompe os linfócitos em busca de outros para continuar a infecção. Ter o HIV não é o mesmo que ter AIDS. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença, mas podem transmitir o vírus.

Agente etiológico: o retrovírus HIV e suas mutações.

Contágio e Transmissão: a via sexual é a mais frequente da transmissão do HIV (sem preservativos com parceiros infectados), no entanto não é a única: o compartilhamento de objetos perfuro-cortantes que tenham estado em contato com sangue contaminado e de mãe infectada para o bebê (durante a gestação, no parto ou na amamentação) são outras vias para transmissão do vírus.

Período de incubação: variável, de meses a anos.

Sinais e Sintomas: indivíduos infectados pelo HIV podem não apresentar sintomas durante anos, mas podem transmitir o vírus. A evolução clínica da AIDS é dividida em 4 estágios, segundo o CDC - Centro de Controle de Doenças dos EUA -:

A) Estágio I: infecção Aguda Primária

Neste estágio os sintomas podem ser: febre, mal-estar, fadiga, dores musculares e articulares, cefaléia, faringite e linfadenopatia (principalmente nas axilas e pescoço). Esse período pode variar de 3 a 6 semanas.

B) Estágio II: Infecção Assintomática ou Inaparente

É o período de latência em que não ocorrem sintomas e pode durar cerca de 5 anos.

C) Estágio III: Linfadenopatia Persistente Generalizada

É caracterizado pela presença de gânglio inchados em vários locais do corpo e ao mesmo tempo – geralmente axilas, virilha e pescoço – que persistem por mais de 3 meses.

D) Estágio IV: a AIDS em si

O indivíduo passa a não ser somente portador do HIV mas também da Síndrome da Imodeficiência Adquirida – AIDS -. Os sintomas mais comuns são: falta de apetite, diarreia, emagrecimento, febre, suores noturnos, baixo número de glóbulos brancos. Também se manifestam as doenças “exclusivas” da AIDS, dentre elas: Candidíase do Esôfago, Retinite, Toxoplasmose Cerebral e o Sarcoma de Kaposi. Além dessas, ocorrem infecções oportunistas como Pneumonia, Tuberculose e problemas neurológicos.

Diagnóstico: a única forma de diagnóstico da AIDS é através da realização de exames para detectar a presença de anticorpos anti-HIV. Os mais utilizados são o ELISA, Western-Bolt e Imunofluorescência.

Tratamento: até o momento não há cura para o HIV, mas o tratamento pode prolongar e dar qualidade de vida aos portadores. O tratamento específico da AIDS é feito através da combinação de dois ou mais medicamentos, os coquetéis antirretrovirais, que agem diretamente no vírus, bloqueando a sua multiplicação e ajudando a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico.

Prevenção: a melhor forma de prevenir a AIDS é evitar situações de risco através dos seguintes comportamentos: ter relações sexuais sempre com uso de preservativos; não compartilhar agulhas ou outros objetos perfurantes ao usar drogas injetáveis com outras pessoas e o tratamento com antirretrovirais da mãe infectada durante a gestação.

4 Material e métodos

O presente estudo foi desenvolvido numa abordagem quali-quantitativa, de carácter exploratória, para coleta dos dados.

Desse modo, foi realizado um levantamento dos dados de ocorrências de DSTs a partir da revisão de todos os prontuários de adolescentes e jovens infectados (faixa etária compreendida entre os 15 e 26 anos completos) notificados pelo Programa Municipal de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas – SMS (Figura 15), no ano de 2009. Para tal, foi elaborado um Termo de Consentimento (ver APÊNDICE A), com o qual o Programa de DST/AIDS da SMS de Pelotas mostrou-se de acordo, autorizando a realização da presente pesquisa.

O município de Pelotas tem em sua rede integrada, cinquenta e seis Unidades Básicas de Saúde – UBS, sendo que apenas treze delas são referências no diagnóstico e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

O Programa Municipal de DST/AIDS da SMS é responsável por receber e arquivar todas as notificações médicas de pacientes que foram atendidos nas UBS de Pelotas. Mensalmente, são enviadas a esse setor todas as fichas com dados dos pacientes infectados e que deram início ao tratamento de DSTs pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Assim, foram coletados os dados referentes ao sexo, idade, situação marital, escolaridade, estado gestacional, bem como o diagnóstico sindrômico e diagnóstico etiológico.

Para realização dessa coleta, foi elaborado um modelo de ficha (ver APÊNDICE B) o qual comportou todas as informações necessárias de modo a alcançar os objetivos propostos por este trabalho. Os pacientes que tiveram mais de uma patologia diagnosticada foram enquadrados em cada um dos tipos de DSTs. Durante o processo de coleta, foram considerados apenas os prontuários corretamente preenchidos, excluindo-se aqueles com dados ausentes ou incorretos.

Os dados, uma vez levantados, foram tabelados e analisados descritivamente e, em seguida, confrontados com os da literatura nacional e internacional disponíveis.

Vale ressaltar que nenhuma informação obtida pelos prontuários dos pacientes foi passível de identificação e que esse material foi utilizado de forma científica e ética, não evidenciando tendências ou posições pessoais do pesquisador.

Dessa forma, o presente trabalho teve como métodos de análise dos dados, a análise descritiva, visto tratar de uma descrição das características de determinadas populações ou fenômenos, e a análise comparativa, dado o momento em que os resultados foram comparados aos de outros trabalhos já realizados nessa mesma linha de pesquisa juntamente às bibliografias consultadas.



Figura 15 – Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. Pelotas, RS, 2010.

5 Resultados e discussão

Durante o ano de 2009 foram notificados 415 casos de DSTs na população jovem de Pelotas, segundo dados obtidos pela Secretaria Municipal de Saúde oriundos dos atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde.

De fato, esse número pode não representar a exata incidência e prevalência de DSTs na população pelotense jovem no ano de 2009, visto os casos que não são notificados pela SMS por não serem de atendimento exclusivo do SUS, e de situações adversas como, por exemplo, a automedicação. Portanto, o número de ocorrências levantado com este trabalho é apenas uma estimativa.

Os poucos casos notificados, no Brasil, não representam mais do que uma fração muito modesta do número total de ocorrências, pois que não há um sistema

de registro instituído e as DSTs constituem uma parcela expressiva das morbidades ocultas, automedicadas, e para as quais percentuais expressivos de homens e mulheres infectadas não apresentam sintomas e não buscam assistência médica (MOREIRA, 2002)

A questão da notificação de DSTs nos municípios brasileiros é de fato problemática. Para Ferreira e Portela (1999), a qualidade da informação em saúde no Brasil ainda é muito precária, com uma infinidade de papéis preenchidos à mão e encaminhados de um setor ao outro, ocasionando demoras, perdas e erros.

Segundo Taquette et al. (2004), no Brasil os dados sobre a incidência de Doenças Sexualmente Transmissíveis em adolescentes são insuficientes e o número de casos notificados está bem abaixo das estimativas, talvez porque apenas a Sífilis e a AIDS sejam infecções sexuais de notificação compulsória e cerca de 70% das pessoas com DSTs procurem tratamento em farmácias. Ainda, segundo afirmam Languardia et al. (2004), o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados é uma atividade meramente burocrática, o que acaba gerando deficiências na abrangência e qualidade dos dados.

Conforme os dados levantados com esse trabalho, obtiveram-se os seguintes resultados:

Tabela 1 - Distribuição de pacientes com DST notificados pelo Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, no ano de 2009, com relação ao sexo

Sexo	n	%
Homens	46	11,1
Mulheres	369	88,9
Total	415	100

Fonte: Arquivo médico da SMS - Programa DST/AIDS de Pelotas/RS, 2010.

A tabela 1 mostra que o número de notificações de adolescentes infectados do sexo feminino (88,9%) foi bem mais expressivo se comparado ao do sexo masculino (apenas 11,1%). Essa diferença significativa também pode ser vista nos

trabalhos de Isolan et al. (2001), o qual apontou 71,6% de jovens infectados do sexo feminino e 28,4% do sexo masculino e Taquette et al. (2004) com os mesmos valores para mulheres e homens (71,6% e 28,4%, respectivamente).

O principal motivo dessa discrepância quanto ao sexo deve-se ao fato de que as mulheres buscam os sistemas de saúde para acompanhamento ginecológico rotineiro e para realização de exames preventivos, e são nessas consultas que acabam sendo detectadas as DSTs. Diferentemente, os homens, em sua maioria, só procuram atendimento quando já estão com um quadro clínico avançado, buscando apenas pelo tratamento. Ademais, as mulheres, por fatores biológicos, são mais susceptíveis a infecção e desenvolvem complicações com maior frequência do que os homens.

Coelho e Elísio (1993) destacam que historicamente, as Unidades Básicas de Saúde sempre tiveram a sua atenção voltada, principalmente, para o atendimento às mulheres e crianças, direcionando poucas ações preventivas para a população masculina e/ou adolescente. O papel da mulher como usuária do sistema de saúde é destacado, sendo reforçada a ênfase da adolescência na importância da consulta ginecológica, que não encontra estímulo similar em relação à população masculina.

Para Unbehaum (2003), existe uma percepção pouco clara entre os homens jovens e adolescentes referente à saúde reprodutiva e sexual masculina, pois a construção da masculinidade hegemônica no contexto cultural impõe determinados padrões machistas que acabam por interferir a saúde sexual dos homens na busca por orientações e métodos preventivos.

Tabela 2 - Distribuição de pacientes com DST notificados pelo Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, no ano de 2009, com relação à faixa etária

Faixa etária	n	%
Entre 15 e 18 anos	121	29,2
Entre 19 e 22 anos	157	37,8
Entre 23 e 26 anos	137	33,0
Total	415	100

Fonte: Arquivo médico – SMS - Programa DST/AIDS de Pelotas, RS, 2010.

A tabela 2 mostra que a faixa etária mais propícia a infecção por DSTs encontra-se entre os 19 e 22 anos (37,8%). Muitos autores apontam uma associação inversa entre Doenças Sexualmente Transmissíveis e a idade (FERNANDES et al., 2000; PIOT; ISLAN, 1994; TURNER et al., 2002).

Para Costa et al. (1995), a iniciação sexual na adolescência ocorre por vários motivos, destacando-se a curiosidade natural diante do desenvolvimento físico e da maturação sexual, bem como a partir de uma expressão de amor e confiança em seu companheiro, que muitas vezes ainda supre carências como as da solidão, carência afetiva e necessidade de auto-afirmação.

Em um estudo comportamental do adolescente brasileiro, Zagury (1996) relatou que do total de 943 jovens de quinze cidades brasileiras, com idade entre 14 e 18 anos, 35,8% já havia tido sua primeira experiência sexual, destacando-se que 21% disseram que a mesma ocorreu antes dos 14 anos.

Já um estudo realizado na favela da Rocinha, no município do Rio de Janeiro, Burzty (1996), apontou que 75% das moças tiveram o início da atividade sexual antes dos 15 anos, ocorrendo o mesmo com 67% dos rapazes na mesma faixa etária.

De acordo com os dados obtidos por Isolan et al. (2001), a maioria dos jovens com DST encontravam-se na faixa etária entre 17 e 19 anos (66,6%), já os que tinham entre 14 e 16 anos, somaram 30,4%. Esses dados aproximam-se com os do presente estudo, no qual se observa a faixa etária mais representativa entre os 19 e

22 anos (37,8%) comparado aos que tinham entre 15 e 18 anos (29,2%). Isso pode estar relacionado ao fato de que nessa fase da vida, os adolescentes não vivenciam mais aquele “amor platônico”, típico dos 15 e 16 anos, na qual a maioria tem relações exclusivas com seu parceiro - namorado(a) - e passam a ter curiosidade de experimentação com múltiplos parceiros, logo se tornam mais susceptíveis ao contágio de DSTs.

Tabela 3 - Distribuição de pacientes notificados pelo Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, no ano de 2009, com relação à situação marital

Situação marital	n	%
Sem parceiro fixo	117	28,2
Parceiro há menos 1 ano	132	31,8
Parceiro há mais 1 ano	166	40
Total	415	100

Fonte: Arquivo médico da SMS - Setor DST/AIDS de Pelotas, RS, 2010.

De acordo com a amostra anterior (tabela 3), há um grande número de adolescentes com parceiro fixo, somando 71,8%, enquanto 28,2% dos adolescentes disseram não ter parceiro fixo. Ao comparar com relatos na literatura, os achados são discrepantes, visto que a adolescência é uma fase de intensa rotatividade e experimentação, e não de parceiros exclusivos.

Isolan et al. (2001) apontam que 72,5% dos adolescentes com DSTs tinha parceiros fixos e apenas 9,7% não tinham parceiros fixos. Já Taquette et al. (2004), relatou que 87,2% dos jovens infectados não tinha parceiro exclusivo e somente 12,8% deles tinham relação com apenas um parceiro.

Em relação a fidelidade no relacionamento, apesar de muito controversa, Rodrigues et al. (1993), destacam que as moças, em geral, são monogâmicas e relataram fidelidade ao atual parceiro, diferentemente dos rapazes, onde as relações extra-conjugais ocorrem em maior número.

Fernandes et al. (2000), relatam que jovens e adolescentes casadas disseram não se sentirem vulneráveis a adquirir qualquer infecção, estando distantes de contrair DST e/ou HIV de seus parceiros. Para Carret et al., (2004) pessoas que têm companheiro, em geral, não são consideradas de risco pelos serviços de saúde, não têm autopercepção de vulnerabilidade para DST e, conseqüentemente, não se protegem adequadamente.

O que se pode inferir com estes dados é que se relacionar com um único parceiro não se mostrou um fator de proteção para contaminação e transmissão de DSTs, visto o elevado número de jovens infectados com companheiros fixos (71,8%), independente do tempo de relação.

Assim, ressalta-se a importância do tratamento do indivíduo infectado juntamente do seu parceiro, seja ele exclusivo ou não. Da mesma forma, deve-se fornecer a esses pacientes um aconselhamento durante a consulta de modo a fazê-los repensar sobre o uso do preservativo nas suas relações sexuais, independente do tempo de convívio e do grau de fidelidade do casal.

Tabela 4 - Distribuição de pacientes notificados pelo Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, no ano de 2009, com relação à escolaridade

Escolaridade	n	%
Analfabeto	9	2,2
Ens. Fundamental (completo ou não)	238	57,3
Ens. Médio (completo ou não)	164	39,5
Ens. Superior (completo ou não)	4	1,0
Total	415	100

Fonte: Arquivo médico da SMS - Programa DST/AIDS de Pelotas, RS, 2010.

Sobre a escolaridade, a população analfabeta (2,2%) e a que possui apenas o ensino fundamental (57,3%) foram as que apresentaram maior incidência de DSTs, totalizando 59,5%, conforme visto na tabela 4.

Há praticamente unanimidade na literatura com relação à associação entre baixa escolaridade e incidência de DSTs. Várias pesquisas no Brasil mostram essa associação.

Griep et al. (2005), relacionaram jovens de baixa escolaridade e de baixo nível socioeconômico como os mais susceptíveis às infecções sexualmente transmissíveis. Aqueles que cursaram somente o ensino fundamental totalizaram 44,9 %, aproximando-se dos valores encontrados neste trabalho para o mesmo nível escolar (57,3%).

Nos estudos de Taquette et al. (2004), o atraso escolar representou uma das principais variáveis associadas às DSTs, juntamente do uso infrequente de preservativos e o uso de drogas. Os jovens com atraso escolar em mais de dois anos, somaram 48,6%.

Carret et al. (2004) apontaram a baixa escolaridade como fator de risco para DSTs diferencial em mulheres quando comparado à população masculina. Mulheres que tinham apenas o ensino fundamental totalizaram 20%, enquanto os homens, 12,5%.

No presente estudo, apenas 1% dos jovens apresentavam ensino superior, o que corrobora a relação inversa entre escolarização e vulnerabilidade para as DSTs. No entanto, cabe ressaltar que, por se tratar de adolescentes, o número de estudantes com ensino superior (1%) necessariamente seria baixo.

A partir destes dados, infere-se a importância de incluir nas escolas e na comunidade ações educativo-preventivas que despertem nos jovens a percepção de risco pessoal para aquisição destas infecções. A Educação Sexual nas escolas vem para atingir esse objetivo: se iniciada precocemente (de acordo com a idade e o grau de desenvolvimento dos alunos) essa irá promover uma atitude preventiva frente à sexualidade, atuando como um dos componentes essenciais à construção da saúde sexual ao longo do ciclo vital e, por isso, exige uma atenção especial. As ações realizadas nas escolas, além de ampliar o conhecimento dos envolvidos, possibilitam aos jovens discussões e perspectivas acerca do futuro e das necessidades básicas para o exercício da sexualidade de forma segura e preventiva.

Tabela 5 - Distribuição de pacientes notificados pelo Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, no ano de 2009, com relação ao estado gestacional

Estado gestacional	n	%
Não gestantes	326	88,4
Gestantes	43	11,6
Total	369	100

Fonte: Arquivo médico da SMS - Programa DST/AIDS de Pelotas, RS, 2010.

A tabela 5 aponta um percentual de 11,6% de jovens gestantes infectadas por alguma DST.

Estima-se que no mundo, 13 milhões de crianças a cada ano são geradas por jovens de 15 a 19 anos . Para alguns autores (ZAGONEL, 1999; RODRIGUES et al.,1993; MURARO, 1983), a gravidez na adolescência perpetua o ciclo da pobreza, baixa escolaridade, subemprego, lar desfeito e uso de drogas.

O levantamento mundial sobre fertilidade (OMS, 1994), observou uma relação inversa entre fertilidade e nível educacional das mulheres: mulheres sem educação formal têm, em média, o dobro do número de filhos do que aquelas com sete ou mais anos de escolaridade. Da mesma forma, mulheres que casam com 22 anos ou mais tem menos filhos do que mulheres que se casam com 18 ou 19 anos.

A gravidez nesta faixa etária está associada a taxas de mortalidade materna e morbidade altas. No Brasil, é 30% maior a mortalidade materna entre as adolescentes do que entre as mulheres de 20 a 29 anos, sendo a décima causa de óbitos em adolescentes em geral e aumentando para a sexta causa na faixa dos 15 aos 19 anos (RODRIGUES et al., 1993)

Um estudo realizado pelo Programa Nacional de DST/AIDS e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), em seis capitais brasileiras, mostra que a porcentagem de gestantes contaminadas por algum tipo de DST chega a 42%, de acordo com o levantamento feito com mais de três mil mulheres grávidas nos anos de 2004 e 2005. Segundo os autores, a maior causa do problema é a falta do uso de preservativos por mulheres com parceiros fixos. Dentre todas DSTs, as mais

incidentes nessa população foram a Vaginose Bacteriana (31,7%), seguido de Candidíase (25,2%) e Herpes Genital (18,3%).

Um outro estudo realizado com jovens na cidade do Rio de Janeiro, apontou que 30% das gestantes apresentavam alguma DST, sendo que um terço resultou em aborto (TAQUETTE et al., 2005). Esse é um índice maior se comparado ao do presente estudo, o qual apontou que, do total de mulheres, 11,6% estavam em estado gestacional, conforme a tabela 5.

Diante os números expressivos de jovens gestantes infectadas por DST, destaca-se a importância do acompanhamento pré-natal, principalmente na triagem para detecção de Sífilis, devido sua elevada taxa de prevalência, transmissão vertical e mortalidade. É fundamental que a jovem gestante entre em tratamento logo que for detectada qualquer infecção, seguindo as orientações médicas e evitando a automedicação. Diante dessas possibilidades, o acesso das mulheres ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado de todas as DSTs é fundamental.

Tabela 6 - Distribuição de pacientes notificados pelo Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, no ano de 2009, com relação ao diagnóstico sindrômico

Diagnóstico sindrômico	n	%
Corrimento cervical	60	14,4
Corrimento vaginal	254	61,2
Corrimento uretral	33	8,0
Dor/Desconforto	19	4,6
Úlceras	22	5,3
Outro	27	6,5
Total	415	100

Fonte: Arquivo médico – SMS - Programa DST/AIDS de Pelotas, RS, 2010.

Conforme visto na tabela 6, os corrimentos foram os principais sintomas relatados pelos jovens, destacando-se o corrimento vaginal como o mais ocorrente (61,2%).

A prevalência de lesões genitais (ulcerações), nos estudos de Carret et al. (2004), foi de 4,9%, valor próximo ao encontrado neste estudo, o qual representou 5,3%.

Sintomas como dor/desconforto representaram 4,6%. Isolan et al. (2001), destacaram um número mais elevado para estes sintomas, cerca de 16% naquela população.

Já outros sintomas como prurido, irritação, vermelhidão, manchas, não foram encontrados dados na bibliografia com estimativa de prevalência para cada tipo. Esses sintomas foram agrupados em "OUTROS" no presente trabalho e representou 6,5% dos sintomas gerais para DSTs.

Em estudo realizado no município de Pelotas (CARRET et al., 2004), com o objetivo de estimar a prevalência de sintomas das DSTs na população urbana, o índice de corrimento com característica patológica foi de 14,7% em mulheres, sendo essa a principal sintomatologia de DST na população estudada, concordando com os dados apresentados na tab.6, que mostra os corrimentos (vaginal e cervical) como os principais, totalizando 75,6%.

Isolan et al. (2001), apontaram o corrimento nas mulheres como o principal motivo por buscas de tratamento, representando 31,9%. Entre a população masculina, a Síndrome do Corrimento Uretral somou 35%.

Turner et al. (2002), em uma população norte-americana de ambos os sexos, com idade entre 18 e 35 anos, encontrou uma prevalência de 7,9% para uretrite (infecção que resulta em corrimento uretral), valor esse também aproximado ao presente estudo, 8%.

Assim, o que se pode constatar quanto ao diagnóstico sindrômico das DSTs é que os corrimentos são muito mais representativos nas mulheres do que nos homens (ISOLAN et al, 2001; CARRET et al. 2004; TAQUETTE et al., 2004). Isso se deve ao fato de que a maioria das DSTs que provoca esse tipo de sintoma é assintomática nos homens. Por outro lado, ulcerações e verrugas genitais são mais percebidas por homens que pelas mulheres (FERNANDES et al., 2000; BRASIL, 1999).

Ademais, Carret et al. (2004), salientam que a probabilidade de sintomas de DST aumenta marcadamente com a diminuição da idade, sendo sete vezes mais elevada no grupo com menos de 30 anos comparado ao grupo com mais de 70 anos, e que as mulheres têm três vezes mais chance de desenvolver sintomas de DST do que homens.

Tabela 7 - Distribuição de pacientes notificados pelo Programa de DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, no ano de 2009, com relação ao diagnóstico etiológico

Diagnóstico etiológico	n	%
Candidíase	94	22,6
Clamídia	86	20,7
Gonorréia	54	13,0
Herpes	27	6,5
Tricomoniase	137	33,0
Outro	11	2,7
Não definido	6	1,5
Total	415	100

Fonte: Arquivo médico – SMS - Programa DST/AIDS de Pelotas, RS, 2010.

Conforme a amostra anterior (tabela 7), as vulvovaginites (Tricomoniase e Candidíase) foram as doenças sexuais mais incidentes na população estudada, somando 55,6% do total de DSTs. Seguido, apareceram as uretrites (Clamídia e Gonorréia) totalizando 33,7% e o Herpes com 6,5%. Outras e não definidas apontaram 4,2%.

A Tricomoniase e a Candidíase, juntas, são responsáveis por 45% do total de infecções vulvovaginais conhecidas (SOBEL, 1996).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), citam que ocorrem a cada ano no mundo, mais de 170 milhões de novos casos de Tricomoniase e o Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, em grande estudo nacional, estima uma incidência de 5,1% (8,2% em mulheres e 1,9% em homens), com mais 4,3 milhões de casos novos por ano (MIRANDA et al., 2005).

Um estudo multicêntrico, incluindo cinco capitais brasileiras (Manaus, Recife, Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre) contabilizou 17,9% de infecções por *Trichomonas vaginalis* (BRASIL, 2008).

Na cidade de Niterói/RJ, do total de mulheres que procuraram serviços para DSTs no ano de 2000, 7,3% apresentaram Tricomoniase (TIBÚRCIO et al., 2000).

Com esses dados, se pode afirmar que a Tricomoniase representa uma DST clássica e que está longe de ser um problema de saúde pública em vias de solução.

Quanto a Candidíase, publicações sobre incidência e prevalência são pouco comuns. Nos EUA, um estudo desenvolvido na Universidade de Michigan (FOXMAN et al., 2000), estimou que provavelmente 55,7% de todas as mulheres terão pelo menos um episódio de vulvovaginite por *Candida* sp. ao longo de suas vidas. A amostra com 774 mulheres, apontou prevalência de vulvovaginite por *Candida* sp. de 24%.

No Brasil, um estudo realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais apontou a incidência de 25% nos casos de Candidíase na população estudada (ALEIXO et al., 1999). No estado do Espírito Santo, uma pesquisa realizada mostrou que das 205 mulheres que procuram atendimento para DSTs, 25% apresentaram Candidíase vulvovaginal entre as assintomáticas e 60% entre as que apresentavam sintomas de vulvovaginite (RIBEIRO et al., 2001).

As uretrites gonocócicas e não gonocócicas (Gonorréia e Clamídia, respectivamente), estão entre as DSTs mais incidentes na população em geral. São causas importantes de cervicites que, em várias situações, evoluem para seqüelas importantes tais como a Doença Inflamatória Pélvica (DIP) ou infecções na gestação.

A *Chlamydia trachomatis* é considerado, na atualidade, o agente mais comum de Doenças Sexualmente Transmissíveis, determinando diversos tipos de síndromes, sendo acometidos mais frequentemente adolescentes e adultos jovens (HOLMES et al., 1975; JACOB, 1977).

Atualmente, a infecção por *Chlamydia trachomatis* é considerada problema de saúde pública nos EUA, onde se calcula uma média de quatro milhões de novos casos por ano, com 70% de infecções assintomáticas (RANDAL, 1993). As estimativas de prevalência da infecção por *C. trachomatis* entre adolescentes sexualmente ativos variam entre 8 e 35% nos sintomáticos e 8 a 20% nos assintomáticos (THOMAS, 1990).

Um levantamento epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), apontou que a infecção por clamídia na população feminina estudada foi de 9,4%, sendo que a faixa etária de maior risco se deu entre 15 e 19 anos (15,1%).

Um estudo realizado em Porto Alegre com 235 pacientes com Doença Inflamatória Pélvica (NAUD, 1997), o percentual de infecção pela clamídia relatado foi de 25,5%.

Em relação à incidência de Gonorréia, o Ministério da Saúde, em estudo realizado (BRASIL 2008), apontou que 0,9% dos homens apresentaram Gonorréia. Desses, 3,3% eram das regiões Norte e Nordeste do Brasil. A cidade de Porto Alegre incidiu com 0,9%. Já Muñoz et al. (1991), relataram um índice de 9,5% de infecção por *Neisseria gonorrhoeae* na população feminina estudada na cidade de São Paulo.

Um estudo transversal com adolescentes entre 11 e 19 anos, na cidade de Niterói, apontou a Gonorréia como a principal DST, correspondendo à 29,3% dos casos (ISOLAN et al., 2001).

A grande preocupação das uretrites se deve ao fato de que, comumente, as infecções por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* ocorrem simultaneamente. Aproximadamente 35 a 50% das mulheres infectadas com a *Neisseria gonorrhoeae* são co-infectadas com a *Chlamydia trachomatis* (BATTEIGER; JONES, 1987). Em estudo realizado na cidade de Londres (CREIGHTON et al., 2003), verificou-se que 24% dos homens e 38,5% das mulheres com Gonorréia apresentavam co-infecção por Clamídia, e 18,8% dos homens e 13% das mulheres diagnosticados com clamídia também eram infectados por Gonorréia.

Logo, destaca-se a importância da realização de diagnóstico e tratamento pelas Unidades de Saúde para esses dois tipos de infecção uretral, visto a alta incidência de co-infecção.

Não foram encontrados muitos dados de incidência de Herpes em adolescentes na bibliografia nacional. Os poucos trabalhos existentes referem-se apenas a incidência em gestantes, devido às complicações para o feto.

Os casos incidentes de Herpes em jovens pelotenses do presente estudo foi de 6,5%, valor praticamente duplicado se comparado às infecções por Herpes em jovens do município do Rio de Janeiro, descritos por Isolan et al. (2001), com o índice de 3,4%. Um outro estudo específico para o Herpes Genital, também com jovens de Pelotas, apontou uma incidência de 2,2% em adolescentes entre 18 e 19 anos (ENTIAUSPE et al., 2004).

Assim, constata-se a importância da realização de outros levantamentos municipais para que se tenha uma noção da real prevalência de infecção por HSV na população jovem brasileira.

Infecções por outras DSTs representaram 2,7% no presente estudo. Cabe ressaltar que foram classificadas como “OUTRAS” aquelas doenças de menor risco ao paciente, em que não há um quadro clínico infeccioso grave, como a Pediculose do Púbis (popularmente conhecido como “chato”), a Escabiose (ou “sarna”), dentre outras dermatites. Os cuidados de prevenção para essas doenças são, basicamente, os cuidados de higiene pessoal.

No entanto, são doenças de contato sexual e representam, da mesma forma, um problema de saúde pública. Logo, é importante que o indivíduo busque por atendimento e que os seus parceiros sexuais também sejam tratados, evitando quadros de re-infecção.

Em seis casos (1,5%) de jovens infectados na população de estudo, as DSTs não foram definidas. É um valor de menor significância se comparado aos resultados de Isolan et al. (2001), os quais apontaram 9.6% de casos que não puderam ser diagnosticados. No entanto, esses valores sugerem que há uma deficiência na qualidade de métodos para diagnóstico nas Unidades Básicas de Saúde, ou ainda, uma falta de preparo técnico dos profissionais responsáveis.

Assim, é necessário que haja uma atenção por parte do governo em disponibilizar na rede pública de saúde, material para testes avançados e de qualidade, que proporcionem, de preferência, o diagnóstico logo na primeira consulta, podendo assim o paciente já deixar a Unidade de Saúde com o tratamento iniciado.

Conclusões

Tendo como fundamento o levantamento de casos de DSTs em população jovem do município de Pelotas no ano de 2009 e fatores de risco associados, pode-se concluir que:

- 1 – As mulheres representaram a maior parte da população infectada no ano de 2009, correspondendo à 88,9% dos 415 jovens estudados.
- 2 - A faixa etária mais propícia à infecções por DSTs se deu entre 19 e 22 anos.
- 3 – Quarenta por cento (40%) dos jovens tinham parceiros fixos há mais de um ano, logo ter um companheiro exclusivo não se mostrou um fator de proteção contra as Doenças Sexualmente Transmissíveis
- 4 – A baixa escolaridade mostrou-se diretamente relacionada às infecções por DSTs, logo, um fator de risco.
- 5 – Do total de mulheres, 11,6% encontravam-se em estado gestacional.
- 6 - Os principais sintomas relatados pelas mulheres foram os corrimentos (cervicais e vaginais) enquanto o corrimento uretral foi mais acentuado nos homens.
- 7 - As Doenças Sexualmente Transmissíveis mais incidentes na população foram as vulvovaginites (Tricomoníase e Candidíase) e as uretrites (Clamídia e Gonorréia).

Diante do exposto, infere-se a importância do Estado em promover a saúde sexual dos adolescentes, incentivando a busca por atendimento para notificação, diagnóstico e tratamento das DSTs. Para tal, é indispensável o pronto atendimento, com profissionais preparados para o diagnóstico, tratamento, acolhimento e aconselhamento dos portadores e de seus parceiros sexuais, bem como a garantia de um fluxo contínuo de medicamentos e preservativos. Apesar dos altos casos de subnotificação no país, os 415 jovens infectados no município de Pelotas apontam uma deficiência nesse sentido.

Assim como as unidades de saúde, a escola e os professores têm um papel a desempenhar quanto à sexualidade na adolescência, esclarecendo os jovens sobre contágio e prevenção de doenças e alertando as adolescentes dos riscos de uma gravidez precoce.

A articulação de intervenções educativo-preventivas nas escolas e na comunidade, através da ação conjunta entre saúde e educação, é o primeiro passo a ser dado, pois sendo as crianças orientadas desde os primeiros anos escolares sobre o exercício da sexualidade saudável e responsável, pode reduzir, a pequeno prazo, os números de jovens infectados.

Referências

- ADIH W, K.; ALEXANDER, C. S. Determinants of condom use to prevent HIV infection among youth in Ghana. **Journal of Adolescents Health**, n. 24, p. 63-72, 1999.
- ALEIXO, E. A et al. Prevalência de cândida na flora vaginal de mulheres atendidas num serviço de planejamento familiar. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, n. 21, p. 441-445, 1999.
- BARRAVIERA, S. R. C; BARRAVIERA, B. **Doenças sexualmente transmissíveis**. São Paulo: EPUB, 2003. 72p.
- BATTEIGER B, E.; JONES R, B. Chlamydial infections. **Infect Disease Clinics of North America**, n. 1, p. 55, 1987.
- BÉRIA, J. U. **Ficar transar: a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS**. Porto Alegre: Tomo Editorial, p. 79-94, 1998.
- BERQUÓ, E.; BAENINGER, R; FONSECHI, C. **Situação demográfica brasileira. Dados Demográficos**. n.2 - n.5. Campinas, 1996.
- BURZTYN, I. Gravidez na adolescência: a visão dos adolescentes. In: **Congresso da Sociedade Brasileira de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, p. 26-84, 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids - 3ª Edição. Brasília, 1999. 142p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/AIDS**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2000. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>>. Acesso em: 16 abril 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescente e jovens**. Brasília, 2007. 56p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Prevalências e freqüências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005**. Programa Nacional DST/AIDS. Brasília, 2008. 240p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal informativo sobre Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/>>. Acesso em: 15 abril 2010.
- BRAVERMAN, P. K. Sexually transmitted diseases in adolescents. **Medical Clinics of North America**. n. 84, p. 869-889, 2000.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. C. G; SILVEIRA, D. S et al. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, vol. 38, n.1, p. 76-78, 2004.

COELHO, J.; ELÍSIO, A. A adolescente e o ginecologista. **Boletim Informativo do Movimento de Integração de Profissionais de Saúde para Adolescentes**. Recife, n. 2, p. 23, 1993.

COOK, R. L.; POLLOCK, N. K; RAO, A. K et al. Increased prevalence of herpes simplex virus type 2 among adolescent women with alcohol disorders. **Journal of Adolescents Health**, n. 30, p. 74-169, 2002.

COSTA, M. C. O.; PINHO, J. F. C.; SANDRO, J. M. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém-Pará. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, n .7, p.151-156, 1995.

CREIGHTON S.; FLOWERS, M.; TAYLOR, C. B et al. Co-infection with gonorrhoeae and chlamydia: how much is there and what does it mean? **International Journal of STD & AIDS**, n. 14, p. 109-113, 2003.

ELEUTÉRIO J, J. **Doenças sexualmente transmissíveis**. São Paulo: Contexto, 2002. 71p.

ENTIAUSPE, L. G.; SOARES C, L.; REDIES, C. R.; POST, P. R. Soroprevalência do Vírus Herpes Simplex Tipo-2 em Populações de Jovens do Gênero Masculino com Idade Sexualmente Ativa em Pelotas/RS. **Anais do CIC da Universidade Federal de Pelotas**, 2004.

FERNANDES, A. M. S.; ANTONIO, D. G.; BAHAMONDES, L. G. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Caderno de Saúde Pública**, v. 16, p. 103-112, 2000.

FERRAZ, E; FERREIRA, I. Q. Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In: VIEIRA, E. M.; FERNANDES, M. E. L, BAILEY, P, McKAY A. **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998. p. 47-54.

FERREIRA, V. M. B; PORTELA, M. C. Avaliação da subnotificação de casos de Aids no Município do Rio de Janeiro com base em dados do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 15, p. 317-324, 1999.

FORATTINI, O. P. **Epidemiologia Geral**. São Paulo: Editora Artes Médicas, 1980. 259p.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 3. O cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1985, p. 45-73.

FOXMAN, B et al. Candida vaginitis: self-reported incidence and associated costs. **Sexually Transmitted Diseases**, n.27, p. 230-235, 2000.

GRIEP, R. H.; ARAÚJO, C. L. F.; BATISTA, S. M. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 14, p. 119-126, 2005.

HEILBORN, M. L. A primeira vez nunca se esquece. **Revista Estudos Feministas**, n. 6, p. 394-405, 1998.

HOLMES, K. K.; HANDSFIELD, H. H.; WANG, S. P. Etiology of nongonococcal urethritis. **The New England Journal of Medicine**, n. 292, p. 1199-1205, 1975.

ISOLAN, T. B.; CARVALHO, A. V. V.; FILHO, G. L. A et al. Perfil do Atendimento ao Adolescente no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, n. 13, p. 9-30, 2001.

JACOB, N. R. Nongonococcal urethrities: The Role of Chlamydia trachomatis. **Annals of Internal Medicine**, n. 83, p. 13-14, 1977.

LAGUARDIA, J.; DOMINGUES, C. M. A.; CARVALHO, C et al. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde. Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, n. 13, p. 135-146, 2004.

MAGNUSSON, C. Adolescent girls' sexual attitudes and opposite-sex relations in 1970 and in 1996. **Journal Adolescent Health**, n. 28, p. 242-252, 2001.

MIRANDA, A. E.; MOHERDAUI, F.; RAMOS, M. R et al. Epidemiologia das DST. In: PASSOS, M. R. L et al **Deesetologia, DST 5**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005. 1025p.

MOREIRA, M. M. Adolescentes e Jovens do Sexo Masculino: Risco de Contrair HIV/AIDS ou DST ou Engravidar uma parceira. Trabalho apresentado no **XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**. Ouro Preto, Minas Gerias, 4 a 8 de novembro de 2002.

MUÑOZ, E. H.; MASSAINI, M. G.; AURICHIO, M.T et al Estudo da aplicabilidade do método de Credé em maternidades do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, n. 50, p. 103-108, 1991.

MURARO, R. M. **Sexualidade da Mulher Brasileira**. Rio de Janeiro: Vozes, 1983. 501p.

MURRAY, P. R. **Microbiologia Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 392p.

NAUD, P. S. V. Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: FREITAS, F.; MENCKE, C. H.; RIVOIRE, W et al. **Rotinas em Ginecologia**. Porto Alegre: Artmed, p. 110-133, 1997.

OLIVEIRA, A, R, D. **Sexo, prazer e segurança**. Rio de Janeiro: Biologia e Saúde, 1998. 131p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Programa de Saúde Materno-Infantil. O marco conceptual da saúde integral do adolescente e de seu cuidado**. Washington: World Health Organization, 1994. 17 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections**. Geneva: World Health Organization, 2001a. 50p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Adolescent reproductive health: a strategy for action**. Geneva: World Health Organization, 2001b. 22 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guidelines for the management of sexually transmitted infections**. Genebra: World Health Organization, 2005. 104p.

PENNA, G. O.; HAJJAR, L. A.; BRAZ, T. M. Gonorréia. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, n. 33, p. 451-464, 2000.

PIMENTA, C.; RIOS, L. V.; PARKER, R. **Passagem segura para a vida adulta: oportunidades e barreiras para a saúde sexual dos jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Abia, 2000. 52p.

PIOT, P; ISLAN, M. Q. Sexually transmitted diseases in the 1990s. Global epidemiology and challenges for control. **Sexually Transmitted Diseases**, n. 21, p. 7-13, 1994.

RANDAL, T . Novas ferramentas disponíveis para o diagnóstico e tratamento da *Chlamydia*. **The Journal of the American Medical**, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 298-305, 1993.

RIBEIRO, M. A.; DIETZE, R.; PAULA, C. R et al. Susceptibility profile of vaginal yeast isolates from Brazil. **Mycopathologia**, n. 151, p. 5-10, 2001.

RICHERT, C, A. A method for identifying persons at high risk for sexually transmitted infections: opportunity for targeting intervention. **American Journal of Public Health**, n. 83, p. 520-524, 1993.

RODRIGUES, A. P. **A Adolescência Feminina**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 241-246, 1993.

SANTOS, L. V.; SANTOS, E. C. **Adolescentes, jovens e aids no Brasil**, 2004. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/prevencao/adolescente.htm>>, Acesso em: 18 maio de 2010.

SEIXAS, A. H. Abuso sexual na adolescência. In: SCHOR, N.; MOTA, M; CASTELO BRANCO, V. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, 1999. p. 117-135.

SCIVOLETTO, S.; TSUJI, R. K.; ABDO, C. H. N et al. Relação entre consumo de drogas e comportamento sexual de estudantes de 2º grau de São Paulo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 21, p. 87-94, 1999.

SOBEL, J. D. Vulvovaginitis due to *Candida glabrata*. An emerging problem. **Mycoses**. Berlin, v. 42, p. 18-22, 1996.

TAPERT, S. F.; AARONS, G. A.; SEDLAR, G. R. Adolescent substance use and sexual risk-taking behavior. **Journal of Adolescent Health**, n. 28, p. 181-189, 2001.

TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M.; PAULA, M. C. Doenças Sexualmente Transmissíveis na Adolescência: Estudo de Fatores de Risco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, n. 37, p. 210-214, 2004.

TAQUETTE, S. R.; ANDRADE, R. B.; VILHENA, M. M. A Relação entre as Características Sociais e Comportamentais da Adolescentes e as Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Revista da Associação Médica Brasileira**, n. 51, p. 148-152, 2005.

TIBÚRCIO, A. S.; PASSOS, M. R. L.; PINHEIRO, V. M. S. Epidemiologia das DST: perfis dos pacientes atendidos num Centro Nacional de Treinamento. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. n. 12, p. 4-39, 2000.

THOMAS, B. Infecções por *Chlamydia trachomatis* em adolescentes. **Clínicas Médicas da América do Norte: Medicina do Adolescente**, Rio de Janeiro, v. 5, p.1311-1321, 1990.

TURNER, C. F.; ROGERS, S. M.; MILER, H. G et al. Untreated gonococcal and chlamydial infection in a probability sample of adults. **JAMA**, n. 287, p. 726-733, 2002.

UNBEHAUM, S. G. **Juventude e Prevenção das DST/AIDS**. São Paulo: ECOS, 2003.

VANEGAS, A. M. A. **La aventura de educar: puberdade**. Universidade de la Sabana, Bogotá, 2000.

YABER, W, L; PARRILO, A. V. Adolescents and sexually transmitted diseases. **Journal of School Health**, n. 2, p. 331-338, 1992.

ZAGONEL, I. **O ser adolescente gestante em transição sob a ótica da enfermagem**. Pelotas: Editora Gráfica Universitária/UFPEL, 1999.

ZAGURY, T. **O Adolescente por ele mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1996. 185p.

Apêndices

Apêndice A – Termo de Consentimento**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
INSTITUTO DE BIOLOGIA
CURSO DE BACHARELADO EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO****TERMO DE CONSENTIMENTO**

Pelo presente Termo de Consentimento, declaro que autorizo a minha participação no Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “**DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM JOVENS DO MUNICÍPIO DE PELOTAS, RS, NO ANO DE 2009: INCIDÊNCIA, COMPORTAMENTOS DE RISCO E FATORES ASSOCIADOS**”, do acadêmico Patrick Mattos da Silva, pois fui informado(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer constrangimento e coerção, dos objetivos, das justificativas, dos procedimentos a que serei submetido(a), bem como do registro e publicação dos dados coletados, sem identificação e nomeação dos pesquisadores.

Fui igualmente informado(a):

1. Da garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à pesquisa.
2. Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuidade do meu cuidado e tratamento.
3. Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados à tese em questão.
4. Do compromisso de proporcionar informações atualizadas durante o estudo, ainda que possa afetar a minha vontade de prosseguir participando.
5. Da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos à minha saúde ou dos meus responsáveis, diretamente causados por esta pesquisa e, somente, na exclusividade desta.

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Apêndice B – Modelo de ficha para coleta dos dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS INSTITUTO DE BIOLOGIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS PROGRAMA DE DST/AIDS TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	
Paciente n°: ____	Data da notificação: __/__/__
1- Sexo: fem (___) masc (___)	
2- Idade: _____	
3- Escolaridade: _____	
4- Situação marital: _____	
5- Estado gestacional: não (___) sim (___)	
6- Diagnóstico sindrômico: _____	
7- Diagnóstico etiológico: _____	
8- Informações adicionais: _____	