



Detalhe da obra de Jean Pierre (1999)

Dedico este trabalho às mulheres que participaram do estudo proporcionando a construção do retrato de uma parte de suas vidas, deixando-o revelar-se na busca de uma transformação.

Ficha catalográfica confeccionada na biblioteca da Escola de Ciências Médicas de Alagoas

S676e Soares, Valquíria de Lima
Estudo epidemiológico das doenças sexualmente transmissíveis em mulheres de comunidades rurais de Alagoas-Brasil/ Valquíria de Lima Soares. – Recife: NESC, 2001.
96f.: tab., graf.
Dissertação(Mestrado em Saúde Pública)-Departamento de Saúde Coletiva- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães-Fundação Oswaldo Cruz,2001.
Orientador: Eduardo Maia Freese de Carvalho.
1. Doenças sexualmente transmissíveis. 2. Epidemiologia
3. Mulheres .I. Título.

CDU: 614.4

VALQUÍRIA DE LIMA SOARES

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES DE
COMUNIDADES RURAIS DE ALAGOAS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva –NESC/ CPqAM/ FIOCRUZ/ MS, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho

RECIFE
2001

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Incidência de Sífilis Congênita em Alagoas no período de 1994 a 1999.....	20
GRÁFICO 2.	Incidência de DST em Alagoas no ano de 1999.....	20
GRÁFICO 3	Número de casos notificados e confirmados de DST em Alagoas, no período de 1994 a 1999.....	21
GRÁFICO 4	Distribuição percentual das mulheres examinadas de acordo com a faixa etária.....	33
GRÁFICO 5	Distribuição percentual das mulheres examinadas de acordo com estado civil.....	33
GRÁFICO 6..	Distribuição percentual das mulheres examinadas de acordo com o grau de escolaridade	34
GRÁFICO 7	Distribuição percentual das mulheres examinadas de acordo com a renda familiar baseada no salário mínimo de 1997/98.	34
GRÁFICO 8.	Distribuição percentual do tipo de abastecimento de água	35
GRÁFICO 9	Distribuição de acordo com a presença de fossa séptica domiciliar.....	35
GRÁFICO 10	Distribuição percentual de acordo com assistência ginecológica nterior.....	36
GRÁFICO 11	Distribuição percentual de acordo com o número de gestações referidas.....	36
GRÁFICO 12.	Distribuição de acordo com o número de abortamentos referidos.....	37
GRÁFICO 13.	Distribuição de acordo com a coitarca.....	37
GRÁFICO 14.	Distribuição percentual das DST na população examinada ...	40

GRÁFICO 15	Distribuição percentual das apresentações clínicas da infecção por HPV.....	42
GRÁFICO 16.	Distribuição percentual dos casos de DST em cada faixa etária.....	43
GRÁFICO 17.	Distribuição percentual dos casos de infecção por HPV em cada faixa etária.....	44
GRÁFICO 18.	Distribuição percentual de positividade de acordo com o método diagnóstico usado para detecção de <i>Trichomonas vaginalis</i>	51

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1.	Cronologia dos principais eventos científicos relacionados às DST.....	3
QUADRO 2	Síndromes comuns nas DST e seus agentes etiológicos.....	4
QUADRO 3	Prevalência estimada de DST em 1995 em adultos entre 15 e 49 anos por 100.000 hab.....	6
QUADRO 4	Principais eventos de importância para o controle das DST no Brasil	8
QUADRO 5	Trabalhos publicados no Brasil, que apresentam dados epidemiológicos sobre as DST (excluindo a AIDS), a partir da década de 80 (séc. XX)	16
QUADRO 6	Projetos selecionados de pesquisa não relacionados a Aids, em parceria com PN-DST/AIDS, segundo título e instituição executora. 1993 –maio/1998.	18
QUADRO 7	Número de casos de tricomoníase de acordo com o método de diagnóstico.....	51

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS *

ACEBES, L.O. & NAUD, P. Infecções gonocócicas. In: NAUD, P. (Org.) **DST & AIDS**. Porto Alegre. Artes Médicas. 1993 Cap. 7. p. 79-87.

ALVES, M. T.; ALVES, A. N.; TONIAÍ, S.R. Prevalência da sífilis em gestantes na maternidade da Santa casa de Misericórdia de São Luís -MA. **Jornal Brasileiro de DST**, v.8, n.3, p. 31-52. 1996.

ALAGOAS. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento do Estado. **Anuário estatístico de Alagoas** 1998. 198 p.

AMARAL, M.G. et al. Infecção por *Chlamydia trachomatis* e fatores de riscos em gestantes. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.41, n.3, p.193-6. 1995.

ANDERSON, Jean R. Infecções do trato genital em mulheres. **Medical Clinics of North America**.. v.79, n.6, p.1265-1297. 1995.

ANDRADE, Ana Lúcia S. S. et al. Soroprevalência e fatores de risco para sífilis em população carcerária de Goiás. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**. v.31, n.3, p. 177-82. 1989.

ANDRADE, Ana Lúcia S. S. de & PARADA, Josetti C.B. A citologia como método de rastreamento em doenças sexualmente transmissíveis em Centro de Saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**. v. 4, n.6, p. 45-55. 1986.

ANDRADE, Marta C.; SILVA, Josefa L.; LUPPI, Carla G e JESUS, Cristiane H. DST em "profissionais do sexo: doença ocupacional?" In: **Congresso Internacional Mulher Trabalho Saúde**. Rio de Janeiro. p. 19-22. 1999.

AZULAY & AZULAY, Rubem D.& AZULAY & AZULAY, Mônica M. Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: SCHECHTER, Mauro & MARANGONI, Denise.(Org) **Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998. cap.17, p.467-488.

BELDA, Walter. Conceito. In: PASSOS, Mauro R. L. (org) **Doenças sexualmente transmissíveis**. Rio de Janeiro. Cultura Médica. 1985. Cap.. 1. p. 1-3.

BIER, Otto. **Microbiologia e Imunologia**. São Paulo.Melhoramentos.1990.1234 p.

BOWDEN, F. J. et al. Estimating the prevalence of *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* and human papillomavirus infection in indigenous women in northern Australia. **Sexually Transmitted Infections**. v.75, n.6, p. 431- 4. 1999.

* Referências listadas de acordo com regras da Associação Brasileira de Normas e Técnicas/2000.
BRAGA, José C. de S. & PAULA, Sérgio G. de. Industrialização e Políticas de saúde no Brasil. In: _____ **Saúde e Previdência**. Estudos de política social. 2 ed. Hucitec. 1986. Cap. 2. p. 41-85.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de DST** . ano III n.1 Brasília. 1996. 16 p.

_____. **Boletim Epidemiológico de DST**. ano IV , n.2, Brasília.15 p. 1998a.

_____. **Manual de Controle das doenças sexualmente transmissíveis** 3. ed. Brasília. 1998b.

_____. **Aids no Brasil. Um esforço conjunto governo-sociedade. Coordenação Nacional de DST e Aids**. Brasília. 106 p.1998c.

_____. A vigilância Epidemiológica in: **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Centro Nacional de Epidemiologia. Brasília cap. 1 . p. 1-21. 1998d.

_____. **Manual de Diretrizes técnicas para elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência das DST/AIDS no local de trabalho**. Brasília. 213 p. 1998e.

Brasil. Ministério do Planejamento e Orçamento. Secretaria de Política Urbana **Política nacional de saneamento**. Brasília. 39 p. 1997.

BRITO, E.B.. et al. Estudo preliminar para detecção de cérvico-vaginites e lesões precursoras do câncer de CI uterino, em índias da tribo Parakanã. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.42, n.1, p.11-15, 1992.

CARRARA, Sérgio. **Tributo a Vênus: a luta antivenérea no Brasil**.. Rio de Janeiro: Fiocruz.. 1996. 317 p.

CARVALHO, A.V.V. et al Doenças Sexualmente Transmissíveis em adolescentes do sexo feminino atendidas no setor de DST/UFF. **Jornal Brasileiro de DST**, v.8, n.3, p. 31-52. 1996.

CASTRO SOBRINHO, Juçara M.& ALVES, Eduardo B. Contribuição para o estudo etiológico das vaginoses bacterianas. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. v. 24, n.2, p. 31-4. 1992.

CATTELANI, Maria A. Infecções ginecológicas e obstétricas. In: SCHECHTER, Mauro & MARANGONI, Denise.(org) **Doenças Infecciosas: conduta, diagnóstico e terapêutica** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998.cap. 16. p.457-465

CAVALCANTI, Silvia M.B.. et al. Human Papillomavirus infection and Cervical Cancer in Brazil: a retrospective study. **Memórias do Instituto. Oswaldo Cruz.** Rio de Janeiro. v.91, n.4, p. 433-440. 1996.

CIEMINS, E. L et al . Evaluation of Chamydia and gonorrhea screening criteria: San Francisco sexually transmitted disease clinic; 1997 to 1998. **Sexually Transmitted Diseases.** v.27, n.3, p.165-7. 2000.

COSTA, N. R. **Lutas urbanas e controle sanitário.** Petrópolis, Vozes; Rio de Janeiro, ABRASCO. 1986. 128 p.

COOHEN, Myron S. Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis. **The Lancet.** v. 351 (supl III), p. 1-36. 1998.

DALLABETTA, Gina; LAGA, Marie; LAMPTEY, Peter . **Controle de Doenças Sexualmente transmissíveis. Manual de planejamento e coordenação de programas.** Rio de Janeiro: Te Corá. 1996. 324 p.

DIAS, E.P. & BOA HORA, S.N. Patologia Vulvar. Casuística de 5 anos do serviço de anatomia Patológica do Hospital Universitário Antônio Pedro. **Jornal Brasileiro de DST.** v.8, n.3, p. 31-52. 1996.

DORES, Gerson B. et al. Aspectos epidemiológicos da infecção cérvico-vaginal pelo papilomavírus humano. **Jornal Brasileiro de Ginecologia.** v.101, n.9, p.369-375. 1991.

DOURADO, Maria I. C. et al. Região Nordeste In: Brasil/ Ministério da Saúde. **A epidemia da AIDS no Brasil: situação e tendências.** Brasília. 1997.p. 123-144.

DOWE, G. et al. High prevalence of genital Chamydia trachomatis infection in women presenting in different clinical settings in Jamaica: implications for control strategies. **Sexually Transmitted Infections.**v. 75, n.6, p. 412-26. 1999.

DUARTE, Geraldo & LANDERS, Daniel V.. Vulvovaginites –aspectos epidemiológicos. **Jornal Brasileiro de Doenças sexualmente Transmissíveis.** v.10, n.5, p. 4 –14. 1998.

FARAH, Carlos A.; MATHEUS, Elizabeth D'Elia; TRALBUSI, Luis R. Frequência de *Haemphilus vaginalis* em vaginites e seu tratamento com nimorazol. **A Folha Médica.** v.83, n.4, p. 441-2. 1981.

FIGUEIREDO, Paula A. L. et al Doenças Sexualmente transmissíveis na infância: análise dos casos atendidos no setor de DST/UFF no período de 1988 a 1996.

Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. v.9, n.6, p. 17-23. 1997.

FILIPPI, Véronique et al. Asking questions about women's reproductive health: validity and reliability of survey findings from Istanbul. **Tropical Medicine and International Health.** v.2, n.1, p.47-56. 1997.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Regional de Alagoas. Relatório do SISLOC (1999) 2 p.

GERBASE, Antônio C.; ROWLEY, Jane T.; MERTENS, Thierry E. Global epidemiology of sexually transmitted diseases. **The Lancet.** v. 351 (supl III), p. 1-36. 1998.

GIFFIN, Karen & LOWNDES, Catherine M. Gender, sexuality, and prevention of transmissible diseases: a Brazilian study of clinical practice. **Social Science & Medicine.** v. 48, p. 283-292. 1999.

GUIMARÃES, Mark D. C. et al. HIV infection among female partners of seropositive man in Brazil. **American Journal of Epidemiology.** v. 142, n. 5, p.538-47. 1995.

GUIMARÃES, Mark D. C.; VLAHOV, David; CASTILHO, Euclides A. Postcoital vaginal bleeding as a risk factor for transmission of Human Immunodeficiency Virus in a heterosexual partner study in Brazil. **Archives of International Medicine.** v. 157 n. 23, p.1362-68. 1997.

GUERREIRO, Hygia M. N. et al. Flora vaginal e correlação com aspectos citológicos. **Revista de Saúde Pública.** v.20, n. 6, p. 415-20, dezembro. 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário Estatístico do Brasil 1998** Rio de Janeiro. p.58 . 1998

_____ **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD (1998).**

ISKANDAR, M. B. et al. .Detecting cervical infection among family planning clients: difficulties at the primary health-care level in Indonesia. **International Journal of STD-AIDS.**v.11,n.3,p.180 -6. 2000.

JACYNTHO, Cláudia; GUTEMBERG FILHO, Almeida; MALDONADO, Paula. **HPV-Infecção genital feminina e masculina.** Rio de Janeiro: Revinter. 1994.127 p.

JONES, C.A..et al Urine screening for gonococcal and chlamydia infections at community-based organizations in a high-morbidity area. **Sexually Transmitted Diseases** .v.27. n. 3. p.146-51. 2000.

LEITE, A. P. L. **Sexualidade na adolescência: conhecimento, atitude e prática dos adolescentes estudantes do município de Maceió.** Tese (Mestrado em Medicina com área de concentração em tocoginecologia) Universidade de Pernambuco. (2000). 196 p.

LIMA, C. A. **Levantamento de casos de sífilis congênita na casa Maternal Santa Mônica** (Monografia de conclusão de curso de graduação em medicina da Escola de Ciências Médicas de Alagoas) Mimeografado. 1999. 40 p.

LINHARES, I. M. et al. Vaginose bacteriana: experiência com o tianfenicol. **Jornal Brasileiro de Ginecologia.** v.105, n.9, p. 405-9. 1995.

LIRA NETO, José B. Achados Colpocitológicos em 1.787 casos de vaginites. **Jornal Brasileiro de Ginecologia.** v .95, n. 11-12, p.529-35. 1985.

LOPES, Fernanda. **Prevalência de HIV, HPV e Sífilis na Penitenciária Feminina da Capital, São Paulo, 1997-1998.** São Paulo, 1999. 74 f. Tese (Mestrado em Epidemiologia). Departamento de Epidemiologia, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

LOPES, Vânia G.S. HIV – Perfil da atual transmissão heterossexual no Brasil . **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.** v.10, n.6, p.41-3. 1998.

LOWNDES, C.M. et al. Prevalência de infecção por *Chlamydia trachomatis* em homens assintomáticos no Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de DST,** v.8, n.3, p. 31-52. 1996.

LYRA, Luiz G. C. Hepatites a vírus A, B, C, D, E in: LUIZ DE PAULA CASTRO (Org) **Gastroenterologia Clínica.** Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 1993. cap.78., p. 1251- 1287.

MELLO, Wyller A. et al. Human Papillomavirus and Anogenital Cancers in Northern Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz,** Rio de Janeiro. v. 87, n.3, p. 445-47. 1992.

MIRANDA, Angélica E. B. et al Soroprevalência de HbsAg positivo em mulheres atendidas em clínicas de Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.** v.11, n.1, p. 22-5. 1999.

MOHERDAUI, Fabio, et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of sexually transmitted diseases in Brazil: results from a multicentre study. **Sexually Transmitted. Infection.** v.74 (Suppl 1), p. 538-43. 1998.

NAUD, P. Infecção Por Chamydia trachomatis. In: NAUD. P. (Org) **DST & AIDS .** Porto Alegre. Artes Médicas. 1993. cap18. p.169-177.

NOTAROBERTO, P.C. et al. Estudo epidemiológico das doenças sexualmente transmissíveis no ambulatório da Sta. Cas de Misericórdia, RJ. Casuística de 15 meses. **Jornal Brasileiro de DST**, v.8, n.3, p. 31-52. 1996.

NORONHA, Vânia et al Papilomavírus humano associado a lesões de cérvix uterina. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v.32 , n.3, pp. 235-240. 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Escritório de representação no Brasil. **A Saúde no Brasil**. 1998. 82 p.

PASSOS, Mauro R. L.. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Rio de Janeiro. Cultura Médica. 1985. 176 p.

PASSOS, Eduardo P. et al. Incidência de *Chamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* em mulheres assintomáticas promíscuas e não-promíscuas. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**. v.104, n.1-2, p. 7-9. 1994.

PASSOS, Mauro R. L & FONSECA, Cristiane G. Epidemiologia das DST. **Jornal Brasileiro das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v.2, p.37-47. 1990.

PASSOS, Mauro R. L. Aspectos psicossociais das doenças sexualmente transmissíveis. **Jornal Brasileiro de DST**. v.8, n.3, p. 9-11. 1996.

PASSOS, Mauro.R. L. et al **Doenças sexualmente transmissíveis**. Revinter. Rio de Janeiro. 2. ed. 75 p. 2000a.

PASSOS, Mauro.R. L. Dois temas, uma posição: se unir, venceremos. **Jornal Brasileiro de DST** v. 12. n. 5. p.6-7 2000b.

____ Gestantes atendidas no setor de DST- UFF em 1995. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. v.10, n.3, p. 4-9. 1998.

PIMENTEL, Cleide P. B. et al.. Estudo de conhecimento de doenças sexualmente transmissíveis num grupo de adolescentes, de escola municipal de Florianópolis. **Revista de Ciências da Saúde**. Florianópolis, UFSC. v. XI, n. 2, p. 226-232. 1992

PINTO, Jackson M.; GUIMARÃES, Mark D. C.; FURTADO, Tancredo A. Aspectos clinicoepidemiológicos das doenças sexualmente transmissíveis. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v.71(supl.1),p. 9-15. 1996.

PIZZOI, José L. Estudo das doenças sexualmente transmissíveis em policiais militares no Espírito Santo. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v. 62, n.4, p.197-200. 1987.

PLUMMER, Francis A. et al. Cofactors in Male-Female sexual transmission of Human Immunodeficiency Virus type 1. **The Journal of Infectious Diseases**. v. 163, p 233-39. 1991.

RADDI, Maria S. G. et al Métodos para diagnóstico das vaginites. **A Folha Médica**. v. 101, n.4, p. 243-8. 1990.

RASO, Pedro & TAFURI, Wagner L . Gardnerella vaginalis: sua frequência em 100.000 exames citológicos cérvico-vaginais em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**. v. 102, n.5, p.173-7.1992.

ROTELI-MARTINS, Cecília et al. Associação entre diversos tipos de HPV e outras infecções vaginais com lesões intraepiteliais cervicais de alto grau. **Revista Brasileira de Doenças sexualmente Transmissíveis**. v. 1, n. 1, p. 9-14. 1996.

ROUQUAYROL, Maria Z.; VERAS, Fátima M.F.; FAÇANHA, Mônica C.. Doenças Transmissíveis e modos de transmissão. In: ROUQUAYROL, Maria Z. & ALMEIDA FILHO, Naomar de (org). **Epidemiologia e Saúde**. 5^a ed. Rio de Janeiro: Medsi.. 1999. cap. 8, p. 217-268.

SANTOS, Omar L.da R.; SILVA, Ângela G. da; PEREIRA JR., Antônio C. Herpes Simples Genital, uma doença sexualmente transmissível. **A Folha Médica**. v. 110, n.1 p. 77-98. 1995.

SCHRYVER, A. de & MEHEUS, A. Epidemiologia das DSTs In: NAUD, P. (Org.) **DST & AIDS**. Porto Alegre. Artes Médicas. 1993 Cap 1. p.5 –24.

SERRUYA, José & TROPE, Beatriz M. Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Jornal Brasileiro de Medicina**. v. 48, n. 4, p. 61-81. 1985.

SIMÕES, José A. Corrimento Vaginal: um guia prático para o manuseio. **Femina**. v.27, n.2, p.161-6. 1999.

SIMÕES, José A. et al Prevalência e fatores de risco associados às infecções cérvico-vaginais durante a gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.18, n.6, p. 459-67. 1996.

SIQUEIRA, Luíz F. de G. et al. Triagem sorológica para sífilis através da demanda de um laboratório de imunologia. **Bol. Inf. Unión**. v.8, n.31, p.7. 1983.

SIQUEIRA, Luíz F.de G.et al. Multietiologia em doenças sexualmente transmissíveis (DST): experiência do laboratório de dermatologia sanitária da Faculdade de Saúde Pública da USP. **Boletim Informativo da Unión**. v.8, n.31, p. 9. 1983.

STEEN, R. et al.. Evidence of declining STD prevalence in a South African mining community following a core-group intervention. **Sexually Transmitted Diseases**. v. 27, n. 1, p 9-11. 2000.

SLOAN, Nancy L. et al. Screening and syndRomic approaches to identify gonorrhea and chamydial infection among women. **Studies in Family Planning**. v.31, n.1. p. 55 –69. 2000

TAVARES-NETO, J. et al . Aumento da Prevalência do VDRL -Reagente:resposta à campanha de educação contra AIDS? **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v.21, n.1, p. 39-40.1988.

VERONESI, Ricardo & FOCACCIA, Roberto **Tratado de Infectologia**. São Paulo : Atheneu. 1997.1082 p.

VILAR, Maria L. L. et al. Levantamento epidemiológico das DST no serviço de dermatologia do Hospital Universitário prof. Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará.. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v.63, n.4, p. 359-65. 1988.

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS UTILIZADOS

χ^2 - qui-quadrado

AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

C. trachomatis – *Clamídia trachomatis*

DNA – Ácido Desoxirribonucléico

DIP – Doença Inflamatória Pélvica

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

DV – Doença venérea

ELISA – Enzime Linked Imunosorbent Assay

EUA – Estados Unidos da América

f- frequência

FUNASA- Fundação Nacional de Saúde

HBV – Vírus da Hepatite B

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

HPV – Papilomavirus Humano ou Vírus do Papiloma Humano

HSV – Herpes Simples Vírus ou Vírus do Herpes Simples

HbsAg –Antígeno de superfície do vírus da hepatite B

HCFMRP-USP – Hospital da Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

LACEN – Laboratório central

MS – Ministério da Saúde

N. gonorrhoeae – *Neisseria gonorrhoeae*

NUVEP – Núcleo de Vigilância Epidemiológica

OMS – Organização Mundial de saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

p – nível descritivo do teste de associação pelo qui-quadrado

PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde

PCR- Reação de Polimerase em Cadeia

PNAD- Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar

PNDS/AIDS - Programa Nacional de DST/AIDS

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SIVA – Sistema de Vigilância Aprimorada

SNVE – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica

T. pallidum – *Treponema pallidum*

T. vaginalis – *Trichomonas vaginalis*

UERJ- Universidade Estadual do Rio de Janeiro

VDRL – Venereal Disease research laboratories Tests

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	Casos Notificados de Doenças Sexualmente Transmissíveis segundo diagnóstico específico e local de residência (Macrorregião) - Brasil. 1987-1996.....	13
TABELA 2.	Notificações de casos(*) de sífilis congênita por UF de notificação. Brasil- 1995, 1996, 1997 e 1998(até junho). Ministério da Saúde – SPS- Coordenação de DST e AIDS.....	13
TABELA 3.	Casos de DST notificados pelo SIVA (sistema de vigilância aprimorada) em maiores de 12 anos por ano de notificação, em 23 locais de notificação. Brasil. Março/97 a Junho/ 98.....	14
TABELA 4.	Distribuição dos casos de DST notificados pelo SIVA por sexo e ano de notificação em maiores de 12 anos. Brasil.mar./97 a jun./98.....	15
TABELA 05	Distribuição de freqüência de sintomas referidos na anamnese.....	38
TABELA 06.	Distribuição das alterações observadas ao exame ginecológico.....	38
TABELA 07	Distribuição de acordo com o diagnóstico do grupo de DST curáveis e infecções virais.....	40
TABELA 08.	Distribuição das freqüências das concomitâncias das DST....	41
TABELA 09.	Distribuição das DST por faixa etária.....	42
TABELA 10	Distribuição dos casos de DST de acordo com o estado civil	44
TABELA 11.	Distribuição dos casos de DST de acordo com o suprimento domiciliar.de água e ausência de fossa séptica no domicílio.	45
TABELA 12	Distribuição dos casos de DST de acordo com a presença de analfabetismo	45

TABELA 13..	Distribuição por diagnóstico de infecção de curso crônico e relato de assistência médica ginecológica no passado.....	46
TABELA 14.	Distribuição por diagnóstico de Infecção por HPV e assistência médica ginecológica no passado	46
TABELA 15	Distribuição de acordo com o diagnóstico e o número de gestações.....	47
TABELA 16	Distribuição de acordo com o diagnóstico e número de abortamentos referidos no passado.....	47
TABELA 17..	Distribuição de frequência de acordo com a apresentação da infecção por HPV e números de abortamentos referidos no passado.....	48
TABELA 18	Distribuição de acordo com o diagnóstico e a idade durante a primeira relação sexual(coitarca).....	48
TABELA 19	Distribuição dos casos de DST que acometem a cérvix uterina, de acordo com o relato de uso de contracepção hormonal	49
TABELA 20.	Distribuição de acordo com a presença de queixa de prurido.	49
TABELA 21.	Distribuição de DST acordo com a presença de queixa de corrimento vaginal.....	50
TABELA 22.	Distribuição de acordo com a presença da queixa de dor pélvica e as cervicites gonocócica e clamídica.....	50
TABELA 23.	Distribuição de acordo com o diagnóstico e a presença de colpíte difusa ou focal ao exame colposcópico.....	52
TABELA 24.	Distribuição de frequência de acordo com a presença de cervicite mucopurulenta e de infecção clamídica ou gonocócica.....	52
TABELA 25	Distribuição dos casos positivos para HPV de médio e de alto risco e a presença de NIC e cervicite crônica.....	53
TABELA 26.	Conhecimento das mulheres examinadas sobre a existência das DST.....	53

RESUMO

O objetivo central é verificar, em população feminina de comunidades rurais de Alagoas, a prevalência da sífilis, das cervicites por *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, das colpites por *Trichomonas vaginalis* e por fungos e, das infecções pelo HPV e pelo vírus da hepatite B.

A partir de um censo previamente realizado, participam deste estudo 340 mulheres. Dessas, 27,0% apresentam pelo menos uma das DST curáveis e 27,3% apresentam infecções virais sendo a infecção pelo HPV, a DST mais freqüente em todas as faixas etárias seguida da tricomoníase, das cervicites gonocócica e clamídica. Mostram-se estatisticamente significativas as associações da queixa de prurido vulvar com a vaginite fúngica ($p < 0,05$), da queixa de dor pélvica com a cervicite clamídica ($p < 0,05$), da colpite com o diagnóstico de tricomoníase ($p < 0,001$) e vaginite fúngica ($p < 0,05$), assim como da identificação de cervicite mucopurulenta (exame citológico cérvico-vaginal) com a detecção de DNA de *C. trachomatis*. Observa-se que 60% da entrevistadas citam apenas a AIDS como DST.

O estudo corrobora a informação de serem as DST ainda um problema de saúde pública evidenciando que a população estudada apresenta alto índice de positividade de DST curáveis e virais (ainda não curáveis), sendo alta a prevalência de infecção por HPV, *T. vaginalis* e *N. gonorrhoeae*.

5.1 Considerações sobre o método e estratégias do estudo

Esta dissertação está inserida num amplo projeto de pesquisa sobre mulheres de comunidades rurais de Alagoas, com objetivos bem definidos, entre os quais destacamos também o compromisso de prestar assistência médica adequada àquela população.

No início da pesquisa desenvolveu-se um trabalho de sensibilização da população alvo através de reuniões nas comunidades, com a presença de um dos pesquisadores e com entrevistas individuais realizadas pelas educadoras em saúde, durante as quais se esclareceu a intenção de examinar mulheres sintomáticas a assintomáticas, e que elas poderiam, de forma espontânea, submeter-se ao exame. Estas eram então agendadas, e nos dias previstos, um veículo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) era posto em disponibilidade para conduzi-las até o Centro de Saúde. Antes dos exames ocorreram outras breves reuniões com repetição dos esclarecimentos sobre a pesquisa e os exames, visando a obtenção de consentimento livre e esclarecido por escrito. Deste modo, compareceram ao exame, de forma espontânea, constituindo uma amostra não randomizada, 340 mulheres, correspondendo, de acordo com a FUNASA (1999) a 68% (340/495) da população feminina em idade igual ou superior a 15 anos.

Não trabalhamos uma amostra randomizada porque julgamos eticamente inadequado oferecer aquele serviço médico de forma excludente a uma população reconhecidamente carente desse tipo de assistência. Além disso objetivávamos examinar as mulheres de forma censitária e para isto, fizemos a sensibilização previamente. Como não examinávamos mulheres virgens e as gestantes, julgamos, à luz deste esclarecimento, a amostra bastante representativa das mulheres com vida sexual iniciada, pois examinamos 68% das mulheres na faixa

etária entre 15 e 70 anos, estando a faixa etária entre 15 a 20 com representatividade reduzida, tendo em vista um dos critérios de exclusão já mencionado. Não examinamos as mulheres gestantes, tendo em vista as mudanças hormonais que modificam o meio cérvico-vaginal, tornando o grupo de mulheres gestantes um grupo específico, com tendências diferentes em relação às DST.

Desta forma, trata-se de uma amostra importante e representativa, por se tratar de uma amostra populacional de tendência censitária e não de uma demanda hospitalar, pois foram examinados 68% da população de mulheres acima de 15 anos de idade (o restante compreende as mulheres virgens, as gestantes e as que não quiseram participar do estudo); sendo ela suficiente para mensurar a prevalência das diversas DST e, também adequada para os nossos objetivos, pois examinamos as mulheres independentemente da presença de sintomas ou sinais clínicos.

Como ressaltado anteriormente, de acordo com LEVINE, (apud BRASIL, 1996), existem enfermidades/síndromes que servem como indicadores de incidência e outras de prevalência. Enquanto a medida de incidência de DST se focaliza amplamente nas doenças que ocorrem em homens, a medida de prevalência de DST focaliza principalmente as DST que ocorrem em mulheres. Isto, porque, segundo aquele autor, os homens têm doenças mais agudas e sintomáticas (ex.: uretrite e úlcera genital), e as mulheres têm doenças mais persistentes e assintomáticas (ex.: infecção endocervical por gonococo e clamídia) (BRASIL, 1996). Além disso, continua o autor, a qualidade das síndromes ou das DST específicas como indicadores de prevalência modifica-se também com o tipo de população em estudo (população sintomática que procura assistência e população examinada sem relação com os sintomas).

Desta forma, segundo o Boletim de DST do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), os casos de sífilis entre mulheres, identificados através de

testagem sorológica, representam um indicador razoável de prevalência das DST, sendo uma limitação para este método a impossibilidade de distinção adequada entre doença tratada da não tratada, sem uma história confiável de tratamento e de comparações de títulos; a proporção de mulheres que têm infecção endocervical por gonococo ou por clamídia constitui uma boa medida de prevalência de DST, pois em mulheres, a infecção gonocócica e a clamídica tendem a ser persistentes e são frequentemente assintomáticas. Em locais onde pacientes são examinadas sem relação a sintomas, a tricomoníases detectada pelo exame a fresco ou cultura é uma boa medida de prevalência, ou seja, quando todas as mulheres, e não apenas aquelas com sintomas, são avaliadas com testes diagnósticos

De acordo com o Boletim citado acima, dentre as síndromes: a) é incerta a utilização da cervicite clinicamente aparente como indicador de prevalência, pois o diagnóstico de cervicite pode ser variável, dependendo da qualidade do exame e da disponibilidade de um “swab” endocervical para detectar a presença de cervicite mucopurulenta ou friabilidade endocervical; b) a proporção de pacientes com úlcera genital como medida de prevalência também é pobre, a não ser quando o exame é realizado nos locais de populações de alto risco como por exemplo, na admissão de prisões ou durante os procedimentos de recrutamento militar, se eles estiverem sendo examinados sem se considerarem os sintomas ; e,c) o corrimento vaginal é também um indicador pobre de prevalência, pois grande parte dos corrimentos vaginais não são causados por agentes transmitidos sexualmente, sendo importante salientar que os sintomas vaginais podem ser a razão de visita da paciente que procura assistência , logo a utilização de notificações de corrimento vaginal para avaliar prevalência de DST na população pode também apresentar desvios similares àquelas de outras síndromes que levam as pessoas a procurar atendimento.

Portanto, à luz destes conhecimentos, procuramos estudar a positividade das enfermidades de transmissão sexual, seja esta transmissão essencial,

freqüente ou eventualmente por esta via, segundo os critérios de SERRUYA & TROPE (1985), através do diagnóstico etiológico, procurando no entanto identificar algumas das correlações sindrômicas estabelecidas em NAUD (1993), AZULAY & AZULAY, (1998) e BRASIL, (1999 b), tendo como população-alvo uma população feminina a ser examinada sem considerarmos a presença ou ausência de sintomas relativos às DST.

5. 2. Dados sociodemográficos

A população estudada está localizada no leste alagoano, na microrregião serrana dos Quilombos, no município de União dos Palmares. A população participante da pesquisa, está constituída de mulheres, na maioria, entre 21 e 49 anos de idade, sendo portanto uma população essencialmente rural e jovem.

Alguns dos fatores socio sanitários estudados são indicativos da precária condição em que vivem, revelando também o retrato da população rural da maioria dos municípios de Alagoas e do Nordeste brasileiro (BRASIL, 1997; IBGE, 1998; OPAS/OMS, 1998). Considerando que 79% da população estudada sobrevivem com menos de um salário mínimo mensal, fica bem caracterizada o baixo nível econômico da população-alvo, que consiste, na maioria, em companheiras de homens que trabalham na agricultura canavieira. Este dado é compatível com as informações oferecidas pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 1999) que revela ser em torno de 77% o percentual de pessoas da área rural de Alagoas que ou não apresentam rendimentos, ou recebem menos que um salário mínimo.

Pelos dados já observados, podemos afirmar que o grau de escolaridade também é muito precário, com 59,7% de analfabetismo, sendo este percentual maior até que o apontado para população feminina da Região Nordeste, e até mesmo de Alagoas que são 27,3% e 34%, respectivamente, segundo o Anuário Estatístico do Brasil de 1998.. Fazemos a ressalva, no entanto, de que em nosso estudo consideramos também neste grupo aquelas pessoas que apesar de algum estudo, apenas sabem escrever o nome. No Anuário de referência, possivelmente pessoas que apenas sabem escrever o nome são incluídas no grupo de analfabetismo funcional (pessoa com menos de 4 anos de estudo) obtendo então aqueles índices de analfabetismo mais baixos que o nosso.

Os dados sobre o abastecimento de água e esgotamento sanitário são também comparáveis ao restante da região Nordeste onde, segundo o Ministério do Planejamento e Orçamento (BRASIL,1997), o percentual de domicílios atendidos pelo abastecimento de água canalizada é de 83,5%, e a presença de fossa séptica é verificada em apenas 26,0% dos domicílios, índices semelhantes aos observados em nosso estudo.

Concluimos assim que a população de estudo possui características de uma população de área rural nordestina, onde imperam o analfabetismo, o baixo nível salarial e as más condições sanitárias.

Necessário se faz indagar de que forma então, essas condições socioeconômicas e sanitárias interferem na construção do perfil epidemiológico de DST em uma população.

Para responder a este questionamento nos reportamos a DALABETTA et al (1996) que inclui também o macroambiente sociocultural como determinante da epidemiologia das DST e cita entre vários fatores os níveis de renda, as crenças da comunidade em relação à saúde, as normas de comportamento, estigma em relação às DST, a urbanização, a infra-estrutura da saúde pública, a existência de

políticas restritivas e fatores tecnológicos como a capacidade de diagnóstico e de tratamento das DST.

Apesar de considerarmos que outros fatores podem estar também contribuindo para o estabelecimento desses altos índices, como a ausência de uma infra-estrutura de saúde pública que permita o diagnóstico e a terapêutica rápida e adequada, sabemos que esses fatores socioeconômicos são importantes para o estabelecimento de medidas preventivas que são incorporadas aos hábitos higiênicos individuais, assim como de medidas curativas, à medida que permitem o reconhecimento da doença e da importância de se procurar o tratamento adequado. Segundo DALABETTA et al(1996), o comportamento dos membros de uma comunidade em relação à busca de cuidados médicos influencia fortemente a capacidade dos sistemas de saúde em desenvolver intervenções com o objetivo de controlar as DST e a demora em procurar tratamento para as DST tem um impacto significativo na sua disseminação, na medida em que, quanto mais tempo uma pessoa fica infectada, maiores são as oportunidades de transmissão para outras pessoas. Coadunando-se com este pensamento, GERBASE et al (1998) afirma que a difusão de uma DST não depende apenas da média de troca de parceiros sexuais, mas também da duração da doença.

Embora consideremos que o impacto dos fatores relacionados com o macroambiente sociocultural se dê de uma forma generalizada na condição de saúde dos indivíduos, e não de forma restrita a determinadas nosologias, nesse estudo foi encontrada associação estatisticamente significativa do analfabetismo e das más condições sanitárias (ausência de abastecimento de água) com a infecção pelo HPV e do analfabetismo com a infecção por *T. vaginalis*. A renda familiar inferior a um salário mínimo não se mostrou estar, de forma estatisticamente significativa, associada a nenhuma das DST. O que deve ter contribuído para isto é o fato de que, apesar de termos estratificado três níveis salariais, observamos no todo uma precária condição econômica, e que possivelmente o pouco a mais que algumas famílias recebem não é o suficiente

para se traduzir em significativa melhora do padrão de vida e em melhores condições de saúde.

5. 3. Aspectos da assistência dos serviços de saúde

O município de União dos Palmares dispõe, em sua sede, de um Centro de Saúde dirigido ao atendimento de crianças e de mulheres, onde são oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, além da consulta médica, exames ultrassonográficos e a coleta de material para citopatologia cérvico-vaginal que é então enviado ao LACEN de Alagoas, localizado em Maceió. . Não há no município laboratório de análises clínicas. A metade da nossa população de estudo refere nunca ter feito nenhum exame ginecológico nem mesmo ter realizado uma coleta de espécime para exame citopatológico. Isto provavelmente se deve ao difícil acesso a este serviço, tendo em vista a distância entre os povoados onde residem e a sede do município, aliada à dificuldade de transporte e acima de tudo à baixa divulgação daquele serviço e à reduzida conscientização da importância dos exames de prevenção do câncer cérvico-uterino.

A população-alvo revela ainda outros dados que explicitam a péssima assistência à saúde a que está submetida, particularmente em relação ao acesso do conhecimento específico dos meios de planejamento familiar e acompanhamento por equipe multidisciplinar desde o pré-parto ao pós-parto. Esses fatos são denunciados pelo alto percentual de mulheres com iniciação sexual precoce (50,3%); de relato de gravidez precoce (24,6%) pelo número grande de mulheres com relato de 6 ou mais gestações (39,5%); pelo quantidade de mulheres que referiram ter tido filhos com baixo peso ao nascer (12,8%) e ainda, pelo percentual altíssimo de referência ao abortamento no passado (41,7%). Desta forma fica caracterizada a ausência de uma política de assistência eficaz às mulheres daquelas localidades ao longo dos últimos anos. É necessário se pensar em formas alternativas e urgentes de melhorar e descentralizar o serviço, que por ora se encontra apenas na sede do município e, sobretudo,

implementar estratégias de educação sexual que atinja prioritariamente as adolescentes.

5.4. Considerações epidemiológicas e diagnósticas das DST

5.4.1 A positividade das DST – Uma visão geral

Das mulheres examinadas, 90% relatam ter companheiro fixo há pelo menos um ano, o que não nos faz considerar a multiplicidade de parceiros (mais de 10 parceiros diferentes por ano -segundo PASSOS -2000), um fator freqüentemente presente na população estudada, não sendo a promiscuidade uma característica da mesma. Além disso, exceto a infecção por *C. trachomatis*, para a qual revelou-se em uma situação limite para a significância estatística, as demais DST não mostrou associação estatisticamente significativa com o estado civil. Como culturalmente a sociedade permite a mudança de parceiro sexual para as solteiras, este fator poderia apontar a existência de um número maior de parceiros entre aquelas. No entanto, nas comunidades estudadas a valorização da virgindade entre solteiras pode ser ainda sentida e possivelmente está contribuindo para a não multiplicidade de parceiros entre as solteiras, fazendo com que o estado civil não seja um fator determinante do perfil epidemiológico encontrado nessas comunidades. À luz deste conhecimento, consideramos bastante elevado o percentual de 43,8% (149/340) de mulheres acometidas por ao menos uma das DST dispostas na tabela 7.

O estudo revelou também que, exceto a infecção por *T. vaginalis*, as demais DST apresentam um percentual de positividade maior no grupo de mulheres com idade abaixo de 21 anos. Ao procurar na literatura, que também afirma ser a prevalência de DST maior em faixas etárias menores, encontramos como possíveis justificativas um maior número de parceiros sexuais, a imaturidade hormonal, aliada ao uso de contraceptivos hormonais e a precocidade da coitarca. Nosso estudo mostrou que na faixa de idade de 15 a 20 anos os

percentuais de solteiras, de uso de contraceptivo hormonal e de relato de coitarca antes dos 17 anos são estatisticamente significativos ($p > 0,05$) em relação ao grupo com idade igual ou superior a 21anos. No entanto, como referido anteriormente o fato de ser solteira não mostra de forma indubitável estar associada a maior freqüência das DST e, o uso de contraceptivos hormonais também não revela-se associado de forma estatisticamente significativa com nenhuma das DST cujos agentes etiológicos se abrigam primordialmente nas células da cérvix uterina. O único fator que sem dúvida está associado de forma significativa com alguma DST (76,2% das mulheres infecção por clamídica , $\chi^2 = 5,74$ e $p = 0,01$) é a precocidade da coitarca. Apesar da limitação do método deste estudo, não sendo possível afirmar a existência de relação causa-efeito, formulamos a hipótese de que este fator (precocidade de coitarca) seja o fator mais importante para a obtenção dos altos índices naquela faixa etária. Ressaltamos também que como a coitarca aos 16 anos ou antes foi mais freqüentemente referida pelo grupo que no momento da coleta de dados tinha entre 15 e 20 anos, concluímos que este fenômeno está sendo agravado nas gerações mais novas, naquelas comunidades. Isto aponta para a necessidade de intervenção imediata nesta faixa de idade, através de educação sexual e possivelmente criação de outras ações interinstitucionais, com o objetivo de diminuir o estímulo a sexualidade a que os adolescentes estão submetidos na sociedade.

. No entanto, através do conhecimento da situação socio sanitária já discutida, podemos afirmar que as mulheres convivem com outros fatores que, possivelmente influenciam na construção dessa realidade epidemiológica interferindo na transmissão e perpetuação da doença da qual são portadoras. Exemplo disso são as más condições sanitárias que dificultam a higiene pessoal, o difícil acesso a uma assistência médica especializada e aos métodos diagnósticos, o baixo nível financeiro que impede a aquisição de medicamentos; e o nível elevado de analfabetismo que obsta a aquisição de conhecimentos gerais e específicos que possibilitem a prevenção, o reconhecimento e até o tratamento

da doenças. Isso se torna importante, tendo em vista que, segundo GERBASE et al, (1998), a difusão de uma DST, depende não apenas da média de troca de parceiros sexuais, mas também da eficiência de transmissão e da duração da doença. Além do mais, continua o autor, as formas de cuidados de que se revestem os portadores e a conseqüente demora no diagnóstico e tratamento influencia a incidência também das complicações.

Chamamos a atenção para o fato de que 63,0% (94/149) das mulheres portadoras das DST apresentam, de modo geral, doenças sexualmente transmissíveis causadas por bactérias, protozoários e fungos, cujos tratamentos são conhecidos há bastante tempo e são facilmente administráveis, sendo por isso denominadas genericamente de DST curáveis. Entre as infecções virais encontramos uma alta positividade para o HPV (26,4%), correspondendo a 60,4%(94/149) das mulheres com alguma das DST. A concomitância entre o grupo de infecções curáveis e as infecções virais (exceto AIDS e HIV), está presente em 11,4% (39/340) das mulheres. Não encontramos na literatura nenhum trabalho com estes dados agrupados (de infecção por *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *T. pallidum* e por fungos) e sim com estimativas ou incidências/ prevalências diferenciadas para cada DST. Apenas BOWDEN et al (1999) afirma ter encontrado concomitância de 2 ou mais infecções (*C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*) em 25,5% das indígenas australianas infectadas. Em nosso estudo, verificamos, ao analisar apenas as três patologias estudadas por Bowden, que as mesmas estavam presentes em 20,3% (69/340) da população examinada, havendo concomitância de duas ou mais em 11,6% (8/69) das mulheres infectadas por aqueles agentes etiológicos. No entanto PASSOS (2000) nos dá a estimativa geral de incidência das DST curáveis, que é de 333 milhões de casos em todo o mundo, destacando que se espera ocorrer no Brasil, por ano, apenas com as DST curáveis, mais de 12 milhões de casos. Para o Brasil, o autor afirma não existirem dados que traduzam a verdadeira situação em todo o país, havendo, como veremos adiante para cada doença, dados isolados

de Serviços direcionados ao atendimento de DST, ou, como também veremos, estudos realizados em populações específicas.

Estes dados se tornam muito preocupantes, uma vez que sabemos que estas DST aumentam substancialmente o risco de transmissão e aquisição do HIV (PLUMMER et al, 1991; GERBASE et al, 1998; PASSOS, 2000a). No Brasil ,as populações já tradicionalmente marginalizadas, como a por nós estudadas, sobre as quais recai a grande maioria das doenças endêmicas e as patologias decorrentes do subdesenvolvimento e da ausência de saneamento, estão cada vez mais, infectando-se pelo HIV (BRASIL, 1998 d)

Concluimos, portanto, que apesar de não termos uma referência para análise da positividade geral de grupos de DST, e sim para cada DST separadamente, a nossa população apresenta um percentual geral alto de portadoras de DST, sendo maior em faixa etária menor (15 a 20 anos). Este fator deve ser observado e efetivamente cuidado, pois, de acordo com a literatura citada, significa um aumento no risco de aquisição do HIV.(o risco relativo obtido na literatura é diferente para cada DST, como veremos a seguir), além dos transtornos somáticos e psíquico-sociais que acarretam.

5.4.2 Correlações sinais-sintomas – Uma visão geral.

Durante a anamnese, o sintoma mais freqüentemente referido é a presença de corrimento vaginal. De acordo com ANDERSON (1995), esta é uma das queixas mais freqüentes na medicina clínica e a responsável por mais de 10 milhões de visitas ao consultório anualmente. No entanto, ainda segundo aquele autor, o corrimento vaginal pode ser interpretado como uma compreensão das características cérvico-vaginais normais e podem ser evidência de uma infecção vaginal ou cervical, podendo ainda ser resultado de uma irritação química ou representar variação normal durante o ciclo menstrual. Ao averiguarmos a concordância entre a queixa de corrimento vaginal e o que achamos no exame

físico, verificamos um baixo nível de concordância, pois apenas 26,3% das que se queixaram de corrimento vaginal apresentaram colpíte (difusa ou focal) ao exame especular, e além disso 7,3% das mulheres que têm colpíte não apresentaram queixa de corrimento. Possivelmente a queixa se deve também a outros fatores etiológicos ou constitui variação do ciclo menstrual que está sendo supervalorizado e/ou mal-interpretado pela população alvo. Ao fator que inviabiliza o uso de queixa de corrimento vaginal como indicador de prevalência de DST (mencionado anteriormente em BRASIL,1996 - que é a existência de outros fatores etiológicos que propiciam a presença de corrimento vaginal), acrescentamos esta discordância entre a queixa e o achado clínico.

A dor pélvica é também outra das queixas mais freqüentes e é comumente relacionada por aquelas mulheres com a presença de patologias uterinas ou anexiais. Em verdade, segundo ANDERSON (1996) a presença de dor abdominal baixa e pélvica deve lançar uma preocupação em relação à Doença Inflamatória Pélvica (DIP). De acordo com aquele autor, cerca de um milhão de mulheres nos Estados Unidos são diagnosticadas com DIP e, no contexto das infecções do trato genital, na ausência de gravidez ou de instrumentalização cirúrgica, acredita-se que resulte de uma disseminação ascendente dos microrganismos a partir da endocérvice, freqüentemente o gonococo e/ou a clamídia. O autor preconiza os seguintes critérios clínicos mínimos para o diagnóstico, visando instituir o tratamento com maior rapidez: dolorimento abdominal baixo, dolorimento anexial bilateral e dolorimento à mobilização cervical. Utilizando-se da combinação desses critérios, constatamos a presença de possível DIP em apenas 1,8% das mulheres e, destas, apenas 4 haviam referido dor pélvica. Neste estudo, como pode ser visto na tabela 20, encontramos associação estatisticamente significativa entre a queixa de dor pélvica e o diagnóstico de endocervicite clamídica. No entanto, em nenhuma delas foi constatada a presença de dor pélvica ao toque vaginal que sugerisse a presença de DIP. Portanto, apesar da associação ser estatisticamente significativa com a queixa da paciente ($p < 0,05$) assinalamos ser insuficiente a queixa de dor pélvica para o diagnóstico presuntivo de infecção clamídica. Como a

região que habitam essas mulheres é endêmica com relação à esquistossomose mansônica, com positividade superior a 50% em alguns dos povoados por nós pesquisados, supomos que este sintoma se deve na maioria das mulheres ao acometimento de retossigmóide por aquela helmintíase ou até mesmo outras parasitoses intestinais, tendo em vista as precárias condições sanitárias em que vivem.

Concluimos que é pequena a concordância entre as queixas de corrimento vaginal e a visualização de colpíte, assim como entre a queixa de dor pélvica e dor ao toque vaginal.

5.4.3 As DST

5.4.3.1 Infecção pelo HPV

O aumento da prevalência da infecção por HPV é relatado por PASSOS & GOULART FILHO já desde 1989, e trabalhos recentes, realizados no Brasil, apontam a existência de uma alta prevalência, porém em populações bem definidas e com características diferentes, o que dificulta a análise comparativa. Assim, BRITO et al (1992) encontrou, entre índias Parakanans, 23,2% de positividade, tomando como referência para diagnóstico apenas as alterações citopatológicas e, LOPES (1999), através de pesquisa de DNA viral, encontrou 19,1% entre 209 presidiárias em São Paulo sendo 16,4% com HPV de alto risco de oncogênese. Na Austrália, BOWDEN et al (1999) também com pesquisa de DNA viral encontrou índices mais altos (42%) entre indígenas daquela região. Na nossa população alvo, considerando também o diagnóstico cito e histopatológico além do encontro de DNA viral em lavado vaginal, encontramos essa infecção em 26,3% da população, percentual que consideramos muito alto, ao compararmos com a população estudada por LOPES (1999), na qual 25,7% admitiram ter-se relacionado com mais de oito pessoas/vida e contavam com 4,4% de profissionais

do sexo. É esse percentual, porém compatível com os dados da literatura e com o recurso diagnóstico utilizado.

A otimização dos métodos de diagnóstico e identificação virótica, para detectar infecções subclínicas em mulheres e homens, segundo JACINTHO et al (1994) tem sido a grande causa de identificação desses altos índices, fazendo referência inclusive a conclusões de outros autores segundo os quais a infecção da cérvix pelo HPV não constitui uma nova entidade clínica, e sua prevalência permanece estável há mais de 10 anos.

Neste estudo foi realizada a pesquisa em lavado vaginal, apenas de HPV de risco intermediário e alto, tendo sido encontrado resultado positivo em 70 pacientes das 324 de que colhemos o lavado vaginal, o que nos diz que 78,6% (70/89) das pacientes portadoras do HPV, são portadoras de um dos tipos de considerável potencial oncogênico. Em dezenove casos de infecção subclínica a presença do vírus foi percebida apenas pelas alterações histológicas sugestivas do HPV. Poderão ser ou casos falsos negativos no exame de captura híbrida ou do tipo de baixo poder oncogênico, não perceptíveis pela sonda utilizada no exame..

DORES et al,(1991), utilizando para diagnóstico da infecção por HPV os achados colposcópicos, citológicos/histopatológicos, não observaram nenhuma associação significativa entre a idade e a presença de infecção , podendo, segundo JACINTHO et al, (1994), as lesões pelo HPV aparecer em indivíduos de qualquer idade havendo, no entanto, maior ocorrência em adultos jovens. Isto foi também verificado em nosso trabalho no qual se evidencia que, apesar de o número de casos ser maior na faixa etária entre 21 e 49 anos, o percentual de positividade por faixa etária é maior, tanto para infecção latente como para subclínica, na faixa etária mais jovem (15 a 20 anos), muito embora, ao submetemos ao teste de significância (χ^2), não encontramos associação de significância estatística. Apesar de o número de condiloma ser pequeno, os dois

casos se situam na faixa etária entre 21 e 49 anos. Embora não tenhamos o conhecimento do tempo de infecção dessas pacientes, esse dado está de acordo com a informação de JACINTHO et al (1994) de que o condiloma, quando aparece, o faz tardiamente.

A análise estatística de DORE et al (1991) também revelou que a presença de infecção não guarda relação com a idade de início da atividade sexual, o que também foi constatado neste estudo.

Apesar de não relatarmos se há significância estatística entre as associações com outras infecções, vários autores (RAVOGLI, ORIEL, KINGHORN, COOPER & SINGER, apud JACINTHO et al, 1994) afirmam ter encontrado outras DST em concomitância com a infecção por HPV. ROTELI-MARTINS et al. (1996), também não encontrou nenhuma associação significativa entre a infecção pelos diversos microrganismos pesquisados e a presença de DNA-HPV, em pesquisa realizada em 66 mulheres entre 20 e 35 anos, não grávidas, atendidas nos ambulatórios de Patologia Cervical do Hospital Leonor Mendes de Barros e do Centro de Atenção Integrada à Saúde da Mulher, em São Paulo. Em nosso estudo, encontramos a infecção por HPV associada a diversas DST em um percentual de 43,3% dos casos, sendo a infecção gonocócica a mais freqüente e com significância estatística ($p < 0,005$). ORIEL (apud JACINTHO et al, 1994) afirma não ter encontrado significância estatística na associação entre gonorréia e HPV, apesar de o percentual de concomitância ter sido maior que o encontrado em nosso estudo (20% X 12,6%). Este dado é bastante relevante, tendo em vista que a presença de outra infecção é considerada, já desde 1978 por KINGHORN E COOPER & SINGER, (apud JACINTHO et al, 1994) como fator que dificulta a resolução espontânea do caso e até o próprio tratamento. Apesar de ROTELI-MARTINS et al (1996) afirmar que o papel das vaginites como co-fator associado ao HPV nas lesões intraepiteliais cervicais ainda não está bem definido, faz alusão a um risco relativo maior para transformação neoplásica em pacientes com infecções vaginais por bactérias e protozoários. CAVALCANTI et al (1996),

em trabalho de revisão realizado em 230 biópsias de pacientes com lesões cervicais e acompanhamento das pacientes por 5 anos, observou que a presença de outra DST estava relacionada à progressão ou recorrência da lesão que ocorrem em 30,4% e 19,4% dos seus casos, respectivamente. Lembramos ainda que nossos casos de infecção gonocócica, assim como os de *Clamídia trachomatis*, foram identificados com a técnica de captura híbrida o que deve ter contribuído muito no aumento do diagnóstico de concomitância das infecções. No entanto, a tricomoníase e a vaginite fúngica, diagnosticadas por técnicas usuais, foram encontradas associadas à infecção por HPV em 10,1% e 5,6% dos casos respectivamente, mas sem significância estatística.

O envolvimento do HPV como fator etiológico na carcinogênese tem sido, de acordo com JACINTHO et al (1994), difícil de provar. No entanto, são inúmeros os trabalhos descritos por aquela autora que relacionam a presença do HPV com a identificação de neoplasias intraepiteliais cervicais (CIN) e de carcinomas *in situ* e invasivos. NORONHA et al(1999), no Norte do Brasil, em estudo realizado em 228 mulheres portadoras de lesões em cérvix uterina, atendidas no Instituto Ofir Loiola, em Belém (Pará), observou a presença do HPV em 70,3%, 63,0% e 36,8% das pacientes com carcinoma epidermóide invasor ou com adenocarcinoma, com neoplasia intraepitelial cervical grau II e III e, com cervicite crônica, respectivamente. JACINTHO et al (1994), afirma que um terço das pacientes com infecção pelo HPV pode desenvolver CIN em menos de um ano. Isso nos remete a uma reflexão importante que nos leva a admitir que a infecção pelo HPV em nossa população assume grande dimensão como problema de saúde pública, tendo em o grande número de infecções latentes e subclínicas que observamos; o alto percentual de mulheres portadoras do vírus entre 15 e 20 anos (a metade já com lesão subclínica); o percentual de CIN (57,1%, 24/42) entre as lesões biopsiadas, o percentual altíssimo de HPV nestas lesões intraepiteliais cervicais – 75% (18/24) – o percentual de presença do HPV é ainda maior ao considerarmos apenas NIC II e NIC III (81,8% (9/11) - além do fato de constarmos o difícil acesso ao atendimento especializado para diagnóstico,

tratamento e/ou acompanhamento dos casos no município de União dos Palmares (metade das mulheres com lesão subclínica não havia nunca tido nenhuma avaliação ginecológica).

5. 4.3.2. Tricomoníase

A tricomoníase é uma infecção causada pelo protozoário *Trichomonas vaginalis* no trato genitourinário da mulher e do homem, sendo, de acordo com PASSOS & FONSECA (1990), o tipo mais frequente de vulvovaginite na mulher adulta, atingindo aproximadamente 180 milhões de mulheres em todo o mundo, a maioria nos países não industrializados. Segundo LOSSICK (apud DUARTE & LANDERS, 1998), a tricomoníase tem diminuído sua prevalência nos países desenvolvidos. Mas de acordo com ANDERSON (1995) representa a terceira causa mais prevalente de vaginite nos Estados Unidos. De acordo com DUARTE & LANDERS, (1998), no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP), a incidência da tricomoníase caiu bastante, mas ainda representa 25% das vulvovaginites em mulheres de baixo poder aquisitivo, com péssimos hábitos higiênicos e múltiplos parceiros sexuais.

No nosso estudo, entre as infecções não virais, a tricomoníase é a que apresenta maior positividade, 10,3%, considerado por nós um alto índice, tendo em vista outros trabalhos nacionais onde houve variação de 2,1% em avaliação de 328 gestantes (SIMÕES et al,1996) a 7,3% em 69 índias sintomáticas e assintomáticas (BRITO et al 1992). Índices intermediários foram obtidos por GUERREIRO et al (1986) em 97 gestantes do ambulatório do Centro de Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira (UFBa) com 3,4% de positividade e por ISKANDAR et al,(2000), com 4,5% entre 486 mulheres freqüentadoras de clínicas de planejamento familiar da Indonésia. Índice significativamente mais elevado (25%) é encontrado por BOWDEN et al ,em 1999, fazendo uso da técnica mais sensível (PCR), na Austrália

Apesar de em outros estudos (REIN e JUDSON, apud ANDERSON, 1995) serem referidas taxas de co-infecção com gonococo de até 60%, verificamos esta ocorrência em apenas 3% dos casos de tricomoníase e, em 5% dos casos, de infecção gonocócica. Houve também ocorrência da tricomoníase com outras infecções, mas também sem nenhuma significância estatística. Além disso, nossos dados contrariam a informação de AZULAY & AZULAY (1998) segundo os quais, a tricomoníase é a infecção que mais se associa a outras DST (cf. tabela 8).

Em todas as faixas etárias, a tricomoníase apresentou percentuais semelhantes, demonstrando os dados que a infecção por tricomonas atinge de forma semelhante todas as faixas etárias estudadas em nossa pesquisa.

De acordo com AZULAY & AZULAY (1998), as infecções sintomáticas agudas são caracterizadas pela presença de corrimento abundante amarelo-esverdeado acompanhado de prurido, edema e hiperemia de mucosa vulvovaginal cervical e uretral. Em nosso estudo não encontramos nenhuma associação estatisticamente significativa entre a tricomoníase e os sintomas referidos (prurido e corrimento vaginal), mas achamos uma associação estatisticamente significativa ($p < 0,001$) com a presença de colpíte (difusa e focal) visualizada no exame especular, o que nos faz reafirmar a necessidade de realização sempre de um exame ginecológico.

O percentual de mulheres assintomáticas varia de 30 a 40 %, segundo DUARTE & LANDERS, (1998) é maior que 50%, de acordo com SIMÕES (1999), sendo esses índices bem maiores que o apontado por AZULAY & AZULAY (1998), que é em torno de 3% a 15%. Nossos dados estão, portanto, de acordo com os dos primeiros autores, pois encontramos o percentual de 38,2% de mulheres sem queixa de corrimento. Chamamos a atenção também para o fato de que se o diagnóstico etiológico fosse realizado apenas com ajuda da citologia oncótico cérvico-vaginal, como é comum em locais que não dispõem de laboratório clínico ,

a identificação do *T vaginalis* só se daria em 51,4% dos casos. A realização do exame a fresco, negativo em apenas um caso, possibilitou o diagnóstico de mais 17 casos não apontados pelo exame citopatológico. Vale referir que este exame não se destina à observação de infecções e ao dar o diagnóstico de uma infecção o faz como ajuda na definição do caso e não por ser o método apropriado. O exame que apresenta o melhor desempenho custo/benefício para o diagnóstico da tricomoníase, segundo DUARTE & LANDERS (1998) em países em desenvolvimento é realmente o exame a fresco do esfregaço vaginal. As técnicas de biologia molecular apresentam sensibilidade e especificidade elevadas, mas o custo é muito alto. As culturas estão também, segundo aqueles autores, fora de cogitação para a realidade da assistência tocoginecológica, não apenas nos países em desenvolvimento, mas em todo o mundo.

Concluimos dessa forma que a nossa população alvo tem uma alta positividade de tricomoníase; que a queixa de corrimento vaginal não deve ser guia único na elaboração do diagnóstico; que em mulheres assintomáticas também deve ser pesquisado; que o encontro de colpíte difusa ou focal em nossa população alvo foi bastante sugestiva de tricomoníase, e que o exame a fresco foi decisivo na detecção deste alto índice de positividade, devendo ser empregado rotineiramente, sobretudo em gestantes nas quais, de acordo com ANDERSON (1995) E DUARTE & LANDERS (1998) a tricomoníase está associada à prematuridade e à ocorrência de baixo peso ao nascer, além de representar, segundo PASSOS (2000), para a população feminina geral, um risco relativo de 2,7 de infecção por HIV.

Desta forma concluimos que a nossa população alvo apresenta um índice elevado de positividade de infecção gonocócica, contribuindo para o seu registro a maior sensibilidade do método laboratorial de diagnóstico utilizado no estudo.

5.4.3.4. Infecção clamídica

A *Clamylidia trachomatis* é o agente etiológico mais freqüente entre as DST, causando nos EUA mais de 3 milhões de casos ao ano, segundo NAUD,(1993). No Brasil a estimativa de casos novos em 1999, de acordo com a OMS (PASSOS, 2000a) é de 3.481 casos. Por seu espectro amplo, a *C. trachomatis* pode causar uma gama variada de infecções nos humanos, podendo as patologias se manifestarem tanto na área genital como em outros órgãos e sistemas, como os casos de tracoma, conjuntivite, artrite, pneumonia entre outros (NAUD, 1993). Segundo esse autor, é na mulher, um dos agentes que causam com maior freqüência cervicite, sendo este dado de grande importância, pelo fato de o acometimento da cérvix uterina causar poucos sintomas, sendo a portadora, muitas vezes, totalmente assintomática, representando o colo uterino uma porta de entrada para as infecções genitais altas. De acordo com PASSOS (2000a) a infecção clamídica representa um risco relativo de 5,7 de infecção por HIV.

Os índices observados na literatura são bastante diferentes assim como o tipo de população avaliada. O trabalho de SIMÕES et al (1996), desenvolvido em 328 gestantes, no ambulatório de pré-natal do departamento de toco-ginecologia da FCM/UNICAMP, utilizando imunofluorescência direta, encontrou 2,1% de prevalência; CIEMINS et al, (2000), usando a técnica de *ligase chain reaction* (LCR) em urina e cultura de secreção cervical, refere índice de 3,4% em mulheres assintomáticas da clínica de São Francisco (EUA); BOWDEN et al, (1999) , 11,0% em 1090 indígenas da Austrália, utilizando técnica de PCR e DOWE et al (1999), na Jamaica, utilizando fluorescência direta e cultura, diagnosticou a infecção clamídica em 35% de mulheres de clínica de planejamento familiar e 55% das pacientes de clínica de DST. Outros autores (STEEN et al, 2000 e JONES et al 2000) utilizando testes de detecção de DNA (LCR) de *C. trachomatis* (e também de *N. gonorrhoeae*) em urina, acharam prevalências de 24,9% entre mulheres da África do Sul e 6,1% em St. Louis (Missouri-EUA), respectivamente. Assim, observando a heterogeneidade das características das populações em cada pesquisa e do método diagnóstico empregado , consideramos o índice geral de

6,2% não muito alto, tendo em vista as condições socioeconômicas e diagnóstico-assistenciais da nossa população. No entanto este índice se eleva para 11,9% e se torna preocupante na faixa etária entre 15 e 20 anos. Esta diferença apesar de não ser estatisticamente significativa, nos adverte para a possibilidade de ocorrência de outros fatores determinantes. Nesta faixa etária (15 a 20) há um maior percentual de solteiras(possivelmente havendo uma maior liberdade para mudança de parceiros sexuais sendo encontrado uma situação limite na análise estatística pois, a diferença de 13% Infec. clamídica em solteira) e 5% em mulheres casadas deixa de ser significativa ao proceder a correção do teste de significância. No entanto outro fator que possivelmente está influenciando a construção deste índice de prevalência de infecção clamídica é a precocidade da coitarca. Ao analisarmos a associação com esta variável constatamos que 76,2% da mulheres portadoras da *C. trachomatis* referiam coitarca antes ou aos 16 anos ($p=0,01$). Esta associação não foi estatisticamente significativa com as demais DST. O uso de contraceptivo oral não se mostrou associado de forma estatisticamente significativa com esta infecção, embora o seja com a faixa etária de maior prevalência de infecção clamídica (15 a 20). SIMÕES et al (1996) encontrou alguns fatores associados, como a idade inferior a 17 anos na coitarca e o antecedente de 3 ou mais abortos. Essa associação encontrada, baseada em dados de anamnese pode estar se perpetuando tendo em vista o maior índice encontrado na faixa etária mais jovem e se torna preocupante tendo em vista a vida reprodutiva futura daquelas mulheres e a disseminação para os futuros conceptos. Preconizamos assim o rastreio rotineiro da infecção por *C. trachomatis* ao menos em gestantes dessa população, pois segundo CATTELANI (1998) esta infecção está associada a abortamento, oftalmia e pneumonia em recém – nascidos. Além disso, PASSOS (2000) afirma que a presença da infecção clamídica facilita a aquisição do HIV em 5,7 vezes.

De forma diferente do que foi revelado em relação à infecção gonocócica, encontramos associação estatisticamente significante com a referência de dor pélvica ($p < 0,05$), mas não com a constatação de dor em baixo ventre ao toque

vaginal, o que nos faz pensar ser aquela associação não verdadeira, apesar de biologicamente plausível e da significância estatística encontrada.

A concomitância das infecções gonocócica e clamídica em nosso estudo, ocorreu em 33,3% ($p < 0,001$) dos casos de infecções por estes dois agentes. Este dado se faz preocupante, tendo em vista que esta concomitância é observada, segundo SIBOULET (apud NAUD, 1993), em infecções endometriais que precedem uma salpingite.

No nosso país, onde o exame citopatológico cérvico-vaginal é realizado rotineiramente nos Laboratórios Centrais dos governos estaduais e em campanhas nacionais, ele se mostra, em nosso trabalho, ser uma arma importante na orientação do diagnóstico das cervicites e, apesar de não encontramos associação estatisticamente significativa entre endocervicite mucopurulenta (através do exame citopatológico) e a detecção de DNA da *N. gonorrhoeae* no lavado cérvico-vaginal, encontramos esta associação com a detecção da *Chlamydia trachomatis*. ($p < 0,005$), o que nos coloca em situação de maior tranquilidade em relação à confiabilidade do resultado citopatológico de endo/cervicite mucopurulenta e à prescrição do tratamento adequado.

Concluimos que a população estudada de forma geral não apresenta índice alto de infecção clamídica, comparando com índices observados em outras comunidades, mas se eleva na faixa etária mais jovem. Além disso, há uma forte associação entre a presença de endocervicite mucopurulenta (diagnóstico citopatológico) e a detecção de clamídia no lavado vaginal, fato este que deve nortear o tratamento na ausência de precisão etiológica nesta comunidade.

4.3.5. Vaginite fúngica

Classicamente, de acordo com DUARTE & LANDERS (1998) e SIMÕES (1999), não se considera a vulvovaginite fúngica como doença sexualmente transmissível, uma vez que estes microrganismos podem ser isolados em

mulheres sem vulvovaginites e em mulheres sem atividade sexual e por não serem as taxas de recorrência afetadas pelo tratamento do parceiro. No entanto, concordamos com Sobel (apud DUARTE & LANDERS, 1998), segundo o qual “isto não significa que a transmissão sexual dos fungos causadores de vulvovaginites não ocorra ou que não seja uma doença sexualmente associada”. Sua inclusão no guia de tratamento das DST do CDC confirma a tendência em considera-la sexualmente associada.

A prevalência de colonização vaginal por fungos é da ordem de 25% segundo CATTELANI (1998), mas apenas 40% ou 50 % dessas mulheres apresentam sintomas, de acordo com SIMÕES (1999) e CATTELANI (1998), respectivamente. De acordo com estes autores, 80 ou 90% das colpites fúngicas são por *Cândida albicans*, sendo o restante causado por outras espécies do gênero *Candida* e outros fungos, entre eles o *Saccharomyces cerevisiae*. Neste estudo, resolvemos genericamente utilizar o termo de colpíte fúngica, tendo em vista a não especificação do agente envolvido.

Os dados epidemiológicos sobre a vulvovaginites fúngicas são, de acordo com SIMÕES et al (1998), bastante incompletos, em decorrência das variáveis de difícil controle, entre elas a existência de portadoras assintomáticas, a não-confirmação laboratorial da maioria dos diagnósticos e a auto-medicação, inviabilizando-se qualquer inferência sobre a prevalência global. Em nosso estudo, procuramos estabelecer o diagnóstico de vaginite fúngica não só pela identificação de presença do fungo em laudo citopatológico ou no exame microbiológico, mas pela sua associação com as queixas das mulheres (prurido e/ou corrimento) e/ou com os achados colposcópicos. Desta forma procuramos afastar a possibilidade de inserir no cálculo de positividade os casos de colonização fúngica.

Apesar da dificuldade de estabelecer uma prevalência global alguns autores a ela fazem referência, como por exemplo, ANDERSON (1995), que afirma ser a

candidíase vulvovaginal a segunda infecção vaginal mais prevalente nos EUA, parecendo estar aumentando a sua incidência, fato que relaciona ao uso cada vez maior de antibióticos de amplo espectro.

Em nosso trabalho, a vaginite fúngica foi a terceira mais freqüente entre as infecções curáveis sendo 5,5% a positividade por nós encontrada, próxima à obtida por BRITO et al(1992) entre 69 índias Parakanas, que foi de 4,9%. Trabalho realizado por SIMÕES et al(1996) evidenciou uma alta prevalência (19,3%), mas justificada por ter-se tratado de mulheres grávidas.

Não encontramos significância estatística nas diferenças de positividade nas faixas etárias, apesar de termos encontrado um índice de positividade maior na faixa etária entre 15 e 20 anos anos.

Os sintomas da vulvovaginite fúngica são freqüentemente o prurido vulvar, disúria, dispaurenia e o corrimento branco, inodoro, de aspecto caseoso (ANDERSON , 1995; SIMÕES, 1999). Como neste estudo fizemos uso de critérios clínicos, colposcópicos e laboratoriais para o estabelecimento do diagnóstico de colpíte fúngica, evitando assim a inclusão de pacientes apenas com colonização micótica, nossos resultados evidencia que 95% das mulheres são sintomáticas (ora se queixam só de prurido ou só de corrimento vaginal ou da combinação dos dois sintomas). Apesar de 35% delas não se queixarem de prurido vulvovaginal, este sintoma se apresentou associado de forma estatisticamente significativa ao diagnóstico ($p < 0,05$) assim como o achado de colpíte ao exame especular ($p < 0,05$). Este dado se torna importante ao lembrarmos que em populações carentes como a que nós abordamos, muitas vezes o diagnóstico com uso de meios laboratoriais não pode ser realizado, passando a ser o diagnóstico sintomático a forma mais rápida e possível.

Desta forma, concluímos que os nossos dados, em relação à vaginite fúngica, está de acordo com a literatura, com índice de positividade não elevado,

semelhante ao encontrado em outras populações de estudo, estando a colpíte e o prurido associados de forma estatisticamente significativa com o diagnóstico.

5.4.3.6. Sífilis

A sífilis, também conhecida como Lues, é doença infecto-contagiosa universal, de acometimento sistêmico, causada pelo *Treponema pallidum*, transmitida, na maioria das vezes, pelo contágio sexual. De acordo com os dados da OMS (apud PASSOS, 2000) existem cerca de 28 milhões de pessoas adultas acometidas pela sífilis.

A partir de 1960, segundo AZULAY & AZULAY, (1998), houve considerável aumento da incidência de sífilis devido as mudanças do comportamento humano, e, em série histórica compreendida no período de 1984 a 1987, TAVARES-NETO et al (1988), observou um aumento de 5,9 para 8,1%.de positividade em seu estudo no qual computou os pedidos de sorologia para sífilis (VDRL) de pacientes do Hospital –Escola/Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro de Uberaba. Pesquisa realizada por PASSOS & FONSECA, em 1990, com mulheres do ambulatório de ginecologia ou pacientes do pré-natal da UERJ, revelou sorologia positiva em 5,2% e 3,2% delas, respectivamente. Mais recentemente, LOPES (1999) evidenciou uma prevalência de 10,3% entre presidiárias em São Paulo. Estes resultados nos leva a considerar o percentual de 2,3%, (variando de 2,3% a 4,7%, conforme a faixa etária) obtido em nosso estudo, um baixo percentual.de positividade. Este baixo índice pode ser explicado pela diferença de características da população observada e pode ser fruto de um trabalho contínuo dos agentes comunitários que apesar de não disporem de uma referência médica especializada, encaminham as gestantes para uma assistência de menor complexidade, onde se pode fazer um exame sorológico simples como o VDRL.

A clínica da doença sífilítica é classicamente dividida em três estágios: primária, secundária e terciária. A principal manifestação da sífilis primária é o

cancro, que classicamente se apresenta como uma úlcera endurecida e indolor, acompanhada geralmente de uma adenopatia inguinal não dolorosa e não supurativa (ANDERSON, 1995). Em nosso estudo não identificamos nenhuma mulher com sífilis neste estágio da doença. A sífilis secundária representa a disseminação do *T pallidum* no organismo, e suas manifestações incluem sintomas constitucionais, *rash*, caracteristicamente envolvendo as palmas das mãos e a sola dos pés, linfadenopatia e lesões mucocutâneas. As manifestações clínicas da sífilis primária e secundária se solucionam sem tratamento, e o paciente entra no estágio latente da doença, durante o qual não existem sinais e sintomas de doença. Tendo em vista não termos encontrado também nenhuma das manifestações da sífilis secundária, nem as complicações no sistema nervoso central nem cardiovasculares inerentes à sífilis terciária, acreditamos que as mulheres positivas na sorologia em nosso estudo, estejam em fase de latência, não sendo, no entanto, possível determinar se é recente (menos de um ano) ou tardia.

Apesar do baixo índice de positividade obtido em nosso estudo e sendo a sífilis a quarta DST curável mais freqüente em nossa população, enfatizamos o fato de que o controle da mesma não deve ser negligenciado, tendo em vista o risco relativo de infecção pelo HIV de 9,9 (PASSOS, 2000a) e as conseqüências advindas de uma transmissão vertical. Esse modo de transmissão vem aumentando a cada ano e estima-se que no Brasil, a média da prevalência da sífilis na gestação varia entre 3,5 e 4%, tendo o índice de mortalidade por sífilis congênita, no período de 1979 a 1990, variado de 70 a 100 por milhão de nascidos vivos, sendo o índice maior nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 1998a). Estudo ainda não publicado, realizado na Casa Maternal Santa Mônica por LIMA,(1999), com revisão de 3.322 prontuários de nascidos vivos (período de Agosto de 1997 a agosto de 1998), constatou a ocorrência de 64 casos de sífilis congênita (1,92%), 10,94% dos quais evoluíram para óbito.

5.4.3.7. Infecção pelo VHB

A hepatite tipo B, incluída no rol das DST porque sua transmissão também se faz por contágio sexual distribui-se por todo o mundo, sendo mais freqüente em regiões tropicais com condições sanitárias precárias; ocorre em todas as faixas etárias com freqüência maior em adultos, podendo o vírus permanecer no organismo por período prolongado (superior a seis meses), caracterizando assim o estado de portador, cujo diagnóstico se faz pela detecção do AgHBs no soro cuja persistência significa evolução para o estado de infecção crônica (LYRA, 1993). A freqüência de portador de AgHBs em adultos aparentemente sadios, segundo LYRA, (1993) varia desde 0,1% em algumas áreas da Europa, América do Norte e Austrália, até 15% ou mais nos continentes asiático e africano, bem assim em áreas tropicais da América do Sul. Ainda segundo aquele autor, no Brasil observam-se 0,9% de portadores de AgHBs em Porto Alegre, 0,3% em Curitiba, 1% em São Paulo, 1,6% em Belo Horizonte, 2,1% no Rio de Janeiro, 3,2% em Vitória, 4,2% em Salvador e até de 10% a 13% no Amazonas.

São consideradas população de baixa prevalência para VHB, aquelas com prevalência de até 2% de AgHBs, intermediária, entre 2 e 7% e alta prevalência, se igual ou superior a 8%. A nossa população de estudo apresenta uma positividade de 1,5% o que nos faz considerá-la como uma população de baixa prevalência, de acordo com o critério citado.

Apesar do baixo índice observado, chamamos a atenção para o fato de que a hepatite tipo B apresenta risco de evolução crônica quando pode evoluir para cirrose hepática ou carcinoma hepatocelular, devendo, portanto, não ser negligenciada pelas autoridades de saúde local.

Não verificamos a existência de associação com outras variáveis, tendo em vista o reduzido número de mulheres positivas para o AgHBs (4).

5.5. Apenas um aspecto do conhecimento sobre DST.

Através dos dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas, o coeficiente de incidência de casos de AIDS no município de União dos Palmares no período de 1986 a 1998 era de 13,8 por 100.000 habitantes, não havendo registro de casos nos 4 anos que antecederam a nossa coleta de dados. Em nosso estudo, não realizamos a pesquisa de sorologia para HIV, por prevermos a dificuldade de cumprir o compromisso ético de oferecer um tratamento adequado aos casos porventura positivos, tendo em vista as condições médico-assistenciais locais. No entanto, sabemos que a campanha de prevenção contra a AIDS, através das diversas formas de divulgação, chega aos mais recônditos lugares do Brasil, estando desde 1988 vinculada à prevenção contra as demais DST. O que notamos através das respostas ao nosso questionário, onde procuramos tratar o conhecimento apenas como estoque de informação, não levando em conta se é também experiência biográfica, é que, passados dez anos da vinculação das campanhas DST/AIDS, apesar da nossa população-alvo sofrer muito mais frequentemente com as demais infecções de transmissão sexual, a AIDS é a doença mais lembrada (em 78,8% das respostas), tendo sido citada isoladamente por 60 % das entrevistadas. TAVARES-NETO & HIGINO (apud TAVARES-NETO et al, 1988), em inquérito com 414 escolares de Uberaba, dos diversos extratos socioeconômicos, verificou serem de razoáveis a bons os conhecimentos sobre AIDS (transmissão e prevenção), ao contrário das respostas referentes à sexualidade humana e outras DST, quando demonstraram conhecimento restrito, preconceituoso ou distorcido. PIMENTEL et al, (1992), com a finalidade de detectar o conhecimento prévio de DST em alunos da faixa etária de 12 a 16 anos de uma escola municipal de Florianópolis, também concluiu que o conhecimento sobre DST se relacionava apenas com a AIDS e que, após atividade didática, os escolares conseguiram relacionar também gonorréia e sífilis com os respectivos meios de transmissão e prevenção. Em trabalho recentemente realizado na capital alagoana, LEITE (2000) questionou 2470 alunos da rede pública e privada de ensino de segundo grau sobre o conhecimento (saber ou ouvir falar) sobre cada DST. Observou a autora que de forma estatisticamente

significativa, os alunos da rede privada demonstrou melhor conhecimento sobre tipos variados de DST, mas que além de o conhecimento quase absoluto ser sobre AIDS, demonstraram ainda ter conhecimento sobre a existência de outras DST, em percentuais que variam entre 8,8% a 55% na rede pública e entre 8,5% a 77,3% na rede privada. Essa informação nos faz pensar sobre a possibilidade de estar estrategicamente implantada a educação voltada para a prevenção das DST nas escolas, sendo mais efetiva na rede privada e que o baixo nível de informação da nossa população-alvo seja decorrente de já não serem escolares na época da junção da campanha DST/AIDS, mas sobretudo por muitos nem terem freqüentado a escola. Desta forma, com o perfil epidemiológico das demais DST na nossa população de estudo, sobretudo com os elevados índices de positividade na faixa etária de 15 a 20 anos, além de implementação de uma assistência médica adequada, apontamos também o desenvolvimento de atividades educativas extra-escolares como estratégia para alterar a realidade epidemiológica local.

Vale ressaltar que este controle de DST tem sido reconhecido internacionalmente como uma estratégia importante na prevenção da infecção pelo HIV. Segundo MOHERDAUI et al, (1998) a diminuição da incidência e duração da infectividade das DST não terá impacto apenas na incidência de complicações, mas tem um grande potencial de baixar a propagação do HIV.

6. –CONCLUSÕES

1. A população possui características socioeconômicas e sanitárias precárias, com pouca informação sobre DST, o que contribui para a disseminação desse conjunto de enfermidades, constituindo um perfil epidemiológico com altos índices de infecção pelo HPV, tricomoníase e infecção gonocócica.

2. A população feminina é pouco assistida quanto aos cuidados básicos da saúde referentes a sua saúde sexual e reprodutiva o que se traduz num alto percentual de coitarca e gestação precoces, em elevada multiparidade, grande número de abortamento e sobretudo, num elevado percentual de mulheres com pelo menos uma doença sexualmente transmissível curável.

3. A faixa etária mais jovem se apresenta com os maiores índices de positividade de DST.

4. A presença de infecção por HPV é bastante elevada e muito significativa a participação do grupo de médio e alto risco oncogênico, sendo frequente o encontro de associação com NIC e com outras DST

5. A tricomoníase, entre as DST curáveis, é a que apresenta o maior índice de positividade, tendo sido diagnosticados 50% dos casos apenas através do exame a fresco, sendo significativa a sua associação com a presença de colpíte difusa e focal, observável no exame especular.

6. A infecção gonocócica apresenta elevado percentual de positividade, não havendo correlação estatisticamente significativa entre os sintomas e a identificação citopatológica de endocervicite mucopurulenta.

7. Não verificamos índice alto de infecção clamídica, comparado com índices observados em outras comunidades, mas se verifica uma associação estatisticamente significativa com o início precoce da atividade sexual e com a presença de endocervicite mucopurulenta (diagnóstico citopatológico).

8. Em relação à vaginite fúngica, verificamos que nas comunidades examinadas, a positividade está de acordo com a literatura, apresentando um índice não elevado, sendo a terceira mais freqüente entre as infecções curáveis, havendo uma associação estatisticamente significativa com o prurido referido pelas mulheres e com a colpíte observada no exame especular;

9. Apesar do baixo índice de positividade obtido em nosso estudo, a sífilis é a quarta DST curável mais freqüente em nossa população.

10. A população do estudo apresenta percentual de positividade baixo para o HbsAG.

11. A AIDS é a DST mais lembrada pelas mulheres, sendo muitas vezes, a única a ser mencionada, demonstrando-se assim o baixo nível de informação em relação às demais DST de grande importância epidemiológica para mulheres das comunidades rurais estudadas.

Só resultados²

Avaliando as infecções dispostas na tabela 07, observamos que 149 mulheres apresentaram pelo menos uma das enfermidades relacionadas, perfazendo o percentual de 43,8% (149/340) de mulheres com alguma das DST relacionadas.

As infecções consideradas hoje como curáveis, através de eficazes tratamentos com medicamentos facilmente disponíveis (sífilis, endocervicite gonocócica, endocervicite clamídica, tricomoníase e vaginite fúngica) estão presentes em 27,6% (94/340) das mulheres examinadas e as infecções virais (HPV, HBV e Herpes vírus), em 27,6% (94/340) daquelas. A concomitância entre infecções curáveis e as infecções pelo HPV, se verifica em 24,2%% (36/149) dos casos de DST, representando um percentual de 10,6% para o total de mulheres examinadas.

Ainda na tabela 07 podemos observar que entre as infecções curáveis, a tricomoníase vaginal é a mais freqüente (38,0 %; 35/92) com positividade na população estudada de 10,3% (35/340), seguida das endocervicites por *C. trachomatis* e *N. gonorrhoeae*.

Verifica-se no gráfico 14 que a infecção por HPV além de ser a infecção viral mais freqüente (96,7%; 90/93), é também a DST que mais acomete aquelas mulheres (26,4%; 90/340).

TABELA 7. Distribuição de acordo com o diagnóstico do grupo de DST curáveis e infecções virais.

Infecções curáveis	freqüência	% (n=94)	%
SÍFILIS	9	9,6	2.6*
TRICOMONÍASE	35	37,2	10.3*
END. GONOCÓCICA	21	22,3	6.4**
END. CLAMÍDICA	21	22,3	6.4**
VAGINITE MICÓTICA	20	21,3	5,8*
Total	94	-	27,0
Infecções virais		% (n=94)	%
HPV	90	95,7	26.4*
HERPES	01	1.0	0.3*
HBV	04	4.2	1.5***
Total	94		27,3

*f / 340;

** f / 325; em 15 mulheres não foi colhido o lavado vaginal;

*** 4/262

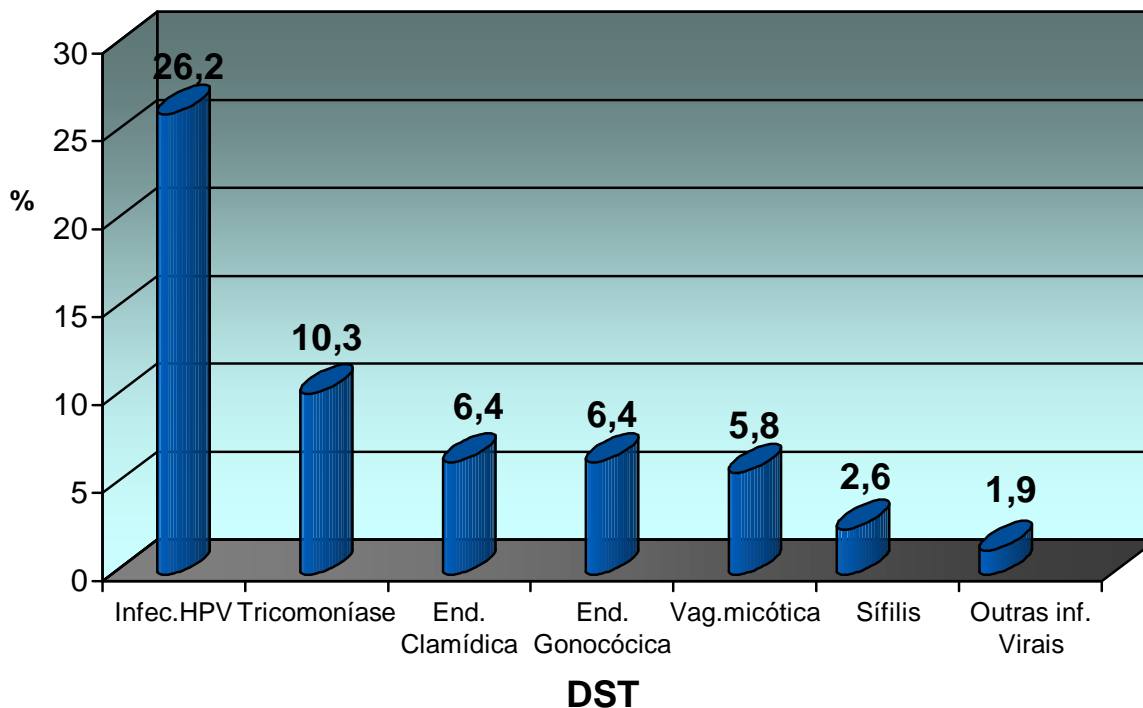


GRÁFICO 14. Distribuição percentual das DST na população examinada

4.2.1 Concomitância das DST

De acordo com a tabela 08, das 90 mulheres com diagnóstico de infecção por HPV, 35,9% (32/90) apresentam associação com alguma outra das DST dispostas na tabela 07 apresentando associação de significância estatística ($p < 0.005$) com a infecção gonocócica. Das mulheres com endocervicite clamídica, 71,4% têm outras DST associadas, sendo a associação com a infecção por *N. gonorrhoeae* a que apresenta significância estatística ($p < 0.001$).

TABELA 8. Distribuição das freqüências das concomitâncias das DST.

• HPV	f	% (n= 90)	Valor de p**
END. GONOCÓCICA	11	12.2	0.004 (S)
TRICOMONÍASE	09	10.0	0.4 (NS)
END. CLAMÍDICA	07	7.7	0.07 (NS)
SÍFILIS	03	3.3	0.7 (NS)
VAGINITE MICÓTICA	07	7,78	0,5 (NS)
TOTAL	32	35,9	
• ENDOCERVICITE CLAMÍDICA		% (n= 21)	
HPV	09	33.3	0.07 (NS)
END. GONOCÓCICA	07	33.3	<0.001 (S)
SÍFILIS	01	4.7	0.9 (NS)
VAGINITE FÚNGICA	01	4,7	0,8 (NS)
TOTAL	15	71,4	
• ENDOCERVICITE GONOCÓCICA		% (n= 21)	
HPV	11	52.4	0.004 (S)
END. CLAMÍDICA	07	33.3	<0.001 (S)
TRICOMONÍASE	01	5.0	0.6 (NS)
TOTAL	15*	71.4	
• TRICOMONÍASE VAGINAL		% (n=35)	
HPV	11	25.7	0.4 (NS)
END. GONOCÓCICA	01	3.0	0.6 (NS)
SÍFILIS	01	3.0	0.7 (NS)
VAGINITE MICÓTICA	01	2,8	0,7 (NS)
TOTAL	13*	37,1	
• VAGINITE FÚNGICA		%(n=20)	
TRICOMONÍASE VAGINAL	01	5,0	0,7 (NS)
END. CLAMÍDICA	01	5,0	0,8 (NS)
HPV	07	35,0	0,5 (NS)
TOTAL	08	42,1	

* Não constitui o somatório das casas acima devido a concomitância de algumas infecções .

** p= nível descritível do teste de associação pelo χ^2

(S) = estatisticamente significativo

(NS) = estatisticamente não significativo

Das infecções por HPV (90 casos), 40 (44,4%) é infecção latente, 48 (53.3%), infecção subclínica e apenas 2 (2.2%) apresenta-se como condiloma. (Gráfico15)

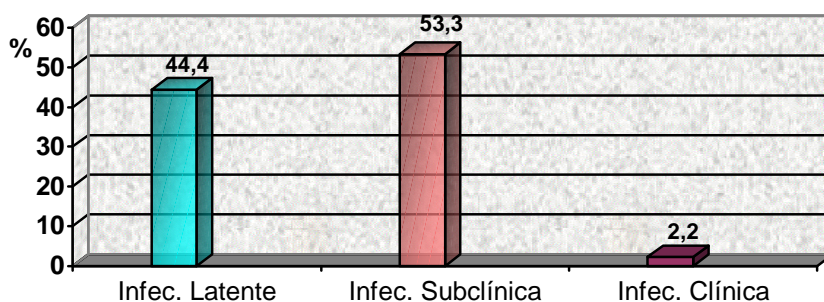


GRÁFICO 15. Distribuição percentual das apresentações clínicas da infecção por HPV .

4.3 Descrição das características epidemiológicas das mulheres portadoras das DST.

4.3.1 Portadoras de DST e os dados sociodemográficos

Na tabela 9 podemos verificar que a maioria dos casos das DST consideradas neste trabalho se concentram na faixa etária entre 21 e 49 anos (grupo de maior representatividade) No entanto, no gráfico 16 observamos que, à exceção da tricomoníase que é semelhante em todas as faixas as demais DST curáveis e a infecção por HPV apresentaram maior positividade na faixa etária entre 15 e 20 anos. Estes dados não são estatisticamente significantes.

TABELA 9. Distribuição das DST por faixa etária

DIAG. FINAL	TOTAL	FAIXA ETÁRIA					
		15 ≤ 20		21 - 49		≥ 50	
		n	%	n	%	n	%
• INFECC. CURÁVEIS							
SÍFILIS	8	2	25	5	62,5	1	12,5
END. GONOCÓCICA	21	4	19,0	14	66,6	3	14,2
END. CLAMÍDICA	21	5	23,8	16	76,2	0	0
TRICOMONÍASE	35	4	11,4	26	74,4	5	14,2
VAGINITE FÚNGICA	20	03	15,0	16	80,0	01	5,0
• INFECCÕES VIRAIS							
HPV	89	16	17,9	65	73,0	8	8,9
HERPES	01	-	-	01	100,0	-	-

HBV	04	-	-	04	100.0	-	-
-----	----	---	---	----	-------	---	---

Em todas as faixas etárias a infecção por HPV é a de maior percentual, variando o percentual de positividade entre 19,0% e 38,1% (Gráfico16) sendo o percentual de infecção latente e subclínica maior na faixa etária menor (Gráfico17).

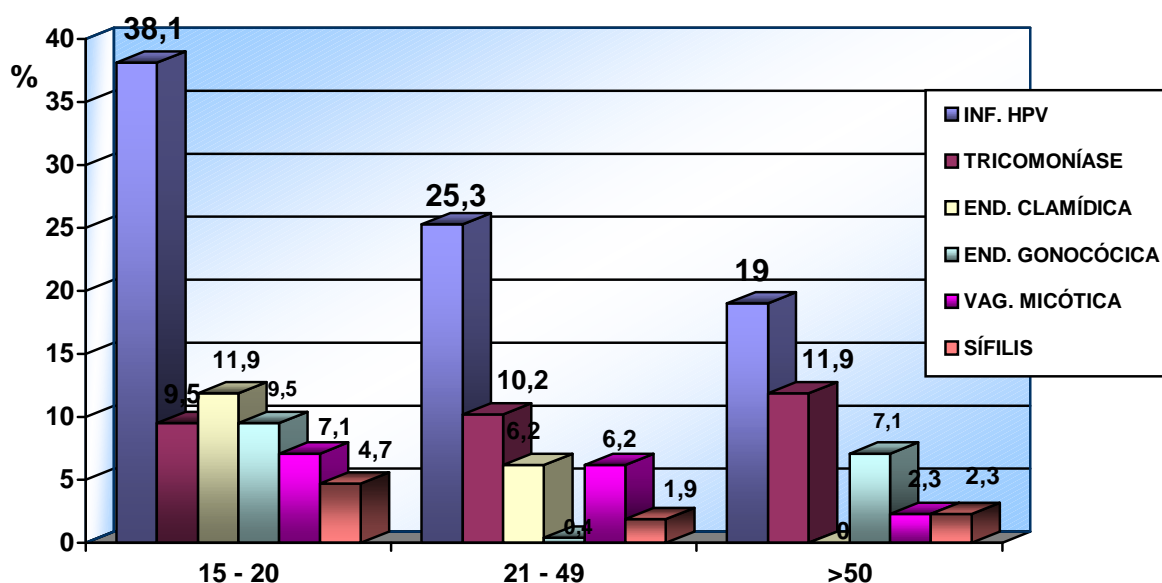


GRÁFICO 16. Distribuição percentual dos casos de DST em cada faixa etária.

Existem 4 casos de infecção por vírus da hepatite tipo B com HBsAg positivo. Nenhuma delas relata transfusão no passado e uma afirma ter sido submetida a procedimento cirúrgico de pequeno porte anteriormente (laqueadura tubária).

Na anamnese há relato da presença no passado de corrimento uretral (2,6%) e lesão peniana (4; 1,1%) em cônjuge.

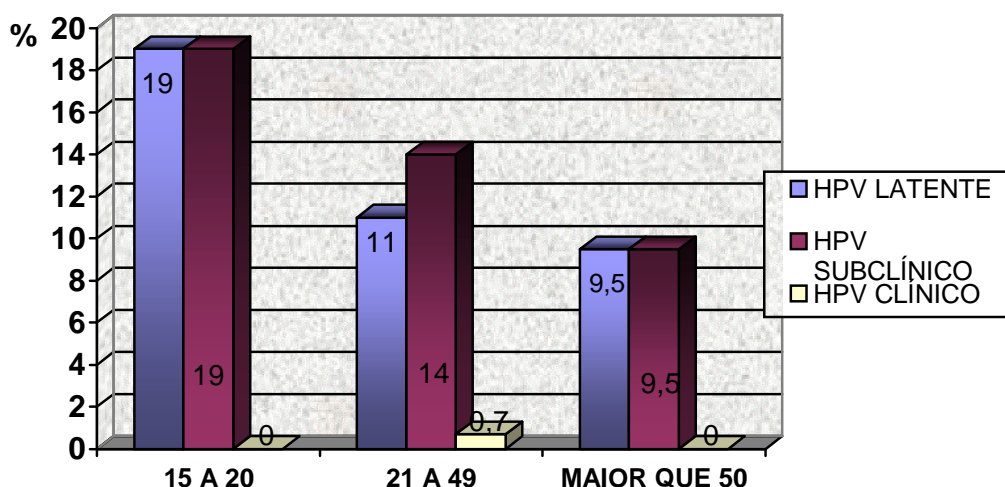


GRÁFICO 17. Distribuição percentual dos casos de infecção por HPV em cada faixa etária

Em relação ao estado civil observamos Através da tabela 10 que houve associação estatisticamente significativa com a infecção clamídica sendo o percentual de 23,8% aquele correspondente ao de mulheres com *C. trachomatis* e solteiras. No entanto na correção do teste de significância esta associação deixa de ser estatisticamente significativa.

TABELA 10. Distribuição dos casos de DST de acordo com o estado civil

DST	Estado civil			
	solteira		casada	
	n	%	n	%
HPV	8	8,8	82	91,2
Tricomoníase	4	11,4	31	88,6
Inf. gonocócica	4	19	17	80,9
Inf. clamídica	5	23,8	16	76,2*
Vag. fúngica	3	15	17	85
sífilis	1	11,1	8	88,9

χ^2 não corrigido = 4,1; p=0,04 (S)

χ^2 corrigido de Yates = 2,76; p = 0,09

TABELA 11. Distribuição dos casos de DST de acordo com o suprimento domiciliar de água e ausência de fossa séptica no domicílio.

DST		AUSÊNCIA DE ABASTECIMENTO DOMICILIAR DE ÁGUA		P*	AUSÊNCIA DE FOSSA SÉPTICA DOMICILIAR		P*
		SIM	NÃO		SIM	NÃO	
SÍFILIS	POSITIVO	5	3	0,22	7	0,3	0,3
	NEGATIVO	114	164		192		
TRICOMONÍASE	POSITIVO	15	17	0,5	23	0,7	0,7
	NEGATIVO	104	150		176		
VAGINITE FÚNGICA	POSITIVO	6	7	0,7	6	0,06	0,06
	NEGATIVO	113	160		193		
CERV.GONOCÓCICA	POSITIVO	10	9	0,3	10	0,09	0,09
	NEGATIVO	109	158		189		
CERV. CLAMÍDICA	POSITIVO	9	11	0,7	12	0,33	0,33
	NEGATIVO	110	156		187		
HPV	POSITIVO	36	125	0,03 (S)	59	0,17	0,17
	NEGATIVO	42	83		140		

** P: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2 .
(S) estatisticamente significativo

De acordo com a tabela 11, podemos verificar que houve associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre a infecção por HPV e a ausência de suprimento de água domiciliar. O analfabetismo mostrou associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a tricomoníase e a infecção por HPV. A renda familiar inferior a um (1) salário mínimo não foi uma variável com associação estatisticamente significativa com nenhuma das DST, conforme tabela 12.

TABELA 12. Distribuição dos casos de DST de acordo com a presença de analfabetismo e renda familiar menor que um (1) salário mínimo (SM).

DST	ANALFABETISMO		P*	RENDA FAMILIAR < 1 SM		P*
	SIM	NÃO		SIM	NÃO	
SÍFILIS positivo	3	5	0,5	5	168	0,9
	5	145		3	110	
TRICOMONÍASE positivo	21	11	0,02(S)	22	151	0,3
	115	139		10	103	
VAGINITE FÚNGICA positivo	5	8	0,4	9	164	0,5
	131	142		4	109	
CERV. GONOCÓCICA positivo	10	9	0,6	14	159	0,2
	126	141		5	108	
CERV. CLAMÍDICA positivo	9	11	0,8	13	160	0,6
	127	139		7	106	
HPV positivo	42	36	0,02(S)	44	129	0,4
	94	144		34	79	
negativo						

- P: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2 .

(S) estatisticamente significativo

4.3.2 Portadoras de DST e os aspectos gineco-obstétricos e da assistência médica

TABELA 13. Distribuição por diagnóstico de infecção de curso crônico e relato de assistência médica ginecológica no passado

DIAGNÓSTICO	Positivo	Respondido	ATENDIMENTO GINECOLÓGICO				P**
			SIM		NÃO		
			n	%	n	%	
HPV	90	76	39	51.3	37	48.6	0,9
SÍFILIS	9	07	02	28,5	05	71.4	0,1
ENDOCERVICITE GONOCÓCICA	21	19	12	63.2	07	36.8	0,2
ENDOCERVICITE CLAMÍDICA	21	20	11	55.0	9	45.0	0,6
TOTAL	91*	-	41*	45.0	50*	54.9	

* O número não corresponde a soma das linhas superiores pois alguns são registros duplos.

** P: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

No grupo de mulheres com alguma DST de curso crônico (Tabela 13).e que responderam o questionário (91), 54.9% refere nunca ter sido atendida anteriormente por ginecologista. Não encontramos diferença com significância estatística entre os grupos com e sem atendimento ginecológico no passado.

TABELA 14. Distribuição por diagnóstico de Infecção por HPV e assistência médica ginecológica no passado

DIAG. FINAL	Positivo	Respondido.	ATENDIMENTO GINECOLÓGICO PRÉVIO			
			SIM		NÃO	
			n	%	n	%
Infecções crônicas:						
HPV LATENTE	40	34	19	55.9	15	44.1
HPV SUBCLÍNICO	48	41	20	48.7	21	51.3
HPV CLÍNICO	2	1	0	0	1	100
HPV TOTAL	90	76	39	51.3	37	48.6

De acordo com a tabela 14, nenhuma das mulheres com infecção clínica por HPV afirma até aquele momento ter tido assistência por ginecologista assim como, 51,3% das mulheres com infecção subclínica.

A tendência apresentada pelo grupo com DST , de acordo com a tabela 15, repete a tendência da população total em relação ao número de gestações, não havendo associação estatisticamente significativa entre as DST e a paridade.

TABELA 15 Distribuição de acordo com o diagnóstico e o número de gestações

DIAG. FINAL	NÚMERO DE GESTAÇÕES										
	0		1-2		3-5		≥ 6		ignorado		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
HPV	06	6,6	26	28,8	26	28,8	32	35,5	0	0	90
SÍFILIS	01	12,5	02	25,0	02	25,0	03	37,5	0	0	08
ENDOCERVICITE GONOCÓCICA	0	0	08	38,1	04	19,0	09	42,8	0	0	21
ENDOCERVICITE CLAMÍDICA	0	0	09	42,8	06	28,5	05	23,8	0	0	20
TRICOMONÍASE	02	5,7	09	25,7	11	31,4	12	34,2	01	2,8	35

TABELA 16. Distribuição de acordo com o diagnóstico e número de abortamentos referidos no passado.

DIAG. FINAL	NÚMERO DE ABORTAMENTOS					
	1	2-5	≥ 6	TOTAL	%	% (142)
INFECÇÃO POR HPV	24 ⁽¹⁾	10	02	36/90 ⁽²⁾	40,0	25.3
SÍFILIS	02	01	0	03/8	37,5	2.1
ENDOCERVICITE GONOCÓCICA	07	0	0	07/21 ⁽³⁾	33,3	4.9
ENDOCERVICITE CLAMÍDICA	08	01	0	09/21	42,8	6.3
TRICOMONÍASE	07	05	03	15/35	42,8	10.5
TOTAL	58	18	05	62/133⁽⁴⁾	46,6	43.6

(1) $\chi^2=0,09$; OR=0,89; p=0,76;

(2). Dos 36, 5 estavam associados a infecção clamídica.;

(3) Dos 07, 4 estavam associados a infecção clamídica;

(4) 15 mulheres apresentaram mais que um diagnóstico, logo o total não é 81, e sim 62.; 136 mulheres apresentaram pelo menos uma das DST da primeira coluna.

O grupo que apresenta pelo menos uma das DST (curáveis e por HPV) (40,3% - 137/340), apresenta um índice de abortamento de 45,2 % (62/137), e o grupo sem nenhuma dessas DST (n =203), um índice de 39,4% (80/203). Não há associação significativa entre o relato de abortamento no passado e a presença atual de alguma DST (p > 0,05)

De acordo com a tabela 16 os percentuais de relatos de abortamento para cada tipo de DST varia de 33,3% para casos de endocervicite gonocócica a 42,8% para as mulheres com endocervicite por *C. trachomatis*, mas sem diferenças estatísticas entre os grupos com e sem cada enfermidade (p>0,05).

No grupo com infecção por HPV, o percentual do grupo com infecção latente por aquele vírus é de 45,0% (18/40) (Tabela 17), estando associadas a infecção por *C. trachomatis* apenas cinco.

Ainda de acordo com a tabela 16, 25,3% (36/142) dos casos que referem abortamento apresentaram infecção por HPV (12,8% por infecção latente e 12,8% por infecção subclínica – tabela 10), mas sem significância estatística (p >0,05)

TABELA 17. Distribuição de frequência de acordo com a apresentação da infecção por HPV e números de abortamentos referidos no passado.

DIAG. FINAL	NÚMERO DE ABORTAMENTOS					
	1	2-5	≥ 6	TOTAL	%	%(142)
HPV LATENTE	12	04	02	18/40	45,0	12.6
HPV SUBCLÍNICO	13	05	0	18/48	37,5	12.6
HPV CLÍNICO	0	0	0	0/2	0,0	0.0
HPV TOTAL	25	9	02	36/89	40,4	25.3

Das mulheres que apresentam pelo menos uma das DST por nós estudadas (exceto infecção por VHB) (n=146), 53,4% (78/146) tiveram coitarca aos 16anos de idade ou antes, variando o percentual entre 50% e 76,2% de acordo com o diagnóstico estabelecido (tabela 18). Há associação estatisticamente significativa com a variável COITARCA ANTES OU AOS 16 ANOS de idade e a infecção clamídica (p<0,05)

TABELA 18. Distribuição de acordo com o diagnóstico e a idade durante a primeira relação sexual(coitarca)

DIAGNÓSTICO	TOTAL	Idade na primeira relação sexual						
		Ignorada	≤ 16		17 a 23		≥ 24	
			n	%	n	%	n	%
HPV	90	3	47	54,0	40	45,9	0	0
SÍFILIS	9	0	6	66,6	3	33,3	0	0
ENDOCERVICITE GONOCÓCICA	21	01	10	50,0	10	50,0	0	0
ENDOCERVICITE CLAMÍDICA	21	0	16	76,2*	5	23,8	0	0
TRICOMONÍASE	35	2	20	60,6	11	33,3	2	6,0
VAG. FÚNGICA	20	0	9	45,0	9	45,0	2	10,0

$$\chi^2 = 5,74, p= 0,01 (S)$$

De acordo com a tabela 19 a maioria (mais de 70%) das mulheres portadoras das infecções por *C. trachomatis*, por *N. gonorrhoeae* e por HPV não referiam uso de contracepção hormonal, não sendo estatisticamente significativa a diferença com o grupo que faz uso desse método contraceptivo.

TABELA 19. Distribuição dos casos de DST que acomete a cérvix uterina de acordo com o relato de uso de contracepção hormonal

DST	Uso de contracepção hormonal			
	sim		não	
	n	%	n	%
Infecção gonocócica	6	28,6	15	71,4
Infecção clamídica	5	23,8	16	76,2
Infecção por HPV	22	24,4	68	75,6

Ao submetermos ao teste de associação (χ^2) as DST não virais com os sintomas mais freqüentemente referidos pelas mulheres do estudo e que são reconhecidos na literatura como fazendo parte do seu quadro sintomático, encontramos associação de significância estatística ($p < 0,05$) entre a queixa de prurido e vaginite fúngica e entre dor pélvica e a indentificação de infecção clamídica, como pode ser visto nas tabelas 20 e 22. Não encontramos associação estatisticamente significativa entre as DST que podem causar descarga inflamatória cérvico-vaginal e a queixa de corrimento (tabela 21).

TABELA 20. Distribuição de acordo com a presença de queixa de prurido.

DST	CATEGORIA	PRURIDO				total	P*
		SIM		NÃO			
		N	%	N	%		
TRICOMONÍASE	PRESENTE	15	44,0	19	56,0	34	0,3
	AUSENTE	109	35,7	196	64,3	305	
VAGINITE FÚNGICA	PRESENTE	13	65,0	07	35,0	20	0,006
	AUSENTE	111	34,8	208	65,2	319	

*P: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

TABELA 21. Distribuição de DST acordo com a presença de queixa de corrimento vaginal

DST	CATEGORIA	CORRIMENTO				total	p
		SIM		NÃO			
		N	%	N	%		

TRICOMONÍASE	PRESENTE	21	61,8	13	38,2	34	0,4
	AUSENTE	169	55,4	136	44,6	305	
VAGINITE FÚNGICA	PRESENTE	13	65,0	7	35	20	0,4
	AUSENTE	177	55,4	142	44,5	319	
END. GONOCÓCICA	PRESENTE	13	62,0	8	38,0	21	0,6
	AUSENTE	177	55,6	141	44,4	318	
END. CLAMÍDICA	PRESENTE	13	62,0	8	38,0	21	0,7
	AUSENTE	177	55,6	141	44,4	318	

*P: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2

TABELA 22. Distribuição de acordo com a presença da queixa de dor pélvica e as cervicites gonocócica e clamídica.

DST	CATEGORIA	DOR PÉLVICA				total	P*
		SIM		NÃO			
		N	%	N	%		
END. GONOCÓCICA	PRESENTE	8	38,0	13	62,0	21	0,7
	AUSENTE	110	34,6	208	65,4	318	
END. CLAMÍDICA	PRESENTE	12	57,0	09	43,0	21	0,02
	AUSENTE	106	33,3	212	66,6	318	

*P: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2 .

4.4 Aspectos relevantes para o diagnóstico e condução dos casos

A tricomoníase é verificada através do exame citológico em 18 mulheres perfazendo um percentual de 5,2%. Em 17 destas mulheres o exame a fresco também detectou o *Trichomonas vaginalis*. Há apenas um caso em que a citologia evidencia o *Trichomonas vaginalis* e o exame a fresco não. Neste caso a paciente apresenta clínica sugestiva e o exame a fresco apresentou a presença de numerosos piócitos.

O exame a fresco detectou mais 17 casos de tricomoníase que a citologia não revelou, subindo aquele percentual de positividade na população examinada para 10,26% (35/340). O exame a fresco é positivo em 97,1% dos casos e a citologia cérvico-vaginal em 51,4% dos mesmos.(gráfico 18)

QUADRO 7. Número de casos de tricomoníase de acordo com o método de diagnóstico.

EXAME A FRESCO POSITIVO E CITOLOGIA POSITIVA = 17
EXAME A FRESCO POSITIVO E CITOLOGIA NEGATIVA

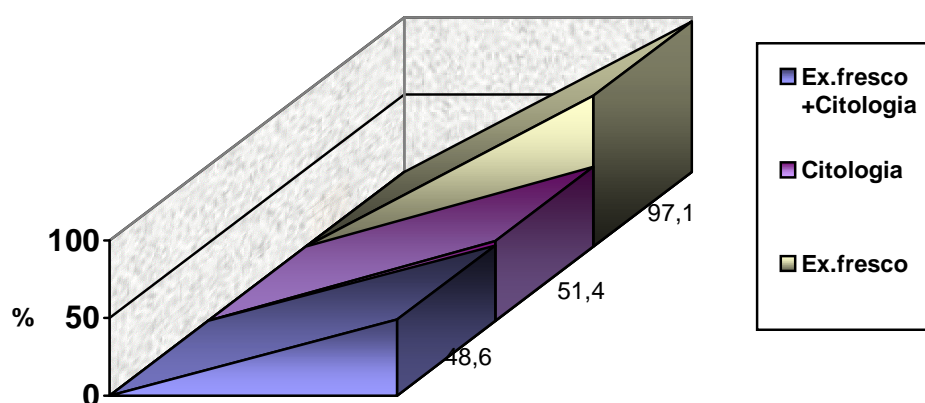


GRÁFICO 18. Distribuição percentual de positividade de acordo com o método laboratorial usado para detecção de *trichomonas vaginalis*.

Verificamos que a colpíte é observada ao exame ginecológico em 91 casos, sendo 52 do tipo difusa, 11 focais, 22 atróficas (duas também difusas e mais duas também focais), e 10 sem especificação do tipo. Na tabela 23 a seguir, observamos que há associação de significância estatística entre a manifestação de colpíte difusa e focal e a presença de tricomoníase.($p < 0,001$) e também com a vaginite fúngica ($p < 0,05$).

TABELA 23. Distribuição de acordo com o diagnóstico e a presença de colpíte difusa ou focal ao exame colposcópico

VARIÁVEIS	CATEGORIA	COLPITE				total	P*
		SIM		NÃO			
		N	%	N	%		
TRICOMONÍASE	PRESENTE	15	45,5	18	54,5	33**	0.0001(S)
	AUSENTE	48	12,5	236	61,5	384	
VAGINITE FÚNGICA	PRESENTE	10	50,0	10	50,0	20	0,01(S)
	AUSENTE	81	25,4	238	74,6	319	

*P: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2 .

** Há dois casos de tricomoníase com colpíte sem especificação do tipo.

(S) = Estatisticamente significativo.

(NS) = Estatisticamente não significativo

Através da tabela 24, a seguir, considerando o diagnóstico citopatológico de cervicite mucopurulenta e a presença de DNA ao exame de captura híbrida em lavado vaginal, observamos que houve uma associação estatisticamente significativa com a presença de *C. trachomatis* ($p=0,001$).

TABELA 24. Distribuição de freqüência de acordo com a presença de cervicite mucopurulenta e de infecção clamídica ou gonocócica.

VARIÁVEIS	CATEGORIA	CERVICITE MUCOPURULENTA				total	P*
		SIM		NÃO			
		N	%	N	%		
Infecção gonocócica (DNA)	Presente	6	28,6	15	78,4	21	0,4(NS)
	Ausente	68	21,3	251	78,7	319	
Infecção clamídica (DNA)	Presente	11	52,4	10	47,6	21	0,0004 (S)
	Ausente	63	19,7	256	80,2	319	

P: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2
(S) = Estatisticamente significativo .
(NS) = Estatisticamente não significativo

Das 340 mulheres, em 324 mulheres foi possível realizar exame para detecção de HPV de médio e de alto risco em lavado vaginal. Destas 324, 70 apresentaram-se como portadoras do vírus e 17 destas (24,3%), apresentaram neoplasia intraepitelial cervical ou carcinoma " in situ", e esta associação foi estatisticamente significativa ($\chi^2= 35,8$ com $p < 0,001$ - Tabela 25). O diagnóstico de cervicite crônica esteve presente em 11 das pacientes positivas para o HPV de alto risco sendo esta associação estatisticamente não significativa($P>0,05$).

TABELA 25. Distribuição dos casos positivos para HPV de médio e de alto risco e a presença de NIC e cervicite crônica.

INFECÇÃO POR HPV (DNA)	NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL OU CA " IN SITU"				total	P*
	SIM		NÃO			
	N	%	N	%		
Presente	18	25,7	52	75,7	70	<0,001 (S)**
Ausente	06	2,3	248	97,6	254	
	CERVICITE CRÔNICA					
	SIM		NÃO			
	N	%	N	%		
Presente	11	15,7	59	84,3	70	0,1(NS)
Ausente	21	8,2	233	91,7	254	

* P: Nível descritivo do teste de associação pelo χ^2
**OR =13,26 ; $\chi^2 =39,9$

4.5 – Apenas um aspecto do conhecimento sobre DST

TABELA 26. Conhecimento das mulheres examinadas sobre a existência das DST

RESPOSTAS	Frequência	% (n=321)
AIDS	253	78.8
Só AIDS	193	60.1
Gonorréia	30	9.3
Só gonorréia	03	0.9
Gonorréia + AIDS	27	8.4
Sífilis	30	9.3
Só sífilis	0	0
Sífilis + AIDS	30	9.3
Verruga	14	4.3
Só verruga	02	0.6
Verruga + AIDS	12	3.7
AIDS + sífilis + gonorréia	06	1.8
AIDS + sífilis + verruga	02	0.6
AIDS + verruga + gonorréia	01	0.3
AIDS+ sífilis + gonorréia + verruga	03	0.9

A Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida – AIDS é a doença mais lembrada, estando presente em 78,8% das respostas (253/321), sendo citada de forma isolada por 60% das mulheres (tabela 26). A sífilis e a gonorréia são mencionadas por 9,3% da população estudada. Citam mais que duas DST, 3,7% das mulheres (12/321).

So resultado2

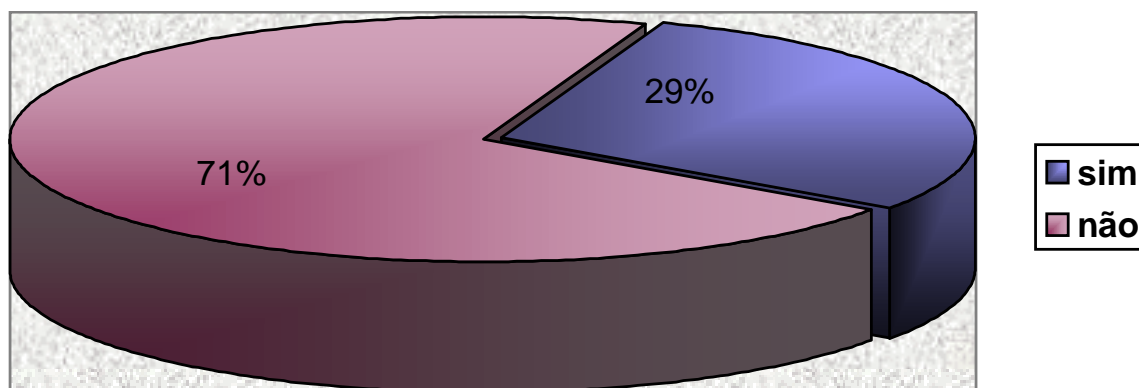
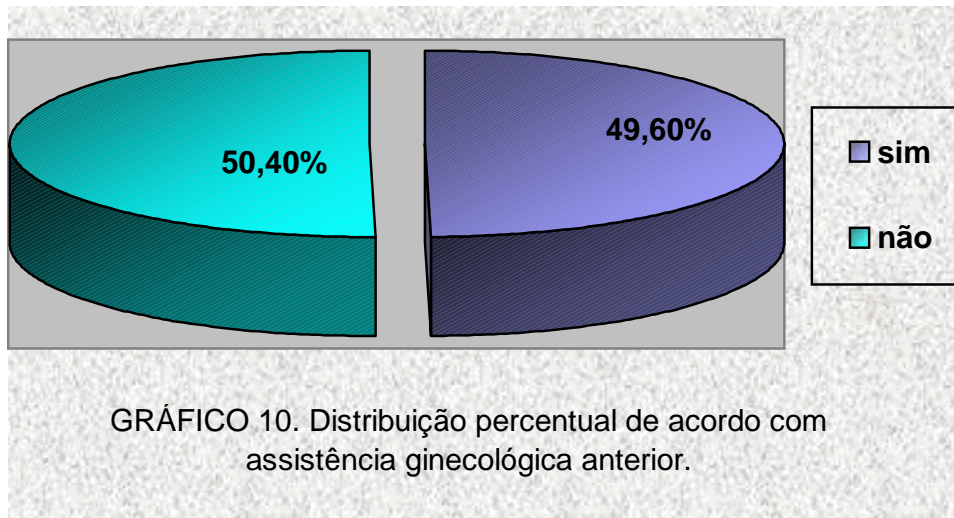


GRÁFICO 9. Distribuição de acordo com a presença de fossa séptica domiciliar.

4.1.2 –Aspectos gineco-obstétricos e da assistência médica

Das 340, 286 mulheres responderam sobre atendimento por ginecologista anteriormente àquele exame. Cento e quarenta e quatro mulheres afirmam que nunca havia sido examinada por um ginecologista ou realizado citologia oncótica cérvico-vaginal (50,34%; 144/286) (Gráfico10).



mulheres que responderam (n=339), 32,7% afirma ter apresentado entre 3 a 5 gestações e, 39,5%, 6 ou mais gestações (Gráfico11).

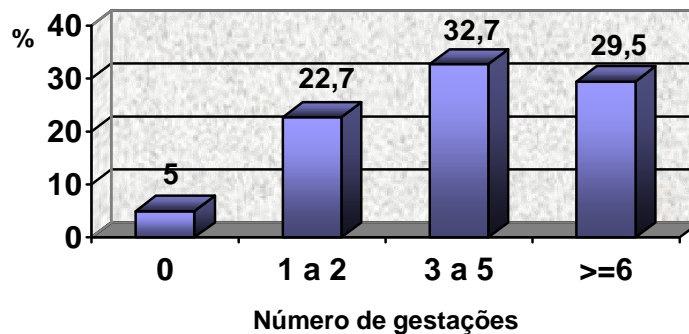


GRÁFICO 11. Distribuição percentual de acordo com o número de gestações referidas

Das 340 mulheres examinadas 41,7% (142) referem ter apresentado aborto no passado, sendo 27,0%(92/340) apenas 1, 13,2% (45/340), entre 2 e 5 e 1,4% (5/340), 6 ou mais abortamentos (Gráfico12) Não há como distinguir através dos dados dos prontuários, se o abortamento referido foi espontâneo ou provocado.

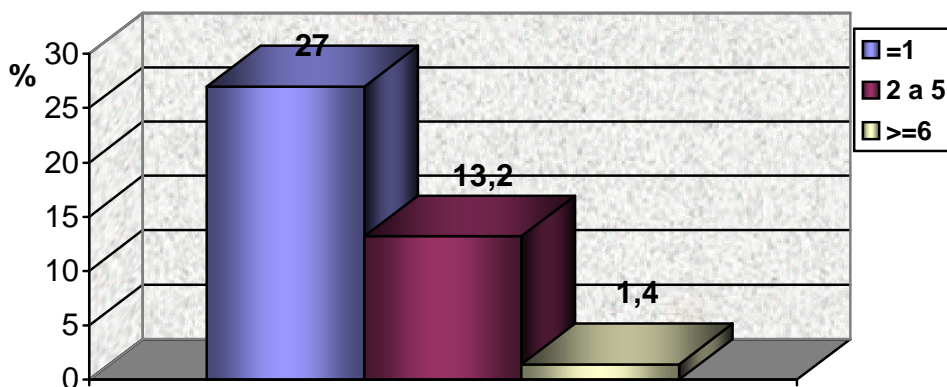


GRÁFICO 12. Distribuição de acordo com o número de abortamentos referidos

Em relação à idade durante a primeira relação sexual (coitarca) 50,3% (163/324) refere ter ocorrido em idade precoce (aos 16 anos ou antes) (Gráfico13). Este percentual aumenta para 77,5% nas mulheres com idade abaixo de 21 anos, sendo estatisticamente significativa ($p=0,001$) essa associação.

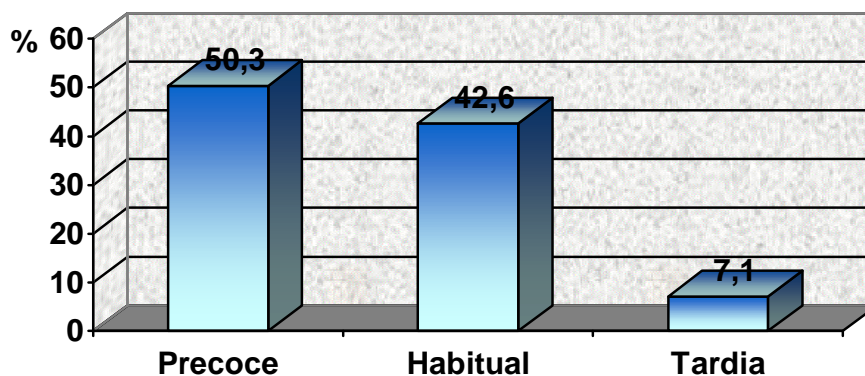


GRÁFICO 13. Distribuição de acordo com a idade durante a coitarca

O uso de métodos contraceptivos foi referido por 225 participantes sendo 64 o número de mulheres que afirmam fazer uso de contraceptivo oral (18,8% -

64/340), sendo este percentual diferente de acordo com o grupo de idade. Na faixa etária de 15 a 20 anos é de 38,0% e nas mulheres com idade igual ou superior a 21 anos é de 16,2%. Essa diferença é estatisticamente significativa ($p=0,001$).

TABELA 5. Distribuição de freqüência de sintomas referidos na anamnese

SINTOMA	N	%
DOR PÉLVICA	118	35.0
PRURIDO GENITAL	124	36.5
TUMORAÇÃO GENITAL	11	3.2
ÚLCERA/VESÍCULA	6	1.7
CORRIMENTO	190	55.8
SANG. PÓS-COITO	6	1.7

TABELA 6. Distribuição das alterações observadas ao exame ginecológico

Alteração clínico-colposcópica	N	% (n=340)
Dor ao toque vaginal	6	1,8*
Colpite	91	26,7
Tumoração (vulvar e perianal)	2	0.6
Úlcera/vesícula (vulvar e perianal)	2	0.6

*(n=321)

Considerando as queixas em evidência na tabela 05 como as mais frequentemente relacionadas à presença de alguma DST, observamos que 74,7% (254/340) apresentam pelo menos uma delas. As queixas com maior freqüência são CORRIMENTO VAGINAL (55,8%; 190/340), PRURIDO GENITAL (36,7%; 125/340). e DOR PÉLVICA (35.0%; 119/340).

Dor pélvica ao toque vaginal que sugira a presença de patologia uterina ou anexial, é encontrada em apenas 6 mulheres e dessas, 4 referiam dor durante a anamnese, mas não há associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ($p>0,05$).

A colpíte visível ao exame colposcópico (Tabela 06) é identificada em 26,7% (91/340) das mulheres, sendo 52 do tipo difusa, 11 focais e 22 atróficas (aqui duas são também difusas e mais duas são focais) Em 10 pacientes com colpíte não está especificado o tipo. Das 190 que se queixam de corrimento vaginal, a presença de colpíte (ao exame colposcópico) é constatada em 53 das mesmas perfazendo 28,0% de concordância. Trinta e oito (38) mulheres apresentam colpíte e não referem queixa de corrimento ($38/340 = 11,1\%$; 13 colpítes atróficas, 21colpítes difusas e 04 colpítes focais).

Só resultados

4.1 -Descrição das características epidemiológicas da população

4.1.1 -Dados sociodemográficos

O número de pacientes submetidas ao exame ginecológico é de 340, sendo a faixa etária de 21 e 49 anos a de maior frequência (256/340 -75,3%) como observado no gráfico 4. A média e a mediana de idade foi de 34,4 anos e 33 anos respectivamente, variando entre 15 e 70 anos, sendo 89,2% casadas ou com companheiro fixo (Gráfico 5). O percentual de solteiras entre as mulheres com idade de 15 a 20 anos é de 21,4% e entre aquelas com idade igual ou superior a 21 anos é de apenas 9%, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,01$)

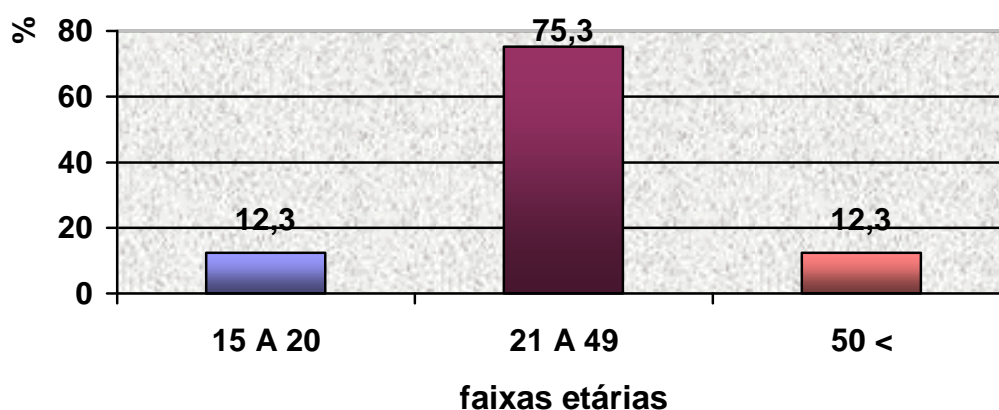


GRÁFICO 4. Distribuição percentual das mulheres examinadas de acordo com a faixa etária

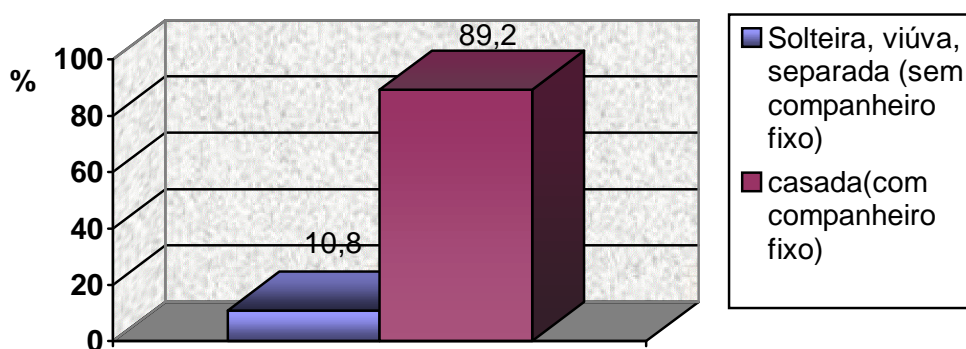


GRÁFICO 5. Distribuição percentual das mulheres examinadas de acordo com estado civil.

Das 340 mulheres submetidas ao exame ginecológico, 289 (84,75%) responderam o inquérito sócio-sanitário com variações do número de presença/ausência de resposta por questão. Neste, os dados obtidos sobre grau de escolaridade (Gráfico 6) revelam que a maioria, 59,74% (138 /231), era analfabeta ou escrevia apenas o nome e que 38,52% (89/231) não terminou o primeiro grau ou ensino fundamental.

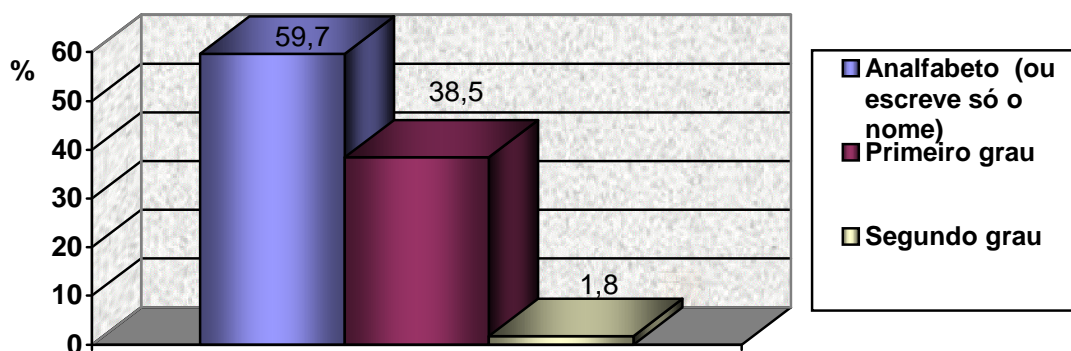


GRÁFICO 6. Distribuição percentual das mulheres examinadas de acordo com o grau de escolaridade.

Tendo como base o salário mínimo de 1997/98 de cento e vinte reais (R\$ 120,00) para averiguar a renda familiar, observamos através do gráfico 7. que 79.01% (177/224), apresentam renda familiar inferior a um (01) salário mínimo.

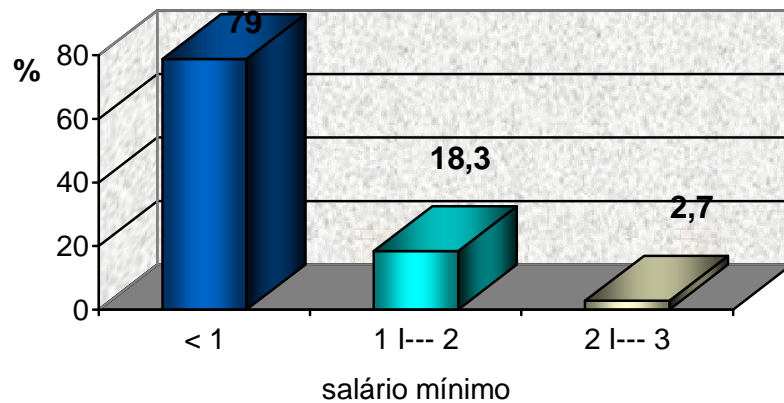


GRÁFICO 7. Distribuição percentual das mulheres examinadas de acordo com a renda familiar baseada no salário mínimo de 1997/98

Em relação às condições sanitárias existentes no interior da moradia, observamos no gráfico 8 que 70,5% (170/241) dispõem de água encanada dentro de casa e, no gráfico 9, que apenas 29,3% (83/283) habitam em casas com fossa.

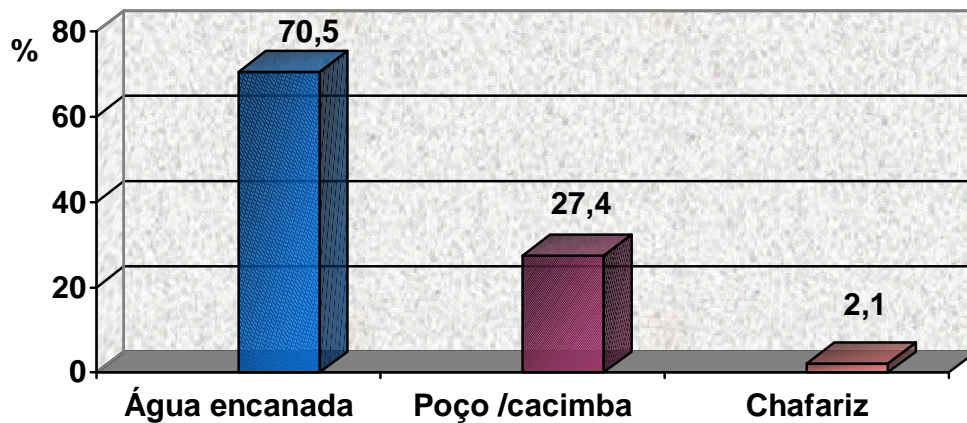


GRÁFICO 8. Distribuição percentual do tipo de abastecimento de água.

1.1 Histórico

As doenças venéreas, assim chamadas desde o século XVI, existem desde a antigüidade, o que foi expresso por Ricord na seguinte frase reproduzida por BELDA, em 1985: “Deus criou o céu, a terra e as doenças venéreas”. No entanto, ainda segundo aquele autor, embora tenham sido encaradas com temor, até a última guerra mundial eram vistas como um grupo secundário de doenças infecciosas representadas pela sífilis, gonorréia, cancro mole, linfogranuloma venéreo e donovanose. Para este fato concorreram a coexistência de outras enfermidades com superior poder dizimador de grandes contingentes e a lenta evolução científica do mundo juntamente com suas conseqüências nas práticas sanitárias, nos diversos países.

No século XIX, a medicina estava voltada para o espaço urbano, preocupada com a boa circulação do ar e da água para que não se tornassem perigos à saúde, pois a prática sanitária baseava-se em conhecimentos científicos que se fundamentava na teoria dos miasmas, segundo COSTA (1986).

A partir do início do século XX, o desenvolvimento da saúde Pública sofreu mudanças profundas, refletindo o saber médico-sanitário destacado então pelos saberes experimentais, fundamentados pela bacteriologia (COSTA, 1986). Como pode ser observado no quadro 1, as descobertas da ciência trouxeram, juntamente com o controle de outros agravos que dizimavam grandes populações, o conhecimento sobre a etiologia e o tratamento das principais *Doenças Venéreas* e, segundo CARRARA (1996), na passagem do século já se reconhecia uma pluralidade de doenças venéreas: a sífilis propriamente dita, a gonorréia e o cancro mole, que foram as primeiras a ser identificadas. Neisser já havia descoberto o agente da gonorréia em 1879 e Ducrey, o do cancro mole em 1890, e o misterioso vírus sífilítico foi identificado por Schaudinn em 1905, como uma

espiroqueta espiralada, o *Treponema pallidum*, selando definitivamente a separação entre as três doenças venéreas então conhecidas. Em 1906, inaugurando a moderna sorologia, o médico alemão Wassermann e sua equipe trouxeram ao público um teste através do qual se tornava possível detectar as alterações sangüíneas produzidas pelo *Treponema pallidum*. O linfogranuloma venéreo foi descrito em 1913 por Durand, Nicolas e Favre (SERRUYA & TROPE, 1985), sendo seu agente somente identificado em meados do século XX (CARRARA, 1996).

Podemos observar a evolução do conhecimento sobre DST, através do quadro 1 onde se verifica que pouco mais de um século se passou desde que o inglês Philip Ricord diferenciou a sífilis da gonorréia até o estabelecimento de seus tratamentos adequados com a descoberta da sulfa, em 1937, e a demonstração da eficácia da penicilina no tratamento da sífilis, em 1943.

Ao longo do século XX, várias outras doenças foram também identificadas, cuja transmissão também se dava por contato sexual, mas não essencialmente por esta via. Segundo BIER (1990), a cadeia infecciosa que outrora só excepcionalmente envolvia mucosas outras que não as genitais, passou a envolver, com freqüência, as mucosas orofaríngeas e anorretais, bem como o tegumento cutâneo, através de relacionamentos “não-ortodoxos”, não mais condenados por uma larga faixa da sociedade que postula o direito ao uso irrestrito do corpo como fonte de prazer. A consequência desta atitude, conforme aquele autor, foi um aumento considerável de doenças sexualmente transmissíveis extragenitais (gonorréia cutânea e faríngea, condiloma acuminado, proctite por clamídia etc), além da propagação, pela via orofecal, de doenças que seria impróprio catalogar como venéreas, tais como amebíase, infecções intestinais e urinárias por enterobactérias, hepatites A e B, vesículo-prostatite enterocócica etc. que vêm ampliando cada vez mais o quadro das doenças transmitidas por via sexual. Desta forma, segundo SERRUYA & TROPE, (1985) e BIER, (1990), visando também diminuir a estigmatização dos portadores destas

patologias, criou-se a necessidade de modificar o termo para o que hoje se denomina Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), que engloba um número maior de patologias.

QUADRO 1. Cronologia dos principais eventos científicos relacionados às DST

2637 a.C.	Ocorrem os primeiros relatos sobre corrimentos uretrais, no tempo do imperador chinês Huang Ti.
1530	Paracelso e Hunter (1767) consideraram gonorréia, sífilis e cancro mole como de origem comum.
1694	Richard Morton descreve a doença causada pelo Herpes simples genital, com o nome de Herpes Febril
1837	Philippe Ricord diferencia sífilis de gonorréia. Estabelece os três estágios da sífilis. Derrota o Unicismo.
1879	Albert Neisser identifica gonococcus como causador da gonorréia. Fournier afirma a etiologia sífilítica da paralisia geral progressiva.
1884	Credé (Alemanha) estabelece a gonorréia como causa da cegueira em recém-nascidos.
1890	Augusto Ducrey identifica o agente etiológico do cancro mole, o <i>Haemophilus ducreyi</i> .
1905	Schaudinn isola <i>Treponema palidum</i> . Donovan observa pela primeira vez a bactéria causadora da Donovanose, em esfregaço obtido de lesão granulomatosa da cavidade oral, de paciente que também apresentava lesões genitais.
1906	Wassermann desenvolve teste para diagnóstico de sífilis
1907	Roux e Metchnikoff desenvolvem a primeira pomada mercurial profilática para sífilis e gonorréia.
1909	Ehrlich e Hirata descobrem Salvarsan "606". Primeira medicação no tratamento da sífilis com derivado arsenical orgânico.
1912	Aragão classifica o microrganismo da Donovanose como <i>Calymmatobacterium granulomatis</i> .
1913	Durand, Nicolas e Favre descrevem o linfogranuloma venéreo, afastando a etiologia tuberculosa e identificando a origem venérea.
1928	O inglês Alexandre Fleming descobre o poder bactericida do <i>penicillium notatum</i> .
1937	O desenvolvimento dos derivados da sulfa se mostram eficazes no tratamento da gonorréia e do cancro mole
1938	Equipe de Oxford desenvolve a penicilina.

1941	Reconhecida a infecção por Herpes Simples Genital como uma virose, quando ficou definida a presença do vírus na infecção primária e recorrência.
1943	Jonh Mahoney do US Public Service demonstra eficácia da penicilina no tratamento da sífilis.
1964	Thayer e Martin obtêm um meio de cultura seletivo para <i>N. gonorrhoeae</i> , o VCM.
1968	Realizada a caracterização das duas espécies de <i>Clamydia</i> por Page.

Fonte: Elaboração própria a partir de PASSOS(1985), SERRUYA & TROPE(1987), CARRARA (1996), ROQUAYROL et al (1999).

Como mencionado anteriormente, o número de micróbios patogênicos identificados como causadores das DST cresceu bastante durante o século XX, tendo em vista, além dos fatores referidos acima, o uso de métodos diagnósticos mais apurados e estudos de epidemiologia clínica. O quadro a seguir, extraído de DALLABETTA et al (1996) nos dá o panorama atual das DST, suas síndromes e seus agentes primários.

QUADRO 2. Síndromes comuns nas DST e seus agentes etiológicos.

SÍNDROMES	AGENTES PRIMÁRIOS
Uretrite: homens	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Clamydia trachomatis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , HSV.
Epididimite	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Clamydia trachomatis</i> .
Vulvovaginites	<i>Candida albicans</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i>
Vaginose Bacteriana (VB)	Bactéria associada à VB
Doença inflamatória pélvica aguda	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Clamydia trachomatis</i> , bactéria associada à VB
Lesões ulcerativas genitais	HSV-2, HSV-1, <i>Treponema pallidum</i> , <i>Haemophilus ducreyi</i> , <i>Clamydia trachomatis</i> , <i>Calymmatobacterium granulomatis</i> .
Verrugas genitais a anais	Papilomavirus humano (tipos genitais)
AIDS	HIV-1, HIV02; e agentes oportunistas.
Hepatites virais	HBV (vírus da hepatite B)
Paraparesia espástica tropical	HTLV-1
Sarna	<i>Sarcoptes scabiei</i>
Ftíriase	<i>Phthirus pubis</i>
Neoplasias Carcinoma espinocelular cervical, de ânus, vulva, vagina ou pênis.	Papilomavirus humano (especialmente tipos 16, 18, 31, 45).

<i>Sarcoma de Kaposi.</i> Neoplasia linfóide Carcinoma hepatocelular	Vírus do Herpes humano . HIV, EBV, HTLV-1. HBV
--	--

Abreviações: HBV (vírus da hepatite B); HSV: vírus do Herpes simplex; EBV: vírus de Epstein-Barr.

Reportando-se apenas a algumas dessas DST, admitidas como curáveis, SCHRYVER & MEHEUS (1993) afirma que no Reino Unido e nos Estados Unidos houve um grande pico de incidência de sífilis primária e secundária durante a segunda guerra mundial, com queda a um nível baixo no fim da década de 50, seguindo-se um novo aumento nos anos 60 e 70, acompanhado de uma queda consistente nos fins da década de 70. Nos Estados Unidos, ainda segundo esses autores observou-se um aumento oscilante entre 1985 e 1989. Este aumento, prosseguem, foi atribuído a além dos fatores mencionados por outros autores como SERRUYA & TROPE (1985) e BIER, (1990), ao amplo emprego de espectinomicina em lugar da penicilina no tratamento da gonorréia e ao desvio de recursos do controle da sífilis para o controle da AIDS. Em outros países industrializados a sífilis declinou em sua totalidade desde 1982, sendo observado recentemente um aumento em homens e mulheres de comportamento heterossexual (SCHRYVER & MEHEUS, 1993). Nos países em desenvolvimento, segundo esses autores, a sífilis é ainda muito prevalente, havendo risco considerável de sífilis congênita em muitas áreas. Este dado é corroborado por GERBASE et al (1998), que estimou em 12 milhões o número de casos de sífilis no ano de 1995, estando a maioria dos casos localizados nos países em desenvolvimento.

A incidência da gonorréia, segundo SCHRYVER & MEHEUS (1993), seguiu uma trajetória semelhante a da sífilis no Reino Unido e nos Estados Unidos, com um declínio após a segunda guerra e uma elevação entre 1962 e 1975, seguida de um declínio após aquele ano, que para aquele autor, se deveu à mudança de comportamento relacionado ao medo da AIDS. Ainda assim, GERBASE et al, (1998) estimou em 1995, a ocorrência de 62 milhões de casos de gonorréia.

A infecção por *Chlamydia trachomatis* tem-se elevado continuamente no Reino Unido e nos EUA, tendo ultrapassado o número de uretrites gonocócicas (SCHRYVER & MEHEUS (1993). Nos países em desenvolvimento as prevalências variam de 1,3% na zona rural da África do Sul a 4,5% em Fiji (SCHRYVER & MEHEUS (1993). GERBASE et al (1998), no ano de 1995, estimou em 89 milhões o número de casos de infecção clamídica. Complementando a estimativa das DST curáveis, segundo GERBASE et al (1998), foi em torno de 170 milhões a incidência de tricomoníase em todo o mundo.

O quadro 3, a seguir evidencia a prevalência estimada em 1995 em adultos entre 15 e 49 anos de idade por 100.000 habitantes. Podemos observar a maior estimativa de casos na América Latina e Caribe, além da África sub- Saariana, Ásia do Sul e Sudoeste

QUADRO 3. Prevalência estimada de DST em 1995 em adultos entre 15 e 49 anos por 100.000 hab.

	Sífilis		Gonorréia		Infec. clamídica		Tricomoníase	
	H	M	H	M	H	M	H	M
América do Norte	0.05	0.05	0.1	0.4	0.8	2.7	0.5	5.5
Europa ocidental	0.05	0.05	0.07	0.2	0.8	2.7	0.5	5.5
Austrália	0.05	0.05	0.1	0.4	0.8	2.7	0.5	5.5
América Latina e Caribenha	0.6	0.7	0.6	1.1	2.5	4.0	0.8	8.1
África sub-Saariana	3.1	3.9	2.0	2.8	4.8	7.1	1.4	14.1
África do Norte e Meio-Oeste	0.4	0.5	0.2	0.4	1.2	1.7	0.3	3.3
Europa Oriental e Ásia Central	0.08	0.08	0.3	0.5	1.7	3.7	0.7	7.4

Ásia do Leste e Pacífico	0.08	0.1	0.1	0.1	0.4	0.7	0.1	1.4
Ásia do Sul e do Sudoeste	1.4	1.8	1.0	1.4	3.7	4.9	1.0	9.7

Fonte: GERBASE et al (1998)

1.2 O Brasil e as DST

Do ponto de vista da saúde pública consideramos também importante observar de que forma o Brasil enfrentou o problema das DST. A história das ações de saúde do Brasil, voltadas para o problema das chamadas *doenças venéreas* (DV), hoje incluídas no rol das chamadas *Doenças Sexualmente Transmissíveis* acompanha o desenvolvimento científico do país e do mundo relatado anteriormente.

A situação de saúde da população brasileira, até fins do século XIX, se caracterizou pelo predomínio das chamadas doenças pestilenciais, principalmente varíola e febre amarela, sendo a mortalidade por estas doenças e pela tuberculose extremamente elevada no Rio de Janeiro (COSTA, 1985; BRAGA & PAULA, 1986). De forma também muito freqüente, mas sem despertar igual interesse nas autoridades de saúde, assolavam as doenças venéreas na população, não sendo no século XIX portanto, consideradas como um problema de saúde pública, e sim como apenas um problema de ordem moral a ser resolvido (CARRARA, 1996).

Nos finais do século XIX, de acordo com CARRARA (1996), para o problema venéreo no Brasil, como solução mais eficiente, era apontada a introdução de um regulamento sanitário para a prostituição, a exemplo do que já ocorria na França desde o começo daquele século. De acordo com aquela regulamentação sanitária, a polícia devia manter um cadastro de todas as mulheres prostitutas das cidades, obrigando-as a restringirem sua atividade a certos bairros e sempre em "casas de tolerância". No entanto, como acontecia na Europa, a preocupação era, sobretudo com a moralidade pública e

secundariamente com a saúde pública (CARRARA, 1996). Tais medidas regulamentaristas, no entanto, não tiveram grande aplicação no Brasil, pois D Pedro II era contra a regulamentação do meretrício, o que dificultava a instalação de qualquer medida desta natureza no Brasil.

De acordo com CARRARA (1996), com o fim do Império e o surgimento da República também as discussões sobre as doenças venéreas voltaram à tona com conseqüente regulamentação, com inscrição policial das meretrizes, que eram então forçadas a fazerem exames periódicos e a serem hospitalizadas quando estivessem contaminadas.

Tais idéias regulamentaristas foram alvo de amplas discussões no meio médico, pois alguns declaravam a regulamentação da prostituição *imoral*, pois legitimava o vício, *unilateral*, pois só atingia a mulher e, *ilusória*, porque o indivíduo confiava na garantia que lhe dava o Estado e não se resguardava da contaminação (CARRARA, 1996).

A cronologia dos principais eventos que refletem a preocupação no meio acadêmico e a dos eventos relacionados à adoção de medidas de controle pelas autoridades brasileiras, está indicada no quadro 4.

QUADRO 4 Principais eventos de importância para o controle das DST no Brasil

1882	Surgem as primeiras Cátedras de sifilografia no Brasil (Rio e Salvador)
1890	Na Academia Nacional de Medicina no Rio, realiza-se a primeira grande discussão sobre profilaxia da sífilis.

1901	Surge a Sociedade Brasileira de Profilaxia Sanitária e Moral (Rio).
1902	Na Academia Nacional de Medicina, ocorre a Segunda discussão sobre a profilaxia da sífilis.
1906	Surge a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária (São Paulo)
1912	Surge a Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia.
1913	Na Academia Nacional de Medicina, ocorre a terceira discussão sobre a profilaxia da sífilis e doenças venéreas.
1918	Realiza-se primeiro Congresso Sul-American de Demato-Sifilografia (Rio)
1919	Funda-se em São Paulo a Liga de Combate à Sífilis.
1921	Surge a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (DNSP-Brasil)
1923	Funda-se no Rio a Fundação Gaffrée-Guinle, destinada a assistência e estudos das doenças venéreas.
1933	Funda-se no Rio o Círculo brasileiro de Educação Sexual.
1934	A Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas é extinta no Brasil. Cria-se o Ministério da Educação e Saúde Pública
1940	Realiza-se a primeira Conferência nacional de Defesa contra a Sífilis (Rio) Código Penal Brasileiro incorpora o delito de contágio venéreo.
1953	Criado o Ministério da Saúde desdobrado do Ministério da Educação e Saúde
1969	Organizado um sistema de notificação semanal de doenças, baseado na rede de unidades permanentes de saúde e sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde.
1975	Por recomendação da 5 ^a Conferência Nacional de Saúde, foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica- SNVE.
1982	Identificados os primeiros casos de Aids no Brasil
1985	Criado o Programa de Controle da Aids
1987	Criada a Comissão Nacional de Aids
1988	Criado o Programa Nacional de DST e Aids

QUADRO 4 (continuação)

1994	Efetivado Acordo de Empréstimo no Banco Mundial para combate a epidemia de Aids.
1995	Infecção por Gardnerella, candidíase e tricomoníase passaram a ser notificadas através do SINAN.
1996	Implementação de medidas alternativas de vigilância epidemiológica para DST/Aids. I Congresso da Sociedade Brasileira de DST - DST <i>in</i> RIO I I Congresso Panamericano de DST e AIDS (Porto Alegre, RS - outubro)
1997	I- Congresso Brasileiro de Prevenção em DST-AIDS (Salvador, BA) Tema: Adolescência
1998	II Congresso da Sociedade Brasileira de DST - DST <i>in</i> RIO II II- Congresso Brasileiro de Prevenção em DST-AIDS (Brasília, DF) Tema: Controle da epidemia na população de mulheres.
1999	III- Congresso Brasileiro de Prevenção em DST-AIDS- (Rio de Janeiro, RJ) Tema: Prevenção da DST/Aids na população em situação de pobreza.
2000	III Congresso da Sociedade Brasileira de DST- DST 3 <i>in</i> Fortaleza

Elaboração própria a partir de Braga & Paula (1988), Carrara (1996), Brasil (1998c), Passos (2000b).

Podemos verificar, por aquele quadro que apesar do significativo interesse da comunidade acadêmica brasileira pelas DV desde o século XIX, que culminou com a criação das primeiras cátedras de Sifilografia nas Faculdades de Medicina do país (Salvador e Rio de Janeiro) em 1882, as primeiras ações governamentais, destinadas ao controle das DV, somente surgiram a partir da década de 20 do século seguinte.

A descoberta das sulfas, no final da década de 30, e da penicilina, na década de 40 com seu largo uso a partir de 1946, fez com que o tratamento dessas patologias fosse acessível à maioria dos portadores que poderiam assim, fazer o tratamento em regime ambulatorial e com eficácia terapêutica. Iniciou desta forma, o fim da época em que essas doenças eram motivo, entre várias

ações, de criação de cátedras nas faculdades de medicina, da especialidade médica - a SIFILIGRAFIA - , de promoção de congressos internacionais, de propostas de leis moralizadoras , de dispensários para os indivíduos enfermos, de laboratórios específicos para sorologia da sífilis e fabricação de camisinhas (CARRARA, 1996). O tratamento fácil com o uso de tais medicamentos fez com que a freqüência dessas doenças, no século atual, durante a década de 40 e 50 fosse bastante reduzida, a ponto de a sífilis , de acordo com CARRARA (1996), passar a ser vista então, como uma *vedete em decadência*. No entanto, Passos, em 1985 afirmou que no final da década de cinqüenta o que houve foi uma ilusão quanto ao desaparecimento das DST e que possivelmente este fato resultou em perda de motivação para os estudos, o que por sua vez, ocasionou um despreparo das novas gerações médicas e um afrouxamento das medidas sanitárias de controle, o que fez, segundo ROUQUAYROL et al (1999), com que as taxas que até 1960 vinham em declínio, passassem a apresentar um crescimento contínuo e uniforme.

De acordo com SERRUYA & TROPE (1985) e PASSOS & FONSECA (1990), entre os fatores que contribuíram para este fenômeno, figuraram a utilização de métodos contraceptivos, como a pílula, que permitiu o incremento da atividade sexual sem pagar o tributo de uma gravidez indesejada; a promiscuidade sexual, o homossexualismo, a falta de educação sexual, o uso indiscriminado de antibióticos como automedicação, o fracasso das autoridades de saúde em resolver problemas relacionados à precária notificação dos casos, o deficiente controle epidemiológico e a não-detecção de casos assintomáticos. PASSOS (1985) acrescenta ainda a facilidade imposta pelos meios de comunicação e de transportes, o fenômeno da formação das metrópoles e megalópoles e o amplo uso de tóxicos, como fatores importantes para tais mudanças do ponto de vista quantitativo e qualitativo relacionados às DST.

Percebe-se, portanto ainda através do quadro 4, que durante um período de cerca de 3 décadas, dos anos 50 aos anos 80, as doenças sexualmente

transmissíveis ainda não passaram a figurar novamente como uma prioridade em saúde pública no Brasil, e somente a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS) na década de 80 (VERONESI & FOCACCIA, 1997), fez ressurgir toda uma inquietação científico-médico-sanitária e social como havia no passado com as então chamadas Doenças Venéreas. A ênfase, no entanto, havia sido dada ao controle da AIDS sendo mais recente a preocupação com as demais DST, tendo em vista a descoberta também recente do papel facilitador de infecção pelo HIV que apresentam. Desta forma, por poderem aumentar a chance da pessoa adquirir o HIV (PLUMER et al, 1991; GUIMARÃES et al, 1995; GUIMARÃES et al, 1997; COOHEN,1998), mas também pelo reconhecimento de suas próprias e graves conseqüências, novamente as DST adquiriram importância no cenário da Saúde Pública Brasileira sendo, então, incorporada ao programa de controle da Aids, em 1988 (BRASIL 1998 c).

Existe consenso que a disponibilidade de dados e informações é fundamental para a tomada de decisões pelos gestores nas diferentes instâncias dos serviços de saúde pública, visando o planejamento e programação dos mesmos. Desta forma então, o Brasil se preocupou em obter dados nacionais sobre a incidência e a prevalência dessas DST organizando, em 1969 um sistema de notificação semanal de doenças, baseado na rede de unidades permanentes de saúde e sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde. As informações de interesse desse sistema passaram a ser divulgadas regularmente pelo Ministério da Saúde, através de um Boletim Epidemiológico de circulação quinzenal (BRASIL, 1998a). Em 1975, por recomendação da 5ª Conferência Nacional de Saúde, foi instituído o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica-SNVE. Este sistema, formalizado através da lei 6259, do mesmo ano e decreto 78.231, que a regulamentou em 1976, incorporou o conjunto de doenças transmissíveis, então consideradas de maior relevância sanitária para o país.(BRASIL, 1998d).

No entanto, no que diz respeito às DST, ainda pouco se fazia em termos de vigilância epidemiológica como pode se ver em PASSOS (1985) segundo o qual *“... o INAMPS por meio da maioria de seus postos de Assistência Médica continua atendendo indivíduos com D.S.T., não os notificando e nem se preocupando com a investigação epidemiológica”*.

Atualmente, pela Portaria 1.461, do Ministério da Saúde, de 23 de dezembro de 1999, apenas a AIDS e a sífilis congênita são DST de notificação compulsória (BRASIL, 1998b), podendo as demais doenças, dependendo das políticas de saúde locais, também ser notificadas às Secretarias de Saúde por meio do Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação - SINAN. Assim, o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis, PNDST/AIDS, devido a esta inadequação do sistema atual de vigilância epidemiológica das DST (baseado na coleta “universal” de dados), começou a implementar, desde 1996, alternativas como: a) a vigilância aprimorada das DST em locais selecionados; b) a vigilância sentinela do HIV/sífilis (em maternidades e serviços de pré-natal); c) a vigilância universal da sífilis congênita; e d) estudos de prevalência de DST em populações específicas (BRASIL, 1996).

A vigilância aprimorada das DST em locais selecionados apresentava como objetivos, determinar a incidência de uretrite em homens e de úlceras genitais em ambos os sexos de populações de serviços selecionados e determinar a prevalência de cervicite por gonococo e clamídia em mulheres sintomáticas de serviços selecionados. sendo previsto o início de sua operação para o segundo trimestre de 1996 (BRASIL, 1996). De acordo com a Coordenação Nacional de DST/AIDS (informação transmitida em palestra proferida no Congresso DST 3 *In* Fortaleza em setembro de 2000), por questões operacionais este tipo de vigilância não progrediu.

A vigilância sentinela do HIV/sífilis (em maternidades e serviços de pré-natal) determinará segundo o Boletim de DST/AIDS (BRASIL, 1996) a

prevalência de HIV/sífilis a intervalos regulares em populações atendidas em locais sentinelas selecionados.

A **vigilância universal da sífilis congênita**, cuja notificação é compulsória, tem como objetivo monitorar as tendências temporais na incidência da sífilis congênita e descrever os fatores determinantes entre os casos detectados (BRASIL, 1996).

Os **estudos de prevalência de DST em populações específicas** são projetos de pesquisa que poderão ser realizados de acordo com as necessidades do programa. (BRASIL, 1996).

Os dados nacionais apontam para a existência ainda de um grande número de pessoas que são acometidas por uma das DST. A tabela 1 evidencia o número de casos notificados por macrorregião brasileira durante os anos 1987 a 1996, ficando clara a posição do Nordeste, como a segunda região em número de notificações, com superior número de casos de sífilis adquirida e gonorréia.

TABELA 1. Casos Notificados de Doenças Sexualmente Transmissíveis segundo diagnóstico específico e local de residência (Macrorregião) - Brasil. 1987-1996

DST	MACRORREGIÃO				
	NORTE	NORDESTE	CENTRO-OESTE	SUDESTE	SUL
Sífilis congênita	313	980	1395	1094	237
Sífilis adquirida	19262	43104	30086	10036	31961
Gonorréia	26960	29239	24707	8026	43314
Oftalmia gonocócica	256	928	30	1	0
Cancro mole	1113	1342	1831	1699	2627
Linfogranuloma venéreo	1390	1297	629	200	1256
Uretrite não gonocócica	10111	10592	13298	6501	94899
Condiloma acuminado	11291	11002	12282	4453	14105
Donovanose	170	51	198	0	593
Total	70869	98535	84456	32010	188992

Fonte: BRASIL (1996)

Na tabela 2 podemos observar que a cada ano, tem sido crescente o número de casos de sífilis congênita notificados . No entanto, tal fenômeno pode sofrer variações tendo em vista a qualidade dos serviços no que diz respeito às notificações dos agravos.

TABELA 2. Notificações de casos(*) de sífilis congênita por UF de notificação. Brasil- 1995, 1996, 1997 e 1998(até junho). Ministério da Saúde – SPS-Coordenação de DST e AIDS

Macrorregião	Ano			
	1995	1996	1997	1998
Norte	1	6	64	2
Nordeste	26	114	441	72
Sudeste	454	821	615	26
Sul	4	25	19	0
Centro-Oeste	85	174	162	45
Total	570	1140	1301	145

Fonte: (BRASIL, 1998)

(*) Esta tabela contém apenas os casos de sífilis congênita comprovados por meio de investigação epidemiológica com dados enviados pelo SINAN (BRASIL, 1998c)

Com a implantação do Sistema de Vigilância Aprimorada das DST, pudemos com maior fidedignidade obter os dados de freqüência das DST nos locais de atendimento à população, como se verifica na tabela 3. Chama a atenção o percentual significativo de casos de infecção por HPV, tricomoníase, vaginose, uretrite gonocócica, sífilis primária e herpes genital. No entanto, em conformidade com o referido no Boletim Epidemiológico (BRASIL, 1996), por se tratar de demanda hospitalar, tais dados não revelam uma prevalência de DST na população geral.

De acordo com o documento “ Melhorando Medidas de Incidência e de Prevalência de DST nas Américas”, (LEVINE, apud BRASIL,1996) existem enfermidades/síndromes que servem como indicadores de incidência e outras de prevalência. Enquanto a medida de incidência de DST se focaliza amplamente nas doenças que ocorrem em homens, a medida de prevalência de DST focaliza principalmente as DST que ocorrem em mulheres. Isto, porque os homens têm doenças mais agudas e sintomáticas (ex.: uretrite e úlcera genital), e as mulheres

têm doenças mais persistentes e assintomáticas (ex.: infecção endocervical por gonococo e clamídia) (BRASIL, 1996). Segundo o documento citado acima, a qualidade das síndromes ou das DST específicas como indicadores de prevalência, modifica-se também com o tipo de população em estudo (população sintomática que procura assistência e população examinada sem relação com os sintomas).

TABELA 3. Casos de DST notificados pelo SIVA (sistema de vigilância aprimorada) em maiores de 12 anos por ano de notificação, em 23 locais de notificação. Brasil. Março/97 a Junho/ 98

Ano de notificação DST(etiológico)	1997		1998	
	N	%	N	%
Sífilis primária	192	6	104	6,4
Cancro mole	66	2	43	2,7
Uretrite gonocócica	254	8	155	9,6
Uretrite por clamídia	42	1,3	36	2,2
Cervicite gonocócica	57	1,7	37	2,3
Cervicite por clamídia	39	1,2	13	0,8
Infecção por HPV	754	23,4	351	21,8
Tricomoníase	333	10,3	163	10,1
Vaginose	1006	31,3	467	29
Herpes genital	184	5,7	98	6,1
Donovanose	9	0,3	10	0,6
Linfogranuloma	6	0,2	9	0,6
Outras formas de sífilis	278	8,6	127	8
total	3211	100	1613	100

Fonte: UVAD/CN-DST/AIDS/SPS/MS (BRASIL, 1998).

Finalmente, chamamos a atenção para o percentual superior de casos notificados de DST em mulheres, ultrapassando os casos notificados em homens, como pode ser visto na tabela 4. Fazemos a ressalva que tal fenômeno pode ter ocorrido devido ao fato de que, a partir de 1995, a infecção por Gardnerella, a candidíase e a tricomoníase passaram a fazer parte das doenças notificáveis pelo SINAN, como dito anteriormente, além do fato de as mulheres, por razões anatômicas e hormonais, serem mais predispostas a adquirir alguma DST (ANDERSON, 1995).

TABELA 4. Distribuição dos casos de DST notificados pelo SIVA por sexo e ano de notificação em maiores de 12 anos. Brasil. Março/97 a junho/98

Ano de notificação	1997	1998
--------------------	------	------

Sexo	N	%	N	%
Masculino	1484	35,8	971	44,4
Feminino	2652	64	1216	55,6
Ignorado	7	0,2	1	0
Total	4143	100	2188	100

Fonte UVAD/CN-DST/AIDS/SPS/MS (BRASIL, 1998)

Para melhor obter informações sobre as DST no Brasil, algumas pesquisas foram realizadas, ora com razões clínico-terapêuticas nas quais os dados epidemiológicos foram secundariamente obtidos e revelados, ora com a intenção primordial de obter a prevalência ou incidência das DST em grupos populacionais específicos. Estes trabalhos apresentam diversidade no método, na população de estudo e no foco de interesse, como se verifica no quadro 5.

Observamos que apenas alguns poucos daqueles trabalhos, por terem sido realizados em população sem relação aos sintomas e sim com uma demanda hospitalar, não constitui uma boa medida de prevalência. Ressaltamos como trabalhos eminentemente epidemiológicos e com desenhos de estudo adequados, os trabalhos publicados por ANDRADE et al (1989) que consiste em um inquérito sorológico de sífilis em população presidiária masculina; o trabalho de SANTOS,SILVA e PEREIRA (1995) que constituiu um inquérito sorológico para HSV2 em doadores de sangue e prostitutas portadoras do HIV; a publicação de BRITO et al (1996) cuja pesquisa realizou-se população indígena no Pará; o trabalho de LOWDES (1996) que pesquisou a presença de *C. trachomatis* em uretra masculina durante um recrutamento militar; o estudo desenvolvido por LOPES (1999) em população feminina presidiária para detecção de HPV sífilis e HIV, e o trabalho de MIRANDA et al (1999) que apesar de ter sido de uma demanda hospitalar, visava indistintamente fazer sorologia para HbsAg em pacientes com e sem sintomas de hepatite tipo B

QUADRO 5. Trabalhos publicados no Brasil, que apresentam dados epidemiológicos sobre as DST (excluindo a Aids), a partir da década de 80.

ANO	TIPO DE TRABALHO	BASE POPULACIONAL	amostra.	SEXO	FOCO DE INTERESSE	FONTE
-----	------------------	-------------------	----------	------	-------------------	-------

1981	Clínico	Demanda hospitalar	96	F	Vaginites	Farah, Carlos A et all (1981)
1983	Clínico-epidemiológico	Demanda hospitalar	4476	M F	Multietiológica	Siqueira, Luíz F.de G et al. (1983)
1983	Clínico-epidemiológico (inq. Sororológico)	Demanda hospitalar	178	M F	Sífilis	Siqueira, Luíz F. de G.; et al. (1983)
1985	Clínico-epidemiológico	Demanda hospitalar	1787	F	Vaginites	Lira Neto, José B. (1985)
1986	Clínico (valor do diagnóstico citológico)	Demanda hospitalar	97	F	Vaginites	Guerreiro, Hygia M. N.; et al. (1986).
1986	Levantamento clínico-epidemiológico	Demanda hospitalar	942	F	Vaginites	Andrade, Ana Lúcia S. S. ; Parada, Josetti C.B.(1986)
1987	Levantamento epidemiológico	Base hospitalar com demanda específica - policiais militares	178	M	Multietiológica	Pizzol, José L. (1987)
1988	Levantamento epidemiológico (série histórica)	Demanda hospitalar	13.140	M F	Multietiológica	Vilar, Maria L. L.; et al. (1988)
1988	Epidemiológico (inquérito sorológico)	Demanda hospitalar	21904	M F	Sífilis	Tavares Neto, J.: Ataíde, Mure; Mello, Luane e Morais, César (1988)
1989	Epidemiológico (inquérito sorológico)	Pop. Presidiária	299	M	Sífilis	Andrade, Ana Lúcia S. S. et al. (1989)
1990	Clínico (método diagnóstico)	Demanda hospitalar	74	F	Vaginites	Raddi, Maria S. Get al. (1990)
1990	Epidemiológico (série histórica)	Dados de Notificação	17.000 5.900	M F	Multietiológica	Passos, Mauro R. L. & Fonseca, Cristiane G. (1990)
1991	Epidemiológico (caso-contrle)	Demanda hospitalar	621 114	F	HPV	Dores, Gerson B.; et al. (1991)
1992	Clínico (valor de testes laboratoriais)	Demanda hospitalar	30	F	Vaginoses	Castro Sobrinho, Juçara M.& Alves, Eduardo B. (1992)

QUADRO 5.(continuação)

1992	Clínico-epidemiológico	Demanda hospitalar	10	M F	HPV	Mello, Wyller A.; et al. (1992)
1992	Clínico-laboratorial	Demanda hospitalar	100.00 0	F	Vaginose	Raso, Pedro & Tafuri, Wagner L (1992)
1994	Clínico-	Demanda	70	M	HPV	Jacyntho, Cláudia; Gutemberg filho,

	epidemiológico	hospitalar				Almeida; Maldonado, Paula.(1994).
1994	Epidemiológico	Demanda hospitalar	110	F	<i>C. trachomatis</i> <i>N. gonorrhoea</i>	Passos, Eduardo P. et al. (1994)
1995	Epidemiológico (inquérito sorológico)	Doadores de sangue e prostitutas e HIV+	155 20 80	M F	HSV- 2	Santos, Omar L.da R.; Silva, Ângela G. da; Pereira Jr., Antônio C. (1995)
1995	Clínico-epidemiológico	Demanda hospitalar (gestantes)		F	<i>C. trachomatis</i>	Amaral, M.G.; et al.(1995)
1995	Clínico	Demanda hospitalar	35	F	Vaginoses	Linhares, I. M.; et al.(1995)
1996	Epidemiológico (estudo transversal)	Base populacional específica (índias)	69	F	Vaginites	Brito,E.B.; et al. (1996).
1996	Epidemiológico	Demanda hospitalar	300 parturientes	F	Sífilis	Alves M.T.;Alves, A. N.; Tonial S.R. (1996)
1996	Epidemiológico	Demanda hospitalar	120 casos	M F	Multietiológica	Notaroberto, P.C. et al (1996)
1996	Epidemiológico	Recrutamento Militar	332	M	Chlamydia trachomatis	Lowndes, C.M.; et al (1996)
1996	Clínico-epidemiológico	Demanda hospitalar	227	F	Patologia vulvar	Dias, E.P. & Boa Hora, S.N. (1996)
1996	Epidemiológico	Demanda hospitalar (adolescentes)	111	F	multietiolgia	Carvalho, A.V.V. et al (1996)
1996	Clínico-epidemiológico	Demanda hospitalar	230	F	HPV	Cavalcanti, Sílvia M.B. et al. (1996)
1996	Clinico-epidemiológico	Demanda hospitalar (gestantes)	328	F	Vaginites	Simões, José ^a et al (1996)
1996	Clinico-epidemiológico	Demanda hospitalar	345	M	Multietiológica	Pinto, Jackson M.; Guimarães, Marck D. C.; Furtado, Tancredo A. (1996)
1997	Clinico-epidemiológico	Demanda hospitalar (crianças)	22	M F	Multietiológica	Figueiredo, Paula A. L. et al (1997)
1998	Epidemiológico	Demanda hospitalar (gestantes)	34	F	Colpites bacterianas, candidíase, tricomoníase	Passos, M. R. L. et ali (1998)

QUADRO 5 (continuação)

1999	Epidemiológico (inquérito sorológico)	Pop. penitenciária	316	F	HIV, HPV, Sífilis	Lopes, Fernanda (1999)
1999	Epidemiológico (Estudo transversal)	trabalhadoras do sexo (demanda hospitalar)	102	F	Gardnerella Trichomonas HIV	Andrade, Marta C. et al H.(1999)
1999	Epidemiológico (inquérito sorológico)	Demanda hospitalar (com e sem sintomas)	410	F	Hepatite B	Miranda, E. et al (1999)
1999	Trabalho Qualitativo completando uma pesquisa epidemiológica	Demanda hospitalar (gestantes e não gestantes)	151 X 716	F	C. trachomatis	Giffin, Karen e Lowndes, Catherine M. (1999)

Fonte: Elaboração própria a partir de pesquisa bibliográfica Medline.

Além dos trabalhos anteriores, outros foram realizados no período de 1993 a maio 1998 em parceria com o PN-DST/AIDS (BRASIL, 1998 c). A maioria deles (69%), no entanto, como consta em lista editada em junho de 1998 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1998 c), apresenta a aids como tema de interesse pelos seus aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos ou até da esfera administrativa. Os trabalhos com as demais DST representaram apenas 8,8% (6/68) das pesquisas executadas naquele período, apoiadas pelo PN-DST/AIDS, sendo os títulos e as instituições executoras citadas no quadro 6.

QUADRO 6. Projetos selecionados de pesquisa não relacionados a AIDS, em parceria com PN-DST/AIDS, segundo título e instituição executora 1993 - maio/1998.

INSTITUIÇÃO EXECUTORA	TÍTULO DA PESQUISA
Universidade Federal do Pará	Impacto Epidemiológico da Clamídia em populações da Amazônia Brasileira.
Universidade Federal de Minas Gerais	Estudo de Soroprevalência da Sífilis entre Puérperas- Estudo Multicêntrico Nacional
Unidade de Assistência PN-DST/AIDS	Estudo de Validação de fluxogramas para Abordagem Síndrômica de Casos de DST
Unidade de Assistência PN-DST/AIDS	Estudo Descritivo sobre os padrões de Resistência "in vitro" da <i>Neisseria gonorrhoeae</i> .
Unidade de Assistência PN-	Os hábitos dos portadores de DST na busca por

DST/AIDS	Assistência em 5 Centros de Referência.
Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo	A prevalência de Sífilis, Hepatite e HIV das profissionais do Sexo Feminino de Baixa Renda da Região Central do Município de São Paulo.

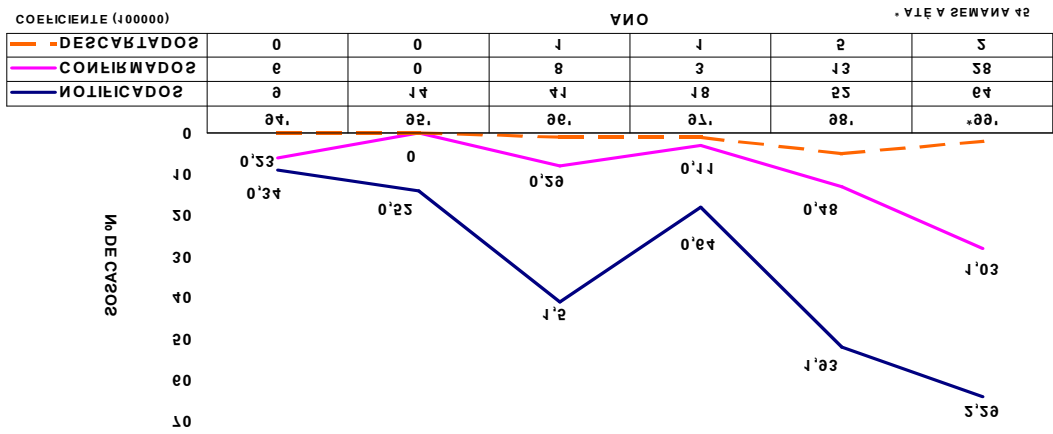
Fonte: Brasil, 1998-c.

Não esquecendo que a interpretação de dados de prevalência deve ser bastante cautelosa, tendo em vista a diversidade da patologia, da natureza da população estudada e dos métodos diagnósticos empregados em cada pesquisa ou em cada serviço de saúde, entendemos que as publicações acima referidas são convincentes, ao menos para percepção da magnitude da freqüência e da diversidade das DST em nosso meio.

1.3 Alagoas e as DST

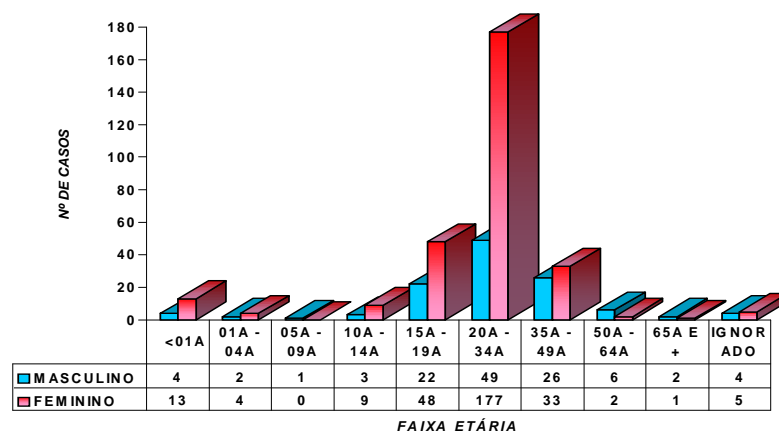
Até agosto de 1996 foram selecionados pelo PN-DST/AIDS, apenas 45 serviços para implementação da VIGILÂNCIA APRIMORADA de DST, e Alagoas, segundo o Boletim Epidemiológico de DST do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998c) não figurou entre os Estados Nordestinos que possuiu as Unidades de Vigilância Aprimorada. Desta forma, Alagoas vem contribuindo apenas com os dados do Sistema de Informações Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), que se baseia em uma coleta universal de dados, com a possibilidade de lidar com o fato de existir subnotificação.

No entanto, os dados disponíveis sobre as doenças sexualmente transmissíveis em Alagoas também são preocupantes, na medida em que revelam um número crescente de casos notificados, como evidenciam os gráficos 1 e 2.



Fonte: NUVEP/Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas

GRÁFICO 1. Incidência de Sífilis congênita em Alagoas (1994-99).

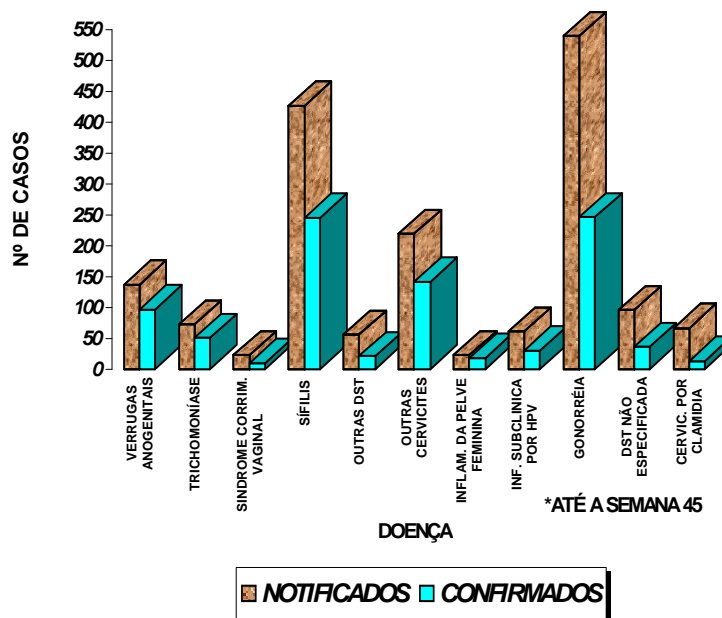


*ATÉ A SEMANA 45

Fonte: NUVEP/ Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas.

GRÁFICO 2. Incidência de DST em Alagoas no ano de 1999.

Notamos pelo gráfico 2 construído a partir das informações do SINAM, que a faixa etária mais acometida está entre 15 e 35 anos, o que está em conformidade com dados de literatura pesquisada.



Fonte: NUVEP/Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas.

GRÁFICO 3. Número de casos notificados e confirmados de DST em Alagoas, durante os anos 94-99.

As doenças que mais foram notificadas em Alagoas são apresentadas no gráfico 3.

Fazemos novamente a ressalva de que, por serem dados de notificação, oriundos da rede de assistência, há os seguintes problemas com estas informações: há uma subnotificação de grande importância por falta de sistematização na rede pública e existência de casos não diagnosticados e casos atendidos no setor privado sem notificação; não consideram a capacidade diagnóstica da rede, nem a heterogeneidade dos meios propedêuticos utilizados e,

por incluírem apenas população sintomática, não podem revelar dados de prevalência que possa ser inferido para a população geral.

1.4 Magnitude e relevância das DST para a população feminina

De acordo com World Development Report (apud GERBASE et al, 1998), as estimativas de 1990 sugeriram que em países em desenvolvimento, as DST, excetuando HIV/AIDS, eram responsáveis por 8,9% das doenças que acometiam as mulheres com idade entre 15 e 45 anos e por 1,5% em homens com a mesma idade. Esta situação colocou as DST, excluindo HIV/AIDS, como a segunda maior causa de perda de anos de vida sadios em mulheres em idade reprodutiva.

Um segundo agravante das DST para as mulheres é que, segundo COOHEN (1998), as DST são fatores facilitadores de infecção pelo HIV. Lembramos assim que, apesar de a distribuição dos casos de Aids por sexo, no Brasil mostrar ainda um predomínio entre os homens, a relação mulher/homem vem crescendo desde o início da epidemia. No período de 1980 a 1987, a doença atingia 12,2 vezes mais homens, enquanto nos anos de 1994/95 a relação passou para 1:3, 5.(VERONESI & FOCACCIA, 1997). Além disso, a análise da totalidade dos casos notificados do Brasil até junho de 1995, de acordo com esses autores, revela que a transmissão por contato heterossexual tem apresentado um aumento gradual, passando de 1% a 2%, nos primeiros anos, para 24,6% dos casos em 1994/95.

Este crescimento de casos de aids em mulheres, no Brasil, provocou, segundo VERONESI & FOCACCIA, (1997), uma significativa mudança no perfil epidemiológico da epidemia no país, pois os casos entre mulheres aumentaram de 0,2% em 1985 para aproximadamente 40% em 1994. Ainda em relação às mulheres, o que mais chama atenção é a crescente transmissão através de relações heterossexuais para o total de casos, caindo a participação relativa das

drogas e das transfusões nos casos ocorridos nos últimos anos (DOURADO et al, 1997).

Conforme VERONESI & FOCACCIA (1997), a epidemia de Aids entre as mulheres se reveste de significado especial nos países subdesenvolvidos, pois as mulheres são responsáveis pela organização familiar, incluindo todos os cuidados com os filhos e, em função de se encontrarem social e culturalmente oprimidas, não detêm poder para negociar adoção de métodos de prevenção às DST, o que as tornam mais vulneráveis à aquisição do HIV.

No entanto, de acordo com GERBASE et al (1998), trabalho realizado em comunidades na Tanzânia mostrou que o incremento no tratamento de DST reduziu 42% da incidência de transmissão do HIV naquelas populações. Desta forma, pensamos que para diminuir o risco de adquirir o HIV, em especial neste tipo de grupo populacional, mulheres casadas, domésticas, monogâmicas (GIFFIN & LOWNDES, 1999), o controle das demais DST deve ser encarado como uma potente e quase única arma de prevenção contra a Aids.

De forma preocupante também observamos que, apesar da região Nordeste concentrar apenas 7,3% dos casos notificados de Aids, até junho de 1995, tem apresentado um crescimento de 190% na taxa de incidência anual, o que nos desperta para a urgência de um trabalho de controle mais eficiente que atinja também o grupo que hoje apresenta ascensão em sua incidência, as mulheres.

As DST, no entanto, revelam-se preocupantes não apenas pela freqüência com que se mostram no mundo e em nosso país, nem apenas por facilitar a transmissão do HIV, mas também pelas graves repercussões que podem advir pelo curso natural de cada uma, pois, registra-se em BRASIL (1998-b), o conhecimento de que, quando algumas delas não são diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves, até o óbito; de que, durante a gestação, podem causar interrupção espontânea da gravidez ou ser transmitidas

ao feto, causando-lhe graves lesões oftálmicas, como no caso da gonorréia e lesões cardiovasculares e/ou do SNC, no caso da sífilis, com conseqüente morte ou demência do recém-nascido ; que o papilomavírus humano (HPV) está relacionado etiologicamente à neoplasia do trato genital inferior (JACYNTHO et al, 1994; ANDERSON, 1995; CAVALCANTI et al, 1996; CATELLANI, 1998); que a infertilidade e a dor pélvica crônica são também grandes seqüelas da doença inflamatória pélvica, Conseqüente das infecções genitais baixas; de que podem causar grande impacto psicológico em seus portadores, e que causam também grande impacto social traduzido em custos indiretos para a economia do país que, somados aos enormes custos diretos decorrentes das internações e procedimentos necessários para o tratamento de suas complicações, elevam bastante esses custos totais.

Os dados anteriores são enfatizados por ANDERSON (1995), segundo o qual as mulheres carregam a carga mais pesada dessas infecções por serem mais vulneráveis a estas doenças, tanto por razões anatômicas quanto hormonais. A vagina se torna o reservatório ideal para os líquidos corporais infectados e possivelmente experimenta rupturas e abrasões mínimas, relacionadas ao intercurso sexual, permitindo a entrada de organismos patogênicos. Tanto os hormônios endógenos como os exógenos afetam a vulnerabilidade a determinadas infecções, por promover a ectopia cervical, que aumenta a exposição a gonorréia e a clamídia. A menstruação, ainda segundo ANDERSON (1995), com a sua ruptura da barreira mucosa cervical, é o momento de vulnerabilidade particular à infecção ascendente. A anatomia diferente entre as mulheres e os homens pode explicar por que as mulheres com infecções do trato genital são geralmente mais assintomáticas, levando a um retardo maior no diagnóstico e a um aumento na probabilidade de complicações. As úlceras e as verrugas, quando localizadas na vagina ou na cérvix, provavelmente não serão detectadas, pois elas não são facilmente visualizadas em auto-exame e provocam poucos ou nenhum sintoma nestes locais.

Finalmente, a estigmatização social associada às DST apresenta-se também de forma diferente para homens e mulheres. Desigualdades de poder, com base no sexo, nas relações pessoais, pode levar à violência física e emocional ou ao abandono físico e econômico quando uma DST é diagnosticada. Além disso, o estigma social pode levar à procura de métodos curativos alternativos ineficientes ou até mesmo à não-busca de tratamento, acarretando piora clínica e perpetuação da doença (PASSOS, 1996).

Portanto, por sermos um país em desenvolvimento, pelos números que colocam o Nordeste brasileiro como a segunda região em número de notificações de DST, pelos dados estatísticos preocupantes do Estado de Alagoas, pela magnitude e transcendência que representam as DST para a população, principalmente para a população feminina e pelo número reduzido de estudos epidemiológicos, entendemos que não devemos esquecer as doenças sexualmente transmissíveis, as quais, apesar da emergência da aids, continuam ainda presentes, com suas conseqüências, seqüelas e estigmas. Necessitamos assim, do conhecimento de suas prevalências para podermos elaborar, acompanhar e medir o impacto de ações a serem realizadas. Estudamos desta forma, a prevalência das DST em uma população feminina residente em área rural nordestina e para a qual a assistência médica é de difícil acesso.

SUMMARY

The main objective of the study is to estimate the prevalence rate of syphilis, of gonococcal and clamidial cervical infections of colpitis by *T. vaginalis* and by fungus, of the HPV and HPV infections in female population from rural community in Alagoas (Brazil). We used a database from another study carried out with syntomatic STD women and asyntomatic ones.

Out of 340 women that took part in the research, 27% of the them present at least one of the curable STD and 27,3% % have viral STD. HPV infection is the STD with the highest detection rate in all levels of the observed ages followed, by tricomoniase, gonococcal and clamidial infections. The following associations proved to be statistically important: complaint of itchiness with fungal vaginitis ($p < 0,05$), complaint of low abdominal pain with clamidial cervicitis ($p < 0,05$), colpitis with *T. vaginalis* ($p < 0,001$) and with fungal vaginitis ($p < 0,05$), likewise the presence of mucopus cervicitis (detected by cytologic exam) occur with presence of *C. trachomatis*. We can conclude from the interview, that 60% of the women refer only AIDS as STD.

This work confirm that STD remains as a public health problem and makes it clear that high prevalence rate of infection of HPV, *T. vaginalis* and *N. gonorrhoeae*. exist in the population.

AGRADECIMENTOS

Como é difícil a arte de construir ! Criar, elaborar, planejar e realizar são etapas penosas que exigem esforço, dedicação, criatividade, paciência e, às vezes, resignação. Mas como é prazeroso ver e anunciar o que se construiu ! Mesmo que, com toda a arte e ciência empregadas nessa construção, a notícia que se revele não seja boa aos olhos e aos ouvidos do leitor ou espectador. Mas a emoção à qual me refiro é a de trazer à superfície uma realidade que se esconde na opacidade do que se torna habitual na cotidianidade dos jovens, dos idosos, dos educadores, dos enfermeiros, dos médicos, dos gerentes de saúde, das mulheres e dos homens em geral.

Desta forma, agradeço essa grande oportunidade que me deram as pessoas que a mim confiaram a condução deste trabalho, os Professores e amigos **Alfredo Raimundo Correa Dacal** e Dr. **Hermann Feldmeier**, pelos quais tenho grande admiração e respeito.

No entanto, a tarefa, que seria um grande fardo a ser carregado, passou a ser conduzido de forma mais leve com apoio de várias pessoas. Algumas, integrantes diretas da equipe; outras, colaboradoras, ajudantes temporárias, participando com idéias, empréstimos de equipamento, material, e sobretudo, com desprendimento para o trabalho.

Assim, agradeço àqueles que estiveram juntos comigo, formando uma corrente em que todos os elos foram firmes e indispensáveis na sua tarefa específica - Dra **Ana Maria Torres Silva de Mesquita**, Dra **Fábia Gazzaneo Teixeira Cavalcante**, Dra **Valéria Hora de Albuquerque Melo**, Dr. **Zenaldo Porfírio Silva**.- profissionais com os quais também muito aprendi. Também agradeço aos demais professores de patologia, que de forma valiosa contribuíram na elaboração dos diagnósticos.

Pelo apoio na condução da análise, na confecção final do estudo, pela forma suave e amiga de conduzir esse processo de lapidação final, agradeço ao Professor Dr. **Eduardo Maia Freese de Carvalho**, meu orientador durante o mestrado – um amigo desde o início.

Pelo apoio oferecido em União dos Palmares, sou grata ao Professor **José Geraldo Vergetti de Siqueira**, um dos lutadores e sonhadores de dias melhores para aquelas terras sofridas.

À Dra **Márcia Nunes Calixto Rosa**, Secretária de Saúde do Município e à sua equipe administrativa, agradeço a assistência que nos deram e prestaram às mulheres participantes, ajudando-nos no compromisso de também promover o tratamento daquelas pessoas.

Por seu envolvimento nos trabalhos e grande contribuição prestada, sou especialmente grata à equipe da **FUNASA** composta por **Marina Macedo dos Santos**, **Cícera Porfírio da Silva (Silvinha)** **Eliane Alexandre Soares da Silva**, à equipe do **IEC** do município de União dos Palmares, representada por **Marilene da S. Lima**, **Anecleres Correa**, **Marcleide B. de Souza**, **Eliane M. F. de Barros**, **Isabel Cristina P. Valadares**, **Sandra M. P. da Silva** e **Maria Nadeje de Lima**, além dos agentes comunitários de cada localidade e do gentil motorista **Manoel Gonçalves dos Santos**, sempre pronto a colaborar. Foram pessoas que estiveram sempre juntas conosco, vencendo barreiras com

desprendimento, otimismo, muito respeito e amor à terra onde vivem. Sem estas pessoas, o trabalho de campo não teria sido possível

À Dra. **Alice Maria Pereira Leite Mota** e Dra **Cinthy P. Leite Costa Araújo**, agradeço o apoio que nos deram no início do trabalho, permitindo a realização de exames no **Laboratório da Santa Casa de Misericórdia**.

Agradeço ainda aos professores Dr. **Gilberto Fontes** e **Eliana Maria Maurício da Rocha** por terem possibilitado a estocagem do material coletado no **Laboratório de Parasitologia do Centro de Ciências Biológicas**.

Ao Dr. **Felgner** que realizou os exames no **Laboratório Experimental de Parasitologia e Microbiologia, em Paderborn (Alemanha)**, o meu reconhecimento e gratidão.

Ao **CEPEP** (Centro de Pesquisa e Extensão em Patologia), que com sua ajuda na realização deste trabalho, iniciou uma nova era no Departamento de Patologia, solidificando o propósito para o qual foi criado.

Agradeço à **FAPEAL** pelo crédito de confiança e incentivo que me deu na realização do mestrado.

Aos estudantes de medicina **Patrícia de Carvalho Silva**, **Poliana.Gomes de Melo** e **Nícolás Stefan Goose** que ao me ajudarem, me deram ainda o prazer de continuar vivenciando a grata experiência de trocas de conhecimento e habilidades que o processo de ensino-aprendizagem permite, os meus sentimentos de gratidão.

O meu agradecimento especial para **Tânia Maria de Carvalho Veras**, bibliotecária da **Escola de Ciências Médicas de Alagoas**, que se mostrou sempre disposta a ajudar no seguimento das Normas dos Trabalhos Científicos, assim como para todos os funcionários das bibliotecas do **Centro de Pesquisa Ageu Magalhães** e do **Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva**.

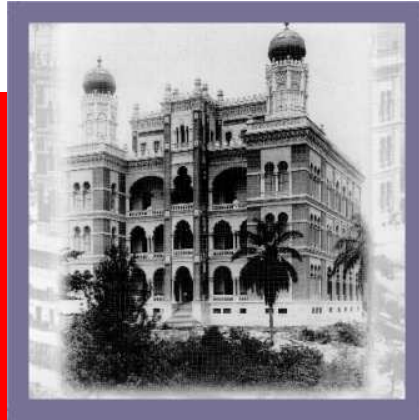
Ao meus colegas e professores do mestrado, pelo incentivo e ajuda na descoberta e lapidação *do objeto*, agradeço com carinho.

À **Mércia Zeviane Brêda**, a minha amizade e gratidão. Sua companhia tornou mais fácil o transcorrer do curso, principalmente no seu último dia.

Agradeço também aos demais, que de forma direta ou indireta contribuíram nesta construção que, com esperança, vai ser também o instrumento para elaboração de uma outra realidade.

Agradeço, finalmente, aos meus pais **Ronaldo Pinheiro Soares** e **Maria José de Lima Soares** pela bagagem de conhecimentos e habilidades que me propiciaram ao longo da vida e pelo quociente emocional e moral que me deram como herança, ferramentas valiosas na edificação de uma obra como esta.

Fundação Oswaldo Cruz



**Centro de Pesquisa
Aggeu Magalhães**

Departamento de Saúde Coletiva

Valquíria de Lima Soares

**ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM
MULHERES DE COMUNIDADES RURAIS DE
ALAGOAS - BRASIL**

ORIENTADOR:
Prof. Dr. Eduardo M. Freese de Carvalho

Recife 2001