

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem

Camila Paul Ferreira

**Estudo dos fatores de risco e prevalência de cervicite por
Chlamydia trachomatis em adolescentes do município de
Botucatu, São Paulo**

Botucatu
2010

Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu
Departamento de Enfermagem

Camila Paul Ferreira

**Estudo dos fatores de risco e prevalência de cervicite por
Chlamydia trachomatis em adolescentes do município de
Botucatu, São Paulo**

Monografia de Conclusão de Curso
apresentada ao Curso de Graduação em
Enfermagem. Faculdade de Medicina de
Botucatu –UNESP

Orientadora: Prof^a Ass. Marli Teresinha
Cassamassimo Duarte

Botucatu
2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE

Ferreira, Camila Paul.

Estudo dos fatores de risco e prevalência de cervicite por *Chlamydia trachomatis* em adolescentes do município de Botucatu, São Paulo / Camila Paul Ferreira. - Botucatu, 2010

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado - Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010

Orientador: Marli Teresinha Cassamassimo Duarte

Capes: 40406008

1. Enfermagem em saúde pública. 2. *Chlamydia trachomatis*. 3. Doenças sexualmente transmissíveis.

Palavras-chave: Adolescentes; *Chlamydia trachomatis*; DST; Enfermagem; Saúde coletiva.

*À minha amada mãe, meu amado
pai e meu amado irmão, responsáveis por minha vontade de
viver cada dia mais, dedico este trabalho e tudo o que ele
representa.*

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter me contemplado com uma família maravilhosa e oportunidades de aprendizado diário.

À Profa. Marli pela calma mantida nos momentos de minhas dificuldades, por toda atenção, bons conselhos e dedicada orientação.

Às Enfermeiras Máira e Michelle, pelo apoio e paciência fundamentais na realização dessa pesquisa, por enriquecerem minha bagagem profissional e pelo companheirismo durante o estágio supervisionado.

À Enfermeira Cris e toda equipe da UVF e agentes comunitárias do Peal Park, pessoas que vou guardar no coração pela atenção, ensinamentos, paciência e carinho que dispensaram a mim desde o primeiro dia que os conheci.

À minha família, por tudo que representam na minha vida, pelo amor e carinho incondicionais, pelos sacrifícios que fizeram durante minha graduação e por tudo que não há explicação.

Ao meu querido Wagner e sua família, por ser tão especial para mim.

Às irmãs que adotei durante essa vivência, minhas amigas, por suportarem minhas piadas ridículas e por todos os momentos de dor e riso compartilhados. E por quem sem a ajuda providencial este trabalho não estaria pronto...

À todos os funcionários da Faculdade de Medicina de Botucatu, em especial aos do Departamento de Enfermagem e Laboratório de Informática, que sempre estiveram dispostos e disponíveis para me ajudar, inclusive as meninas do Laboratório da Patologia, pela análise das amostras.

Aos pacientes que atendi até hoje e às minhas queridas adolescentes, que me fizeram perceber o quanto a vida é complexa e cheia de caos.

A todos os professores que deixaram suas marcas na minha construção durante a graduação.

Ao “homem do ponto de ônibus”, que me ensinou a não julgar pela aparência e a estar sempre disponível para o desconhecido.

Ao céu borrado de estrelas de Botucatu e seus finais de tarde mágicos, por me fazerem acreditar que ainda há muito que se ver...

Àqueles que de qualquer forma me auxiliaram e participaram dessa realização.

SUMÁRIO

Introdução.....	08
Objetivos.....	15
Casuística e Métodos.....	16
Resultados e discussão.....	24
Conclusão.....	36
Referências.....	37
Anexos	43

Estudo dos fatores de risco e prevalência de cervicite por *Chlamydia trachomatis* em adolescentes do município de Botucatu, São Paulo

Certas características e comportamentos típicos dos adolescentes como tendência à rebeldia e a correr riscos e aversão às regras da sociedade o torna vulnerável a série de eventos como uso indiscriminado de álcool e drogas, prática de sexo sem proteção e multiplicidade de parceiros, que podem acarretar dentre outros comprometimentos, doenças sexualmente transmissíveis (DST). A *Chlamydia trachomatis* causadora da infecção clamidiana, é uma das DST mais recorrentes mundialmente. Diversos fatores de risco já estão definidos para a infecção clamidiana, dentre eles, idade inferior a 25 anos e comportamento sexual de risco. Objetivou-se determinar a prevalência de cervicite por infecção clamidiana em adolescentes do sexo feminino de Botucatu, São Paulo e fatores de risco associados a essa infecção. Trata-se de estudo de corte transversal, de base populacional realizado junto às dezenove unidades básicas de saúde do município de Botucatu-SP. Os dados foram obtidos por meio de entrevista clínica e exame ginecológico com coleta de amostras para análise laboratorial. A pesquisa de *C. trachomatis* foi realizada por Reação em Cadeia da Polimerase (PCR). Este relato apresenta dados parciais, os quais representam 19,0% da amostra calculada. Foram investigadas 37 adolescentes com idade média de 16,9 ($\pm 1,3$), média de anos estudados de 8,2 ($\pm 1,6$), 40,0% das famílias viviam com menos de um salário mínimo per capita e 24,3% não tinham a posse da casa. Idade média da coitarca foi de 14,3 ($\pm 1,2$), 24,3% faziam uso consistente de preservativos e 5,4% e 8,1% tinham tido parto prematuro anterior e aborto anterior, respectivamente. 75,7% apresentaram alguma queixa ginecológica no momento do exame sendo dor em baixo ventre a mais prevalente. A prevalência de vulvovaginite ou flora vaginal alterada foi de 54,1%, sendo que a vaginose bacteriana (VB) foi a afecção mais prevalente 32,4%. A prevalência de infecção por *C. trachomatis* foi de 58,0%. Presença de conteúdo foi associado à infecção clamidiana e idade da coitarca, pH vaginal alterado, teste das aminas ou *Wiff test* positivo, mau odor genital referido e queixa de sangramento após coito com VB. Os dados, ainda que parciais, apontam para uma alta prevalência de *C. trachomatis*, indicando necessidade de políticas voltadas à educação sexual, diagnóstico e tratamento precoces da infecção dirigidos à esta faixa etária.

Descritores: *Chlamydia trachomatis*, adolescentes, saúde coletiva, DST.

Study of risk factors and prevalence of *Chlamydia trachomatis* cervicitis in young women in the Botucatu city, São Paulo

Some characteristics and behaviors, that are of young, as a tendency to rebel and take risks, deviating from the rules of society, makes it vulnerable to many detrimental aspects, such as may indiscriminate use of alcohol and drugs, practicing unsafe sex and having multiple partners, which cause, among another complications, sexually transmitted diseases (STD). The *Chlamydia trachomatis* causes chlamydial infection, is one of the most recurrent STD of the world. Several risk factors are already defined for Chlamydial infection, among them, age under 25 years old and sexual behavior of the risk. The objective was to determine the prevalence of Chlamydia infection cervicitis in adolescent females of the Botucatu, São Paulo, and risk factors associated with this infection. It is cross-sectional study, of the populational basis, performed together the nineteen basic health units of the Botucatu, São Paulo.

The data were obtained through clinical interviews and gynecological examination on samples collected for laboratory analysis. The research of *C. trachomatis* was performed by polymerase chain

reaction (PCR). This report presents preliminary data, which represent 19% of the sample checked. Were interviewed 37 adolescents with a mean age of 17 years (between 15th and 19th years old), average of years studied of the 8,19, 40% of the families lived on less than a minimum wage by person and 24,3% doesn't has ownership of the house where they live. Mean age of first sexual intercourse of 14 years (between 12th and 16th years old), 24,3% regularly used condoms, 5,4% had a premature birth and 8,1% reported abortion. 75,7% had any complaints in the gynecological exam, pain in lower abdomen, the most prevalent. The prevalence of vulvovaginitis or vaginal flora altered was 54,1%. The prevalence of infection by *C. trachomatis* was 58%. Presence content was associated infection chlamydial and age first sexual intercourse, pH vaginal amended test amines or Wiff test positive bad odour genital referred and complaint bleeding after coitus with VB. Data, albeit partial pointing to high prevalence *C. trachomatis* stating need for policies focused on sexuality education diagnose and treatment to infected driven to this track ages.

Descriptors: Adolescent, *Chlamydia trachomatis*, Nurse, Public Health, STD

1 Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende a faixa etária entre os 10 e 19 anos.¹ Adolescência e juventude são fenômenos de forte caracterização cultural e sua definição está intimamente ligada à transformação da compreensão do desenvolvimento humano e também à transformação da forma como cada geração adulta se define a si própria. Esta fase consiste em uma etapa singular de transição entre a infância e a idade adulta, envolvendo processos de mudanças físicas e psíquicas, características de cada cultura da sociedade na qual esse ser humano está inserido.^{2,3}

É nessa etapa que o indivíduo vivencia a construção de sua identidade e personalidade, sendo que a sexualidade se constitui num elemento fundamental desse processo.⁴ A sexualidade torna-se domínio privilegiado para o exercício da autonomia nessa fase da vida, sendo importante o aprendizado quanto ao uso dos métodos contraceptivos e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids.^{2,5}

Certas características e comportamentos típicos dos adolescentes como turbulência, tendência à rebeldia e a correr riscos, alterações do humor, dificuldade em esperar e aversão às regras da sociedade o torna vulnerável a série de eventos como uso indiscriminado de álcool e drogas, prática de sexo sem proteção e multiplicidade de parceiros, que podem acarretar gravidez indesejada e DST.^{5,6}

A vulnerabilidade consiste não apenas de comportamentos individuais, mas contextos sociais que engendram atitudes de exposição a determinados agravos. Além disso, a própria transformação física pelo qual o adolescente está passando já se constitui em fator de vulnerabilidade para aquisição de DST/aids.^{2,5}

Tendo em vista as condições atuais dos adolescentes no Brasil, pode-se afirmar que estes constituem o grupo de maior vulnerabilidade, principalmente devido ao

aumento dos índices de gravidez e de incidência de DST/aids nessa população. Tal fenômeno pode se explicar por se ter ampliado seu espaço etário, diminuindo a infância e postergando o seu ingresso na fase adulta, e também pelas transformações bio-psico-sociais sofridas no período. Portanto, necessitam cada vez mais de políticas públicas que garantam o exercício pleno da sua cidadania, o aumento de suas perspectivas e conhecimento para desfrutar a sua sexualidade.⁷⁻¹⁰

Os principais fatores de vulnerabilidade do adolescente estão relacionados à liberdade sexual cada dia maior, à facilidade dos contatos íntimos precoces, aos estímulos advindos dos meios de comunicação, assim como a falta de acesso à informação e discussão sobre temas ligados à sexualidade e contracepção.⁸

As mulheres jovens têm os maiores índices de contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e DST, sendo que estas representam sério impacto na sua saúde reprodutiva, podendo causar esterilidade, doença inflamatória pélvica (DIP), câncer de colo de útero entre outras, além de interferir negativamente na auto-estima.¹¹

As mulheres são especialmente vulneráveis às DST devido certas características biológicas e sociais. Dentre as características biológicas destaca-se a extensão da superfície vaginal exposta ao sêmen, maior concentração de HIV no sêmen do que o líquido vaginal, DST mais freqüentemente assintomáticas e, naquelas mais jovens, pré-púberes e adolescentes jovens, a imaturidade do aparelho genital que determina fragilização adicional frente às doenças.⁹

O papel social, ou de gênero, da mulher, também aumenta seu risco. As relações desiguais de poder e a dependência econômica das mulheres, especialmente em países em desenvolvimento, limitam o acesso a informações adequadas e atualizadas.¹² No caso das adolescentes e mais jovens acrescenta-se a dificuldade de discutir o uso de preservativos com o parceiro, associada à antiga submissão feminina e falta de

experiência^{4,5}, ressaltado pelo fato que a grande maioria dos adolescentes inicia a vida sexual cada vez mais cedo, entre 12 e 17 anos.¹

Estes fatos, dentre outros, têm implicado em vulnerabilidade do grupo dos adolescentes à epidemia da Aids, sendo que 10 milhões de jovens entre 15 a 24 anos, em todo o mundo estão infectados pelo HIV.^{1,11}

A OMS estima que ocorram, no mundo, cerca de 340 milhões de casos de DST por ano. No Brasil, as estimativas de DST na população sexualmente ativa variam segundo a doença, sendo para a sífilis, 937.000 casos, gonorréia, 1.541.800, infecção clamidiana, 1.967.200 e herpes genital, 640.900.^{1,14}

A *Chlamydia trachomatis*, bactéria gram-negativa, parasita intra-celular exclusiva dos seres humanos, de transmissão sexual e tropismo pelas células epiteliais colunares do trato genitourinário, causadora da infecção clamidiana ou clamidiose, é uma das DST mais recorrente mundialmente.^{15,16} Segundo a OMS, são 92 milhões de novos casos por ano no mundo.¹

Mundialmente, sua prevalência varia de forma ampla, de acordo com a população estudada e com os métodos diagnósticos empregados, com relatos de prevalência de 1,1%¹⁷ a 37,4%¹⁸.

No Brasil, foram observadas taxas de 8,9% e 19,6% entre mulheres jovens em Vitória¹⁹ e em Goiânia²⁰. Em seis das principais capitais brasileiras, esta bactéria infectava 9,4% das gestantes²¹. Contudo, para diversos países, incluindo o Brasil, os poucos estudos de prevalência são insuficientes para se conhecer a real prevalência dessa infecção.

Diversos fatores de risco já estão definidos para a infecção clamidiana. A maior prevalência em mulheres jovens, com idade inferior a 25 anos e que apresentem comportamento sexual de risco, como múltiplos parceiros ao longo da vida é um

consenso na literatura mundial²². Em estudo na população húngara, encontrou-se correlação entre presença de *C. trachomatis* e baixo nível socioeconômico²³. Outros estudos ressaltam o baixo nível de escolaridade como fator de risco.²⁴ É importante destacar também, que a infecção clamidiana, como DST, ainda facilita a aquisição e transmissão de outras DST, como o HIV.²⁵

As mulheres constituem o grupo mais frequentemente afetado pela *C. trachomatis*, sendo que até 76% delas não apresentam sintomatologia decorrente da infecção²⁰. Quando sintomática, observam-se mucopus no orifício cervical, disúria e sangramento após as relações sexuais. A infecção se inicia usualmente pela endocérvice, podendo ocorrer na uretra e no reto.²⁶

A cronicidade ocasionada pela falta de tratamento das pacientes responde por suas graves complicações. Desta maneira, a *C. trachomatis*, que coloniza preferencialmente o epitélio colunar dos órgãos genitais, incorre em doenças crônicas, tais como: DIP²⁷, uretrite não gonocócica²⁸, epididimite, proctite, cervicite e linfogranuloma venéreo.²⁹

As complicações decorrentes da infecção por *C. trachomatis* se estendem ao desfecho gestacional, uma vez que já foi associada a intercorrências obstétricas e perinatais como a ameaça e ocorrência de parto prematuro³⁰, rotura prematura de membranas³¹ e baixo peso ao nascer combinado com mortalidade perinatal, em comparação a gestantes não infectadas²³, além de ocasionar infecções no recém nascido, como tracoma³² e pneumonia³³ perinatais. Apesar de controvérsias, estudos recentes também apontam para o papel da *C. trachomatis* como causadora de infertilidade³⁴.

A primeira opção terapêutica recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil é a Azitromicina ou Doxicilina, via oral para o casal.³⁵

Outras manifestações patológicas na saúde reprodutiva da mulher são as vulvovaginites, caracterizadas por toda manifestação inflamatória e/ou infecciosa do trato genital feminino inferior, apresentando quadro clínico com leucorréia, sensação de desconforto hipogástrico, prurido de intensidade variável, disúria e dispareunia, sendo que estes sintomas podem aparecer isolados ou associados.³⁶ As infecções vaginais podem ser divididas em dois grandes grupos: específicas e inespecíficas. São consideradas específicas quando há associação de um agente etiológico definido, como a tricomoníase e a candidíase. Por outro lado, nas inespecíficas, não existe, na maioria dos casos, um quadro típico associado a determinados agentes etiológicos, como na vaginose bacteriana (VB).^{37,39}

A VB consiste em uma alteração da flora vaginal normal que é composta por uma gama de micro-organismos que, em determinadas proporções, promove proteção e equilíbrio à genitália feminina, sendo composta em grande parte por *Lactobacillus sp* ou Bacilos de Doderlein (90%) e em menor quantidade por micro-organismos como Enterobactérias, *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus sp*, *Candida albicans*, outras leveduras, Micoplasmas, entre outros. Nas mulheres em fase reprodutiva o estrógeno promove a maturação e diferenciação do epitélio vaginal em células superficiais maduras ricas em glicogênio. Este glicogênio é metabolizado em ácido láctico pelos lactobacilos, conferindo um pH ácido à vagina (menor que 4,5). Além disso, os lactobacilos produzem o peróxido de hidrogênio (H₂O₂), que já mostrou *in vitro* a capacidade de inibir o supercrescimento de bactérias da flora anaeróbia obrigatória ou facultativa da genitália, como a *Gardnerella vaginalis* e *Mobiluncus sp*. Com a multiplicação dos anaeróbios há a produção de aminopeptidases e formação de aminas, sendo elas a putrecina, cadaverina e trimelamina. Estas aminas elevam o pH vaginal e rapidamente se volatilizam e ocasionam mau odor. As aminas são citotóxicas,

acarretando esfoliação das células epiteliais e, por conseguinte, corrimento vaginal com as características células indicadoras ou *clue cells*, sendo estes os sintomas de VB. Utiliza-se atualmente os critérios de Ansel (corrimento genital de aspecto bolhoso, branco ou acinzentado; pH vaginal maior que 4,5; positividade do teste das aminas {whiff test}) para o diagnóstico clínico da VB e a confirmação é feita por meio da análise microscópica do conteúdo vaginal corado pelo método de Gram, empregando-se o critério desenvolvido por Nugent et al.⁴⁰⁻⁴³

Estudos revelam uma prevalência de 35,0% a 50,0% de VB entre as mulheres na menacme, sendo a infecção genital de maior prevalência. Em estudo realizado com adolescentes a prevalência de VB obtida foi de 40,0 %⁴¹⁻⁴⁴

Por ter uma causa orgânica, não é considerada DST. Estudos mostram que um dos fatores mais relevantes de risco para VB é o uso de dispositivo intrauterino (DIU) além de outros, como uso de ducha vaginal, novos ou múltiplos parceiros sexuais, sexo oral, sexo durante as menstruações, entre outros. O uso de métodos de barreira e anticoncepcionais orais parece proteger contra a VB. Normalmente esta infecção não confere risco de complicações graves, porém pode causar endometrites, doença inflamatória pélvica aguda (DIPA), parto prematuro e infecções pós-cirúrgicas. Além disso, pode aumentar a probabilidade de infecção por DST como a infecção clamidiana e HIV/AIDS, em casos de exposição ao vírus. O tratamento da VB consiste no uso de Metronidazol via oral ou creme vaginal.⁴¹⁻⁴³

As vulvovaginites quase sempre são causadas por agentes biológicos transmitidos ou não pelo coito, mas também pode relacionar-se a fatores físicos, químicos, hormonais e anatômicos que agem, ora de forma predisponente, ora desencadeante do processo. Dentre estas se destacam a candidíase vulvovaginal (CVV) e a tricomoníase.³⁶

A CVV é uma infecção da vulva e da vagina, causada pelas várias espécies de *Candida*, fungos comensais das mucosas vaginal e digestiva, que pode tornar-se patogênica, sob determinadas condições que alteram o ambiente vaginal. A incidência de CVV varia, indo de aproximadamente 25% na população feminina em geral a 42% entre mulheres adolescentes.³⁶ Em um estudo comparativo, foi observada uma incidência de 35,5% para as mulheres sintomáticas e de 15% para as assintomáticas de um grupo controle.⁴⁵ Estudos apontam que 20 a 25% das mulheres adultas apresentam colonização assintomática e 75% delas, em algum momento, apresentam algum episódio de infecção clínica em suas vidas.⁴⁶

O uso de antibióticos, sistêmicos ou tópicos, parece estar associado à destruição da microbiota bacteriana vaginal, particularmente dos bacilos de Döderlein, diminuindo a competição por nutrientes, o que favorece o surgimento da CVV que se caracteriza clinicamente pela ocorrência de prurido vulvar intenso, leucorréia, dispareunia, disúria, edema e eritema vulvovaginal, sendo prurido o sintoma mais importante quando a CVV é comparada a vulvovaginites de outra etiologia. Por acometer milhões de mulheres anualmente, determinando grande desconforto, interferindo nas relações sexuais e afetivas e prejudicando o desempenho laboral, a CVV tem sido considerada um importante problema de saúde pública mundial.⁴⁶

O exame a fresco do conteúdo vaginal, a microscopia pela coloração de Gram, a colpocitologia com coloração de Papanicolaou são métodos diagnósticos. Na maioria dos casos o pH vaginal é normal, quando não, é menor que 4,0.⁴⁷ A erradicação do fungo consiste em aplicação tópica de fármacos do grupo dos azóis, ou de antifúngicos oral.^{38,39,48}

A tricomoníase é causada pelo *Trichomonas vaginalis*, protozoário anaeróbico, Gram-negativo, que se desenvolve em ambiente alcalino e é sexualmente transmitido.

Responde por 15% a 20% dos casos de vaginites infecciosas.^{38,39,48} É a DST não viral mais comum atualmente, associada a várias complicações perinatais, infecções geniturinárias e aumento da transmissão do HIV.⁴⁹ Pode manifestar-se por ardor, conteúdo vaginal com odor fétido, e coloração amarelo-esverdeada.⁴⁷

O diagnóstico é confirmado pela identificação do parasita no conteúdo vaginal pelo exame microbiológico a fresco ou corado pelo método de Gram, na colpocitologia ou por cultura em meio líquido de Diamonds, sendo esta o padrão-ouro.⁴⁷ O tratamento ocorre por antibioticoterapia, tanto da mulher acometida, como pelo parceiro sexual, por se tratar de uma DST.^{38,48}

As vaginites estão entre as principais causas de morbidade na faixa etária de 13-18 anos³⁸, assim como a infecção pela *C. trachomatis*. Apesar das características da infecção clamidiana, como alta prevalência na população, constante assintomatologia, conhecida associação com importantes morbidades, diagnóstico confiável e facilidade do tratamento, preencher os requisitos necessários para a realização da triagem⁵⁰, esta não é a realidade dos serviços de saúde do país. Todas essas patologias traduzem grande impacto financeiro para os sistemas de saúde e principalmente em graves seqüelas para a população feminina e para o binômio materno-fetal. O reconhecimento da prevalência e dos fatores associados em adolescentes poderão direcionar políticas que favoreçam a implementação da pesquisa etiológica da *C. trachomatis* em populações de risco, justificando a presente investigação.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Determinar a prevalência de cervicite por infecção clamidiana em adolescentes do sexo feminino de Botucatu, São Paulo e fatores de risco associados a essa infecção.

2.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico das adolescentes investigadas;
- Determinar a prevalência de flora vaginal alterada e de vulvovaginites;
- Determinar a prevalência de infecção clamidiana;
- Avaliar fatores de risco associados à infecção clamidiana.

3 Casuística e Métodos

3.1 Casuística

Estudo descritivo, de corte transversal, de base populacional que está sendo realizado junto às dezenove unidades básicas de saúde do município de Botucatu-SP, sendo dezessete vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde e duas, ao Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu. Dentre estas, quatro são rurais e as demais urbanas.

O tamanho amostral foi calculado baseado na prevalência de infecção clamidiana de 15%, com coeficiente de confiança de 95% e margem de erro de 5%, totalizando 196 adolescentes. Esse tamanho amostral foi estratificado considerando as unidades básicas de saúde do município de Botucatu – SP, sendo o número de adolescentes por unidade pesquisada: UBS CS I – 16, UBS CECAP – 13, UBS COHAB I – 22, UBS Vila Cidade Jardim – 12, UBS Jardim Cristina – 10, ESF Jardim Peabiru – 19, UBS Vila São Lúcio – 12, ESF Marajoara – 7, UBS Unidade Vila dos Lavradores – 29, UBS Unidade Vila Ferroviária – 8, ESF Rubião Jr. – 10, ESF Vitoriana – 4, ESF César Neto – 2, Zona Rural I – 4 e Zona Rural II – 1, ESF Jd. Aeroporto – 11, ESF Jd. Iolanda – 7, ESF Real Park – 5, ESF Santa Elisa – 4.

Este estudo apresenta dados parciais, os quais representam 19% da amostra calculada, conforme distribuição por unidade de saúde, a seguir: UBS CECAP – 4/13, UBS Vila Cidade Jardim – 1/12, UBS Jardim Peabiru – 5/19, UBS Unidade Vila dos Lavradores – 3/29, UBS Unidade Vila Ferroviária – 8/8, UBS Rubião Jr. – 6/10, ESF Jardim Aeroporto – 3/11, ESF Jardim Iolanda – 2/7, e ESF Santa Elisa – 5/4.

Foram incluídas no estudo adolescentes com idade entre 15 a 19 anos com vida sexual iniciada. A todas as participantes e acompanhantes das menores de 18 anos foram expostos os objetivos e procedimentos necessários para o exame ginecológico e

após o devido esclarecimento, e aceite de participação da pesquisa, foi solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, em anexo. (Anexo I).

Os dados foram obtidos de 11 de agosto a 14 de outubro de 2010.

3.2 Métodos

Os dados sócio-demográficos, comportamentais e clínicos foram obtidos por meio de entrevista, utilizando-se instrumento de coleta de dados específico para o estudo (Anexo II), que foi previamente validado.

As amostras de conteúdo vaginal para pesquisa da flora vaginal e as amostras de secreção cervical para investigação de infecção clamidiana e realização da citologia oncológica foram obtidas por meio de exame ginecológico. Este envolveu os seguintes procedimentos:

1. Inspeção dos genitais externos para detecção de lesões vulvares e perianais;
2. Afastamento das paredes vaginais por meio de espéculo bivalvo de Collins para inspeção das mesmas, bem como do colo uterino;
3. Aferição do pH vaginal utilizando-se o papel indicador Merck 4-7;
4. Coleta de amostras do terço médio da parede vaginal, com *swab*, para avaliação da flora vaginal;
5. Realização do *Whiff test* utilizando hidróxido de potássio a 10%;
6. Coleta de espécime de fundo de saco vaginal e ectocérvice com espátula de Ayre e do endocérvice com *cytobrush*, para citologia oncológica tríplice e pesquisa de *Chlamydia trachomatis*;
7. Realização do teste de *Schiller* e do toque vaginal combinado.

A entrevista, bem como o exame ginecológico e coleta de amostras foram realizados pela própria pesquisadora, sob supervisão da docente orientadora do trabalho ou de outras duas enfermeiras participantes deste projeto.

As amostras coletadas foram encaminhadas ao Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP, onde foram realizados os exames do conteúdo vaginal por microscopia corada pelo método de Gram e de secreção cervical para pesquisa de *Chlamydia trachomatis* pela reação em cadeia da polimerase (PCR). A coloração de Papanicolaou, para a análise citológica do colo uterino, foi realizada na rotina dos serviços de saúde.

Os resultados dos exames foram encaminhados para as unidades de saúde e afixados nos prontuários das pacientes, conforme a rotina do serviço. Nos casos em que houve resultados alterados as mulheres foram encaminhadas para tratamento, respeitando-se as rotinas de cada serviço de saúde.

3.2.1 Métodos Diagnósticos

Análise microbiológica do conteúdo vaginal

Os esfregaços do conteúdo vaginal foram fixados ao ar e submetidos à coloração pelo método de Gram. Nessas lâminas foram observadas a morfologia e coloração específicas dos microrganismos, além de análises semiquantitativas de leucócitos e células epiteliais, aos quais serão atribuídos de 0 a 4 cruces, sob análise dos campos microscópicos de grande aumento (1000 vezes). A classificação das lâminas obedecerá aos critérios de Nugent et al.⁴⁰

3.2.2 Critérios de diagnóstico laboratorial da Candidíase vaginal

A candidíase vaginal foi diagnosticada pela visualização de blastoconídeos e/ou pseudo-hifas e presença de leucócitos no exame microscópico do conteúdo vaginal corado pelo método de Gram.

3.2.3 Critérios de diagnóstico laboratorial das alterações de flora vaginal

Vaginose bacteriana

O diagnóstico dessa entidade foi feito com base na ocorrência de pelo menos três dos critérios de Amsel et al.⁵¹, ou seja, presença de corrimento fluido, homogêneo, acinzentado com finas bolhas; teste de aminas positivo (odor fétido); pH da secreção vaginal $\geq 4,5$ e achado na secreção vaginal de “clue cells”. Em relação ao método de Gram, para diagnóstico da vaginose bacteriana, utilizou-se a pontuação estabelecida por Nugent et al.⁴⁰, baseada na morfologia e coloração dos microrganismos observados e suas respectivas quantidades.

Flora II

Foram consideradas portadoras desta alteração da microbiota as mulheres cujo exame microscópico do conteúdo vaginal, corado pelo método de Gram, evidenciaram redução da quantidade de bacilos de Doderlein $\leq +/4+$ e um misto de morfotipos bacterianos e ausência de agente etiológico específico.⁴⁵

Vaginose citolítica

O diagnóstico desta condição foi dado principalmente pelo exame microscópico do conteúdo vaginal corado pelo método de Gram, quando presentes pelo menos

+++/4+ de células epiteliais e ++++/4+ de lactobacilos. É importante nessa entidade a observância do pH vaginal entre 3,5 e 4,7.⁵²

Vaginite aeróbia

Os critérios para o diagnóstico da vaginite aeróbia foram: presença de células intermediárias do epitélio vaginal; presença de leucócitos, redução da quantidade de *Lactobacillus* e presenças de flora acessória, de acordo com Donders.⁵³

Outras alterações da flora vaginal

Foram consideradas portadoras desta afecção as mulheres cujo exame microscópico do conteúdo vaginal, corado pelo método de Gram evidenciou alterações, tais como células epiteliais \geq +++/4+, leucócitos \geq +++/4+ e/ou bacilos Doderlein \leq +/4+. Aquelas que possuíram no mínimo dois destes achados e nenhum agente etiológico específico foram consideradas portadoras desta afecção.

3.2.4 Pesquisa de *Chlamydia trachomatis* por reação em cadeia da polimerase (PCR)

A presença de *C. trachomatis* foi detectada por amplificação de DNA por PCR. Os últimos 25 μ L da reação PCR contém 2,5 μ L de PCR Buffer 10x (Invitrogen®); 2,0 μ L de MgCl₂; 0,5 μ L de DNTP mix 20mM; 0,5 μ L Taq DNA Polimerase (Platinum, Invitrogen®); 1,25 μ L de cada primer PCT1 (TAG TAA CTG CCA CTT CAT CA) e PCT2⁵⁴ (TTC CCC TTG TAA TTC GTT GC); água Milli-Q autoclavada (Milli-Q Plus, Millipore) e 2 μ L de cada amostra a ser testada. A incubação foi realizada em termociclador Mastercycle (Eppendorf) empregando-se os parâmetros de 95°C durante 1 minuto para desnaturação, 55°C durante 1 minuto par anelamento dos primers e 72°C por 1 minuto e 30 segundos para extensão, seguido de mais 39 ciclos idênticos ao

descrito. Em todas as reações realizadas foi utilizado um controle negativo, através da substituição do ácido nucléico por água Milli-Q autoclavada.

3.3 Tratamento das Infecções Genitais

Para as pacientes incluídas no estudo, foi instituído o tratamento para cada caso diagnosticado, seguindo-se o protocolo de tratamento adotado pelo CSE e pela Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu. Será realizada a comprovação da cura com as técnicas laboratoriais empregadas no diagnóstico (exame microscópico do conteúdo vaginal corado pelo método de Gram e PCR para *Chlamydia trachomatis*). Desta forma, está sendo oferecido a este grupo de pacientes um acompanhamento diferenciado, tendo em vista ainda não ser esta a rotina nos serviços públicos de saúde.

3.4 Análise Estatística

Os dados epidemiológicos das mulheres incluídas no estudo foram submetidos à análise estatística empregando-se o software BioEstat 2.0. Para todos os testes utilizados foi adotado o nível de significância de 5%.

Foi realizada análise descritiva dos dados, frequências das variáveis qualitativas, sendo elas: estado civil, profissão, cor, posse da casa, regularidade do ciclo menstrual, dismenorréia, atividade sexual, parceiro fixo, tipo de método anticoncepcional, uso consistente de preservativo, tabagismo, consumo de álcool, drogadição, doenças crônicas, histórico de infecção do trato geniturinário, histórico de verruga ou lesão genital, histórico de verruga ou lesão genital no parceiro sexual, uso de ducha vaginal, histórico de parto prematuro, última coleta de citologia oncótica, alteração em citologia oncótica anterior, queixa de corrimento, queixa de odor, queixa de prurido, queixa de dispareunia, queixa urinária, dor em baixo ventre, sangramento após coito, alteração na

vulva e presença de conteúdo ao exame ginecológico, pH alterado, teste das aminas ou *Wiff test* positivo, posição da junção escamocolunar, teste de *Schiller*, presença de mucopus, colo friável ao exame ginecológico, dor à mobilização do colo uterino, vulvovaginites e alteração da flora normal, citologia oncótica e PCR para *C. trachomatis*, além de média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo das variáveis. Foi feito teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher quando necessário, para comparar as variáveis: presença de *Chlamydia trachomatis* e estado civil, posse da casa, anos de estudo, renda familiar *per capita*, idade da coitarca, atividade sexual, parceiro fixo, número de parceiros sexuais, uso consistente de preservativo, histórico de infecção do trato geniturinário, histórico de verruga ou lesão genital, histórico de verruga ou lesão genital em parceiro sexual, uso de ducha vaginal, tipo de método anticoncepcional, histórico de parto prematuro, número de abortos, queixa de corrimento, queixa de mau odor genital, queixa de prurido, queixa de dispareunia, queixa urinária, dor em baixo ventre, sangramento após coito, alteração na vulva, presença de conteúdo ao exame ginecológico, pH alterado, teste das aminas ou *Wiff test* positivo, posição da junção escamocolunar (JEC), teste de *Schiller*, presença de mucopus, colo friável ao exame ginecológico, dor à mobilização do colo uterino, vulvovaginites e alterações da flora vaginal normal e resultado da citologia oncótica (CO); e com relação à presença de vaginose bacteriana e renda familiar *per capita*, idade da coitarca, tipo de método anticoncepcional, queixa de corrimento, queixa de mau odor genital, queixa de prurido, queixa de dispareunia, queixa urinária, sangramento após coito, alteração na vulva, presença de conteúdo ao exame ginecológico, pH alterado, teste das aminas ou *Wiff test* positivo, posição da junção escamocolunar (JEC), teste de *Schiller*, presença de mucopus, colo friável ao exame ginecológico, dor à mobilização do colo uterino, flora normal, flora intermediária e resultado da citologia oncótica (CO).

Para isso foi utilizado o programa SAS for Windows, versão 9,1.

4. Resultados e Discussão

4.1 Caracterização sociodemográfica

A média de idade das adolescentes investigadas foi de 16,9 anos ($\pm 1,3$) e a média de anos estudados foi de 8,2 ($\pm 1,6$), sendo que a maioria referiu ensino fundamental incompleto ou completo (56,8%). Houve predomínio de adolescentes solteiras (56,8%), da cor parda (59,5%) (Tabela 1).

Com relação à ocupação, 81,0% das adolescentes não estavam inseridas no mercado de trabalho, sendo que apenas 37,8% estavam estudando. As ocupações predominantes foram na área de serviços (13,5%) (Tabela 1).

A renda média familiar foi de R\$ 1.084,00, ou seja, 2,1 salários mínimos e 40,0% das adolescentes investigadas referiram renda per capita inferior a um salário mínimo. A posse da casa foi referida como própria por 75,7%, alugada por 18,9% e cedida por 5,4% (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das adolescentes incluídas no estudo. Botucatu, 2010.

Variável	Frequência	%
Idade		
15	6	16,2
16	8	21,6
17	10	27,0
18	9	24,3
19	4	10,8
Escolaridade		
5 – 8 anos	21	56,8
9 a 11 anos	16	43,2
Estado civil		
Solteira	21	56,8
União estável	16	43,2
Cor		
Parda	22	59,5
Branca	13	35,1
Preta	2	5,4
Ocupação		
Do lar	16	43,2
Estudante	14	37,8
Área de serviços	5	13,5
Comércio	1	2,7
Área rural	1	2,7
Renda per capita em sm* (n=34)		
< 1	14	40,0
1 – 2	17	48,6
> 2	4	11,4
Posse da casa		
Própria	28	75,7
Alugada	7	18,9
Cedida	2	5,4

* sm=salário mínimo

Levantamento feito pelo IBGE em 1997 com relação à média de anos de estudo no Brasil (7,1) e na região Sudeste (7,9) entre adolescentes de 15 a 19 anos⁵⁵, revelou valores aproximados aos encontrados no presente estudo (8,2). De acordo com dados do perfil municipal de Botucatu, a média de anos de estudo da população entre 15 a 64 anos é de 8,1⁵⁶. Dessa forma é possível afirmar que dentre as adolescentes avaliadas há equivalência entre os dados nacionais e do município estudado.⁵⁵⁻⁵⁷

Estudo sobre o perfil sociodemográfico de adolescentes e gestação na adolescência revelou que 67,3%⁵⁷ das adolescentes não estavam freqüentando a escola no momento da entrevista, dado este que corrobora com o encontrado na amostra do presente estudo (62,2%).

O afastamento precoce do ambientes escolar somado à alta taxa de desemprego faz refletir sobre a falta de meios para se criar oportunidades de evolução e crescimento pessoal, tanto no âmbito financeiro quanto com relação à emancipação e desenvolvimento pessoal e cultural dessa população. O setor de serviços foi o mais referido neste estudo, sendo esta uma área de atuação profissional que muitas vezes não exige alta escolaridade e costuma oferecer baixa remuneração.

4.2 Perfil sexual, reprodutivo e obstétrico

A idade média da menarca foi de 12,6 anos ($\pm 1,30$) e a da coitarca de 14,3 anos ($\pm 1,18$). A maioria das adolescentes investigadas referiu dismenorréia (70,3%) e 59,5% relatam regularidade no ciclo menstrual (Tabela 2).

Com relação à atividade sexual 100,0% das adolescentes relataram intercurso sexual no último ano e 81,1% delas referiram ter parceiro fixo. Quanto ao número de parceiros sexuais no último ano, 67,6% relataram apenas um parceiro e 13,5% três ou mais parceiros (Tabela 2). Apenas 29,7% das adolescentes investigadas referiram fazer uso de preservativo em todas as relações sexuais (Tabela 2).

Com relação ao método contraceptivo, o mais relatado foi o anticoncepcional oral (ACO) (37,8%), seguido do uso de preservativo masculino (18,9%). Outros métodos utilizados foram: hormônio injetável (10,8%) e coito interrompido (2,7%) e 16,2% delas referiram não fazer uso de método contraceptivo (Tabela 2).

A maioria das entrevistadas não fazia uso de ducha vaginal (78,4%).

Quanto aos antecedentes obstétricos, 67,6% das adolescentes eram nulíparas, 27,0% primíparas e 5,4% múltíparas. Em 8,1% e 5,4% da amostra investigada, obteve-se relato de aborto anterior e parto prematuro anterior, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil sexual, reprodutivo e obstétrico das adolescentes incluídas no estudo. Botucatu, 2010.

Variáveis	Frequência	%
Idade menarca		
10 – 12 anos	17	46,0
13 – 16 anos	20	54,0
Dismenorréia		
Sim	26	70,3
Não	11	29,7
Regularidade do ciclo		
Sim	22	59,5
Não	15	40,5
Idade coitarca		
12 – 14	20	54,0
15 ou mais	17	46,0
Atividade sexual atual		
Sim	37	100,0
MAC*		
ACO**	14	37,8
Nenhum	11	29,7
Preservativo masculino	7	18,9
Outros	5	13,5
n° de partos		
0	25	67,6
1	10	27,0
2	2	5,4
n° de abortos		
0	34	91,9
1	3	8,1
Parto prematuro		
Não	35	94,6
Sim	2	5,4
n° parceiros último ano		
1	25	67,6
2	7	18,9
3 ou mais	5	13,5
Parceiro fixo		
Sim	30	81,1
Não	7	18,9
Uso de preservativo		
Nunca	19	51,4

Sempre	11	29,7
Às vezes	7	18,9
Ducha vaginal		
Não	29	78,4
Sim	8	21,6

*MAC= método anticoncepcional

** ACO= anticoncepcional oral

A média de idade da coitarca encontrada neste estudo se mostrou inferior à de outros estudos com adolescentes, sendo encontrados valores entre 15,0^{58,59} até 17,3⁶⁰, nossos achados se aproximam da média de coitarca dos homens (14,5)⁶¹, que é historicamente menor que à coitarca das mulheres. Este dado é preocupante, pois revela que estas adolescentes estão se expondo cada vez mais cedo às responsabilidades relacionadas ao início da vida sexual, como precaução contra DST/aids, gravidez indesejada e precoce, além de todos fatores psicológicos relacionados com o envolvimento sentimental e sexual entre os seres humanos. Vale ressaltar que a adolescência é marcada por crises de inconstância, impulsividade, dúvidas e negação quanto ao futuro, sentimentos de imortalidade e imunidade, como se nada os pudesse atingir⁴⁻⁶. Sendo assim, há predisposição à diminuição da capacidade de percepção de riscos, somando-se a outros fatores que infringem maior vulnerabilidade, como por exemplo, baixa renda, precariedade de serviços de infra-estrutura, alto índice de evasão escolar, relações familiares enfraquecidas e pela ausência, para ambos os sexos, de perspectivas e oportunidades acadêmicas e profissionais. Todos estes fatores contribuem para que os adolescentes sejam um grupo que merece atenção por sua fragilidade.⁶²

Outros dados encontrados neste estudo corroboram esta linha de análise, como o fato de 100,0% das adolescentes avaliadas afirmarem vida sexual ativa, 70,3% delas não fazerem uso consistente de preservativo, deixando-as expostas às DST/aids e à gravidez precoce. Ressaltando-se, ainda, o fato de que 5,4% delas já são múltiparas e 16,2% não faziam uso de qualquer método contraceptivo.

Apesar da freqüência de uso consistente de preservativo encontrada neste estudo ser baixa (29,7%), revelou-se maior a observada em outro estudo prevalência de *C. trachomatis* em adolescentes, realizado em Goiânia em 2001, que foi de 18,9%⁶³. A taxa de abortamento encontrada na amostra (8,1%) foi inferior à encontrada em outro estudo com adolescente realizado em Bauru, São Paulo entre 2000 e 2003 (20,0%)⁶¹.

4.3 Perfil clínico e de consumo de substâncias

A maioria das adolescentes (94,6%) negou doenças crônicas (Tabela 3).

Quanto aos antecedentes ginecológicos mórbidos relatados, 48,7% das adolescentes referiram já ter adquirido alguma infecção do trato geniturinário (corrimento, candidíase, verruga ou infecção urinária). Histórico de verruga genital esteve presente em 10,8% da amostra e uma adolescente relatou antecedente de verruga no parceiro sexual (2,7%) (Tabela 3).

Com relação às queixas trazidas pelas adolescentes na entrevista, 75,7% apresentaram pelo menos uma queixa ginecológica, dentre estas, 40,5% delas referira-se a corrimento, 29,7% mau odor genital, 21,6% prurido, 27,0% dispareunia, 13,5% queixas urinárias, 54,1% dor em baixo ventre e 13,5% sangramento após coito. (Tabela3).

Tabela 3. Distribuição das adolescentes investigadas segundo características clínicas referidas. Botucatu, 2010.

Variáveis	Frequência	%
Patologias associadas		
Não	34	91,9
Sim	3	8,1
Infecção do Trato Geniturinário anterior		
Não	19	51,4
Sim	18	48,7
Antecedente de Verruga genital		
Não	33	89,2

Sim	4	10,8
Antecedente de verruga no parceiro		
Não	36	97,3
Sim	1	2,7
Queixa de corrimento		
Não	22	59,5
Sim	15	40,5
Queixa de mau odor		
Não	26	70,3
Sim	11	29,7
Queixa de prurido		
Não	29	78,4
Sim	8	21,6
Queixa dispareunia		
Não	27	73,0
Sim	10	27,0
Queixa urinária		
Não	32	86,5
Sim	5	13,5
Dor em baixo ventre		
Sim	20	54,1
Não	17	46,0
Sangramento após coito		
Não	32	89,5
Sim	5	13,5

Com relação ao uso de substâncias, 83,8% das adolescentes negou uso de tabaco. Dentre aquelas referiram uso de tabaco, 13,5 % consumiam de um a cinco cigarros ao dia. A maioria (75,7%) das adolescentes investigadas negou consumo de álcool e a totalidade delas negou consumo de substâncias ilícitas (Tabela 4).

A abordagem do tema drogadição revelou dados não compatíveis com a literatura, onde é possível encontrar frequências no uso referido de drogas ilícitas de 14%⁶⁴ entre adolescentes de ambos os sexos e de 26,8% e 22,9%⁶⁵ entre homens e mulheres adolescentes respectivamente⁶². Tal achado pode indicar omissão de informação por parte das adolescentes estudadas, visto que a prevalência de uso de substâncias ilícitas na literatura é considerável.

Tabela 4. Distribuição das adolescentes investigadas segundo consumo de substâncias. Botucatu, 2010.

Variáveis	Frequência	%
Tabagismo		
Não	31	83,8
Sim	6	16,2
nº de cigarros/dia		
0	31	83,8
1 – 5	2	13,5
10 ou mais	1	2,7
Consumo de álcool		
Nunca	28	75,7
Eventualmente	9	24,3

Com relação aos achados do exame ginecológico, observou-se que 83,8% das adolescentes não apresentavam alterações na vulva (Tabela 5).

Dentre as adolescentes examinadas, 56,8% apresentavam conteúdo vaginal, 48,7% pH alterado e 37,8% teste das aminas ou Wiff test (WT) positivo (Tabela 5).

Com relação ao aspecto do colo uterino, observou-se junção escamocolunar (JEC) fora do orifício do colo em 45,9% dos exames, em 100,0% o teste de Schiller foi negativo e não foi visualizado mucopus e o colo apresentou-se friável em 18,9% das adolescentes. Dor à mobilização do colo foi observado em 10,8% das adolescentes. (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das adolescentes investigadas segundo achados clínicos do exame ginecológico. Botucatu, 2010.

Variáveis	Frequência	%
Alteração na vulva		
Não	31	83,8
Sim	6	16,2
Presença de Conteúdo vaginal		
Sim	21	56,8
Não	16	43,2
pH alterado		
Não ($\leq 4,5$)	19	51,4
Sim ($> 4,5$)	18	48,7

WT positivo		
Não	23	62,2
Sim	13	37,8
JEC*		
0	20	54,1
-1	12	32,4
-2	3	8,1
-3	2	5,4
Schiller		
Negativo	37	100,0
Presença de Mucopus		
Não	37	100,0
Colo friável		
Não	30	81,1
Sim	7	18,9
Dor à mobilização do colo		
Não	33	89,2
Sim	4	10,8

*JEC = junção escamocolunar

A investigação referente ao tempo decorrido desde a última CO, revelou que 43,2% das adolescentes referiram realização do exame entre 6 meses a 1 ano, 32,4% referiram nunca ter realizado o exame e 24,3% realização entre 1 ano e 2 anos. Não houve relato de alterações relacionadas às lesões pré-neoplásicas e neoplásicas (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição numérica e percentual dos antecedentes de coleta e resultado de citologia oncótica anterior. Botucatu, 2010.

Variáveis	Frequência	%
Última coleta da CO		
6 meses a 1 ano	16	43,2
1 ano a 2 anos	9	24,3
nunca realizou CO	12	32,4
Alteração na última CO		
Não	19	51,4
Nunca realizou CO	12	32,4
CO sem resultado	6	16,2

4.4 Prevalência de vulvovaginites, alterações da flora vaginal, *C. trachomatis* e Citologia oncótica alterada

O estudo da flora vaginal das adolescentes investigadas revelou presença de flora vaginal normal em 51,4%, vaginose bacteriana em 32,4%, vaginite aeróbia em 8,1% e flora intermediária em 8,1%. A prevalência de candidíase foi de 5,4% e de *C. trachomatis* 58,8% (Tabela 7).

A prevalência de VB na amostra estudada está dentro dos parâmetros encontrados na literatura sobre a incidência de VB em adolescentes, que varia entre 10,0 a 30,0%⁶⁶ e ficou abaixo dos valores encontrados em um estudo sobre o perfil epidemiológico que também avaliou adolescentes entre 15 a 19 anos, onde a taxa encontrada foi de 41,1%.⁶⁷

Este estudo revelou um dado alarmante e de grande importância para as autoridades sanitárias, pois a prevalência de *C. trachomatis* encontrada entre as adolescentes investigadas foi muito superior aos dados da literatura que variaram entre: 14,7%⁶⁸ e 19,6%⁶³. E mesmo em estudos recentes com amostras de mulheres em faixa etária superior à deste estudo: 23,9%⁶⁹ e 25,7%⁷⁰.

Tal achado revela a necessidade de se pensar em formas de abordagem sobre o impacto das DST/aids na vida sexual, reprodutiva e auto-estima dessas adolescentes, formas de prevenção e conscientização quanto ao uso consistente de preservativo, além de programas que visem a facilitação do diagnóstico e tratamento precoce da *C. trachomatis* e de outras DST, impedindo o agravamento e conseqüências irreversíveis sobre a saúde dessa população de risco.

Tabela 7. Prevalência de vulvovaginites, alteração de flora vaginal e *C. trachomatis*. Botucatu, 2010.

Variáveis	Frequência	%
Candidíase	2	5,4
Flora vaginal		
Flora normal	19	51,4
VB	12	32,4
Vaginite aeróbia	3	8,1
Flora Intermediária	3	8,1
<i>Chlamydia trachomatis</i> (n= 34)	20	58,8

Com relação aos resultados das citologias oncóticas observou-se que a maioria das adolescentes investigadas (94,6%) apresentava inflamação. Merece destaque o fato de que uma adolescente de 15 anos (2,7%) apresentou lesão de baixo grau (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição das adolescentes investigadas segundo resultados da CO. Botucatu, 2010.

COT	Frequência	%
Inflamatória	35	94,6
Normal	1	2,7
Lesão de baixo grau	1	2,7
Total	37	100,0

4.5 Avaliação dos fatores de risco relacionados

Não houve associação com significância estatística entre *C. trachomatis* e as variáveis sociodemográficas, clínicas referidas e observadas, com exceção da presença de conteúdo ao exame ginecológico ($\chi^2 = 3,9266$, $P = 0,0475$).

Estudos correlacionando a *C. trachomatis* e seus fatores de risco mostraram que idade inferior a 25 anos e comportamento sexual de risco^{22,63} são fatores com alta recorrência mundialmente, além de baixo nível socioeconômico²³ e de escolaridade²⁴ e também idade da coitarca, número de parceiros sexuais no semestre precedente à investigação e presença de sintomas⁷¹.

Com relação à VB, não foi observada associação com significância estatística entre esta e variáveis sociodemográficas e idade da coitarca, tipo de método anticoncepcional, queixa de corrimento, queixa de mau odor genital, queixa de prurido, queixa de dispareunia, queixa urinária, sangramento após coito, alteração na vulva, presença de conteúdo ao exame ginecológico, pH alterado, teste das aminas ou *Wiff test* positivo, posição da junção escamocolunar (JEC), teste de *Schiller*, presença de mucopus, colo friável ao exame ginecológico, dor à mobilização do colo uterino, flora normal, flora intermediária e resultado da citologia oncótica (CO).

Verificou-se associação com significância estatística entre VB e idade da coitarca das adolescentes investigadas ($P= 0,0055$), pH vaginal alterado ($P= 0,0382$), teste das aminas ou *Wiff test* positivo ($P= 0,0035$), mau odor genital referido ($P= 0,0014$) e queixa de sangramento após coito ($P= 0,0302$).

5 Conclusão

Considerando-se a amostra estudada pode-se concluir que apenas cerca de um terço das adolescentes estava estudando, fato este que pode ser justificado em função de que quase a metade delas já havia constituído suas próprias famílias e um terço delas já tinha tido filhos. Tratou-se de um grupo populacional com parte significativa (40,0%) de adolescentes com baixa renda familiar *per capita*, ou seja, menor que um salário mínimo.

Quanto ao perfil sexual conclui-se que a totalidade das adolescentes desta amostra tinha atividade sexual, com início precoce e cerca de um terço tinha tido mais de um parceiro sexual no último ano. Merece destaque o fato de que apenas 29,7% das adolescentes investigadas referiram uso consistente de preservativo, estando assim, grande parcela vulneráveis às DST/aids. Da mesma forma, 29,7% das adolescentes investigadas não faziam uso de contraceptivos, estando sujeitas à gravidez indesejada.

Dor em baixo ventre e corrimento foram as queixas mais frequentemente referidas e a presença de conteúdo vaginal, pH alterado e junção escamocolumnar (JEC) fora do orifício do colo foram alterações mais observados no exame clínico.

Observou-se alta prevalência de vaginose bacteriana e de *C. trachomatis* na amostra estudada e identificou-se que a presença de conteúdo ao exame ginecológico associou-se com *C. trachomatis* e idade da coitarca das adolescentes, pH vaginal alterado, teste das aminas ou *Wiff test* positivo, mau odor genital referido e queixa de sangramento após coito com vaginose bacteriana.

Os dados, ainda que parciais, apontam para uma alta prevalência de uma DST, com possibilidade de importante repercussão na saúde sexual e reprodutiva das adolescentes, sugerindo ações de prevenção e de diagnóstico e tratamento precoces.

6 Referências

1. World Health Organization [Internet]. Data and statistics [cited: 2010 03 15]. Available from: <http://www.who.int/>.
2. Saito IS. Adolescência, prevenção e risco. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p.41-121.
3. Miranda AE, Gadelha AMJ, Szwarcwald CL. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(1): 207-16.
4. Souza MM, Brunini S, Almeida NAM, Munari, DB. Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60(1): 102-5.
5. Alves CA, Brandão ER. Vulnerabilidades no uso de métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2009; 14(2): 661-70.
6. Karaman NG, Cok F. Adolescent risk-taking: comparison between adolescents' and adults' opinion. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2007; 17(38): 357-64.
7. Shields SA, Wong T, Mann J, Jolly AM, Haase D, Mahaffey S, et al. Prevalence and correlates of Chlamydia infection in Canadian street youth. *J Adolesc Health*. 2004; 34: 384-90.
8. Low N, McCarthy A, Macleod J, Salisbury C, Campbell R, Roberts TE, et al. Epidemiological, social, diagnostic and economic evaluation of population screening for genital chlamydial infection. *Health Technol Assess*. 2007; 11: 1-165.
9. Miranda AE, Szwarcwald CL, Peres RL, Page-Shafer K. Prevalence and risk behaviors for chlamydial infection in a population-based study of female adolescents in Brazil. *Sex Transm Dis*. 2004; 31: 542-6.
10. Araújo RS, Guimarães EM, Alves MF, Sakurai E, Domingos LT, Fioravante FC, et al. Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection in adolescent females and young women in central Brazil. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2006; 25: 397-400.
11. Bretas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Muroya RL. Conhecimentos de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: subsídios para prevenção. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(6): 786-92.
12. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16 (Supl 1): S65-76.

13. Silveira MF, Beria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. Rev Saúde Pública. 2002; 36(6): 670-7.
14. Ministério da Saúde. DST, Aids e hepatites virais [Internet]. Brasília, 2009. [acesso 2010 03 11]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>.
15. Oliveira HC, Lemgruber I. Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. v 1.
16. Michelon J, Boeno A, Filho EVC, Steibel G, Berg C, Torrens MCT. Diagnóstico da infecção urogenital por *Chlamydia trachomatis*. Sci. Méd. 2005; 15(2): 97-102.
17. Joyee AG, Thyagarajan SP, Rajendran P, Hari R, Balakrishnan P, Jeyaseelan L, et al. *Chlamydia trachomatis* genital infection in apparently healthy adult population of Tamil Nadu, India: a population-based study. Int J STD AIDS. 2004; 15: 51-5.
18. Lee V, Tobin JM, Foley E. Relationship of cervical ectopy to chlamydia infection in young women. J Fam Plann Reprod Health Care. 2006; 32: 104-6.
19. Miranda AE, Szwarcwald CL, Peres RL, Page-Shafer K. Prevalence and risk behaviors for chlamydial infection in a population-based study of female adolescents in Brazil. Sex Transm Dis. 2004; 31: 542-6.
20. Araújo RS, Guimarães EM, Alves MF, Sakurai E, Domingos LT, Fioravante FC, et al. Prevalence and risk factors for *Chlamydia trachomatis* infection in adolescent females and young women in central Brazil. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2006; 25(6): 397-400.
21. Jalil EM, Pinto VM, Benzaken AS, Ribeiro D, Oliveira EC, Garcia EG, et al. Prevalence of Chlamydia and Neisseria gonorrhoeae infections in pregnant women in six Brazilian cities. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30: 614-9.
22. Kucinskiene V, Sutaite I, Valiukeviciene S, Milasauskiene Z, Domeika M. Prevalence and risk factors of genital *Chlamydia trachomatis* infection. Medicina (Kaunas). 2006; 42: 885-94.
23. Kovács L, Nagy E, Berbik I, Mészáros G, Deák J, Nyárid T. The frequency and the role of *Chlamydia trachomatis* infection in premature labor. Int J Gynaecol Obstet. 1998; 62: 47-54.
24. Parish WL, Laumann EO, Cohen MS, Pan S, Zheng H, Hoffman I, et al. Population-based study of chlamydial infection in China: a hidden epidemic. JAMA. 2003; 289: 1265-73.
25. Nusbaum MR, Wallace RR, Slatt LM, Kondrad EC. Sexually transmitted infections and increased risk of co-infection with human immunodeficiency virus. J Am Osteopath Assoc. 2004; 104: 527-35.

26. Seadi CF, Orave R, Poser Bv, Cantarelli VV, Rossetti ML. Diagnóstico laboratorial da infecção pela *Chlamydia trachomatis*: vantagens e desvantagens das técnicas. J Bras Patol Med Lab. 2002; 38(2): 125-33.
27. Haggerty CL, Ness RB. Epidemiology, pathogenesis and treatment of pelvic inflammatory disease. Expert Rev Anti Infect Ther. 2006; 4: 235-47.
28. Spiliopoulou A, Lakiotis V, Vittoraki A, Zavou D, Mauri D. *Chlamydia trachomatis*: time for screening? Clin Microbiol Infect. 2005; 11(9): 687-9.
29. Roca B. Chlamydial infections. An Med Intern 2007; 24: 292-9.
30. Martius J, Krohn MA, Hillier SL, Stamm WE, Holmes KK, Eschenbach DA. Relationships of vaginal Lactobacillus species, cervical *Chlamydia trachomatis*, and bacterial vaginosis to preterm birth. Obstet Gynecol. 1988; 71: 89-95.
31. Blas MM, Canchihuaman FA, Alva IE, Hawes SE. Pregnancy outcomes in women infected with *Chlamydia trachomatis*: a population-based cohort study in Washington State. Sex Transm Inf. 2007; 83: 314-8.
32. Rours IG, Hammerschlag MM, Van Doornum GG, Hop WW, de Groot RR, Willemse DH, et al. *Chlamydia trachomatis* respiratory infection in Dutch infants [abstract]. Arch Dis Child. 2009; 94(9): 705-7.
33. Wright HR, Turner A, Taylor HR. Trachoma. Lancet 2008; 371: 1945-54.
34. Malik A, Jain S, Rizvi M, Shukla I, Hakim S. Chlamydia trachomatis infection in women with secondary infertility. Fertil Steril. 2009; 91: 91-5.
35. Ministério da Saúde. Manual de bolso sobre DST/Aids. Brasília; 2008.
36. Dan M, Poch F, Levin D. High rate of vaginal infections caused by non-*C. albicans* species among asymptomatic women. Med Mycol. 2002;40(4):383-6.
37. Neto JSP, Sales FSP, Lima JC. Vaginites e vaginoses – Manifestações clínicas. Femina maio/1995; 23 (4): 297-301
38. Berek JS. Berek & Novak: tratado de ginecologia. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
39. Focaccia R. Veronesi: tratado de Infectologia. 3 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.
40. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. J Clin Microbiol. 1991; 29: 297-301.

41. Bretas JRS, Ohara CVS, Jardim DP, Muroya RL. Conhecimentos de adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis: subsídios para prevenção. *Acta Paul Enferm* 2009;22(6):786-792.
42. Araújo RSC, Guimarães EMB. Estudo da Infecção Genital por *Chlamydia trachomatis* em Adolescentes e Jovens do Sexo Feminino no Distrito Sanitário Leste do Município de Goiânia: Prevalência e Fatores de Risco. *RBGO* 2002; 24(7): 492.
43. Miranda AE, Szwarcwald CL, Peres RL, Page-Shafer K 2004. Prevalence and risk behaviors for chlamydial infection in a population-based study of female adolescents in Brazil. *Sex Transm Dis* 31: 542-546.
44. Oliveira FA et al. Sexually transmitted infections, bacterial vaginosis, and candidiasis in women of reproductive age in rural Northeast Brazil: a population-based study. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz* Sept 2007; 102(6):52-57.
45. Dan M, Kaneti N, Levin D, Poch F, Samra Z. Vaginitis in a gynecologic practice in Israel: causes and risk factors. *Isr Med Assoc J.* 2003;5(9):629-32.
46. Holanda AAR, Fernandes ACS, Bezerra CM, Ferreira MAF, Holanda MRR, Holanda JCP. Candidíase vulvovaginal: sintomatologia, fatores de risco e colonização anal concomitante. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2007, vol.29, n.1, pp. 3-9.
47. Passos MRL. Deesetologia no bolso: o que deve saber um profissional que atende DST. Concurso de título de atualização teórica, à distância e com consulta em DST. Niterói 2004.
48. Nettina SM. Brunner: prática de enfermagem. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
49. Rossi P, Neme RM, Ribeiro RM, Pinotti JA. Vulvovaginites. *Revista Brasileira de Medicina* maio 2005; 58(5).
50. Paavonen J, Eggert-Kruse W. Chlamydia trachomatis: impact on human reproduction. *Hum Reprod Update* 1999; 5: 433-47.
51. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA, Chen KC, Eschenbach DA, Holmes KK. Nonspecific vaginitis Diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. *Am J Med.* 1983; 74: 14-22.
52. Cibley LJ, Cibley LJ. Cytolytic vaginosis. *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 165: 1245-1249.
53. Donders GGG, Vereecken A, Bosmans E, Dekeersmaecker A, Salembier G, Spitz B. Definition of a type of abnormal vaginal flora that is distinct from bacterial vaginosis: aerobic vaginitis. *Br J Obstet Gynaecol.* 2002; 109:34-43.

54. Griffais R, Thibon M. Detection of Chlamydia trachomatis by the polimerase chain reation. Res Microbiol 1989; 140; 140:139-41.
55. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Indicadores Sociais de 1997 – Crianças e Adolescentes. [Acesso: 2010 09 21]. Disponível em:
ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Crianças_e_Adolescentes/1997/Educação/ .
56. SEADE – Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [Internet]. Perfil Municipal de Botucatu. [Acesso: 2010 09 25]. Disponível em:
<http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>.
57. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(1):177-186.
58. Dotta IG, Noda E, Silva SLL, Wang MHJ, Hotta EH. Gestaçã o na adolescência. Revista Brasileira de Medicina [Internet]. [Acesso: 2010 09 20]. Disponível em:
http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?id_materia=289&fase=imprime.
59. Faisal Cury A, Menezes PR. Atividade sexual em mulheres adolescentes: uma comparação entre dois grupos de adolescentes de classe média de clínica particular de acordo com estado gravídico. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [online] 2008; 8(3):251-6.
60. Barcelos ^{MRB}, Vargas ^{PRM}, Baroni ^C, Miranda ^{AE}. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(7):349-54.
61. Vieira LM, Goldberg TBL, Saes SO, Dória AAB. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12(5):1201-8.
62. Traverso-Yépez MA, Pinheiro VS. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. Psicol.Soc. 2002; 14(2).
63. Araújo RSC. Estudo da infecção genital por *Chlamydia Trachomatis* em adolescentes e jovens do sexo feminino no Distrito Sanitário Leste do município de Goiânia: prevalência e fatores de risco [dissertação]. RBGO. 2002; 24(7):492.
64. Miranda AE, Gadelha AMJ, Szwarcwald CL. Padrão de comportamento relacionado às práticas sexuais e ao uso de drogas de adolescentes do sexo feminino residentes em Vitória, Espírito Santo, Brasil, 2002. Cad. Saúde Pública 2005; 21(1):207-216.

65. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. Rev. Saúde Pública São Paulo Apr. 2001;(35)2:150-158.
66. Smart S, Singal A, Mindel A. Social and risk factors for bacterial vaginosis. Sexually transmitted disease online [internet]. 2005 [Acesso: 2010 10 22]. Disponível em: <http://sti.bmjournals.com>.
67. Tanaka VD et al. Perfil epidemiológico de mulheres com vaginose bacteriana, atendidas em um ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis em São Paulo, SP. An Bras Dermatol 2007; 82(1):41-46.
68. Ramos MC, Becker D, Germany C, et. al. Prevalência de *Chlamydia Trachomatis* e *Neisseria Gonorrhoeae* pela reação em cadeia por polimerase (PCR) em urina de gestantes adolescentes e mulheres atendidas em ambulatórios de ginecologia em Hospital Público em Porto Alegre, Brasil. J Brás Doenças Sex Transm. 2002; 14(6): 4-8.
69. Marconi CM, Martin LF, Duarte MTC, Parada CMGL, Ramos BRA, Silva MG. Chlamydial infection in a high risk brazilian population: association with vaginal flora pattern. In: The complex world of infectious diseases in obstetrics and gynaecology. 7th European Conference of European Society for infectious diseases in obstetrics and gynaecology Trieste Oct 2010:48.
70. Ramos BRA et al. Prevalence and risk factors of Chlamydia Trachomatis cervicitis in pregnant women at a genital tract infection in obstetrics unit care. In: The complex world of infectious diseases in obstetrics and gynaecology. 7th European Conference of European Society for infectious diseases in obstetrics and gynaecology Trieste Oct 2010:49.
71. Grió R et al. Chlamydia trachomatis prevalence in North-West Italy. Minerva Ginecol Oct 2004; 56(5): 401-406.

(ANEXO I) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar da pesquisa “**Prevalência de cervicite por *Chlamydia Trachomatis* e fatores associados em adolescentes de município do interior do Estado de São Paulo**”, que tem por objetivo determinar qual a prevalência de infecção pela bactéria (*Chlamydia trachomatis*) em adolescentes de Botucatu-SP. Sua participação implicará em responder as questões da entrevista, e submeter-se a exame ginecológico, que serão realizados pela pesquisadora, sob supervisão da professora orientadora ou das enfermeiras Michelle Cristine de Oliveira e Maira Baldin. Para o exame ginecológico, será necessário a introdução de um aparelho de metal, estéril, conhecido como “bico de pato” (espéculo), que afastará as paredes vaginais, a fim de permitir a visualização das mesmas e do colo do útero, bem como a coleta de amostras (secreção) para exames laboratoriais. O material da parede vaginal e do colo do útero será coletado por meio de um cotonete, para verificação da presença de microorganismos que causam doenças. Será, também, realizada coleta de material com uma espátula de madeira (tipo palito de sorvete) e escovinha para fazer o exame de Papanicolaou. Esta pesquisa é de responsabilidade da graduanda de enfermagem Camila Paul Ferreira, sob orientação da Prof^a. Assistente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, Marli Teresinha Cassamassimo Duarte. Na ocorrência de resultados de exames alterados as mulheres serão encaminhadas para tratamento, segundo a rotina do serviço de saúde.

Pelo presente instrumento, eu _____
devidamente esclarecida, ciente dos procedimentos aos quais serei submetida, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, e ciente, também, de que as informações serão utilizadas exclusivamente pelas pesquisadoras, que manterão sigilo sobre minha identidade, e que as mesmas estarão disponíveis para responder a quaisquer perguntas e de que **posso retirar este consentimento a qualquer hora sem prejuízo do meu atendimento neste Centro de Saúde**, firmo meu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, concordando em participar da pesquisa proposta.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3811-6143.

Esse documento, após aprovação do CEP, será elaborado em duas vias, sendo uma entregue a paciente pesquisada e outra será mantida em arquivo pela pesquisadora.

Botucatu, _____ de _____ de 2010.

Assinatura da paciente

Assinatura do responsável

Prof^a. Marli T.Cassamassimo Duarte
R. Itagiba de Moraes Pupo, nº 41
Jd. Alvorada, São Manuel, 18650-000
Fone: 14 38414272
e-mail: mtduarte@fmb.unesp.br

Aluna: Camila Paul Ferreira
R. Daniel Fagiotto, 497
Vl. Nossa Sra. de Fátima, Botucatu
Fone: 11 8359 6488
e-mail: camilapaul@hotmail.com

(ANEXOII) *Instrumento de Coleta de Dados*

Data: ____/____/2010

Nome: _____ RG: _____ Idade: _____

Estado civil: _____ Profissão: _____ Fone: _____

Anos de estudo: _____ Etnia: _____ Posse da casa: () própria () aluguel () cedida

Nº. membros da família: _____ Quantos trabalham: _____ Renda familiar: _____

Antecedentes pessoais:

Idade menarca: ____ anos Idade coitarca: ____ anos DUM: ____/____/____

Ciclos menstruais regulares: () S () N Intervalo (dias): _____ Duração fluxo: _____

Dismenorréia: () S () N Vida sexual ativa: () S () N Parceiro fixo: () S () N

Nº. parceiros último ano: ____ MAC: _____

Tabagismo: () S () N Cig/d: _____

Alcoolismo: () S () N

tipo/qtidade/periodicidade _____

Drogadição: () S () N

tipo/qtidade/periodicidade _____

Condições crônicas: _____

Infecções genitais anteriores: _____

Histórico de verruga ou lesão (fez tto?): _____

Histórico de verruga ou lesão no parceiro?:

Ducha Vaginal () S () N Frequência _____ Produto _____

História Obstétrica: G ____ P ____ A ____ C ____ Outros dados: _____

Último parto: _____ Parto prematuro?: () S () N _____

Última COT: ____/____/____ Resultado: () Normal () Lesão baixo grau () Lesão alto grau

Relação sexual há mais de 3 dias: () S () N Antibioticoterapia < 30 dias () S () N

Queixa e duração: _____

Corrimento: () S () N Duração: _____ Intensidade: () Pouco; () Moderado; () Muito
Aspecto: () Fluido; () Pastoso; () Bifásico; () Ignorado Odor: () S () N Prurido: () S () N
Cor: () Amarelado; () Branco; () Esverdeado; () Ignorado

Exame:

Mamas:

Palpação: _____

Expressão: () positiva () negativa Axilas: () positiva () negativa

Vulva: _____

Vagina: pH: _____ WT positivo: () S () N Conteúdo: () S () N

Aspecto: () fluido; () pastoso; () bifásico; Cor: () Amarelado; () Branco; () Esverdeado;

Colo Uterino: JEC: _____ Schiller: () positivo às ___ hs. () negativo

Mucopus () S () N Colo Friável () S () N

Toque: _____

Plano de cuidados:

() Colhido GRAM () Colhido COT () Colhido PCR para C. Trachomatis

() Orientado auto exame das mamas () Orientado check list

() Outras condutas:

Resultados dos exames:

GRAM:

CHLAMYDIA TRACHOMATIS: () POSITIVO () NEGATIVO

COT: _____

Nome: _____

Coren: _____