

VIRGINIA TEREZA NETA FREITAS

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM ESCOLARES DA ÁREA
URBANA NO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO - RONDÔNIA

Belém - Pará

2003

VIRGINA TEREZA NETA FREITAS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM ESCOLARES DA ÁREA
URBANA NO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO - RONDÔNIA**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Doenças Tropicais da Universidade Federal do Pará, como requisito final para obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof^o. Dr. Ricardo Ishak

614.547
F866 P
D15

Belém – Pará
2003

F862p

Freitas, Virgina Tereza Neta.

Perfil epidemiológico e prevalência das doenças sexualmente transmissíveis em escolares da área urbana no município de Porto Velho, Rondônia/ Virgina Tereza Neta Freitas. Belém, 2003.

88p.

Dissertação (Mestrado em Doenças Tropicais) Univ. Fed. Pará, 2003.

1. 1. Doenças Sexualmente Transmissíveis - Epidemiologia - Porto Velho (RO) 2. Escolares 3. Medições Epidemiológicas - Porto Velho (RO) 1. Título

CDU: 616.97-057.87(811.1)

VIRGINA TEREZA NETA FREITAS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM ESCOLARES DA ÁREA
URBANA NO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO - RONDÔNIA**

Dissertação aprovada como requisito final para obtenção do grau de Mestre no curso de Pós - graduação em Doenças Tropicais da Universidade Federal do Pará, pela comissão formada pelos Doutores:

Orientador: Prof^o. Dr. Ricardo Ishak

Banca Examinadora

Prof^o Dr. Antonio Carlos Rosário Vallioto

Prf^a Dr^a. Maristela Cunha

Prf^a Dr^a Marluisa de Oliveira Guimarães Ishak

Belém, 16 de dezembro de 2003

ADOLESCER

“Boneca, carrinhos.....

Bonecos, aviões.

Cabeça confusa,

Responsabilidade, rebeldia,

Som, música, sexo, transa,

Diversão, namoro...

Indecisão, atração, enrolação....

Confusão, amor, paixão, medo,

Muito criança,

Muito adulto,

Muita responsabilidade,

Muito futuro em jogo...

Decisão certa, decisão errada....

Futuro perdido..... Vida perdida,

Vida ganha,

Pensar demais, decidir demais

Vida jogada fora....., ou....

Vida vivida”.

(Tatiana Britto da Silveira, 14 anos, Belém – Pará, 1994).

DEDICATÓRIA

Às minhas filhas e aos meus irmãos.

AGRADECIMENTOS

No momento que encerro este trabalho registro os seguintes agradecimentos:

Ao Magnífico Reitor Dr. Ene Glória da Silveira reeleito da Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR e ao Presidente da Fundação Rio Madeira – RIOMAR/UNIR Dr. José Januário do Amaral, por terem idealizado e viabilizado o Curso de Mestrado Interinstitucional em Doenças Tropicais – UFPA/UNIR e assim possibilitado a formação acadêmica de seus professores;

Ao Departamento de Enfermagem, que nos liberou das atividades acadêmicas, sempre que necessário e aos colegas do mesmo, pelo apoio incondicional e compreensão;

Em especial ao meu orientador Prof^o Dr. Ricardo Ishak pelos ensinamentos;

Aos alunos do curso de Enfermagem da UNIR, por terem aceitado e compreendido a liberação de seus professores nos períodos em que estes cursavam as disciplinas do Curso;

Aos professores do Curso de Mestrado Interinstitucional UFPA/UNIR pela colaboração inestimável;

À colega Ms. Lúcia Rejane Gomes da Silva por assumir atividades acadêmicas chegando a se sobrecarregar, durante a realização do Mestrado;

A colega e sobrinha Jeanne Lúcia G. Freitas por assumir atividades acadêmicas, chegando a se sobrecarregar, no final desse trabalho;

À colega e amiga Maria do Socorro Bandeira de Jesus, pela amizade e colaboração sempre que precisei;

À Dr^a Ana Lúcia Escobar pelos ensinamentos na fase final da dissertação.

À Prof^a Dr^a Marluisa de Oliveira Guimarães Ishak e seus assistentes laboratoriais pela análise das amostras de soro;

À colega Elaine Maria de Santana, companheira de sofrimento e ansiedade no decorrer desses três anos de expectativa em terminar essa pesquisa, sempre tentando estimular para não desistir.

Aos acadêmicos de Enfermagem: Josué da Silva Siccú, Janaina Letícia Albuquerque, Adriani Castro de Lima, Hélio Roberto de Souza, Cristiano Lucas, Lívia Julienne da Silva e Eudemara Medeiros Carvalho na colaboração da coleta de dados junto à clientela escolar em estudo;

Ao aluno da UFPA Luiz Fernando A. Machado pela ajuda na elaboração do banco de dados;

Às minhas filhas – Vanessa F. Santos e Géssica F. Santos pela compreensão apesar das idades;

À Professora Sônia Maria, diretora da Escola Municipal de Ensino Fundamental Marechal Joaquim Vicente Rondon por ter permitido e acolhido o nosso trabalho de pesquisa;

À todos os colegas professores da Escola Joaquim Vicente Rondon participantes deste estudo pela cooperação;

À todos os escolares participantes, atores principais deste estudo.

SUMÁRIO

	LISTA DE FIGURAS	xii
	LISTA DE TABELAS	xiii
	RESUMO	xiv
	ABSTRACT	xv
1	INTRODUÇÃO	01
1.1	CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	01
1.2	O IMPACTO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS	02
1.3	DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS OBRIGATORIAMENTE DE TRANSMISSÃO SEXUAL	11
1.3.1	Gonorréia	11
1.3.2	Sífilis	13
1.3.3	Cancro Mole (cancróide)	16
1.3.4	Linfogranuloma Venéreo	17
1.4	DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS FREQUENTEMENTE DE TRANSMISSÃO SEXUAL	18
1.4.1	Donovanose	18
1.4.2	Tricomoniase	19
1.4.3	Condiloma acuminado	19
1.4.4	Uretrite não-gonocócica	19
1.4.5	Herpes simples genital	20
1.4.6	Candidíase genital	20
1.4.7	Pediculose pubiana	21
1.4.8	Hepatite B	21
1.4.9	AIDS	22
1.5	DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EVENTUALMENTE DE TRANSMISSÃO SEXUAL	22
1.5.1	Molusco contagioso	22

1.5.2	Escabiose	23
1.5.3	Shigelose	23
1.5.4	Amebíase	24
1.5.5	Hepatite A	24
1.6	PREVENÇÃO E CONTROLE	25
1.7	EPIDEMIOLOGIA	30
1.7.1	Distribuição das Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças e adolescentes	33
1.7.1.2	No Brasil	33
1.7.1.3	Em Rondônia	34
1.8	OBJETIVOS DO ESTUDO	35
1.8.1	Geral	35
1.8.2	Específicos	35
2	MATERIAL E MÉTODOS	36
2.1	ÁREA DE ESTUDO	36
2.2	TIPO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	37
2.3	AMOSTRA	37
2.3.1	Considerações éticas	37
2.3.2	Coleta de dados	38
2.3.3	Coleta de material	39
2.3.3.1	Coleta de secreções uretral e vaginal	40
2.3.3.2	Coleta de amostras de sangue	43
2.5	MÉTODOS E PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS	43
2.5.1	Procedimentos técnicos	43
2.5.1.1	Coloração pelo método de Gram	43
2.5.1.2	DETECÇÃO DE ANTICORPO UTILIZANDO O ENSAIO IMUNOENZIMÁTICO	44
2.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	45
3.	RESULTADOS	46
3.1	ANÁLISE SÓCIO-AMBIENTAL DEMOGRAFICA	46
3.2	PREVALÊNCIA DE ANTICORPOS CONTRA AGENTES	

	INFECCIOSOS DE TRANSMISSÃO SEXUAL DETECTADOS POR ENSAIO IMUNOENZIMÁTICO	49
3.3	PREVALÊNCIA DE CASOS DE DST PELO MÉTODO DE GRAM EM ESCOLARES NA ÁREA ESTUDADA.	52
3.3.1	Tratamento dos escolares da amostra estudada com diagnóstico de DST	53
3.4	CAPACITAÇÃO DE PROFESSORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DOS TEMAS TRANSVERSAIS PRECONIZADOS NOS PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS (PCN)	57
4.	DISCUSSÃO	59
5.	CONCLUSÕES FINAIS	68
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
7.	ANEXOS	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Quadro clínico resultante das infecções gonocócicas.	13
Figura 2	Quadro de Abordagem Sindrômica das Doenças Sexualmente Transmissíveis Corrimento vaginal e uretral, Úlcera genital e DIP.	26
Figura 3	Esquema terapêutico sindrômico nas Doenças Sexualmente Transmissíveis, obrigatoriamente de transmissão sexual – gonorréia, linfogranuloma venéreo e cancro mole.	27
Figura 4	Esquema terapêutico sindrômico nas Doenças Sexualmente Transmissíveis, obrigatoriamente de transmissão sexual – sífilis.	28
Figura 5	Aplicação do questionário entrevista com os escolares da Escola Municipal de Ensino Fundamental Marechal Joaquim Vicente Rondon no Município de Porto Velho-Rondônia.	41
Figura 6	Oficina interativa com os professores	41
Figura 7	Oficina interativa com os professores	42
Figura 8	Espaço físico na realização da triagem dos adolescentes	42
Figura 9	Consulta de enfermagem com os adolescentes/escolares	42
Figura 10	Coleta de sangue dos adolescentes/escolares	44
Figura 11	Acadêmicos de enfermagem no laboratório de análises	45
Figura 12	Acadêmica de enfermagem em observação ao microscópio	45
Figura 13	Distribuição dos escolares por sexo e faixa etária no grupo estudado.	46
Figura 14	Marcadores sorológicos para o VHB entre os 83 escolares do grupo pesquisado	52
Figura 15	Freqüência de DST pelo método de Gram e diagnóstico sindrômico, em 41 escolares	54
Figura 16	Fluxograma de manejo do portador de DST em casos de Corrimento Uretral.	55
Figura 17	Fluxograma de manejo do portador de DST em casos de Corrimento Vaginal.	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados sócio-demográficos dos 122 escolares da Escola Municipal de Ensino Fundamental Joaquim Vicente Rondon/ Porto Velho/RO.	47
Tabela 2	Dados comportamentais e manifestações de DST nos 122 escolares.	48
Tabela 3	Dados da infecção pela <i>Chlamydia trachomatis</i> dos 83 escolares por sexo e faixa etária	49
Tabela 4	Dados da infecção pelo <i>Treponema pallidum</i> dos 83 escolares por sexo e faixa etária.	50
Tabela 5	Dados de marcadores sorológicos para o VHB nos 83 escolares investigados por sexo e faixa etária.	51
Tabela 6	Frequência de DST do agente causador, por sexo e faixa etária em 41 escolares.	53

RESUMO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo, principalmente entre os adolescentes, pois eles são mais vulneráveis em relação à sexualidade, tanto em países industrializados como nos em desenvolvimento. Este estudo tem por objetivo investigar a prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em escolares da rede pública municipal de ensino da área urbana do município de Porto Velho, Estado de Rondônia. Foram investigados 122 alunos da Escola Municipal de Ensino Fundamental Marechal Joaquim Vicente Rondon, na faixa etária de 11 a 19 anos, através de questionário de autopreenchimento e coleta de amostras de sangue, secreção uretral e vaginal. O método sorológico ELISA (Ensaio imunoenzimático) e a bacterioscopia pelo método de Gram foram os testes utilizados para detecção e identificação de DST. 84,4% dos estudantes responderam saber o que é uma DST, 82,8% informaram que usavam preservativo durante as relações sexuais para prevenir DST, 11,5% não utilizavam o preservativo e 5,7% afirmaram que selecionavam seus parceiros sexuais. Foram examinadas 83 amostras de soro pelo teste ELISA e 41 esfregaços corados pelo método de Gram. A prevalência encontrada para *Chlamydia* foi de 65,3% no sexo feminino e 34,6% no sexo masculino. Os agentes biopatogênicos encontrados com mais frequência foram *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans* e *Trichomonas vaginalis*.

PALAVRAS-CHAVE: adolescentes, comportamento sexual e DST.

ABSTRACT

Sexually Transmitted Diseases (STD) are widespread public health concern, majority among adolescents, because they are most susceptible in respect of the sexuality. Early sexual initiation, multiple sex partners, and lack of condom use are considered risk factors and contribute to the increase in the number of STD cases. In order to better understand high-risk sexual behavior among students, a cross-sectional study based on a self-answered anonymous questionnaire was conducted in Joaquim Vicente Rondon High School, a public school of Porto Velho city, Brazil. To verify STD's prevalence, samples of blood, urethral and vaginal discharge had been analyzed. A total of 122 students aged 11 to 19 years participated in the study. 84% known what is a STD, 82,8% informed always using condoms during sex, 11,5% didn't make use of condom, and 5,7% selected their sexual partner. To identify STD variety an enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA test) and bacterioscopia by method of gram had been applied. 83 blood samples had been analyzed by ELISA test, and 41 smear tests had been stained by method of gram. The incidence to *Chlamydia* was observed in 65,3% of females, and 34,6% of young men. *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans* and *Trichomonas vaginalis* were more common pathogenic microorganisms found.

Key words: adolescents, behavior sexual, STD.

1. INTRODUÇÃO

1.1. CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As doenças venéreas remontam a antiguidade; Moisés já demonstrava preocupação com os fluxos purulentos (*profluvium seminis*) e já estabelecia regras de higiene para os "impuros", referidos na Bíblia (Levítico: capítulo 15) "as imundícies do homem e da mulher".

Sabemos que as DST fizeram parte da história dos povos. Conforme Bento & Bueno (1999), os chineses, os árabes e os hindus já faziam referências sobre elas. Os romanos denominavam-na "*morbus indecens*", nos tempos de Nero.

As doenças venéreas, assim denominavam Jacques Bittencourt em 1527, se espalharam pelo mundo inteiro com as grandes navegações, havendo considerável incidência até a última guerra. No século XV e início XVI, as DST chegaram a atingir a Europa. Já nos dias atuais, com a explosão da AIDS, temos visto que os padrões de comportamento têm se modificado, exigindo uma educação especial para lidar com estas questões (Bento & Bueno, 1999).

Segundo Passos (1995), as doenças venéreas, assim entendidas na época, foram conseqüentemente conceituadas como doenças infecciosas causadas por agentes próprios das estruturas genitais humanas que, pelo menos nas fases iniciais das doenças, determinavam sintomas ou sinais na área genital. Alguns aspectos fundamentais básicos as complementavam ligando-se principalmente à

prostituição. No pós-guerra imediato, estas doenças eram dadas por vencidas, com o uso de antibióticos na época do surgimento da penicilina.

Nos anos 50, com a aparente calma dos costumes sócio-culturais e comportamentais, houve uma redução do problema. Já na década de 60, tornaram-se visíveis os inúmeros fatores, próximos e remotos, sociais e econômicos que levaram às modificações do comportamento sexual e dos valores morais, cujos efeitos colaterais eram ameaçadores, com o surgimento em caráter epidêmico dessas doenças (Belda, 1995; Passos, 1995).

Atualmente, o reduzido capítulo das doenças venéreas vem dando lugar a um complexo de patologias cada vez maior em que se dá preferência ao termo Doenças Sexualmente Transmissíveis (Passos, 1995).

1.2. O IMPACTO DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Nos países industrializados acontece um novo caso em cada 100 pessoas por ano, e nos países em desenvolvimento as DST estão entre as cinco principais causas de procura por serviços de saúde (OMS, 1990; Brasil, 1999).

De acordo com a Coordenação Nacional do Programa de DST/AIDS/MS nos últimos anos, principalmente, após o início da epidemia da AIDS, as DST readquiriram importância como problema de saúde pública, ocasionando casos de infertilidade, transmissão vertical e alto custo nos casos de internações. Nessa visão, alguns fatos negativos têm sido percebidos no contexto da atenção as DST em nosso País:

“são escassos os dados epidemiológicos relativos às DST; apenas a AIDS e a sífilis congênita são de notificação compulsória. Entretanto, raros são os serviços onde a notificação é realizada de forma sistemática;

os portadores de DST continuam sendo discriminados nos vários níveis do sistema de saúde. O atendimento é muitas vezes inadequado, resultando em segregação e exposição a situações de constrangimento. Tal fato se dá, por exemplo, quando os pacientes têm que expor seus problemas em locais sem privacidade ou a funcionários despreparados que, muitas vezes, demonstram seus próprios preconceitos ao emitirem juízos de valor. Essas situações ferem a confidencialidade, discriminam as pessoas com DST e contribuem para afastá-las dos serviços de saúde;

a irregularidade na disponibilização de medicamentos específicos é mais uma das causas de afastamento dos indivíduos com DST dos serviços de saúde. Isso ocorre por provisão insuficiente ou pelo uso para tratamento de outras enfermidades;

para muitas das DST, as técnicas laboratoriais existentes não apresentam a sensibilidade e/ou a especificidade satisfatória. Pouquíssimas unidades são capazes de oferecer resultados de testes conclusivos no momento da consulta. Soma-se a isso o fato de que o sistema público de saúde no Brasil apresenta

reduzidas condições para a realização dos testes e freqüentemente os técnicos responsáveis estão desmotivados e/ ou despreparados” (Brasil, 1999).

A consequência mais evidente dessa situação de baixa resolutividade dos serviços é a busca de atendimento em locais onde não seja necessário se expor, nem esperar em longas filas, ou seja: as farmácias comerciais (Brasil, 1999; Brasil, 2000).

A faixa etária mais atingida pelas DST está compreendida entre os 20 e 30 anos. Contudo, cabe citar a grande freqüência de adolescentes com estas doenças, principalmente do sexo feminino, onde aproximadamente 70% dos casos notificados são assintomáticos, não deixando, porém, de transmitir a infecção aos parceiros sexuais (Passos, 1995; Brasil, 1999).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), estima que cerca de 50% dos adultos recentemente infectados com alguma DST são mulheres, e que a contaminação entre elas ocorre mais cedo do que em homens. Há pelo menos duas razões para isto: a maior vulnerabilidade das adolescentes e uma grande porcentagem de relações sexuais não protegidas.

Segundo Miranda *et al* (2000), as adolescentes são mais vulneráveis em relação à sexualidade e as DST, tanto nos países industrializados quanto nos em desenvolvimento, isto ocorre em razão de fatores, psicológicos, biológicos e sociais. A cada ano, um adolescente em cada 20 contrai uma doença sexualmente transmissível e, mais de 150 milhões de jovens entre 13 e 24 anos tornam-se

sexualmente ativos em todo o mundo, e no Brasil estima-se que a cada ano 4 milhões de jovens tornam-se sexualmente ativos (Santos, & Santos, 1999).

De acordo com Passos (1995), com o advento da AIDS, fica uma dúvida: até que ponto a população jovem, que está iniciando sua vida sexual, tem a noção exata dos riscos que está correndo e tem informações corretas a respeito das DST e tudo que envolve a sua sexualidade.

As doenças sexualmente transmissíveis em crianças geralmente ocorrem por abuso sexual. Frequentemente, o agente que abusa é um conhecido da criança e/ou um parente próximo. A avaliação do abuso sexual deve envolver uma equipe multidisciplinar que inclua médicos, enfermeiros, psicólogos e assistente social (Brasil, 1997; Brasil, 1998).

Segundo Eisenstein (1993), ao se avaliar crianças e adolescentes quanto aos riscos das DST é necessário considerar em que etapa de crescimento físico, maturação sexual e desenvolvimento emocional se encontram no momento do contágio e quais são os fatores de risco associados.

Para a Coordenação Nacional de DST/AIDS - Ministério da Saúde (Brasil, 1999), as DST devem ser priorizadas, e relacionam quatro critérios para a priorização de agravos em saúde pública: magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade.

Considerando os critérios citados acima, é sabido que os poucos dados epidemiológicos existentes não são parâmetros suficientes para fazer inferências no país como um todo, mas permite, quando associados às informações geradas

em outros países, a formulação de estimativas que concluem elevada freqüência das DST no Brasil. Isto, associado ao alto índice de automedicação, torna o problema ainda mais sério, pois muitos dos casos não recebem as orientações e tratamentos adequados, mantendo-se como elo fundamental na cadeia de transmissão das doenças (Brasil, 2000).

As DST causam grande impacto psicológico em seus portadores e também social, que se traduz em custos indiretos para a economia do País, e que somados aos custos diretos das internações e procedimentos necessários para o tratamento de suas complicações, elevam mais ainda seus custos totais (Brasil, 1999).

O controle das DST é possível, desde que existam, funcionando, bons programas preventivos e uma rede básica de serviços resolutivos, com unidades de saúde acessíveis para pronto atendimento, com profissionais treinados e capacitados, não só para o diagnóstico e tratamento, mas também para o adequado serviço de aconselhamento dos portadores de DST e de seus parceiros sexuais, e que possam garantir o fluxo contínuo de medicamentos e preservativo (Ayres *et al*, 1998; Brasil, 1999; Brasil, 2000).

Para Eisenstein (1993), a sociedade só se manifesta na questão sexual quando se torna um "problema" ou uma "doença", colocando para o sistema de saúde a busca das "soluções". Muitas vezes, as crianças e adolescentes são usados como "objetos sexuais"; e a promiscuidade, o contato sexual e, por conseguinte as DST, fazem parte de um processo de dominação/submissão e de regras de "tudo ou nada" escondidas pelo silêncio.

Conforme Santos, & Santos, (1999), as crianças e adolescentes, de uma maneira geral, necessitam ter conhecimentos e habilidades que os auxiliem na adoção de comportamentos que previnam a infecção das DST.

Para esses autores os profissionais da área de saúde e/ou educação que lidam com estas situações em seu cotidiano, devem ser treinados e capacitados em técnicas de entrevistas com crianças e adolescentes, tendo um conhecimento prévio do desenvolvimento emocional e da sexualidade nas diversas faixas etárias.

No Brasil, as diretrizes das políticas de saúde integral para a adolescência – indivíduo na faixa etária de 10 -19 anos – preconizam as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, através de ações educativas, com a participação efetiva dos adolescentes na elaboração, implementação e avaliação dessas políticas, (Serra & Cannon, 1999).

Partindo-se do princípio de que a saúde não é uma questão individual, que dependa de cada um, mas é o resultante das condições de vida e de trabalho da população, o enfrentamento dos problemas de saúde do escolar não pode se dar de forma isolada, e sim a partir da análise do conjunto das necessidades de saúde da população e através de ações sobre os determinantes do processo saúde-doença em nível coletivo (Brasil, 1997).

De acordo com Melo (1987), dentre os inúmeros fatores determinantes da condição de saúde, incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo e características pessoais eventualmente determinadas pela herança genética), o meio físico (que abrange condições geográficas, características da ocupação

humana), assim como o meio sócio-econômico e cultural, o acesso à educação formal e ao lazer e a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção, prevenção, recuperação da saúde e a qualidade da atenção por eles prestada (Brasil, 1989).

Entre os principais riscos à saúde relacionados à vida coletiva na faixa etária do escolar de quinta a oitava série do Ensino Fundamental, estão as doenças transmissíveis, os acidentes domésticos ou de trânsito (atropelamento) e os decorrentes da violência social - maus - tratos, acidentes com armas de fogo, violência sexual e agravos à saúde associada ao trabalho infantil (Gonçalves *et al*, 1999).

No Brasil, nunca se falou tanto de violência sexual como atualmente (Veja, 2000). Milhares de crianças sofrem abusos diariamente nas ruas, na escola, nos lares, provocada pelos próprios pais biológicos, padrastos, religiosos, familiares e professores. Muitas crianças, face à violência sofrida, ficam expostas as DST.

Segundo Reis, *et al* (2001), nos Estados Unidos (EUA) os dados estatísticos divulgados pelo *National Crime Victimization Survey*, revelam uma ocorrência de 300.000 a 500.000 vítimas de violência sexual anualmente com idade superior a 12 anos, estimando-se que 300.000 crianças sejam vitimizadas em idêntico período. No Brasil, os dados globais sobre esse crime são escassos, porém, estima-se que com relação a crianças e adolescentes, a ocorrência seja similar a de outros países desenvolvidos.

Para Eisenstein (1993), toda vez que há suspeita ou hipótese diagnóstica de DST em crianças e/ou adolescentes, são consideradas as possibilidades de

abuso sexual, promiscuidade, prostituição ou negligência social devendo então ser avaliadas. As repercussões emocionais, familiares, sociais, éticas e legais, geralmente mascaram ou complicam os problemas clínicos de diagnóstico e de condutas terapêuticas nos casos de DST, desafiando o sistema de saúde, médicos pediatras e outros profissionais que lidam no cotidiano com crianças e adolescentes.

Somadas aos diversos fatores de vulnerabilidade, algumas características próprias dos adolescentes aumentam o desafio de desenvolver mecanismos e ações eficazes para o controle de DST: despreparo para lidar com a sexualidade; onipotência e sentimento de invulnerabilidade; barreiras e preconceitos; dificuldade de tomar decisões; indefinição de identidade, conflito entre razão e sentimento; necessidade de afirmação grupal e dificuldade de administrar esperas e desejos, (Santos, 1999; Santos, 1999).

A importância das DST deve-se a diversos fatores: (i) o aumento da incidência destas na população em geral e da prevalência em crianças e adolescentes, principalmente das doenças de etiologia viral, como herpes genital, condiloma acuminado e (ii) da associação do Vírus da imunodeficiência humana (HIV), às infecções por sífilis, gonorréia e *chlamydia*. As complicações médicas, psicossociais, econômicas e culturais, imediatas e em longo prazo, em relação à sexualidade, são fatores que também contribuem para que as DST sejam responsabilizadas como um indicador das situações múltiplas de alto risco, exigindo intervenções prioritárias no planejamento das ações de saúde (Eisenstein, 1993).

Já para Gonzaga & Py (1999), outros fatores vêm concorrendo para o aumento das DST nesses últimos anos, dentre eles estão: início precoce da atividade sexual; falta de educação sexual nas escolas e nos ambientes de trabalho; mudanças de hábitos e costumes sexuais; multiplicidades de parceiros; aumento da prostituição e da promiscuidade sexual; acesso fácil a métodos contraceptivos; falta de controle pelas autoridades sanitárias e tratamento de doenças de forma incompleta e por pessoas não competentes.

De acordo com Rey (1999), no mesmo sentido concorrem: i) a mobilidade apresentada hoje pelos indivíduos, em função do turismo (havendo mesmo um turismo sexual), das migrações e de outras circunstâncias; ii) a existência de portadores assintomáticos; iii) mutações microbianas e a pressão seletiva de medicamentos, produzindo cepas resistentes; iv) a possibilidade de transmitir algumas DST por meio de seringas contaminadas (entre usuários de drogas injetáveis) ou de outros modos.

Para esses autores, torna-se difícil a classificação das DST, pois um mesmo agente etiológico pode provocar diferentes quadros clínicos, enquanto um determinado quadro clínico pode ser provocado por diversos agentes.

Pereira Júnior e Serruya (1982), *apud* Gonzaga & Py (1999), agruparam as DST na classificação que se segue:

1 - Doenças sexualmente transmissíveis - Obrigatoriamente de Transmissão Sexual: Gonorréia; Sífilis; Cancro mole (cancróide) e Linfgranuloma venéreo;

2 - Doenças sexualmente transmissíveis - Frequentemente Transmitida por Contato Sexual: Donovanose; Tricomoníase; Condiloma acuminado; Uretrite não-gonocócica; Herpes genital; Candidíase genital; Pediculose pubiana; Hepatite B e AIDS;

3 - Doenças sexualmente transmissíveis - Eventualmente Transmitidas por Contato Sexual: Molusco contagioso; Pediculose; Escabiose; Shigelose; Amebíase e Hepatite A.

1.3. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - OBRIGATORIAMENTE DE TRANSMISSÃO SEXUAL

1.3.1. Gonorréia

A gonorréia, também conhecida como blenorragia, vulgarmente chamada de "esquentamento". É uma doença infecto-contagiosa, essencialmente transmitida pelo contato sexual. Causada pela *Neisseria gonorrhoeae*. Consiste num dos tipos mais frequentes de uretrite masculina. Na mulher a gonorréia é em geral oligossintomática. O período de incubação normalmente é curto, variando de 2 a 5 dias. A incidência é maior nos indivíduos jovens entre 15 e 30 anos, sexualmente ativos e sem parceiro fixo (Gonzaga & Py, 1999).

A gonorréia é causada por uma bactéria Gram-negativo intracelular, o gonococo, ao microscópico assemelha-se ao grão de café. Em 1879 foi descrita por Neisser, vindo daí o seu nome *Neisseria gonorrhoeae*. Ela pode provocar cervicite, salpingite e vulvovaginite nas crianças do sexo feminino, pré-púbere pode acontecer infecção vaginal devido ao pH alcalino do muco e a falta de

estrogeinização. Nas crianças do sexo masculino pode ocorrer uretrite, prostatite e epididimite (Santos Júnior & Siqueira 1996).

Sua principal porta de entrada é o trato geniturinário. O epitélio escamoso resiste ao gonococo, porém o epitélio colunar é suscetível a esta infecção. Daí a caracterização de ausência de lesões na vagina adulta e na genitália externa e a suscetibilidade de infecção da uretra, próstata, vesículas seminais, epidídimo, glândulas de Bartholin, colo uterino e trompas de Falópio. Tanto no homem, como na mulher, a faringite gonocócica resulta do sexo oral. É encontrada em 20% dos homossexuais masculinos e em mulheres que praticam felação. A infecção mais comum na criança é a conjuntivite neonatal (Gonzaga & Py, 1999; Toledo & Trabulsi, 1999).

Ocasionalmente, o gonococo invade a corrente circulatória, dando origem a artrites, endocardites, meningites e lesões cutâneas. A patogênese das infecções gonocócicas é apresentada esquematicamente na figura 1. Evidências diferentes sugerem que a infecção da mucosa pelo gonococo se processa através das etapas de: aderência, colonização, invasão da mucosa e proliferação da bactéria no tecido subepitelial (Toledo & Trabulsi, 1999).

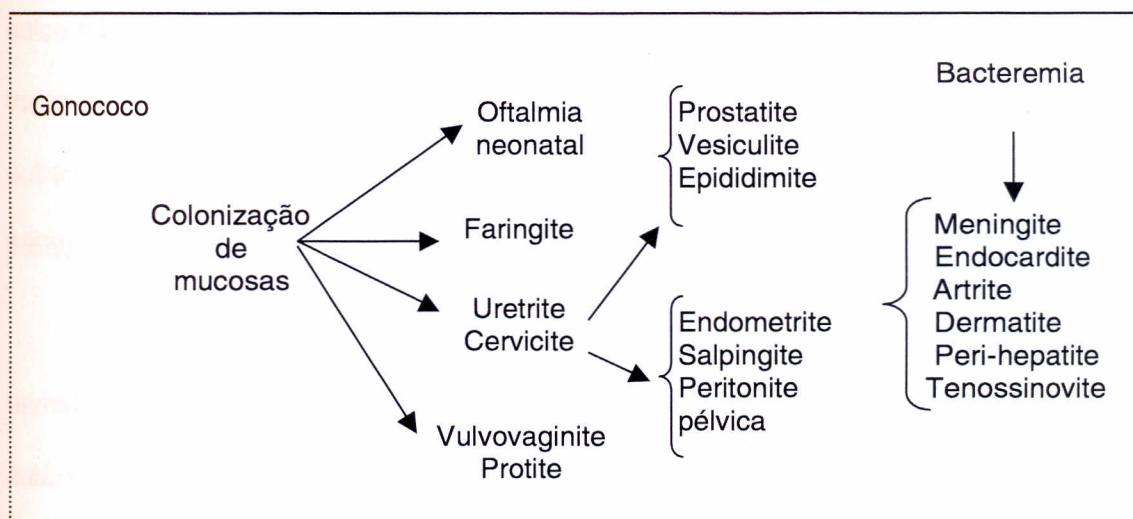
No sexo masculino, a sensação inicial é de queimação ao urinar, em seguida, surge o exsudato mucopurulento pela uretra. A prostatite se manifesta pela retenção da urina, dor e febre, e a epididimite pela dor intensa, hipersensibilidade e edema (Passos, *et al*, 1995; Brasil, 1999;).

Para Gonzaga & Py, (1999), no sexo feminino, as primeiras manifestações são disúria e exsudação vaginal. A infecção pode disseminar-se do colo uterino

para as trompas e difundindo-se para a pelve, causando doença inflamatória pélvica (DIP). A queixa principal da paciente é de dor no quadrante inferior do abdome.

O exame de amostras uretrais, colhidas por meio de alças de platina ou swab, com a utilização da coloração de Gram, constituem-se em excelente método de diagnóstico para o homem. Segundo Santos Júnior & Siqueira (1996), o achado de diplococos Gram negativo intracelulares típicos faz o diagnóstico em cerca de 95% dos casos em homens e em menos de 30% em mulheres.

Figura 1: Quadro clínico resultante das infecções gonocócicas.



(Fonte: Toledo & Trabulsi, 1999).

1.3.2. Sífilis

Doença infecciosa, sistêmica de caráter crônico, que tem como agente etiológico o *Treponema pallidum*. O reservatório natural é o homem. A susceptibilidade é universal, no entanto nem todos os expostos à infecção tornam-se doentes. A sífilis é uma doença de transmissão predominantemente sexual e

materno-fetal, podendo produzir, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença (Santos Júnior, 1996).

Na Sífilis Primária ou Cancro Duro, adquirida recentemente com menos de um ano de evolução, o processo é sistêmico. Passadas duas a três semanas da penetração do *Treponema pallidum* na mucosa, ocorre uma bacteremia e aparece a lesão inicial no local da penetração, uma pápula eritematosa e pouco dolorosa de 0,5 a 2cm de diâmetro. A lesão aparece entre 10 e 90 dias após o contato sexual infectante. É acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla. No homem, a lesão aparece com maior freqüência na glândula e sulco bálano-prepucial; na mulher, é mais comum nos pequenos lábios, paredes vaginais e colo uterino. São raras, porém factíveis, as lesões de inoculação em outras áreas que não a genital (Santos Júnior, 1996; Passos *et al*, 1995; Brasil, 1999).

Na Sífilis Secundária as lesões são resultado da disseminação hematogênica dos treponemas do cancro primário. As primeiras manifestações cutâneas são máculas eritematosas discretas denominadas roséolas sífilíticas, posteriormente evoluindo para lesões papulosas de aspecto lenticular, liquenóide, pustulosa, acneiforme, varioliforme ou psoriasiforme, configurando seu extremo polimorfismo. As lesões são acompanhadas geralmente de micropoliadenopatia generalizada e ocasionalmente há artralgias, febrícula, cefaléia e adinamia. Raramente observa-se comprometimento hepático e ocular, como uveíte (Santos Júnior, 1996; Brasil, 1999).

A Sífilis Latente (Recente e Tardia) é a forma de sífilis adquirida na qual não se observam sinais e sintomas clínicos e, tendo, portanto, seu diagnóstico feito por meios de testes sorológicos (Brasil, 1999).

Na Sífilis Terciária, após um ano de latência, o processo entra no período tardio, com diminuição progressiva das possibilidades de transmissão. Observa-se que 15% daqueles que chegaram a este estágio, apresentam alterações tegumentares (goma), 10% alterações cardiovasculares e 7% neurosífilis. Mais ou menos em torno do segundo ano ou mais, surgem lesões tegumentares ou extrategumentares, caracterizadas por localização assimétrica e desorganização tecidual. O comprometimento cardiovascular é representado pela aortite, resultado do envolvimento da *vasa vasorum*, onde pode se observar o aneurisma de aorta ascendente, hipertrofia ventricular esquerda e comprometimento das coronárias (Wisdom & Hawkins, 1998; Brasil, 1999;).

A Sífilis Congênita é uma infecção causada pela disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada para o seu concepto. Sabe-se que a transmissão materna pode ocorrer em qualquer fase gestacional; a taxa de transmissão vertical da sífilis em mulheres não tratadas é de 70 a 100%, nas fases primária e secundária da doença, reduzindo-se para 30% nas fases latente e terciária. Ocorre morte perinatal em 40% das crianças infectadas (Gonzaga & Py, 1999).

Segundo Barros Filho *et al* (1997), a incidência de sífilis congênita vem aumentando significativamente, principalmente em áreas urbanas dos Estados

Unidos da América do Norte, e nas cidades brasileiras, como Recife e Ribeirão Preto as taxas relatadas são cem vezes superiores às norte-americanas.

A microscopia de campo escuro é a maneira mais rápida e eficaz para a observação da bactéria, a qual apresenta mobilidade típica. A imunofluorescência com anticorpos monoclonais exige maior tempo e a disponibilidade de um microscópio de fluorescência. O diagnóstico sorológico baseia-se em reações não-treponêmicas e reações treponêmicas (Barros Filho *et al* 1997; Wisdom & Hawkins, 1998).

A prova de escolha na rotina é a reação de VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*) ou o RPR (*Rapid Plasm Reagin*) que são exames qualitativos e quantitativos, sendo importantes para o diagnóstico e seguimento pós-terapêutico, devendo ser solicitados sempre que se suspeitar do diagnóstico de sífilis em qualquer de suas fases (Brasil, 1999; Moura *et al*, 1999).

Dentre as reações sorológicas treponêmicas inclui-se rotineiramente o FTA-Abs (*Fluorescence Treponema pallidum Absorption Test*), primeiro teste a positivar, e o ELISA (*Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay*). Feito o diagnóstico, o controle do tratamento deverá ser realizado com o VDRL em intervalos nunca inferiores há trinta dias (Gonzaga & Py, 1999 & Moura *et al*, 1999).

1.3.3. Cancro Mole (cancróide)

É também denominado cancróide e, vulgarmente conhecida por "cavalo". A ocorrência é maior no sexo masculino do que no feminino. No Brasil, em serviços

especializados, a freqüência do cancro mole varia de 5% a 14,5% do total de diagnóstico (Gonzaga & Py, 1999; Brasil, 1999).

A doença é provocada por um bacilo Gram-negativo denominado *Haemophilus ducreyi*. O bacilo foi descrito pela primeira vez em 1889, por Ducrey (Santos Júnior, 1996; Brasil, 2000).

Entre as manifestações clínicas destaca-se uma ou mais das lesões ulceradas, não endurecidas, com bordas talhadas a pique, que sangra facilmente, de fundo amarelo purulento e bastante dolorosa. As lesões localizam-se na genitália, podendo ser encontradas em torno do ânus em pacientes que praticam o sexo anal. No homem, a região do freio, o sulco bálano-prepucial e o prepúcio são os pontos mais acometidos. Na mulher, nos grandes lábios, a fúrcula, o clitóris e o ânus constituem-se nos locais mais freqüentes (Brasil, 1999).

O diagnóstico laboratorial é feito pela pesquisa direta da bactéria pelo método de Gram em esfregaços de secreção da base da úlcera, ou do material obtido por aspiração do bubão (Brasil, 2000).

1.3.4. Linfogranuloma Venéreo

O Linfogranuloma venéreo, também denominado linfogranulomatose venérea, linfogranuloma inguinal, doença de *Nícolas-Favre*, é a quarta moléstia venérea e é popularmente conhecida como "mula". (Santos Júnior, 1996; Gonzaga & Py, 1999; Trabulsy, 1999; Brasil, 1999).

A doença descrita em 1913, por Durand, Nicolas e Favre, é produzida por três sorotipos específicos de *Chlamydia trachomatis*, L1, L2, e L3. As clamídias são

bactérias Gram negativo e seu período de incubação é de 2 a 4 semanas (Neves, 1995; Wisdom & Hawkins, 1998; Fernandes, A.T, *et al*, 2000).

A adenite inguinal (bubão), é a manifestação clínica característica da doença, que pode ser bilateral (raras vezes) ou, mais comumente, unilateral e é muito freqüente no homem. Na mulher, a drenagem da genitália interna é feita para os gânglios perirretais. O bubão costuma evoluir para várias fístulas, assemelhando-se a um bico de regador ou escumadeira (Linhares *et al* 1996; & Faria, 1999).

O diagnóstico é essencialmente clínico. O laboratório confirma o diagnóstico pela detecção de antígeno pela imunofluorescência direta com anticorpos monoclonais (Brasil, 1999; Moura *et al*, 1999).

1.4. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - FREQUENTEMENTE DE TRANSMISSÃO SEXUAL

1.4.1. **Donovanose**

Também conhecida como granuloma inguinal. É uma doença progressiva que acomete pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais (Filho Andrade, 1995; Gonzaga & Py, 1999).

É causada por um bacilo gram-negativo denominado *Calymatobacterium granulomatis*, descrita pela primeira vez em 1913, por dois brasileiros, Aragão e Vianna. O período de incubação varia de três a 12 meses, em média de oito a 80 dias. O diagnóstico é realizado por meio de exame histopatológico, com as

colorações pelos métodos *Wright*, *Giemsa* ou *Leishman* (Jardim, 1996; Brasil, 2000).

1.4.2. Tricomoníase

Para Carli (1998), é incontestável que a tricomoníase é uma DST. Causada pelo *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado), o homem é o vetor da doença e o reservatório é a cérvix uterina, a vagina e a uretra. Sua principal forma de transmissão é a sexual. As manifestações clínicas são corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso e com mau cheiro (Brasil, 1999).

O diagnóstico comumente utilizado para identificar as infecções genitais baixas é o exame direto (a fresco), pelos métodos de *Gram*, *Giemsa* ou *Papanicolaou* (Wisdom & Hawkins, 1998).

1.4.3. Condiloma acuminado

Doença infecciosa, de transmissão eventualmente sexual conhecida vulgarmente, como crista de galo e/ou verruga genital. É causado pelo *Papilomavirus* humano (HPV), seu período de incubação varia de semanas a meses. As verrugas genitais são conhecidas desde a antiguidade (Brasil, 2000).

As lesões apresentam diferentes tamanhos, desde lesões microscópicas até lesões volumosas, lembrando uma couve-flor. O diagnóstico é basicamente clínico (Moura *et al*, 1999).

1.4.3. Uretrite não-gonocócica (UNG)

Para Rouquayrol *et al* (1999), UNG é um termo muito utilizado em DST para as uretrites de origem não-gonocócica. O mecanismo básico de transmissão é

através do contato sexual. Vários agentes têm sido responsabilizados por essas infecções, sendo as principais: *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Trichomonas vaginalis*, dentre outros.

1.4.4. Herpes simples genital

O *Herpes simplex vírus* (HSV), tipos 1 e 2 pertencem à família *Herpesviridae*, transmitida predominantemente pelo contato sexual (inclusive oro-genital), com incubação de 3 a 14 dias, no caso de primo-infecção sintomática; a transmissão pode-se dar, também, pelo contato direto com lesões ou objetos contaminados. Caracteriza-se pelo aparecimento de lesões vesiculosas que, em poucos dias, transformam-se em pequenas úlceras (McCormack *et al*, 1996).

Embora os HSV 1 e 2 possam provocar lesões em qualquer parte do corpo, há predomínio do tipo 2 nas lesões genitais, e do tipo 1 nas lesões periorais. No homem o herpes genital primário localiza-se mais freqüente na glândula e prepúcio; na mulher, nos pequenos lábios, clitóris, grandes lábios, fúrcula e colo do útero. O herpes genital recorrente após a infecção genital primária por HSV 2 ou HSV 1, respectivamente, 90% e 60% dos pacientes desenvolvem novos episódios até os 12 primeiros meses, por reativação dos vírus (Rouquayrol *et al*, 1999; Júnior Pereira *et al*, 1995).

1.4.5. Candidíase genital

É uma infecção causada pelo fungo *Candida albicans*, e não é obrigatoriamente uma DST. Como qualquer outra micose, gosta de ambientes quentes e úmidos, como a vagina e o prepúcio. No homem, o microtraumatismo peniano que resulta de uma relação sexual pode ser o suficiente para

desencadear o processo de instalação de uma balanopostite por *Cândida*. Na mulher, o sintoma mais importante é o prurido vaginal ou dos lábios da vulva, seguida ou não por secreção vaginal de cor branco. O contato sexual nesta situação pode resultar em *candidíase* em ambos os sexos. O tratamento do casal é imperativo e medidas higiênicas adequadas devem ser adotadas para seu controle efetivo (Severo & Londero, 1996).

1.4.6. Pediculose pubiana

Ectoparasitose transmitida pelo *Phthirus púbis*, conhecida há séculos, a pediculose do púbis é para alguns autores a mais contagiosa das doenças sexualmente transmissíveis. Transmite-se por meio do contato sexual, ou pode ser veiculada por meio de fômites, como vestuário, roupas de cama, e toalhas. Os sintomas surgem de 1 a 2 semanas após a infestação ou em menor tempo, se o paciente apresentou infestação prévia pelo piolho. Prurido intenso é a principal queixa do paciente. O diagnóstico é facilmente detectado através do achado dos piolhos e das lêndeas aderidos aos pêlos (Marinho, 1996; Brasil, 1999;).

1.4.7. Hepatite B

É uma doença do fígado causada pelo vírus da hepatite B (HBV), agente infeccioso da família *Hepadnaviridae*, cujo material genético é constituído por DNA. A transmissão sexual de agentes infecciosos causadores de hepatite ocorre mais freqüentemente com os vírus das hepatites A, B, C e Delta. Os fatores que mais influenciam o risco de infecções pelo HBV são: relações sexuais desprotegidas, tipo de prática sexual (oro-anal, oro-genital, relacionamento sexual passivo ou

ativo), e de compartilhamento de seringas e agulhas. O diagnóstico laboratorial é realizado por marcadores sorológicos do vírus da Hepatite B (HbsAg), (Guerra, 1996; Júnior Gonçalves, 1996; Brasil, 2002).

1.4.8. AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), foi reconhecida nos EUA, em meados de 1981. No Brasil, foi identificada pela primeira vez em 1982. É causada pelo vírus da imunodeficiência humana – HIV, retrovírus com genoma RNA, da família *Retroviridae*. Pertence ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos que necessitam de uma enzima denominada transcriptase reversa, para multiplicar-se. Existem dois tipos - o HIV-1 e o HIV-2. Esse vírus é diferente porque ele ataca as células chamadas de linfócitos ou glóbulos brancos, que são as encarregadas de capacitar o corpo humano para se defender das doenças, ou seja, a capacidade do corpo ficar imune às doenças. As principais formas de transmissão são: sexual, sangüínea, perinatal e acidental (Veronesi & Focaccia, 1996; Negra, *et al* 1996; Brasil, 1999;).

1.5. DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS - EVENTUALMENTE TRANSMITIDAS POR CONTATO SEXUAL:

1.5.1. Molusco contagioso

Doença causada por um Poxvírus, denominado *Molluscum contagiosum* – vírus (MCV), que produz pápulas na pele, que variam do rosa nacarado ao branco com uma depressão central. Usualmente há múltiplas lesões, mais freqüentemente na área genital (em adultos). Em crianças, a localização extragenital é mais comum. A transmissão é geralmente através de contato direto

com pessoas infectadas ou por meio de fômites. A distribuição ocorre em qualquer idade, sendo mais freqüentemente em crianças na idade escolar do que em adultos. O período de incubação varia de 3 semanas a 3 meses após a exposição (Buchness, 1996; Gonzaga & Py, 1999).

1.5.2. Escabiose (Sarna)

Parasitose da pele causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*, de transmissão direta com doentes ou através de relações sexuais. O ácaro pode perfurar e penetrar na pele em, aproximadamente, 2,5 minutos, cuja penetração deixa lesões em forma de vesículas, pápulas ou pequenos sulcos, nos quais ele deposita seus ovos. As áreas preferenciais onde se visualizam essas lesões são: regiões interdigitais, punhos (face anterior), axilas (pregas anteriores), região periumbilical, sulco interglúteo, órgãos genitais externos nos homens (Suassuna, 1996; Brasil, 2000;).

1.5.3. Shigelose

Infecção bacteriana de expressão clínica pleomórfica, podendo se manifestar através de formas assintomáticas e sub-clínicas, ou formas graves e tóxicas. São bactérias gram negativas do gênero *Shigella*, constituídas por quatro espécies *S. dysenteriae* (grupo A), *S. flexneri* (grupo B) *S. boydii* (grupo C) e *S. sonnei* (grupo D). Nas formas graves, a shigelose é doença aguda toxêmica, caracterizada por febre, diarréia aquosa, que pode ser volumosa e com dor abdominal. A infecção é adquirida pela ingestão de água contaminada ou de

alimentos preparados com água contaminada. Também está demonstrado que as Shigelas podem ser transmitidas por contato pessoal (Campos, 1999).

1.5.4. Amebíase

Dentre as várias espécies de amebas que podem acometer o homem a mais freqüente no adulto e na infância é a *Entamoeba histolytica*.

É estimado que 480 milhões de pessoas no mundo estão infectadas com esse protozoário, das quais 10% apresentam formas invasoras, alterações intestinais ou extraintestinais. É prevalente nas áreas em que as condições sanitárias são precárias. A ocorrência da doença está sempre associada com condições inadequadas de saneamento básico e higiene precária (Andrade & Andrade Júnior, 1996).

A transmissão das amebas ocorre pela contaminação fecal da água, alimentos ou objetos de uso diário; contato sexual oral-genital e oral-anal com pessoas portadoras (Silva, 2000).

1.5.5. Hepatite A

Segundo Conceição & Focaccia (1996), a *hepatite A* é uma doença infecciosa aguda de distribuição mundial. A transmissão do vírus é via fecal-oral, por contato inter-humano ou através da ingestão de água ou alimentos contaminados. A transmissão através de transfusões, uso compartilhado de seringas e agulhas contaminadas é pouco comum, ao contrário das infecções pelo HIV e pelo vírus da *hepatite B*.

O método diagnóstico mais utilizado é o ELISA, com pesquisa de anticorpos IgM contra o vírus da *hepatite A* no sangue, que indicam infecção recente. Esses anticorpos geralmente podem ser detectados a partir do quinto dia do início dos sintomas (Brasil, 2002).

1.6. PREVENÇÃO E CONTROLE

Segundo Moreira (1995), são inúmeros os tratamentos preconizados como também suas vantagens e desvantagens com relação aos níveis de cura. O tratamento das DST depende do diagnóstico laboratorial e clínico. Para Rouquayrol, *et al* (1999), com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão das DST o mais cedo possível e evitar as complicações, o Ministério da Saúde implantou a abordagem sindrômica para o tratamento destas enfermidades. Atualmente o tratamento preconizado pela CN/DST/AIDS/MS para os agentes etiológicos mais freqüentes é feito através do diagnóstico sindrômico (Brasil, 2000).

Embora as DST sejam causadas por vários microorganismos diferentes, estes determinam um número limitado de síndromes. Os sintomas referidos pelo paciente e os sinais observados durante o exame físico podem determinar o tratamento (Brasil, 2000).

O diagnóstico sindrômico tem apresentado excelentes resultados, principalmente nos casos de corrimento uretral e úlcera genital. Nos casos de síndrome dos corrimentos vaginais, alguns fluxogramas sugerem a combinação de critérios de risco para cervicites e a utilização de algumas provas laboratoriais

básicas tem apresentado bons resultados. Este tratamento dá preferência ao uso de medicamento de efeito polivalente (Brasil, 1999; Rouquayrol, 1999).

O quadro a seguir explica os sinais e sintomas das principais síndromes de DST e suas etiologias mais comuns (Brasil, 2000).

Figura 2: Quadro de Abordagem Sindrômica das Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Síndrome	Sintomas mais comuns	Sinais mais comuns	Etiologias mais comuns
Corrimento Vaginal	*Corrimento vaginal; *Prurido; *Dor durante a relação sexual; *Odor fétido.	*Edema de vulva, vagina e cérvix; *Hiperemia de vulva; *Corrimento vaginal;	Vulvovaginite infecciosa: *Tricomoníase; *Vaginose bacteriana; *Candidíase
		*Mucopus cervical; *Colo friável; *Dor à mobilização do colo	Cervicite: *Gonorréia; *Infecção por <i>Chlamydia</i>
Corrimento Uretral	*Corrimento uretral; *Prurido; *Estrangúria; *Polaciúria; *Odor fétido.	*Corrimento uretral	*Gonorréia; *Infecção por <i>Chlamydia</i> ; *Tricomoníase; *Mycoplasma; *Ureaplasma
Úlcera genital	*Ferida dolorosa; *Ferida indolor; *Prurido; *Ardência.	*Úlcera genital; *Aumento dos linfonodos inguinais *Fístulas	*Sífilis; *Cancro mole; *Herpes genital; *Donovanose.
Desconforto ou dor pélvica na mulher	*Dor ou desconforto pélvico; *Dor durante a relação sexual.	*Corrimento cervical; *Dor à palpação abdominal; *Dor à mobilização do colo; *Temperatura > 38°C	*Gonorréia; *Infecção por <i>Chlamydia</i> ; *Infecção por germes anaeróbios.

Fonte: Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – Coordenação Nacional de DST/AIDS/Ministério da Saúde, 2000.

Vale salientar que o tratamento medicamentoso por si só não é suficiente. É necessário também o desenvolvimento de ações continuadas que favoreçam a

mudança de hábitos de higiene, bem como as medidas de prevenção para o sexo seguro (Passos, 1995).

Figura 3 – Esquema terapêutico sintomático nas Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Doença e Parasita	Fármaco	Adulto	Criança
Gonorréia <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Ofloxacina ou Cefixina ou Ciprofloxacina ou Ceftriaxona ou Tianfenicol	Dose única. Um comprimido de 400mg à noite. 500mg, VO, dose única; 250mg IM, dose única; 2,5g, VO, dose única.	Contra-indicado em menores de 18 anos Contra-indicado em menores de 18 anos. Dose de 25 a 50mg/Kg/dia. Não excedendo 125mg, IM ou EV.
Linfogranuloma Venéreo <i>Chlamydia trachomatis</i>	Azitromicina ou Doxiciclina ou Eritromicina (estearato)	Dose única. Um comprimido de 1g; 100mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; 500mg 6/6 horas, por 21 dias;	100mg, VO, de 12/12 horas, por 7 dias; 40mg/kg/dia, de 6/6h 21 dias.
Cancro Mole (cancróide) <i>Haemophilus ducreyi</i>	Azitromicina ou Ceftriaxona ou Tianfenicol ou Eritromicina (estearato) ou Ciprofloxacina	Dose única. Um comprimido de 1g; 250mg, IM, dose única; 5g, VO, dose única; 500mg 6/6 horas, por 7 dias;	Dose única. Um comprimido de 1g; 5g, VO, dose única; Dose de 40mg/kg/dia, VO, em 4 tomadas de 6/6h por 10 dias. Não é recomendado em menores de 17 anos, gestantes e nutrízes.

(Fonte: Brasil, 2000).

Figura 4 – Esquema terapêutico sindrômico nas Doenças Sexualmente Transmissíveis. (Fonte: Brasil, 2000).

Doença e Parasita	Fármaco e doença	Adulto	Criança
Sífilis (<i>Treponema pallidum</i>)	<u>Sífilis primária:</u> Penicilina Benzatina.	2.4 milhões UI, IM, em dose única (1.2 milhão UI em cada glúteo).	< de 10 - 27kg – 600.000UI IM – com menos de 1 ano duração.
	<u>Sífilis Recente: Secundária e Latente:</u> Penicilina Benzatina.	2.4 milhões UI, IM, repetir após uma semana. Total de 4.8 milhões UI.	1.200.000UI IM Adolescentes 2.400.000UI IM ou Penicilina G Procaína – 50.000 UI/kg/dia IM de 24/24h, por 8 dias
	<u>Sífilis Tardia: (Latente e Terciária)</u> Penicilina Benzatina	2.4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas. Total de 7.2 milhões UI.	Eritromicina – 40mg/kg/dia de 6/6h por 15 dias.

A profilaxia e controle para o problema das Doenças Sexualmente Transmissíveis consistem na implantação de programas de educação continuada e um serviço de diagnóstico, tratamento e acompanhamento desses casos e/ou agravos (Eisenstein, 1993; Passos, 1995; Brasil, 2000;).

Para Cavasin & Arruda (1998), não existe uma fórmula pronta, uma mistura de mensagens e serviços que auxiliem os adolescentes a tomarem decisões seguras acerca de sua sexualidade e saúde, mas, é preciso ouvir, aprimorar a escuta, valorizar os sentimentos e preocupações dos jovens em conhecer mais o mundo dos adolescentes: as pressões e os constrangimentos que eles enfrentam na hora de escolher e usar um método anticoncepcional, e das dificuldades que enfrentam relativas a negociações dos métodos entre parceiros.

A complexidade dos problemas que envolvem o processo de viver das crianças e adolescentes de hoje, exigem procedimentos urgentes que sejam coletivos e transdisciplinar. Atividades devem ser iniciadas precocemente em diferentes locais, como na família, na escola, nos esportes, na rua, na igreja e na comunidade (Brasil, 2000; Patrício, 2000).

Para esses autores é importante manter a atenção aos fatores como: i) Relação de gênero; ii) Medo de rejeição; iii) Negação; iv) Acesso e disponibilidade e v) Atendimento.

Lembrando Eisenstein (1993), quando relata “A educação sexual não é somente uma opção, atualmente é uma necessidade, indispensável para a divulgação dos fatos e informações a respeito das DST, e, nas palestras com grupos de jovens ou na comunidade, focar vários aspectos, como: (i) Desenvolvimento e expressão saudável da sexualidade; (ii) Importância da higiene e valorização do corpo; (iii) Papel dos microorganismos nas DST e fontes de contágio na vida cotidiana; (iv) Métodos de transmissão e prevenção das DST; (v) Prevenção do abuso e (ou) violência sexual; (vi) Direitos de cidadania e responsabilidades sociais”.

As medidas de prevenção e controle das DST, até o momento ainda são: no caso da Sífilis Congênita (doença de notificação compulsória): conceder a toda gestante um pré-natal adequado, realizar pelo menos dois exames de VDRL durante a gestação e realização de VDRL em todas as gestantes (Brasil, 1998). A AIDS (também uma DST de notificação compulsória), nos objetivos dos programas de prevenção e controle estão: (a) prevenir a transmissão e

disseminação do HIV e (b) reduzir a morbi-mortalidade associada à infecção pelo HIV, ou seja, prevenção da transmissão sexual; prevenção da transmissão sangüínea: transfusão de sangue; hemoderivados; injeções e instrumentos perfuro-cortantes; doação de sêmen e órgãos e transmissão perinatal (Brasil, 2000).

1.7. EPIDEMIOLOGIA

Segundo Rey (1997), de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1996), ocorrem anualmente em todo o mundo, 170 milhões de infecções por *Trichomonas*, 89 milhões por *Chlamydia* (inclusive a linfogranulomatose inguinal), 62 milhões de casos de gonorréia, 12 milhões de sífilis, 30 milhões de condilomas anogenitais, 20 milhões de herpes anogenitais e 2 milhões de cancróide.

Segundo a OMS (2001), a estimativa mundial de novos casos de *chlamydia tracomatis* em adultos era de 92 milhões em 1999, sendo que 9,2 milhões ocorreriam na América Latina e Caribe. Nas estimativas dos Centros de Controle de Doenças (CDC), nos Estados Unidos, existem mais casos novos diagnosticados de infecção pela *Chlamydia tracomatis* do que qualquer outra doença de transmissão sexual, incluindo sífilis, gonorréia, verruga genital, herpes e AIDS (Miranda *et al*, 2003).

Segundo Miranda *et al* (2000), desde os anos 80, a infecção pela *Chlamydia tracomatis* é tida como uma das DST mais freqüentes. Nos Estados Unidos entre os jovens a prevalência oscila entre 9% a 23%, na Europa ocidental, a prevalência é mais baixa, na França, a prevalência fica entre 3,9% a 20%. Na Suécia varia entre 1,3% a 2,4%; e na Bélgica, é de 1,4%. Na América Latina, os

dados são escassos; há um estudo no Chile onde foi relatada uma prevalência de 6% da infecção entre adolescentes grávidas em 1993; no Uruguai, 3,4% entre mulheres que procuraram os serviços de saúde.

BUNNELL *et al* (1999), do (CDC) estudaram as DST em 650 garotas, com idades entre 14 e 19 anos, que procuraram clínicas de atendimento de adolescentes nas maiores cidades americanas. As participantes foram entrevistadas, submetidas a exames ginecológicos e laboratoriais para pesquisa de DST. Um total de 501 garotas retornou para um segundo atendimento num intervalo de seis meses, quando foram reexaminadas e novamente entrevistadas cerca de 40% eram portadoras de DST na primeira consulta; este número caiu para 23% na visita seguinte. A infecção mais comum foi por *Chlamydia*, encontrada em cerca de 38% das adolescentes. Quase que 17% eram portadoras do vírus herpes simplex, e 8% tinham gonorréia. A hepatite B foi encontrada em 0,5%. Cerca de metade daquelas portadoras de gonorréia ou tricomoníase estavam também infectadas por *Chlamydia*.

Segundo esses pesquisadores, a alta incidência de DST nas garotas com apenas um parceiro sexual, "fica evidente que a monogamia praticada apenas pela população adolescente do sexo feminino é insuficiente para a prevenção das DST", e pedem uma atitude mais urgente e resolutiva das autoridades e pessoas da área de saúde para reduzir a alta incidência da doença nas adolescentes.

No Brasil não se possuem números que traduzam a verdadeira situação em todo o país (Brasil, 1999). Calcula-se que acontecem cerca de 12 milhões de novos casos de DST curáveis por ano. Considerando que a notificação dos casos

de DST não é compulsória, e como cerca de 70% das pessoas com alguma DST buscam tratamento em farmácias, os números de DST notificadas ficam muito abaixo da estimativa da OMS, somente cerca de 200 mil casos/ano.

De acordo com a CN/DST/AIDS/MS a Vigilância Aprimorada das DST implantada desde 1996, consiste na notificação/investigação de casos de DST em serviços de saúde selecionados, no atendimento e acompanhamento das tendências destes agravos. Como o sistema de Vigilância Aprimorada tem limitações, as pessoas com DST atendidas nas Unidades de Saúde não participantes do sistema são notificadas às Secretarias de Saúde por meio do SINAN (Sistema de Informações de Agravos de Notificação). Esses dados são utilizados como indicadores operacionais na alocação de verbas, compra de insumos de laboratórios e medicamentos, projetos e programas específicos na área e outros (Brasil, 1996; Brasil, 1999).

Segundo a CN/DST/AIDS/MS vários serviços de saúde enviam suas notificações de casos de DST às Secretarias de Saúde que, sem um instrumento adequado, deixam de utilizar estas informações valiosas para suas ações de controle destes agravos (Brasil 2000).

Apesar da importância de alguns sistemas de notificação das DST, ainda temos no Brasil uma enorme defasagem na notificação desses dados, talvez pelo fato das DST não serem consideradas de notificação compulsória, chega-se ao absurdo de não se ter quaisquer dados em vários anos seguidos (Passos, 1995).

1.7.1 Distribuição das Doenças Sexualmente Transmissíveis em crianças e adolescentes

1.7.1.2 No Brasil

No Brasil, o número de casos notificados de DST, no período de 1987-1996 foi de 504.219, com a seguinte distribuição da prevalência: uretrite não gonocócica, (UNG) (28,47%), sífilis adquirida (28,29%), gonorréia (28,3%), condiloma acuminado (11,30%), cancro mole (1,83%), linfogranuloma venéreo (1,03%) sífilis congênita (0,87%) e donovanose (0,26%) (MS, 1996).

No período de 1987 a 1996, os casos notificados de DST segundo diagnóstico específico e local de residência por macrorregião foi de 77.429 na região Norte, correspondendo a 15,35% da prevalência nacional com a distribuição da prevalência em ordem decrescente: gonorréia (38,4%), sífilis adquirida (27,50%), condiloma acuminado (16,33%), uretrite não gonocócica (UNG) (13,46%), linfogranuloma venéreo (1,86%), sífilis congênita (0,45%), cancro mole (0,33%) e donovanose (0,22 %) (Brasil, 1997).

O desenvolvimento das DST na região Norte no citado período teve um crescimento significativo. Os maiores números desses casos foram registrados no Estado do Pará com 54,36%, seguido pelo Estado de Roraima, com 24,37%, em terceiro pelo Estado do Amazonas com 11,54%, em quarto o Estado do Tocantins com 5,44% e em quinto pelo Estado de Rondônia com 1,97% (Brasil, 1997).

1.7.1.3. Em Rondônia

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde – SESAÚ (2002), no Estado de Rondônia no período de 2001 a 2002 foram notificados 2.884 casos de DST, excluindo HIV/Aids. Na faixa etária de 15 a 19 anos, segundo diagnóstico específico, corresponde a seguinte distribuição de prevalência em ordem decrescente: DST não especificada 1.912 casos (66,30%), Síndrome do Corrimento Vaginal 378 casos (13,11%), Infecções Anogenitais 263 casos (9,12%), Gonorréia 176 casos (6,10%), Sífilis não especificada 67 casos (2,32%), Tricomoníase 65 casos (2,25%), Sífilis Primária 12 (0,42%) e Uretrite por *Chlamydia* 11 casos (0,38%).

No que diz respeito aos dados de notificação das DST na Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Velho, dos 31 casos notificados no período de 1998 a 1999, 19 casos correspondeu a crianças e adolescentes, representando 61,9% (SEMUSA, 1999).

E, no período de 2000 a 2001 foram notificados 146 casos de DST, excluindo HIV/AIDS. Na faixa etária de 14 a 19 anos correspondente a seguinte distribuição de prevalência em ordem decrescente: DST não especificada 88 casos (60,27%), Sífilis não especificada 17 casos (11,64%), Sífilis Primária 12 casos (8,22%), Herpes genital 11 casos (7,54%), Gonorréia 9 casos (6,17%) e Tricomoníase 9 casos (6,17%).

O objetivo maior deste estudo é descrever a prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em escolares da área urbana do município de Porto Velho, assim como descrever o perfil epidemiológico da população envolvida, na

perspectiva de produzir conhecimento e subsidiar o trabalho de prevenção e controle desenvolvido pelos órgãos governamentais, tanto da saúde quanto da educação.

1.8. OBJETIVOS

1.8.1. Objetivo Geral

Descrever a prevalência de doenças sexualmente transmissíveis em escolares da rede pública municipal da área urbana do município de Porto Velho.

1.8.2. Objetivos Específicos.

- (i) Descrever variáveis demográficas e comportamentais em escolares de 5^a a 8^a séries do ensino fundamental, na faixa etária de 11 a 19 anos associados as DST, na amostra estudada;
- (ii) Determinar a prevalência de anticorpos para agentes infecciosos de transmissão sexual como o *Treponema pallidum*, *Chlamydia* e o vírus da hepatite B - VHB;
- (iii) Identificar os agentes etiológicos mais freqüentes das doenças sexualmente transmissíveis através do método de Gram e providenciar tratamento adequado para os escolares investigados;
- (iv) Realizar oficinas abordando os temas: sexualidade, prevenção e controle das DST para subsidiar os professores na implementação dos temas transversais preconizados nos parâmetros curriculares nacionais na escola.

2. MATERIAL E MÉTODOS.

2.1 ÁREA DE ESTUDO

Segundo dados da Secretaria de Estado da Educação de Rondônia (SEDUC) e Secretaria Municipal de Educação de Porto Velho (SEMED, 2000), a rede municipal de ensino do município de Porto Velho conta com 205 Escolas Estaduais Municipalizadas, perfazendo um total de 147.229 alunos matriculados da pré-escola ao ensino médio.

Dentre as 205 escolas do ensino fundamental, selecionamos a Escola Municipal de Ensino Fundamental Marechal Joaquim Vicente Rondon, situada à Av. Jatuarana - no bairro Jardim Eldorado, considerado área periférica da cidade, sem nenhuma infra-estrutura de saneamento básico, com uma população de classe sócio-econômica baixa.

A escolha desta escola se deu por sugestão da Coordenadora da Divisão de Saúde Escolar da SEMED, considerando um grande número de escolares acompanhados por Agentes de Saúde Escolar e seus vários problemas de saúde que afetam diretamente a produção pedagógica e a relação professor e aluno.

A estrutura administrativa desta escola é composta por um diretor, dois vice-diretores, um secretário, quatro auxiliares de secretaria, dois orientadores e quatro supervisores escolares. Quanto aos professores, 76 têm licenciatura plena e 38 de nível médio (magistério).

Os escolares jovens e adultos perfazem um total de 843 alunos da 5^a a 8^a série. Já os escolares de 1^a a 4^a série são em número de 678, compreendendo um universo de 1.521 estudantes.

2.2 TIPO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Para responder aos objetivos da presente pesquisa foi desenvolvida uma investigação quanti-qualitativa com características de estudo exploratório-descritivo. De acordo com Marconi & Lakatos (1999), esse tipo de estudo tem tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e esclarecer conceitos.

2.3. AMOSTRA

Os sujeitos desse estudo foram crianças e adolescentes na faixa etária de 11 a 19 anos de idade matriculados da 5ª a 8ª série. A delimitação dessa faixa etária justifica-se pelo fato de ser nesta fase que grande parte dos adolescentes iniciam sua vida sexual. Neste período também ocorre a menarca nas meninas (em geral entre 10 e 12 anos), e a ejaculação no sexo masculino (Bee, 1986).

Para esse estudo foram selecionados 122 escolares matriculados e presentes às aulas no período de 02 de Agosto a 28 de Novembro de 2000. O critério de seleção para inclusão no estudo foi o estudante aceitar participar da investigação e ter autorização dos pais e ou responsáveis, caracterizando, portanto, uma amostragem aleatória.

2.3.1 Considerações éticas

Foram realizados reuniões em cada sala de aula com os alunos de 5ª a 8ª série. Na ocasião foram informados sobre a finalidade do estudo, a privacidade, o sigilo e o livre consentimento, bem como, a liberdade para desistir de participar em

qualquer momento da pesquisa, e, posteriormente, palestra interativa sobre prevenção das DST. Essas mesmas informações foram descritas no termo de consentimento encaminhado aos pais e ou responsáveis (Anexo 1).

A participação do escolar no estudo se aconteceu mediante o consentimento escrito e assinado pelos pais e/ou responsáveis e a aceitação do aluno. Os escolares comprovadamente infectados foram tratados de acordo com o diagnóstico sindrômico preconizado pela Coordenação Nacional de DST/AIDS/MS.

2.3.2. Coleta de dados

A coleta de dados se deu através de um questionário semi-estruturado para registrar aspectos demográficos, assistência à saúde, lazer, habitação, drogas, trabalho, relacionamento familiar e conhecimento sobre DST (Anexo II).

O questionário era lido e aplicado por intermédio da pesquisadora, pelo professor de cada turma e três acadêmicos de enfermagem com esclarecimento de dúvidas, propiciando uma relação de confiança entre o sujeito e o entrevistador, pois no contexto da entrevista os mesmos tiveram que abordar questões sobre sexualidade, fidelidade, prazer, desprazer, violência, conceito de risco, de doença, de saúde e outros (Figura 5).

Tendo em vista tais aspectos, estes professores e acadêmicos foram treinados para realizar o trabalho de coleta de dados, que foi desenvolvido em quatro momentos:

- 1) Reunião com os professores e direção da escola, destacando a necessidade de conhecimento mais aprofundado sobre as doenças

sexualmente transmissíveis, dando ênfase da participação de todos no processo de desenvolvimento da pesquisa;

- 2) Oficina de 8 horas aula (h/a), com os professores sobre técnicas de entrevista, abordando os temas: sexualidade, métodos contraceptivos e prevenção das DST (Figura 6 e 7);
- 3) Reunião com pais e/ou responsáveis pelos menores, inicialmente esclarecendo acerca dos objetivos e métodos desse trabalho e, posteriormente solicitada autorização por escrito dos mesmos (anexo III). Somente depois de receber as autorizações foi realizada a aplicação do questionário;
- 4) Aplicação do questionário aos alunos aconteceu individualmente em ambiente tranqüilo e com privacidade do entrevistador (pesquisadora, professor (a), acadêmico de enfermagem) e entrevistado (escolar);

2.3.3 Coleta de material

As amostras de secreções uretral/vaginal e sangue para sorologia foram coletadas de cada escolar previamente autorizados por seus pais ou responsáveis, teve como objetivo determinar a prevalência de DST e assistir a criança e o adolescente no seu desenvolvimento bio-psico-social.

Para a realização desses procedimentos foram montados na própria escola uma sala de triagem e três consultórios, sendo um para os escolares do sexo masculino e os outros dois para os escolares do sexo feminino.

Na sala de triagem foram verificados peso, altura e sinais vitais. No consultório realizava-se a consulta registrando as queixas, história pregressa, exame físico, incluindo as orientações do auto-exame das mamas e

posteriormente a coleta das secreções vaginal/uretral nas meninas. Com os meninos a coleta de secreção uretral e orientações de higiene íntima dos mesmos (Figura 8 e 9).

2.3.3.1 Coleta de secreções uretral e vaginal

Antes do exame o escolar foi informado sobre os procedimentos da coleta de secreção e aconselhado quanto aos possíveis resultados, compreensão dos riscos e modificação de comportamentos sexuais. O material uretral no escolar do sexo masculino foi coletado células epiteliais da uretra mediana, inserindo-se um swab fino e apropriado, cerca de 4 a 6 cm, e em seguida fez-se movimentos circulares para obtenção de descamação da mucosa. Depois da retirada do swab, foi realizado um esfregaço fino e homogêneo em duas lâminas previamente identificadas, deixado-as secar na temperatura ambiente, embaladas em papel alumínio, acondicionadas em caixas metálicas e encaminhadas ao laboratório (Sanchez, *et al*, 1996; Ferreira & Ávila, 1996; Brasil, 1997).

O procedimento de coleta da secreção uretral feminina para a coloração pelo método de Gram aconteceu da seguinte forma: foi introduzido um swab cerca de 2 centímetros na uretra e girando delicadamente o swab obteve-se a secreção, após a retirada do swab, foi realizado um esfregaço fino e homogêneo em duas lâminas previamente identificadas (Ferreira & Ávila, 1996; Brasil, 1997).

Na coleta da secreção vaginal não foi utilizado espéculo vaginal, somente o swab, pelo fato da grande maioria delas serem virgens e não aceitarem a utilização do mesmo. A coleta da secreção para a coloração pelo método de Gram aconteceu da seguinte forma: Inseriu-se um swab cerca de 1 centímetro no canal endocervical, girando-o delicadamente de 8 a 10 vezes, para absorver a secreção.

Retirado o swab, realizamos um esfregaço fino e homogêneo em duas lâminas previamente identificadas, deixado-as secar na temperatura ambiente, embaladas em papel alumínio, acondicionadas em caixas metálicas e encaminhadas ao laboratório (Brasil, 1997).

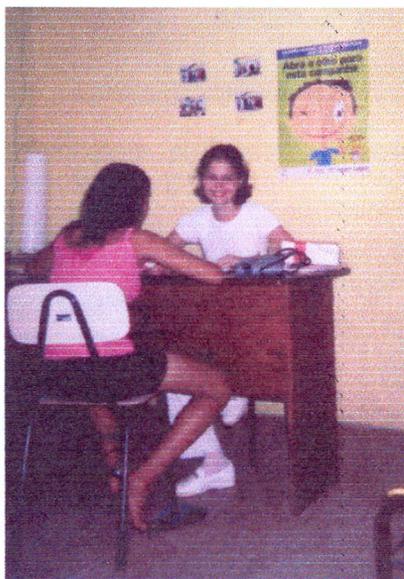


Figura 5 – Aplicação do questionário com a acadêmica de enfermagem Eudemara.



Figura 6 – Dinâmicas interativas com professores, abordando o tema “Sexualidade, métodos contraceptivos e prevenção das DST”.



Figura 7 – Dinâmicas interativas com professores, abordando o tema “Sexualidade, métodos contraceptivos e prevenção das DST”.



Figura 8 – Sala onde foi realizada a triagem dos adolescentes.



Figura 9 – Consulta de enfermagem realizada pela Enfermeira Jeanne, com demonstração do auto-exame das mamas;

2.3.3.2. Coleta de amostras de sangue

As amostras de sangue para a sorologia foram coletadas de cada escolar que aceitou o procedimento, pois, alguns, mesmo com autorização dos pais e ou responsáveis não aceitaram (Figura 10).

Antes da coleta foram dadas informações verbais necessárias sobre o procedimento que seria realizado, as amostras foram obtidas através de colheita de 5 (cinco) ml de sangue através de seringas descartáveis e apropriadas e depois depositados em tubos de ensaio com tampa, identificando cada frasco conforme numeração prévia organizada por código. Após a centrifugação, cada amostra de soro foi colocada em tubos plásticos do tipo eppendorf e mantidos a - 20° C até o momento do uso.

2.5. MÉTODOS E PROCEDIMENTOS LABORATORIAIS

O laboratório que realizou análise das lâminas pertence à rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS), próximo à escola onde foi realizada a coleta do material. Os equipamentos e materiais de laboratório foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA.

Um grupo formado por cinco acadêmicos de enfermagem, duas enfermeiras, um bioquímico, dois agentes de Saúde Escolar e um técnico de laboratório foram responsáveis quanto à análise das lâminas, técnica de lavagem do material, armazenamento e transporte (Figura 11 e 12).

2.5.1 Procedimentos técnicos

2.5.1.1 Coloração pelo método de Gram

Usualmente este método é utilizado e indicado para a pesquisa de diplococos Gram negativo e Gram positivo (Wisdom & Hawkins, 1998).

Foi colocada sobre uma lâmina contendo o esfregão solução de cristal violeta fenicada e deixado corar por 1 minuto. Depois de escorrer o corante foi coberto por 1 minuto com solução de Lugol (iodo, 1g; iodeto de potássio, 2g; água destilada, 300 ml), depois, lavado em água corrente. Diferenciado com álcool a 95° e lavado novamente em água corrente. Corada rapidamente com fucsina diluída, lavada e deixada secar em temperatura ambiente (Bier, 1985; Ferreira & Ávila, 1996).

Na análise das lâminas ao microscópio, as bactérias Gram positivo, apresentam-se na coloração de roxo e as Gram negativo com núcleos celulares vermelhos (Sanchez, *et al*, 1996).

2.5.1.2 DETECÇÃO DE ANTICORPOS UTILIZANDO O ENSAIO IMUNOENZIMÁTICO

As amostras de soro foram encaminhadas para o laboratório de virologia do Centro de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Pará na cidade de Belém. As amostras testadas foram supervisionadas pelo Professor Dr. Ricardo Ishak, orientador deste estudo.



Figura 10 – Coleta de sangue nos escolares pelos acadêmicos Josué e Hélio.

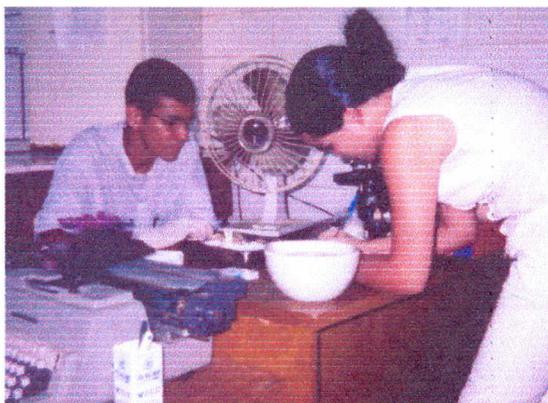


Figura 11 – Acadêmicos de enfermagem Josué e Janaina no Laboratório Municipal do Pronto Atendimento Manoel Amorim de Mattos da rede básica de saúde do SUS.



Figura 12 – Acadêmica de enfermagem Lívia em observação no microscópio.

2.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

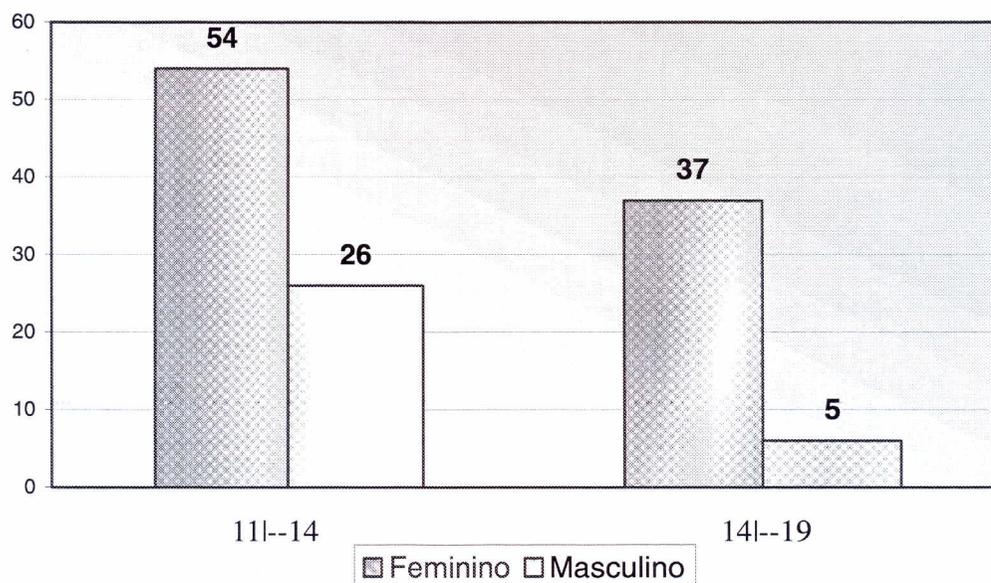
Os dados coletados na área de estudo referente à aplicação do questionário e análise sorológica aos exames laboratoriais foram compilados e apresentados quantiquantitativamente e, para sua análise e interpretação através do programa BioEstat 2.0, 2000.

3. RESULTADOS

3.1 ANÁLISE SÓCIO-AMBIENTAL DEMOGRÁFICA

No período de 02 de Agosto a 28 de Novembro de 2000, na Escola Municipal de Ensino Fundamental Marechal Joaquim Vicente Rondon em Porto Velho/Rondônia foram entrevistados 142 escolares. Desistiram de participar do estudo 20 indivíduos, ficando a amostra composta por 122 escolares na faixa etária de 11 a 19 anos (14,47% dos 843 alunos matriculados de 5ª a 8ª série). Destes escolares, 91 eram do sexo feminino (74,59%) e 31 do sexo masculino (25,40%) (Figura 13).

Figura 13. Distribuição dos escolares por sexo e faixa etária no grupo estudado.



Foram estudadas as seguintes variáveis: estado civil, cor, assistência à saúde, lazer, trabalho, drogas e conhecimento sobre DST, através de perguntas abertas e fechadas.

Nos dados sócio-demográficos dos 122 escolares entrevistados, 10 (8,2%) são casados/amasiados. 45 (36,9%) estavam matriculados na 5ª série, 38 (31,1%) na 6ª série, 21 (17,2%) na 7ª série e 18 (14,8%) na 8ª série. Ao apresentarem algum problema de saúde 93 (76,2%) procuram o médico e 15 (12,3%) procuram o balconista de farmácia (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sócio-ambientais demográficos dos 122 escolares da Escola Municipal de Ensino Fundamental Joaquim Vicente Rondon/ Porto Velho, RO – Ano 2000.

Características dos escolares com DST	n	%
Estado Civil		
Solteiro	112	91,8
Casado	7	5,7
Amasiado	3	2,5
Cor		
Branco	55	45,1
Parda	53	43,4
Preto	7	5,7
Outra	7	5,7
Série Escolar		
5ª Série	45	36,9
6ª Série	38	31,1
7ª Série	21	17,2
8ª Série	18	14,8
Atividade Profissional		
Não	91	74,6
Sim	31	25,4
Atividade de Lazer		
Não	20	16,4
Sim	102	83,6
Assistência à Saúde		
Balconista de Farmácia	15	12,3
Curandeiro	4	3,3
Médico	93	76,2
Outros	10	8,2

Já nos dados comportamentais dos escolares investigados 22 (18%) responderam ter vida sexual ativa e 14 (11,5%) declararam ter contraído alguma DST. Quanto aos sinais de DST, 45 (36,9%) responderam já ter apresentado ou apresentavam secreção vaginal, 10 (8,2%) secreção uretral e 3 (2,5%) secreção anal. Quanto ao grau de conhecimento dos participantes do estudo sobre DST e como preveni-las, 103 (84,4%) responderam saber o que é uma DST e 100 (82,8%) usavam o preservativo nos contatos sexuais para prevenir DST, 14 (11,5%) não utilizam o preservativo e 7 (5,7%) selecionam parceiros (as) em suas relações sexuais (Tabela 2).

Tabela 2. Dados comportamentais e manifestações de DST nos 122 escolares da Escola Municipal de Ensino Fundamental Joaquim Vicente Rondon/ Porto Velho, RO – Ano 2000.

Dados comportamentais e manifestações dos escolares com DST	Nº	%
Uso de drogas	6	4,9
Vida sexual ativa	22	18
Forçado a fazer sexo	7	5,7
Sabe o que é uma DST	103	84,4
Já teve alguma DST	14	11,5
Apresentou/apresenta secreção uretral	10	8,2
Apresentou/apresenta secreção vaginal	45	36,9
Apresentou/apresenta secreção anal	3	2,5
Uso de preservativo	100	82,8
Não se previne das DST	14	11,5
Seleção de parceiros	7	5,7

3.2 PREVALÊNCIA DE ANTICORPOS CONTRA AGENTES INFECCIOSOS DE TRANSMISSÃO SEXUAL DETECTADOS POR ENSAIO IMUNOENZIMÁTICO.

Foram investigadas 83 amostras de soro para *Chlamydia*, *Treponema pallidum* e VHB testadas pelo ELISA. Destas, 55 (68,6%) eram do sexo feminino e 28 (31,3%) eram do sexo masculino.

A maior positividade foi constatada para *Chlamydia* verificada em 32 casos (65,3%) do sexo feminino e 17 casos (34,6%) do sexo masculino (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência de agentes infecciosos contra *Chlamydia* em 83 escolares por sexo e faixa etária da Escola Municipal de Ensino Fundamental Joaquim Vicente Rondon/ Porto Velho, RO – Ano 2000.

<i>Chlamydia</i>	SEXO					
	F			M		
	Faixa Etária			Faixa Etária		
	11 14	14 19	Total	11 14	14 19	Total
(-)	15 (65,2)	8 (34,7)	23 (100,0)	9 (81,8)	2 (18,1)	11 (100,0)
(+)	18 (56,2)	14 (43,7)	32 (100,0)	14 (82,3)	3 (17,6)	17 (100,0)
Total	33 (60,0)	22 (40,0)	55 (100,0)	23 (82,1)	5 (17,8)	28 (100,0)

F - feminino; M – masculino; (-) negativo; (+) positivo; () percentual.

Quanto ao *Treponema pallidum* a prevalência de anticorpos foi de 3 casos (6%) para os escolares do sexo feminino na faixa etária de 11 a 14 anos, tendo sido verificado 1 caso (4%) no sexo masculino. Já na faixa etária de 14 a 19 anos foi encontrado somente 1 (2,7%) caso do sexo feminino (Tabela 4).

Tabela 4. Dados da infecção pelo *Treponema pallidum* dos 83 escolares por sexo e faixa etária da Escola Municipal de Ensino Fundamental Joaquim Vicente Rondon/ Porto Velho, RO – Ano 2000.

Sexo	<i>Treponema pallidum</i>	Faixa Etária					
		11 14		14 19		Total	
		n	%	N	%	n	%
F	NEG	47	94	36	97,3	83	95,4
	POS	3	6	1	2,7	4	4,6
	Total	50	100,0	37	100,0	87	100,0
M	NEG	24	96	6	100,0	30	96,8
	POS	1	4	-	-	1	3,2
	Total	25	100,0	6	100,0	31	100,0

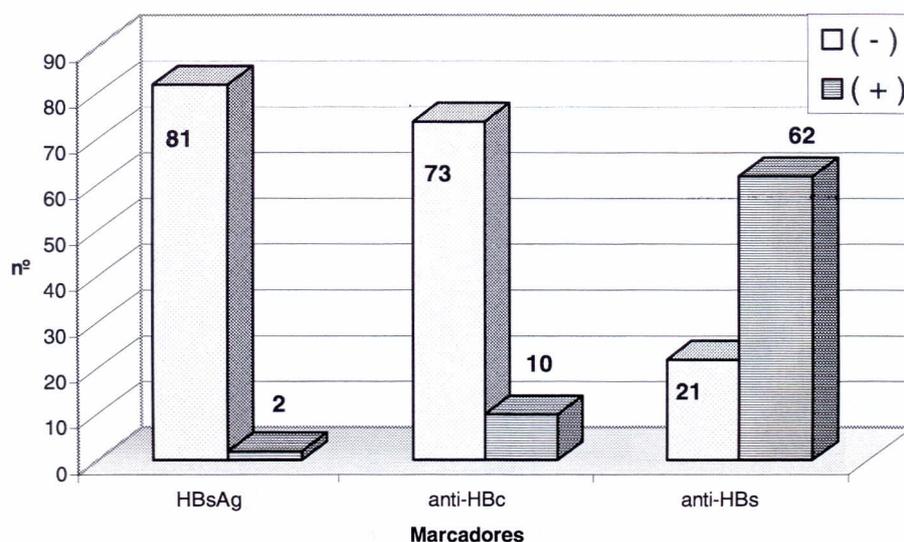
POS – positivo; NEG – Negativo. F – feminino; M – masculino.

Na tabela 5 podemos observar os dados referentes ao vírus da hepatite B. Foram utilizados três marcadores sorológicos – HbsAg, anti-HBs e anti-HBc para a pesquisa do antígeno e respectivos anticorpos. Foi detectado 1 (50%) adolescente do sexo feminino com presença de HBsAg e um outro (50%) do sexo masculino, ambos na faixa etária de 11 a 14 anos. O anti-HBc foi positivo em 6 (100%) de escolares do sexo feminino na faixa etária de 11 a 14 anos, não tendo havido positividade no sexo masculino nessa faixa etária. Já o anti-HBs com 46 (74,2%) sexo feminino e 16 (25,8%) no sexo masculino, ambos na faixa etária dos 11 aos 19 anos.

Tabela 5. Dados de marcadores sorológicos para o VHB nos 83 escolares investigados por sexo e faixa etária da Escola Municipal de Ensino Fundamental Joaquim Vicente Rondon/ Porto Velho, RO – Ano 2000.

HBsAg	Faixa Etária	Sexo		Total
		F	M	
(-)	11 14	36 (66,7)	18 (33,3)	54 (100,0)
	14 19	20 (73,1)	7 (27,9)	27 (100,0)
	Total	56 (71,7)	23 (28,3)	81 (100,0)
(+)	11 14	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (100,0)
	Total	1 (50,0)	1 (50,0)	2 (100,0)
anti-HBc	Faixa Etária	Sexo		Total
		F	M	
(-)	11 14	31 (62,0)	19 (38,0)	50 (100,0)
	14 19	20 (83,3)	4 (16,7)	24 (100,0)
	Total	51 (68,9)	23 (31,1)	74 (100,0)
(+)	11 14	6 (100,0)	-	6 (100,0)
	14 19	3 (75,0)	1 (25,0)	4 (100,0)
	Total	9 (90,0)	1 (10,0)	10 (100,0)
anti-HBs	Faixa etária	Sexo		Total
		F	M	
(-)	11 14	7 (50,0)	7 (50,0)	14 (100,0)
	14 19	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (100,0)
	Total	14 (63,6)	8 (36,4)	22 (100,0)
(+)	11 14	30 (71,4)	12 (28,6)	42 (100,0)
	14 19	16 (80,0)	4 (20,0)	20 (100,0)
	Total	46 (74,2)	16 (25,8)	62 (100,0)

Figura14: Dados de marcadores sorológicos para o VHB entre os 83 escolares do grupo pesquisado.



3.3. PREVALÊNCIA DE CASOS DE DST PELO MÉTODO DE GRAM NA AMOSTRA ESTUDADA.

Foram coletadas 41 amostras contendo secreção uretral e vaginal dos escolares. Com 12 casos (29,2%) de Vaginose bacteriana. Para candidíase foram detectados 4 casos (9,7%); tricomoníase apareceu em 3 casos (7,3%); todos estes acometendo somente o sexo feminino na faixa etária de 11 a 14 anos. O Linfogranuloma venéreo com 3 casos (7,3%) sendo 2 casos do sexo feminino e 1 no sexo masculino, ambos na faixa etária de 11 a 14 anos; Linfogranuloma venéreo e gonorréia apareceram em 3 casos (7,3%) sendo 1 feminino e 2 masculino; Gonorréia confirmado 1 caso (2,4%) do sexo masculino. Dos resultados negativos foram observados 15 casos (36,5%) em ambos os sexos nas faixas etárias pesquisadas (Tabela 6).

Tabela 6. Dados de freqüência das DST por espécie, faixa etária e sexo em 41 escolares da Escola Municipal de Ensino Fundamental Marechal Joaquim Vicente Rondon no município de Porto Velho, RO – Ano 2000.

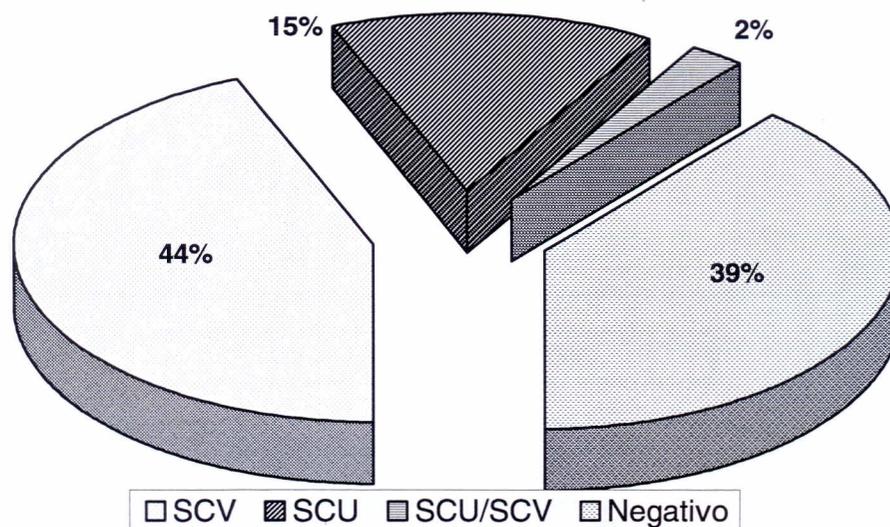
DST/Método de Gram	Sexo	Faixa Etária				TOTAL	
		11 14		14 19		N	%
		n	%	n	%		
Vaginose Bacteriana	F	4	100,0	8	100,0	12	29,2
	M	0	0	0	0		
Candidíase	F	4	100	0	0	4	9,7
	M	0	0	0	0		
Tricomoniase	F	3	100,0	0	0	3	7,3
	M	0	0	0	0		
Linf. venéreo	F	2	66,7	0	0	3	7,3
	M	1	33,3	0	0		
Linf. Vem. e Gonorréia	F	1	33,3	0	0	3	7,3
	M	2	66,7	0	0		
Gonorréia	F	0	0	0	0	1	2,4
	M	1	100,0	0	0		
Negativo	F	9	69,2	1	50,0	15	36,5
	M	4	30,8	1	50,0		
TOTAL		31 (75,6%)		10 (24,3%)		41	

3.3.1 Tratamento dos escolares da amostra estudada com diagnóstico de DST

Foram enviados aos pais convites para participar de uma reunião com entrega dos resultados de exames e medicação com as devidas informações terapêuticas. Para tanto foram realizadas consultas de enfermagem individualizadas para condutas relativas ao tratamento.

Dos 41 escolares submetidos à coleta de secreção, 18 (44%) apresentaram síndrome do corrimento vaginal, 6 (14,6%) com síndrome do corrimento uretral e 1 caso (2,5%), apresentou síndrome do corrimento uretral/vaginal sendo 16 casos negativos para o exame (39%), (Figura 15).

Figura 15: Freqüência de DST pelo método de Gram e diagnóstico sintrômico, em 41 escolares da Escola Municipal de Ensino Fundamental Marechal Joaquim Vicente Rondon no município de Porto Velho, RO – Ano 2000.



SCV - Síndrome do Corrimento Vaginal – SCU - Síndrome do Corrimento Uretral e SCU/SCV - Síndrome do Corrimento Uretral e Vaginal.

Os escolares com síndrome uretral foram tratados conforme as recomendações dos fluxogramas do corrimento uretral/vaginal (Figura 16 e 17). Os medicamentos utilizados foram azitromicina e ofloxacina. Na síndrome do corrimento vaginal além da azitromicina e ofloxacina, foram utilizados também amoxicilina e cefixina. O tratamento prescrito levou em consideração a idade e as condições de cada indivíduo.

Figura 16: Fluxograma de manejo do portador de DST em casos de Corrimento Uretral, (Fonte: Manual de treinamento para manejo de casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis – Coordenação Nacional de DST/AIDS/Ministério da Saúde, 2000).

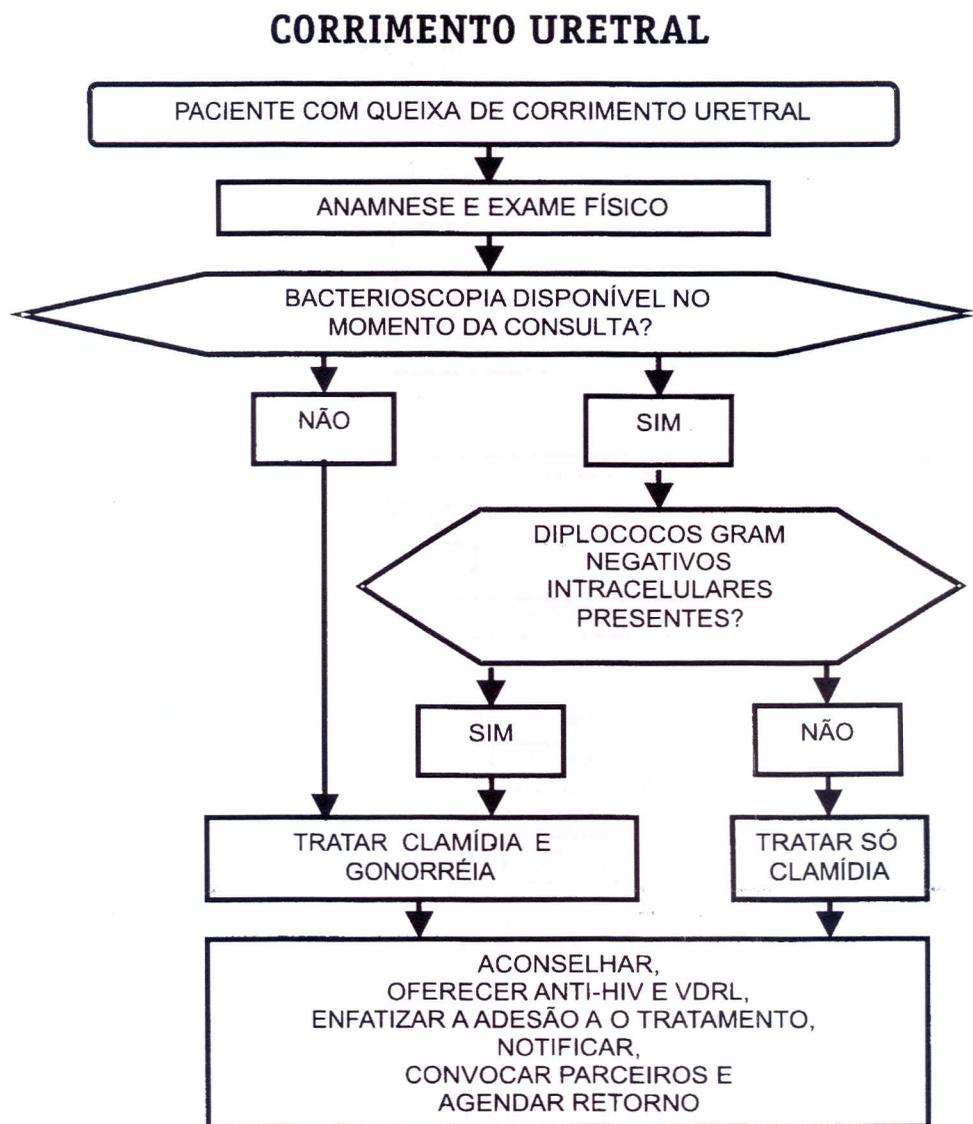
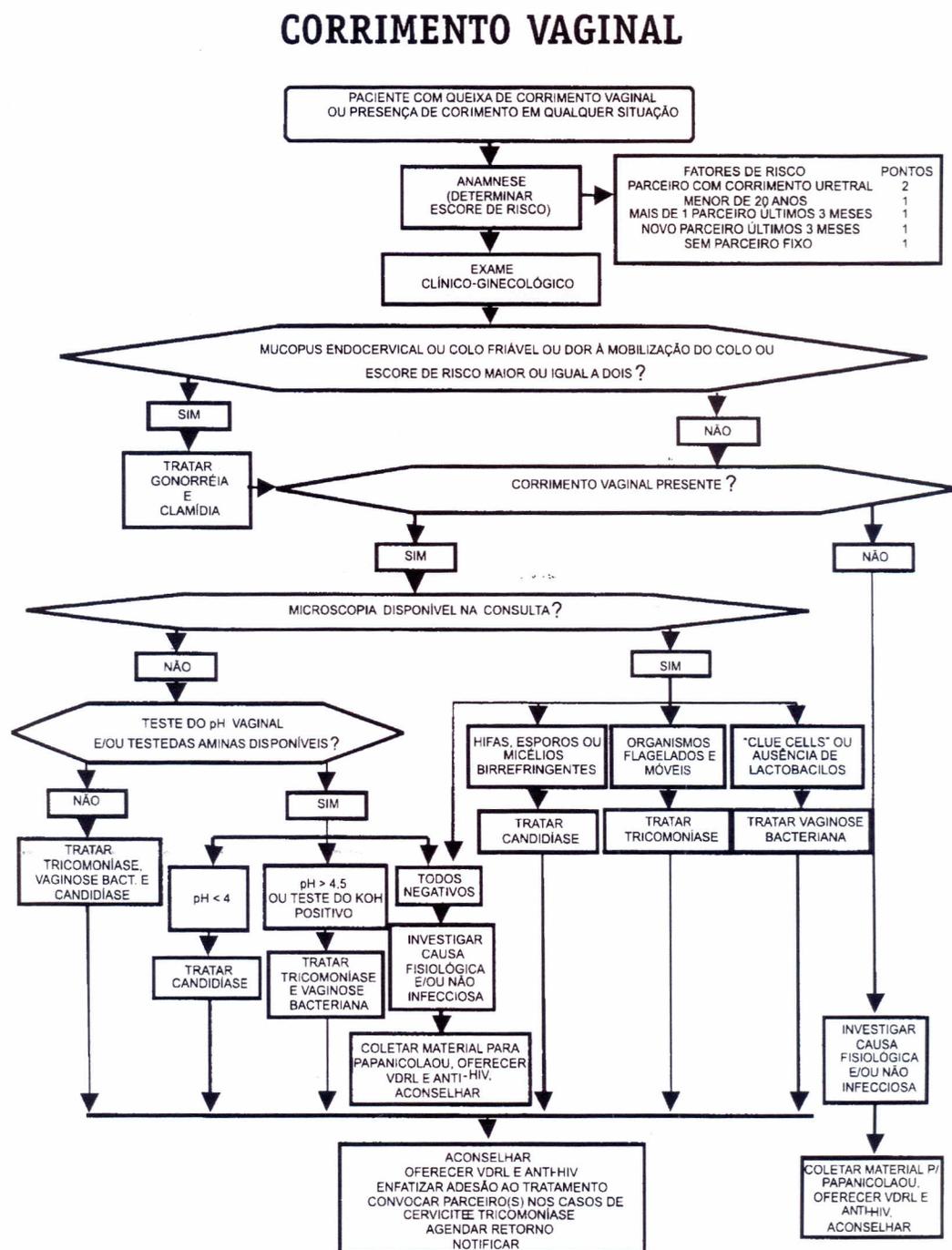


Figura 17: Fluxograma de manejo do portador de DST em casos de Corrimento Vaginal, (Fonte: Manual de Treinamento para manejo de casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis – Coordenação Nacional de DST/AIDS/Ministério da Saúde, 2000).



3.4. CAPACITAÇÃO DE PROFESSORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DOS TEMAS TRANSVERSAIS PRECONIZADOS NOS PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS (PCN).

Considerando as necessidades detectadas nos professores, e para contemplar as propostas dos PCN, foram realizadas cinco oficinas de 20 horas aula para os professores que se dispuseram a participar da proposta. As oficinas objetivaram analisar o conhecimento técnico científico dos mesmos sobre: sexualidade, métodos contraceptivos, prevenção e controle das DST, preparando-os para o trabalho de formação junto aos escolares.

Cada oficina teve a participação de 20 a 25 educadores; antes de iniciar os trabalhos foi aplicado um pré-teste, com questões de conhecimentos básicos sobre os temas citados acima e no final de cada oficina aplicou-se um pós-teste, para que os professores pudessem avaliar os erros, acertos e dúvidas no pré-teste (Anexo 4).

Foram capacitados 85 (67,4%) professores dos 126 profissionais pertencentes as escolas municipais. Destes, 10 (7,9%) faziam parte da administração da escola e 75 (59,5%) atuavam em sala de aula. Sendo 6 (8%) da disciplina língua portuguesa, 5 (6,6%) de matemática, 7 (9,3%) de ciências naturais, 6 (8%) de história, 5 (6,6%) de geografia, 5 (6,6%) de educação física, 4 (5,3%) de artes e 37 (49,3%) atuavam nas 3ª e 4ª série do ensino fundamental.

Quanto à aplicação do pré-teste as respostas foram surpreendentes. 52 (61%) dos participantes responderam não ter participado de nenhum curso sobre

educação sexual, 12 (14%) responderam já terem participado e 21 (24,7%) deixaram em branco.

Do total de professores participantes, 35 (42%) solicitaram que fosse discutido nas oficinas o tema prevenção das DST/AIDS e drogas. 30 (35%) requisitaram metodologias para desenvolvimento dos temas transversais sobre sexualidade em sala de aula e 20 (23%) propuseram a inclusão dos métodos contraceptivos.

As oficinas possibilitaram um entrosamento satisfatório entre os participantes e um ambiente agradável para falar sobre o tema sexualidade. A discussão em grupo utilizada como instrumento de avaliação permitiu observar a apreensão dos conteúdos para a aplicação no conjunto das disciplinas ministradas na área deste estudo.

4. DISCUSSÃO

A participação significativa de adolescentes do sexo feminino observado nesse estudo justifica-se talvez pelo fato deste contingente ser maioria no universo da escola.

Este fato pode ser justificado, pelo sexo feminino ter mais disponibilidade para dedicar-se à escola. Enquanto que, os indivíduos do sexo masculino estão mais sujeitos a evasão escolar pela necessidade de ingresso mais precocemente no mercado de trabalho (Brasil, 1997; Gomes *et al*, 2002).

No Brasil as pesquisas sobre comportamentos de saúde entre os adolescentes ainda são escassas. O inquérito sócio-demográfico e comportamental nesse estudo mostrou que a maioria dos adolescentes eram solteiros, com média de idade de 12 a 13 anos, matriculados na 5ª série e referiam o uso do preservativo para se prevenirem as DST.

As respostas quanto ao uso do preservativo pela maioria dos escolares constituem um paradoxo quando comparado com os resultados referentes à alta prevalência de infecção pelas doenças sexualmente transmissíveis. Questiona-se até que ponto esses adolescentes estão utilizando corretamente o preservativo, o que implica na observação da qualidade do produto, data de validade e a forma correta de colocação do preservativo (Fernandes *et al*, 2000; Feres, *et al*, 2001).

No conjunto dos casos estudados no presente trabalho utilizando o método ELISA foi verificado maior prevalência da *Chlamydia*, seguida pelo *Treponema pallidum* e o Vírus da Hepatite B.

A *Chlamydia* causadora do Linfogranuloma venéreo é tida como a infecção sexualmente transmissível (IST) mais freqüente em todo o mundo, embora estudos relatem que a disseminação das bactérias do gênero *Chlamydia* é pouco conhecida no Brasil. Nossos resultados são semelhantes com os resultados de Dowe, *et al*, (1997); Ishak, *et al*, (2001); Vieira *et al*, (2001); Bastos, *et al*, (2002); Miranda, *et al*, (2003).

Com relação às faixas etárias consideradas, os nossos resultados mostraram maior prevalência da *Chlamydia* nas idades de 11 a 14 anos acometendo o sexo feminino.

Neste estudo a prevalência do *Treponema pallidum* foi de 7,8%, sendo mais freqüente nas adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 11 a 14 anos, confirmando com os resultados de Barros Filho *et al*, (1997). De acordo com vários estudos os dados de soroprevalência da sífilis são bastante variados e identificados mais comumente no sexo feminino. Talvez esse dado se explique em função das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde para a solicitação do VDRL nos programas de pré-natal ou planejamento familiar (Sá, *et al*, 2001; Brandão, *et al*, 2002)

Com relação ao Vírus da Hepatite B foi detectado nesse estudo a presença de HBsAg em dois adolescentes, sendo, um do sexo masculino e outro do sexo feminino. A pesquisa deste marcador é importante no diagnóstico da hepatite aguda por VHB em sua fase de viremia, quanto em fase crônica (Silva *et al*, 2003). O autor lembra que, em 10% das hepatites B, não se consegue detectar o HBsAg

e daí a grande dificuldade de diagnóstico nesses casos, sendo muitos destes rotulados erroneamente como outros tipos de hepatite (Oliveira *et al*, 1999).

Já a presença do anti-HBs foi detectada em 62 adolescentes. A presença deste marcador sorológico pode significar tanto a hepatite aguda pelo VHB em fase crônica, quanto à proteção imunológica vacinal do indivíduo. O estado vacinal dos adolescentes não foi investigado no nosso estudo.

O anti-HBc foi encontrado em 10 adolescentes. De acordo com a literatura, a presença deste marcador é compatível com a infecção recente pelo VHB (Brasil, 2002).

Dentre as DST pesquisadas através da coloração pelo método de Gram, a *Gardnerella vaginalis* foi à infecção mais freqüente neste estudo (29,2%).

A Candidíase foi à segunda DST encontrada, acometendo (9,7%) das adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 11 a 14 anos. De acordo com Passos *et al*, (2002), a infecção por *Candida albicans* às vezes apresenta-se em forma de placas aderidas à parede vaginal, com processo de hiperemia, edema e prurido vulvovaginal intenso. O que confirma queixas semelhantes de algumas adolescentes no momento da consulta de enfermagem desta pesquisa.

A tricomoníase foi verificada em 3 (7,3%) adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 11 a 14 anos.

Nossos resultados concordam com o trabalho de Eschenbach e Holmes *et al*, *apud* Passos *et al* (2002), quando relatam que, a maioria dos casos de

infecções vaginal é causada por *Gardnerella vaginalis* (40-50%), seguidas pela *Cândida albicans* (22-30%) e por último *Trichomonas vaginalis* com (20-30%).

Os dados descritos acima reforçam a necessidade de investigar conhecimentos, percepções e atitudes de adolescentes, em relação às situações cotidianas e suas formas de enfrentamento, no desenvolvimento de sua sexualidade.

Sabe-se que o adolescente busca, no seu auto-conhecimento, estabelecer sua independência e autonomia. É uma época de descobertas e experimentações novas, podem conduzi-lo a riscos irreversíveis, como nos casos de uma gravidez não planejada, de ocorrência de DST, ou, o que é pior, de HIV/Aids (Vieira *et al*, 2001)

O diagnóstico e tratamento das DST através da abordagem sindrômica têm como objetivos: i) caracterizar os principais agentes etiológicos segundo as síndromes clínicas por eles causados; ii) utilizar fluxogramas que ajudam o profissional a identificar as causas de uma determinada síndrome; iii) indicar o tratamento imediato para os agentes etiológicos mais freqüentes na síndrome (Brasil, 2000).

No presente estudo, 38 adolescentes diagnosticados com DST foram submetidos ao tratamento sindrômico.

Não podemos deixar de considerar o diagnóstico laboratorial como sendo de suma importância para o controle e tratamento das DST. Porém, há de se levar em conta à deficiência desse suporte nos serviços públicos de saúde, daí a

relevância da utilização do diagnóstico sindrômico como forma de tratar precocemente as pessoas acometidas pelas DST, contribuindo com isso para a quebra da cadeia epidemiológica dessas doenças.

O trabalho de prevenção e controle das DST/AIDS está contemplado no tema transversal orientação sexual. A proposta de capacitação de professores para se trabalhar esse tema e outros por meio da transversalidade, significa que tanto os objetivos quanto os conteúdos podem estar contemplados nas diversas áreas do conhecimento.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais/PCN, para o ensino fundamental, de acordo com a Lei 9.394/96 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), constituem uma proposta de reorientação curricular do Ministério da Educação e do Desporto oferecida às secretarias de educação, escolas, instituições formadoras de professores, instituições de pesquisa dos diferentes estados e municípios brasileiros. Os PCN apontam a importância de se discutir nas salas de aula, questões da sociedade brasileira, como as ligadas à Ética, Meio Ambiente, Orientação Sexual, Pluralidade Cultural, Saúde, Trabalho e Consumo entre outros temas que se mostrem relevantes (Brasil, 1997; Brasil, 2001).

Segundo os PCN (2001), os objetivos gerais do tema orientação sexual estão organizados de maneira que os alunos, ao fim do ensino fundamental, sejam capazes de:

“respeitar a diversidade de valores, crenças e comportamentos existentes e relativos à sexualidade, desde que seja garantida a dignidade do ser humano;

conhecer seu corpo, valorizar e cuidar da sua saúde como condição necessária para usufruir de prazer sexual;

proteger-se de relacionamentos sexuais coercitivos ou exploradores;

conhecer e adotar práticas de sexo seguro, ao iniciar relacionamento sexual;

evitar contrair ou transmitir doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o vírus da AIDS;

procurar orientação para a adoção de métodos contraceptivos”.

Conforme os PCN as ações educativas continuadas são eficazes na prevenção das DST/AIDS, pois oferecem aos escolares possibilidades de discussão das informações recebidas e dos vários obstáculos emocionais e culturais que, muitas vezes, impedem a adoção de condutas preventivas (Brasil, 1997).

Para Naidoo e Wills, *apud* Vieira *et al* (2001), a escola representa espaço importante, propício à discussão sobre educação sexual com crianças e adolescente. Aspectos relacionados ao seu desenvolvimento, vivências e responsabilidades, além de contribuir na execução de práticas de educação em saúde e continuar formulando novas questões que proporcionem o alívio das ansiedades que, muitas vezes, interferem no aprendizado dos conteúdos escolares (Barroso & Bruschini, 1990 & Gomes, *et al* 2002).

A proposta dos PCN em desenvolver o tema orientação sexual abordando a qualquer momento e por todas as disciplinas, sem dúvida é importante, principalmente, na realidade atual, em que a situação de vulnerabilidade da população jovem é amplamente conhecida e, por esta razão, desprovido de ações preventivas mais eficazes (Brasil, 1997).

A capacitação dos educadores visualizando suas respectivas disciplinas foi importante para planejar como cada disciplina poderia trabalhar com o tema orientação sexual. Em língua portuguesa pode-se discutir as regras do idioma que determina, por exemplo, que o plural de masculino inclui as mulheres, mas o plural feminino exclui os homens. Realizado junto com os alunos levantamento de dados estatísticos sobre as conquistas em relação aos avanços da epidemia de AIDS em diferentes populações e locais, foi trabalhado na disciplina de matemática (Brasil, 1997 & Rena, 2001).

Todas essas ações objetivam a prevenção e controle das DST e devem ser construídas com a participação de setores governamentais, nos níveis, federal, estadual e municipal, e organizações não-governamentais, cujos princípios foram sistematizados no documento "Sexualidade, Prevenção das DST/aids e Uso Indevido de Drogas - Diretrizes para o Trabalho com Crianças e Adolescentes". Segundo a CN/DST/AIDS/MS, (1999), destaca-se:

"promoção da educação sexual nos processos formais e informais de ensino, considerando-se os aspectos psico-afetivo, biológicos e sócio-culturais, e as relações de gênero, respeitando-se

as etnias e a orientação sexual, e tendo como objetivo a construção da cidadania;

garantia de acesso e permanência na escola, que é o espaço privilegiado de construção e socialização do saber, promoção da participação e integração da família e da comunidade no processo educativo;

garantia de acesso aos processos de promoção da saúde, prevenção, assistência médica e social;

respeito aos direitos fundamentais do adolescente definidos na Constituição Federal e Estatuto da Criança e do Adolescente;

a prevenção das drogas e o tratamento do usuário devem ser prioritários em relação à repressão ao uso;

promoção do protagonismo dos adolescentes e jovens nas ações de prevenção;

na capacitação de recursos humanos, as especificidades regionais devem ser respeitadas, valorizando-se as informações epidemiológicas. A formação dos profissionais das áreas de saúde, educação e assistência social devem contemplar sua atuação na área da prevenção das DST, aids e drogas”.

A escola, os pais, os profissionais de saúde e educação devem constituir fonte de informação na prevenção das DST. Um esforço conjunto desses atores

necessita ser realizado por todos, estejam estes inseridos na atenção primária ou em qualquer outra especialidade, em qualquer local de atividade, seja familiar, setor público ou privado (Fernandes, *et al* 2000).

5. CONCLUSÕES FINAIS

Os resultados encontrados permitem concluir que:

- A aplicação do inquérito como forma de averiguar o nível de conhecimento dos adolescentes sobre DST e como preveni-las foi satisfatório;
- Os adolescentes do sexo feminino mostraram maior nível de informação em relação ao masculino, e, estavam matriculadas na 5ª série do ensino fundamental;
- A alta prevalência de infecção pelos agentes transmitidos pela via sexual apresentado pelos adolescentes, contradiz, quando comparado com os resultados referentes ao nível de conhecimento dos mesmos sobre as DST e como preveni-las;
- O estudo soroepidemiológico demonstrou que dentre as infecções testadas, a maior prevalência de anticorpos foi para o gênero *Chlamydia*;
- A Vaginose bacteriana causada pela bactéria *Gardnerella vaginalis* foi a DST mais freqüente, identificada pela coloração do método de GRAM;
- A participação efetiva dos educadores nas oficinas de trabalho sobre o tema orientação sexual, prevenção e controle das DST foi satisfatória;

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AYRES, J.R.C.; CALAZANS, G.J.; JÚNIOR, I.F. Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS. **Seminário Gravidez na Adolescência**. Saúde do adolescente- Ministério da Saúde. Projeto de estudos da mulher/ *Family Health Internacional*. Associação da saúde da mulher. Brasília: 1998, p. 97-109.
- AYRES, M.; AYRES, JÚNIOR. M.; AYRES, D.L.; SANTOS, A.S. **BioEstat – 2.0**: Aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas. Belém, Sociedade Civil Mamirauá. Brasília: CNPq 2000.
- ANDRADE, D.R. DE.; JÚNIOR ANDRADE, D.R. DE. Amebíase. *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996 p. 1149-1159.
- BASTOS, C.A.; BRAVO, R.S.; LOPES, H.R.; FIGUEIREDO, C. Identificação de *Chlamydia trachomatis*, *mycoplasma hominis* e *ureaplasma urealyticum*, em gestantes e não gestantes. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 14(1): 31-37, 2002.
- BARROS FILHO, A.; MIRANDA, G.R.P.; LOPES, V.G.S. Sífilis congênita precoce: estudo clínico-patológico de 20 casos. **Pediatria moderna**. vol, XXXIII – Nº 1/2; janeiro/fevereiro, 1997, p. 27-36.
- BARROSO, L.R & BRUSCHINI, C. **Sexo e juventude-como discutir a sexualidade em casa e na escola**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1990, p. 79-93.
- BEE, HELEN. **A criança em desenvolvimento**. 3ª ed. São Paulo: HARBRA, 1986, p. 87-93.
- BELDA, W. JÚNIOR. Doenças sexualmente transmissíveis - classificação. *In*: PASSOS, M.R.L. **Doenças sexualmente transmissíveis**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995, p. 15-17.
- BENTO, I. & BUENO, S. Sexualidade e DST/Aids em uma população universitária. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 11(2): 17-25, 1999.
- BIER, OTTO. **Microbiologia e imunologia**. 24ª ed. São Paulo: Melhoramentos, 1985, p. 139-152.

- BRANDÃO, J.E.C.; NINA, M.P.S.N.; CERVELLI, I.K.; OBRAR, A.M.; TERRA, A. S.; SION, F.; RIBEIRO, L.C.P.; VASCONCELLOS, M.; MELCA, L.A.; MORAIS e SÁ, CA.; ASENSI, M.D.; PESSOA SILVA, L.G. Soroprevalência da sífilis em gestantes HIV-negativas, obtida de três testes diagnósticos: VDRL, ELISA, TPHA. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 14(4): 28-31, 2002.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Série: educação em saúde - Praticando e vivendo a saúde na escola**. Fundação de Assistência ao Estudante. Brasília: MEC - FAE, 1989, p. 12-19.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Série TELELAB - Técnicas para coleta de secreções**. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1997, p. 23-25, 29-39.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Parâmetros curriculares nacionais - PCN**. Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC, 1997, p. 107-136.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de vigilância epidemiológica**. 3ª ed. Ver. ampl. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998. cap. 5. 29 – 5.30.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sexualidade, prevenção das DST'S'S/AIDS e uso indevido de drogas - Diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes** - Coordenação Nacional de DST'S'S e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1998, p. 11-19.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis**. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, p. 44-47, 60-64, 75-79.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Treinamento para o manejo de casos de doenças sexualmente transmissíveis**. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Módulos 1, 2, e 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, p. 26-37, 36-39.

- BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Guia de vigilância epidemiológica**. 5ª ed. Brasília: FUNASA, 2002. v. I. Aids / Hepatites virais. p. 407-424.
- BUCHNESS, M.R. Lesões dermatológicas. *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 121-128.
- BUNNELL, R.G. Adolescentes têm uma alta incidência de doenças sexualmente transmissíveis *The journal of infectious diseases*. 1999; 180: 1624-1631. capturado na internet 10/05/2002 na www. Bibliomed
- CDC – Centers for Disease Control. **The leading nationally notifiable infectious diseases – United States**, 1995. Morbidity Mortality Weekly Report, 45: 883-884, 1996
- CAMPOS, L.C. Shigella. *In*: TRABULSI, L.R. *et al.* **Microbiologia**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 1999, p. 235-238.
- CARLI, G. ATTÍLIO DE. Tricomonas. *In*: NEVES, *et al.* **Parasitologia humana**. 9ª ed. São Paulo: Atheneu, 1998, p. 115-123.
- CAVASIN, SYLVIA & ARRUDA, SILVANI. Educação sexual e comunicação para adolescentes. *In*: VIEIRA, *et al.* **Seminário gravidez na adolescência**. Projeto de estudos da mulher/*Family Health International*. Rio de Janeiro: 1998, p. 110-118.
- CONCEIÇÃO, O.J.G & FOCACCIA R. Doenças causadas por vírus – hepatite A - Epidemiologia. *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 97-98.
- DOWE, G.; KING, S.D.; BRATHWAITE, A.R.; WYNTER, Z & CHOUT, R. Genital *Chlamydia trachomatis* (serotypes D-K) infection in Jamaican commercial street sex workers. **Genitourin Medicine**; 73(5): 362-4, 1997 Oct.
- EISENSTEIN, E. Temas de infectologia pediátrica. **Doenças sexualmente transmissíveis**. *Pediatria Atual*. Rio de Janeiro, vol.6, 24-40. março/abril,1993.
- FARIA, S. M. Infecções por *chlamydia*. *In*: FARHAT, *et al.* **Infectologia pediátrica**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 1999, p. 677-683.

- FEREIRA, A.W. & ÁVILA, S.L. M. **Diagnóstico laboratorial das principais doenças infecciosas e auto-imunes**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S. A, 1996, p. 7-26, 226-230.
- FERES, A.D.; REZENDE, D.F.; BOTELHO, F.H.W.; CÂMARA, F.G.; PINTO, G.A. M.; MARTINS, L.C.F. & COSTA, J.O. O uso de preservativo pelos alunos da faculdade de medicina de Barbacena, em uma abordagem sociocultural a respeito da aids. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 13(6): 31-35, 2001.
- FERNANDES, A.M. DOS SANTOS.; ANTONIO, D.G.; BAHAMONDES. L.G.; CUPERTINO, C.A. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 16(Sup. 1): 103-112, 2000.
- FERNANDES, A.T & FILHO, NELSON R. *Chamydea, mollicute, rickettsia e bactérias associadas*. In: FERNANDES, *et al.* **Infecção hospitalar e suas interfaces na área de saúde**. v 1. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 332-335.
- FILHO ANDRADE, J. Donovanose. In: PASSOS, M. R. L. **Doenças sexualmente transmissíveis**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995, p. 154-160.
- GOMES, W.A.; COSTA, M.C.O.; SOBRINHO, C.L.M.; SANTOS, C.A. DE S.T.; BACELAR, E.B. Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre. 78(4): 2002.
- GONÇALVES, H.S., FERREIRA, A.M., MARQUES, M.J.V. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. **Revista Saúde Pública**, 33 (6):547-53, 1999.
- GONZAGA, M.A. & PY, E. ANESI. Doenças sexualmente transmissíveis na infância. In: FARHAT, *et al.* **Infectologia pediátrica**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 1999, p. 667-676.
- GUERRA, M.A.T. *et al.* Doenças causadas por vírus - Epidemiologia. In: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 88-98.

- ISHAK, M.O.G & ISHAK, R.O impacto da infecção por Chlamydia em populações indígenas da Amazônia brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 17(2): 385-396, mar-abr, 2001.
- JARDIM, M.L. Doenças venéreas. Donovanose. *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 1455-1458.
- JÚNIOR GONÇALES, F.L. Hepatite B. *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 299-312.
- JÚNIOR PERREIRA, A.C & SANTOS, O.L.R. Herpes simples genital. *In*: PASSOS, M.R.L. **Doenças sexualmente transmissíveis**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995, p. 162-169.
- JÚNIOR SANTOS, M.F.Q & SIQUEIRA, L.F.G. Gonorréia. *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 1459-1462.
- MARCONI, M.A & LAKATOS, E.V. **Técnicas de pesquisa** 4ª ed. São Paulo: Atlas S. A, 1999, p. 64-139.
- LINHARES, I.M. *et al.* Doenças causadas por clamídia. *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 539-547.
- MARINHO, L.A.C. Pediculose. *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 1471-1472.
- MCCORMACK, S.; WALSH, J.C.; BORTON, S.E.; KIFFER, C.R.V. Herpes simples. *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 385-397.
- MELO, J.AC. Educação sanitária: uma visão crítica. *In*: Educação e saúde - **Cadernos do CEDES - Centro de Estudos Educação e Sociologia**: vol.4. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1987, p. 37-42.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1996). **DST Boletim Epidemiológico**, 1: 1 – 15.
- MIYASAKI, S.C.S & BUENO, S.M.V. Pesquisa-ação sobre DST/Aids e drogas com professores do ensino fundamental de escola municipal de uma cidade do

- interior do estado de São Paulo. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 13(6): 25-30, 2001.
- MIRANDA, A. E & ZALO, M.A. Prevalência de infecção pelo HIV e sífilis em sistema correcional para adolescentes. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 13 (4): 35-39, 2001.
- MIRANDA, A.E.; GADELHA, A.M.J.; PASSOS, M.R.L. Impacto da infecção pela *Chamydia trachomatis* na saúde reprodutiva. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 15 (1): 53-58, 2003.
- MIRANDA, E.B.A.; BARCELOS, R.B.M.; ALVES, C.M.; PEDROSA, M.R.D.; PERES, L.R.; VINHAS, A.S.; WARSZAWSKI, J. Infecção por *Chamydia trachomatis* em adolescentes do sexo feminino. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 12: 12-15, 2000.
- MOURA, R.A.; WADA, C.S.; PURCHIO, A.; ALMEIDA, T.V. **Técnicas de laboratório**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 1999, p. 167-269, 279-331.
- MOUREIRA, J.A. Doenças sexualmente transmissíveis na infância e adolescência. *In*: PASSOS, M. R. L. **Doenças sexualmente transmissíveis**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995, p. 423-442.
- NEGRA, MD.; QUEIROZ, W.; LIAN, YC. Aids pediátrica *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 129-143.
- NEVES, R.G. Linfgranuloma venéreo. *In*: PASSOS, M.R.L. **Doenças sexualmente transmissíveis**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995, p. 148-153.
- OLIVEIRA, L.H.; SILVA, R.I.; ALMEIDA, N.K.; XAVIER, B.L.S.; CAVALCANTI, S. M.B. Infecção por hepatite B em pacientes atendidos no setor de doenças sexualmente transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 11 (4): 27-30, 1999.

- OMS – Organização Mundial de Saúde. **Global prevalence and incidence of selected curable Sexually Transmitted Infections:** Overview and estimates. Geneva, November, 50p., 2001.
- PASSOS, M.R.L. Sífilis. *In:* PASSOS, M.R.L.; GOUVÊA, T.V.D.; FILHO ALMEIDA. G.L. **Doenças sexualmente transmissíveis.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995, p. 86-119.
- PASSOS, M.R.L. Gonorréia *In:* PASSOS, M.R.L.; LOPES, P.C.; FILHO ALMEIDA. G.L.; GOUVÊA, T.V.D; **Doenças sexualmente transmissíveis.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995, p. 121-136.
- PASSOS, M.R.L.; MACHADO, D.R.; FILHO GOULARD, R.A.; BRAVO, R.S. & BARRETO, N.A. Um clássico e potente microbicida: a ação do hipoclorito de sódio em infecções vaginais. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 14(1): 5-15, 2002.
- PATRICIO, M.J. O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de “Koans e Tricksters”. *In:* RAMOS, F. R. S., MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. **Projeto acolher – um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro.** Brasília: p. 121-143, 2000.
- RENA, L.C.C.B. **Sexualidade e adolescência** – as oficinas como prática pedagógica. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p. 47-112.
- REIS. J.N.; MARTIN, C.C.S.; BUENO, S.M.V. Violência sexual, vulnerabilidade e doenças sexualmente transmissíveis. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis,** 13(4): 40-45, 2001.
- REY, LUÍZ. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, p. 240.
- ROUQUAYROL, M.Z.; VERAS, F.M.F.; FAÇANHA, M.C. Doenças transmissíveis e modos de transmissão. *In:* ROUQUAYROL, M.Z.; FILHO, N.A. **Epidemiologia e saúde.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, p. 215-257.
- SÁ, RENATO. A.M.; RITA, B.G.B.; ALFREDO, A.C.; CRISTIANE, A.O.; GUILHERME, P.G.R.; EDUARDO B.G. Sífilis e gravidez: avaliação da

- prevalência e fatores de risco nas gestantes atendidas na maternidade escola da UFRJ. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 13(4): 6-8, 2001.
- SANTOS, V.L. & SANTOS, C.E. Adolescentes, jovens e Aids no Brasil. **Cadernos, juventude, saúde e desenvolvimento**. Secretaria de Políticas Públicas. Brasília: Ministério da Saúde, 1999, 1: p. 213-222.
- SANCHEZ, M.C.A. Testes sorológicos. *In*: FERREIRA, A.; WALTER & ÁVILA.; SANDRA, L.M. **Diagnóstico laboratorial das principais doenças infecciosas e auto-imunes**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, S. A, 1996. p. 8-28.
- SANTOS JÚNIOR, M.F.Q. & SIQUEIRA, L.F.G. Linfogranuloma venéreo. *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 1465-1467.
- SANTOS JÚNIOR, M.F.Q. & SIQUEIRA, L.F.G. Gonorréia. *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 1459-1463.
- SANTOS JÚNIOR, M.F.Q. & SIQUEIRA, L.F.G. Doenças venéreas - Cancro mole. *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 1449-1452.
- SERRA, A.S.L & CANNON, L.R.C. Pelo andar se faz um caminho! Uma proposta metodológica de educação em saúde para adolescentes. **Cadernos, Juventude, Saúde e Desenvolvimento**. Secretaria de Políticas Públicas. Brasília: Ministério da Saúde. 1: 276-288, 1999.
- SEVERO, L.C.; LONDERO, A.T. Micoses. *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 1015-1029.
- SILVA, E.F.S. Entamoeba *Histolytica* e amebíase. *In*: NEVES, D. P.; MELO, A.L.; GENARO, O.; LINARDI, P.M. **Parasitologia humana**. 10^a ed. São Paulo: Atheneu, 2000, p. 114-124.
- SILVA, P.R.N.; LIMA, B.S.A.; SILVA, F.A.V.N. Hepatite aguda por vírus A, B, C, D, E e G. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, 15(2): 48-56, 2003.

- SUASSUNA, F.A.B & MARINHO, L.A.C. Escabiose. *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 1475-1478.
- TOLEDO, M.R.F & TRABULSI, L.R. *Neisseria*. *In*: TRABULSI, L.R. *et al.* **Microbiologia**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 1999, p. 171-176.
- TRABULSI, L.R.; TOLEDO, M.R.F.; CASTRO, A.F.P. *Chlamydia*. *In*: TRABULSI, L.R, *et al.* **Microbiologia**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 1999, p. 329-334.
- VEJA. MARCELO, CARNEIRO. **O futuro ferido**. Ed. ABRIL. ed. 1.640. Ano 33 - nº 11. 15 de março de 2000.
- VERONESI, R. FOCACCIA, R. Aids. *In*: VERONESI, R. & FOCACCIA, R. **Tratado de infectologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 83-158.
- VIEIRA, N.F.C.; PAIVA, T.C.H.; SHERLICK, M.S.M. Sexualidade, dst/aids e adolescência: não quero falar, tenho vergonha. **DST - jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, 13(4): 46-51, 2001.
- WISDOM, ANTHONY & HAWKINS, A. DAVID. **Diagnóstico em cores – doenças sexualmente transmissíveis**. 2ª ed. São Paulo: Artes Médicas, 1998, p. 58-73, 116-118, 119-136, 160-168.

ANEXO I

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM DOENÇAS TROPICAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou sendo convidado(a) a participar e permitir que meu(s) filho(s) possam também participar da pesquisa intitulada: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PREVALÊNCIA DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM ESCOLARES DA ÁREA URBANA DE PORTO VELHO-RO, que será realizada no Município de Porto Velho na Escola Municipal de Ensino Fundamental Marechal Joaquim Vicente Rondon.

Para que eu decida e permita que meu(s) filho(s) participe ou não dessa pesquisa foram-me dadas as seguintes informações:

1. A pesquisadora responsável é a professora enfermeira Virgínia Tereza Neta Freitas;
2. O objetivo dessa pesquisa é conhecer a prevalência de casos de doenças sexualmente transmissíveis em escolares da área urbana do município de Porto Velho e o perfil epidemiológico desses escolares;
3. Durante a pesquisa o escolar que for autorizado a participar responderá a um questionário/entrevista realizado pelo professor de cada turma, onde serão abordados assuntos como: assistência à saúde, lazer, habitação, família, trabalho, doença sexualmente transmissível, qualidade e perspectivas de vida;

4. Depois da entrevista, a pesquisadora fará consulta de enfermagem nos escolares para pesquisar sinais de doenças. Se apresentar, no exame físico, sinais de alguma doença ou sinais de doença sexualmente transmissível como: gonorréia, sífilis, cancro mole e linfogranuloma venéreo e outras, serão realizados alguns exames laboratoriais, tais como exame de sangue e secreção uretral e vaginal para identificar os agentes causadores das doenças nos sujeitos que apresentarem sintomatologia ou história de doença sexualmente transmissível;
5. Essa pesquisa não oferece riscos biológicos, pois os procedimentos que serão utilizados (coleta de pequena quantidade de sangue ou coleta de secreção uretral/vaginal), acontecerão com profissionais habilitados, informando previamente para o escolar como irá proceder na coleta do material;
6. Ninguém é obrigado a participar da pesquisa, assim como poderá deixar a pesquisa no momento que quiser, pois não haverá prejuízo pessoal por causa disso;
7. Não haverá nenhum tipo de despesas para participação na pesquisa, assim como não haverá qualquer forma de pagamento para participação;
8. O grande benefício da pesquisa para todos que participarem, é que terão a possibilidade de conhecer sobre o seu estado atual de saúde, ser tratado adequadamente e saber como se proteger das doenças sexualmente transmissíveis;
9. A participação na pesquisa é sigilosa, somente o professor e a pesquisadora ficarão sabendo da sua participação. Quando for o caso, autoridades de saúde

poderão ser informadas para que sejam tomadas medidas que beneficiem os participantes da pesquisa e outras pessoas.

Porto Velho, _____/_____/2000

Assinatura do pai ou responsável pelo menor _____

Nome completo

Assinatura do participante, no caso de maior de idade _____

Nome completo

Virgínia Tereza Neta Freitas

ANEXO II

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM DOENÇAS TROPICAIS

Perfil Epidemiológico e Prevalência de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Escolares da Área urbana de Porto Velho.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____		Idade: _____		Sexo: _____		Estado Civil: _____	
Data do Nascimento: _____			Naturalidade: _____			Cor: _____	
Escola: _____			Série: _____		Turma: _____		
Endereço: _____							

Questão Central: Assistência à saúde

1 - Já esteve doente?	2 - Quando está, quem cuida de você?
Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]	Mãe [<input type="checkbox"/>] Pai [<input type="checkbox"/>] Avós [<input type="checkbox"/>] Outros [<input type="checkbox"/>]

3 - Se precisa de ajuda médica quem você procura?	4 - Você já teve acesso ou participou de algum programa de prevenção a doenças?
Curandeiro(a) [<input type="checkbox"/>] Balconista Farmácia [<input type="checkbox"/>] Médico (a) [<input type="checkbox"/>] Outros [<input type="checkbox"/>]	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>] Cite o programa: _____

Questão Central: Lazer

1 - Como se diverte?	2 - Que locais frequenta para se divertir?	3 - Pratica algum esporte?
Brinquedos [<input type="checkbox"/>] Esportes [<input type="checkbox"/>] Outros [<input type="checkbox"/>]	Em casa [<input type="checkbox"/>] Escola [<input type="checkbox"/>] Praça [<input type="checkbox"/>] Outros [<input type="checkbox"/>]	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>] Qual: _____

Questão Central: Habitação:

1 - Onde você mora?	2 - Como é sua casa? (Descrição Física)
Cidade [<input type="checkbox"/>] Sítio [<input type="checkbox"/>]	Madeira [<input type="checkbox"/>] Alvenaria [<input type="checkbox"/>] Mista [<input type="checkbox"/>]
3 - Como são as imediações?	4 - Já morou na rua ?
Favela [<input type="checkbox"/>] Bairro [<input type="checkbox"/>] Estrada/BR [<input type="checkbox"/>] Descampado [<input type="checkbox"/>]	Sim [<input type="checkbox"/>] Não [<input type="checkbox"/>]

Questão Central: Família

1 - Com quem você mora?	2 - Quantas pessoas moram em sua casa?	3 - Como é seu relacionamento com a família?
Pais [] Avós [] Outros []	De 2 a 4 [] De 4 a 6 [] De 7 a 10 [] Mais de 10 []	Ótimo [] Bom [] Ruim [] Péssimo []

4 - Descreva as pessoas que moram em sua casa, por idade, sexo, grau de parentesco, escolaridade e profissão de cada um.

Idade	Sexo	Grau de parentesco (irmão, pai, mãe, tio, etc..)	Escolaridade	Profissão

Questão Central: Segurança

1 - Teve problemas com a polícia?	2 - Você já precisou roubar?	3 - Já presenciou algum roubo?
Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []

Questão Central: Trabalho

1 - Você trabalha?	2 - Em que você trabalha?	3 - Em que horários costuma trabalhar?	4 - Você gosta do que faz?
Sim [] Não []	Roça [] Em casa [] Vendedor [] Outros []	Manhã [] Tarde [] Noite [] Feriado []	Sim [] Não []

Questão Central: Drogas e DST(doença sexualmente transmissível)

1. Usa droga?	2. Via de uso da droga?	3. Você Namora?	4. Tem vida sexual ativa?
Sim [] Não []	Nasal [] Oral [] Não respondeu []	Sim [] Não []	Sim [] Não []
5. Você já foi forçado a fazer sexo?	6. Você sabe o que é uma DST?	7. Você já teve alguma DST?	8. Apresentou/apresenta algum tipo de secreção uretral?
Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []	Sim [] Não []

9. Apresentou/ apresenta algum tipo de secreção vaginal?	10. Apresentou/ apresenta algum tipo de secreção anal?	11. Usou alguma medicação? Qual?	12. Esta usando alguma medicação? Qual?
Sim [] Não []	Sim [] Não []		

13 - O que você pode fazer para não pegar DST, como você se previne? _____

Questão Central: Qualidade de Vida e Perspectivas.

1 - O que é bom na sua vida?	2 - O que é ruim?	3 - Quais são as suas principais dificuldades?
Estudar [] Brincar [] Trabalhar [] Outros []	Apanhar [] Trabalhar [] Doença [] Fome [] Outros []	Financeiro [] Doença [] Outros []

4 - O que você gostaria que sua escola ou a sociedade em geral fizesse para melhorar sua vida?	5 - Qual o seu sonho profissional?
Ambiente mais limpo [] Água tratada [] Segurança [] Outros: _____	Professor(a) [] Médico (a) [] Ator(a) [] Cantor(a) [] Pastor [] Motorista [] Advogado [] Soldado [] Agricultor [] Comerciante [] Outros: _____

6 - Cite alguns momentos de prazer na sua vida?

Porto Velho, _____ de _____ de 2000

ANEXO III

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM DOENÇAS TROPICAIS
CONSULTA DE ENFERMAGEM**

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome : _____ Idade: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____ Cor: _____

Nome do Pai : _____ Profissão _____

Endereço: _____

Trabalho: _____

Nome da Mãe: _____ Profissão: _____

Endereço: _____

Trabalho: _____

Endereço do Aluno: _____

Possui Irmãos Nesta Escola? _____

Data da Consulta ____/____/____

Escola: _____ Série: _____

II - ENTREVISTA:**Queixa Principal:** _____**História da doença atual :** _____**História patológica progressa:** _____

História Familiar: _____

Hábitos:

III - Exame Físico: (SSVV)

T = _____ R = _____ Pulso Radial: _____ Pulso Apical _____ PA: _____

Peso (Kg): _____ Altura (cm): _____ Acuidade Auditiva: _____

Acuidade Visual: Olho D: _____ Olho E: _____ Ambos os Olhos: _____

Cabeça e Pescoço:

Tórax:

Aparelho respiratório:

Aparelho cardíaco-vascular:

Abdômen:

Órgãos genitais - Lesões e secreções; Linfonodos; Anomalias e outras alterações/ (história de DST; detecção de risco: Práticas sexuais, uso de preservativo, uso de drogas e uso de anticoncepcional):

Membros:

Sistema Nervoso:

Sistema ósteo-articular:

Observações:

Porto Velho, ____/____/____

Assinatura do Examinador:

ANEXO IV

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM DOENÇAS TROPICAIS**

TESTE: PRÉ () PÓS ()

OFICINA: Sexualidade como Tema Transversal *oficina?*

1. Marque a opção que achar melhor: Você já fez algum curso sobre Educação Sexual?
() Sim () Não
2. Cite 3 assuntos da Educação Sexual para adolescentes que, no seu entendimento, não poderia faltar neste curso que você está começando agora.

3. Marque com um X a opção “verdadeiro”, “falso” ou “dúvida”

Nº	PERGUNTA	V	F	D
01	Sexo, sexualidade e sensualidade são as mesmas coisas?			
02	Através da Educação Sexual deve-se ensinar ao adolescente o certo e o errado?			
03	Um educador pode trabalhar com a sexualidade do adolescente qualquer que seja sua prática sexual?			
04	O desempenho sexual depende das condições afetivas dos indivíduos?			
05	A ovulação acontece durante a menstruação?			
06	O método contraceptivo mais indicado para o adolescente é a pílula?			
07	As mulheres que têm vida sexual ativa têm mais necessidade sexual do que aquelas que nunca tiveram atividade sexual?			
08	As DST aumentam em aproximadamente 18 vezes a possibilidade de infecção pelo HIV?			
09	Prevenir o uso indevido de drogas é também fazer prevenção a infecção pelo HIV?			
10	No Brasil a via sexual é responsável por aproximadamente 80% das infecções pelo HIV?			

4. Cite pelo menos dois sinais e/ ou sintomas de cada DST descrita abaixo:

Gonorréia	Herpes	Sífilis

5. Descreva: Quais as expectativas em relação à oficina?

6. O que achou da oficina?

