UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

ESTUDO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL ATENDIDOS NA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ NO ANO DE 2004

JOELMA NASCIMENTO MOREIRA
VERENA DE NAZARÉ BATISTA BUTZKE
WALESKA DE AZEVEDO MELO

BELÉM – PARÁ
2006

JOELMA NASCIMENTO MOREIRA
VERENA DE NAZARÉ BATISTA BUTZKE
WALESKA DE AZEVEDO MELO

ESTUDO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL ATENDIDOS NA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ NO ANO DE 2004

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Profª. Ms. Maria Francisca Alves Alves.

Belém – Pará
2006

Moreira, Joelma Nascimento

Estudo Clínico e Epidemiológico de Adolescentes com Diagnóstico de Doença Sexualmente Transmissível Atendidos na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no Ano de 2004/ Joelma Nascimento Moreira, Verena de Nazaré Batista Butzke, Waleska de Azevedo Melo; orientadora, Maria Francisca Alves Alves. – 2006

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal do Pará, Centro de Ciências da Saúde, Belém, 2006.

1.Doença Sexualmente Transmissível. 2.Adolescente. I. Título

JOELMA NASCIMENTO MOREIRA
VERENA DE NAZARÉ BATISTA BUTZKE
WALESKA DE AZEVEDO MELO

ESTUDO CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE ADOLESCENTES COM DIAGNÓSTICO DE DOENÇA SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEL ATENDIDOS NA FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ NO ANO DE 2004

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau em Medicina pela Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Profª. Ms. Maria Francisca Alves Alves.

BANCA EXAMINADORA

_____

_____

_____

Julgado em: ____/____/____

Conceito: _____

Sou imensamente grata a Deus pela vida porque posso neste momento dedicar esta vitória às pessoas que amo:

Aos meus queridos pais Joel e Sólis pelo amor incondicional e por tornarem a distância entre nós o obstáculo mais ínfimo se fazendo presentes em todos os momentos de minha formação acadêmica. Meus únicos e verdadeiros exemplos de vida!

Ao meu irmão Alessandro, a paciência e compreensão em pessoa, pelo seu grande incentivo.

À minha irmã Poliana que a cada dia que passa se torna um exemplo de superação e vitória.

Aos meus queridos avós, tios e primos que se prestaram a me ajudar nesta luta.

Às pessoas que conheci, convivi e tive a oportunidade de manter vínculos de amizade que com certeza ficarão para a vida toda.

E às amigas Verena e Waleska, pela parceria na realização deste trabalho e pelos anos de convivência. Obrigada meninas, foi tudo muito bom!

Joelma

À Deus, por permitir a realização de meu maior sonho e por guiar-me nos momentos mais difíceis.

Infinitamente à meus pais, Clodoveu e Marisete, pela dedicação, companheirismo, compreensão e amor; agradeço por serem meus pais, pois este é o melhor presente que poderia desejar.

Ao meu maninho Tiago, pelo carinho e paciência dedicados a irmã mais velha.

À meus tios(as) e primos(as) pelo apoio incondicional.

A professora Francisca pela paciência, carinho e disponibilidade que sempre nos dispensou.

Às amigas Golda, Keyla, Iselene, Joelma e Waleska pela amizade, cumplicidade e paciência que se fizeram presentes desde o início do curso e que se mantiveram sólidos até hoje. Em especial Joelma e Waleska, pela dedicação para realização deste trabalho. Obrigada, pelos muitos momentos bons!

Aos amigos Carlos e Gilmar pelo ombro amigo e eterno companheirismo.

E a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para realização deste projeto e me ajudaram a crescer como pessoa.

Verena

À Deus por estar presente em todos os momentos da minha vida, inclusive nos mais difíceis, por me guiar na direção do meu ideal.

À minha amada mãe, Simone, por toda dedicação, luta, incentivo, companheirismo e fé; representando para mim o verdadeiro exemplo de vida, sempre me apoiando em meus sonhos.

Ao meu querido pai, Eduardo, pelo carinho, força, compreensão, principalmente pelos anos de sacrifícios.

Aos meus irmãos e sobrinho, pela demonstração de afeto e paciência que tiveram comigo.

Aos meus outros familiares que colaboraram também com a execução deste trabalho.

Aos amigos, que são inúmeros, pois me auxiliaram neste momento.

E finalmente, a todos aqueles que porventura esqueci de mencionar, mas que têm uma extraordinária parcela de importância e contribuição em minha jornada.

Waleska

AGRADECIMENTOS

À Deus pela sabedoria que nos concedeu para ultrapassar todos os obstáculos do caminho.

À Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará que nos permitiu a aquisição dos dados para a análise.

Ao Dr. Manoel Dias Almeida pela grandiosa contribuição na estruturação deste trabalho.

À nossa querida orientadora **Profª. Ms. Maria Francisca Alves Alves** pela disponibilidade e paciência que nos dedicou para elaboração deste trabalho.

Aos funcionários do Serviço de Dermatologia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e do Centro de Ciências da Saúde pela delicadeza e atenção com que nos receberam, em especial: **Carlos Alberto Pinheiro Siqueira, Gilmar dos Anjos Santos e Wilma Bastos.**

À **Mariseth Carvalho de Andrade**, estatística responsável, que muito colaborou para realização deste trabalho.

"A educação é feita muito mais pelos silêncios do que pelas falas, muito mais pelos gestos e olhares que pela troca de idéias, muito mais pelas proibições do que pelos esclarecimentos, assim é feita a educação sexual em nosso meio social".

Pinto

RESUMO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais freqüentes em todo o mundo. Estudos demonstram a importância das DST na faixa etária adolescente que ocorre principalmente pelo aumento da precocidade nas relações sexuais, o aumento no número de parceiros e a falta constante do uso de preservativos. Através deste estudo pretendeu-se caracterizar o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes adolescentes atendidos no setor de DST - FSCMPA no período de janeiro a dezembro de 2004. Foi feito um levantamento a partir da revisão dos prontuários destes pacientes. Durante o ano de 2004, foram atendidos no ambulatório 676 pacientes de primeira consulta com diagnóstico de DST, sendo 219 pacientes adolescentes (32,4%). O perfil encontrado foi na sua maioria mulheres (65,8%), sendo que destas 41,7% estavam grávidas. A média de idade entre os adolescentes foi de 17 anos. Em relação ao estado civil, houve predomínio de solteiros (78,1%). Dos adolescentes que procuraram o setor, 67,6% residiam na capital e eram estudantes (63,0%). Do total de pacientes em questão, 51,1% eram de cor parda. Foi verificado que 79,9% tiveram diagnóstico clínico, com elevado índice de condiloma (83,1%). Notou-se que os pacientes levaram de um a três meses em média para procurar atendimento médico após o aparecimento dos sintomas. Os exames mais solicitados no serviço foram: VDRL (69,4%) e sorologia para HIV (44,3%). Dentre os tratamentos, o mais realizado, foi cauterização química, com aplicação do Ácidotricloroacético (ATA – 60,3%). A taxa de retorno foi de 63,9%. De posse dos resultados obtidos, faz-se necessário o melhoramento dos serviços e o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde junto ao público adolescente.

Palavras-chave: adolescentes e doenças sexualmente transmissíveis

ABSTRACT

The sexually transmitted diseases (STD) are among the problems in public health more frequently in all the word. Study show the relevance of STD for the teenage age group that happen, mainly, to the increasing precocity of sex relations, the increase in the number of sex partners and the lack of constancy in the use of preservatives. Across this study intend to describe the profile clinical and epidemiologic patient adolescent care in the sector of STD-FSCMPA in the period of January until December of 2004. Data were collected from analyses patient records seen at the sector of STD-FSCMPA. During the year of 2004, care were in the sector 676 patients of first care with diagnosis of STD, with 219 patients adolescents (32,4%). The profile finded were of woman (65,8%), with 41,7% of woman pregnancy. The media age of 17 year. In relation married or single, were predominant single (78,1%). Adolescent that searched the sector, 67,6% residented in capital and were students (63,0%). In total of patients in question, 51,1% were dark. Were checked that 79,9% the diagnosis were only clinical, with high happened of condiloma (83,1%). Realized that the patients taked of one until three months in media to search care medical after the appearance of symption. The exams more request this sector were: VDRL (63,4%) and serology to HIV (44,3%). Among the treatment, the more carried, were chemical, with this results, it's necessary the improvement this sector and the development of strategy in health education with adolescent public.

Key-words: adolescents e sexually transmitted diseases.

SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO** 16
1.1 OBJETIVOS.....18
1.1.1 GERAL.....18
1.1.2 ESPECÍFICO 18
2. **REVISÃO DA LITERATURA** 19
3. **CASUÍSTICA E MÉTODO** 30
4. **RESULTADOS** 32
5. **DISCUSSÃO** 51
6. **CONCLUSÃO** 56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 58
APÊNDICE.....63
ANEXO.....64

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIG. 1 – Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, Belém-PA, 2004. 32

FIG. 2 – Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo Idade, Belém-PA, 2004. 33

FIG. 3 – Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo o Sexo, Belém-PA, 2004. 34

FIG. 4 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Cor, Belém-PA, 2004. 35

FIG. 5 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo o Estado Civil, Belém-PA, 2004. 36

FIG. 6 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Procedência, Belém-PA, 2004. 37

FIG. 7 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Profissão/Ocupação, Belém-PA, 2004. 38

FIG. 8 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Opção Sexual, Belém-PA, 2004. 39

FIG. 9 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Gravidez, Belém-PA, 2004. 40

FIG. 10 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo o Diagnóstico, Belém-PA, 2004. 41

FIG. 11 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Patologia, Belém-PA, 2004. 42

FIG. 12 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo o Intervalo de Tempo entre o Aparecimento dos Sintomas e o Atendimento Médico, Belém-PA, 2004. 44

FIG. 13 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo Parceiro com DST, Belém-PA, 2004. 45

FIG. 14 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo os Exames Solicitados, Belém-PA, 2004.....46

FIG. 15 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Conduta, Belém-PA, 2004. 47

FIG. 16 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Evolução do Processo, Belém-PA, 2004. 48

FIG. 17 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo Retorno ao Setor, Belém-PA, 2004. 49

FIG. 18 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Recidiva, Belém-PA, 2004. 50

LISTA DE TABELAS

TAB. 1 – Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, Belém-PA, 2004. 32

TAB. 2 – Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo Idade, Belém-PA, 2004. 33

TAB. 3 – Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo o Sexo, Belém-PA, 2004. 34

TAB. 4 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Cor, Belém-PA, 2004. 35

TAB. 5 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo o Estado Civil, Belém-PA, 2004. 36

TAB. 6 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Procedência, Belém-PA, 2004. 37

TAB. 7 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Profissão/Ocupação, Belém-PA, 2004. 38

TAB. 8 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Opção Sexual, Belém-PA, 2004. 39

TAB. 9 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Gravidez, Belém-PA, 2004. 40

TAB. 10 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo o Diagnóstico, Belém-PA, 2004. 41

TAB. 11 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Patologia, Belém-PA, 2004. 42

TAB. 12 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo o Intervalo de Tempo entre o Aparecimento dos Sintomas e o Atendimento Médico, Belém-PA, 2004. 43

TAB. 13 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo Parceiro com DST, Belém-PA, 2004. 44

TAB. 14 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo os Exames Solicitados, Belém-PA, 2004. 45

TAB. 15 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Conduta, Belém-PA, 2004. 46

TAB. 16 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Evolução do Processo, Belém-PA, 2004. 47

TAB. 17 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo Retorno ao Setor, Belém-PA, 2004. 48

TAB. 18 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, segundo a Recidiva, Belém-PA, 2004. 49

LISTA DE ABREVIATURAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome

ATA – Ácidotricloroacético

CCS – Centro de Ciências da Saúde

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EAS – Elementos Anormais e Sedimentos

FSCMPA – Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV – Papiloma Vírus Humano

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

UFF – Universidade Federal Fluminense

UFPA – Universidade Federal do Pará

UNG – Uretrite Não-Gonocócica

VDRL – Veneral Disease Research Laboratory

1. INTRODUÇÃO:

No mundo todo havia em 1986, segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), 938 milhões de adolescentes, encontrando-se 73 milhões na América Latina, que correspondem a cerca de 25% da população, cifra que vem aumentando nas regiões urbanas dos países emergentes.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os adolescentes eram 20,8% da população total no Brasil no ano de 2000, sendo que 0,8% estão localizados no estado do Pará.

Devido à grandeza desses números, e pelas características próprias dessa faixa etária, a importância da saúde dos adolescentes já é reconhecida por várias organizações internacionais.

O significado da saúde do adolescente deve ser visto, desde o ponto de vista da sua transcendência, como elemento básico para o desenvolvimento social dos países e do mundo em geral.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência compreende a faixa etária entre 10 a 19 anos completos, sendo o período intermediário entre a infância e a idade adulta, embora haja diversidade na definição do conceito e da delimitação do período cronológico que a caracterize.

A adolescência é a fase da vida marcada por profundas modificações biopsicossociais. Advém deste fato a necessidade de experimentar situações e comportamentos da vida adulta, que podem pôr em risco a saúde, principalmente no aspecto da sexualidade, quando não preparados para esta nova etapa da vida, pois se trata de um período crítico da evolução do ser humano. Ele deixa de ser criança e inicia sua trajetória para a vida adulta.

Neste sentido, fatores como: a deficiente orientação sexual tanto no lar como na escola, o início da atividade sexual cada vez mais precoce, o fácil acesso às drogas ditas ilícitas e falhas ou inconsistência no uso de preservativos como método contraceptivo (imprescindível nessa fase da vida) e fatores outros como afirmação pessoal e tendências culturais deixam-os

susceptíveis às doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez na adolescência e drogadição. Somam-se a isto, a liberdade sexual cultuada nas últimas décadas e a divulgação pela mídia, da prática sexual pouco responsável, agravando este risco nesta faixa etária.

Desta forma, os adolescentes constituem um grupo de risco crescente para as DST, incluindo a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV).

1.1 OBJETIVOS:

1.1.1 GERAL:

Caracterizar o perfil clínico e epidemiológico dos adolescentes com diagnóstico clínico e/ou laboratorial atendidos no ambulatório de DST na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no ano de 2004.

1.1.2 ESPECÍFICO:

- Analisar o percentual de adolescentes com diagnóstico de DST dentre os pacientes atendidos no ambulatório pesquisado.
- Caracterizar faixa etária, cor, estado civil, procedência, profissão/ocupação de maior incidência.
- Verificar a relação entre os fatores: opção sexual e gravidez com a ocorrência de DST.
- Estimar o intervalo de tempo entre o aparecimento dos sintomas e o atendimento médico.
- Apresentar a patologia de maior incidência, qual a forma de diagnóstico mais utilizada, assim como os exames mais solicitados, a conduta instituída, como o processo evoluiu e a adesão ao tratamento (permanência no setor).
- Avaliar o serviço prestado aos adolescentes com DST.
- Tentar encontrar quais os fatores de risco da população de adolescente com DST atendidos neste serviço e comparar com a literatura nesta área.
- Contribuir para um melhor atendimento ao adolescente com DST.

2. REVISÃO DA LITERATURA:

A adolescência constitui-se em uma fase do desenvolvimento humano que, por muito tempo, foi negligenciada pelos profissionais de saúde necessitando de programas em políticas públicas voltadas para garantir o acesso do adolescente rumo ao exercício pleno da cidadania (SOUZA, M.M.; et al, 2004).

A adolescência passou a ocupar, nas últimas décadas, o centro de interesse para investigação nas áreas das ciências humanas e biológicas. É uma fase da vida com fenômenos dinâmicos na qual a capacidade reprodutiva e novas habilidades cognitivas e sociais são adquiridas (SOUZA, M.M.; et al, 2004).

Sendo uma etapa da vida que compreende um período de transição e de muitas peculiaridades, a adolescência exige uma abordagem adequada e contextualizada para as pessoas que experimentam esta fase, que na percepção de Traverso-Yépez e Pinheiro não pode ser entendida apenas como um fenômeno biológico, social ou cultural, separadamente, mas articulada, como entidade dinâmica e em constante mutação (SOUZA, M.M.; et al, 2004).

Etimologicamente falando, adolescência provém do verbo "adolescerê", que significa brotar, fazer-se grande. Em grande, acredita-se que o fenômeno da adolescência é um processo de mudança que marca a passagem da infância para a fase adulta, esse processo é sinal distintivo das sociedades consideradas menos evoluídas, pois, em inúmeras tribos, podemos identificar ritos de passagem que denotam esta operação definitivamente (CHAGAS, A. http://www.pailegal.net).

Segundo Marcondes (2002), a adolescência é uma fase de transição gradual entre a infância e o estado adulto que se caracteriza por profundas transformações somáticas, psicológicas e sociais. Ela representa uma das fases mais importantes do ciclo vital à medida que completa o período de crescimento e desenvolvimento.

Definir ou conceituar a adolescência é tarefa difícil, tendo em vista de um lado a multiplicidade de alterações que ocorrem nas áreas biológicas e psicossocial e de outro a

variabilidade individual e populacional com que muitas dessas modificações se apresentam (MARCONDES, E., 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), para fins de estratégias e programas especiais, definiu o período que vai dos 10 a 19 anos como da adolescência para ambos os sexos. Termo mais abrangente refere-se às mudanças não apenas biológicas, mas biopsicossociais e que, em grande parte, ocorre nessa faixa de idade (FIGUEIRA, F.; et al, 1996).

De acordo com o critério físico ou biológico, a adolescência abrange a fase de modificações anatômicas e fisiológicas que transformam a criança em adulto. Na prática corresponde ao período que vai desde ao aparecimento dos caracteres sexuais secundários e início da aceleração do crescimento até o indivíduo atingir o desenvolvimento físico completo (parada do crescimento e estabelecimento da função reprodutora). O termo puberdade é utilizado para designar todo processo de maturação biológica inserido no período da adolescência (MARCONDES, E., 2002).

Para a psicologia, é a época da desorganização para reestruturar o aparelho psíquico; de determinações, desde a renúncia do mundo infantil à definição sexual; época da crise do "eu" que se busca (FIGUEIRA, F.; et al, 1996).

Na visão socioantropológica, a adolescência é a fase da existência humana que tem a característica básica de querer mudar regras sociais. É quando surge a "cultura jovem", resultado dos movimentos de criatividade impostos pelas mudanças na forma de pensar, de se comunicar, seja nos limites da moda, como em toda uma linguagem própria (gíria), até nos ritmos e letras das músicas, ídolos, danças e artes próprias, que chegam a constituir a "logomarca" da geração. É nessa etapa que o indivíduo inicia a participação da sociedade como membro ativo, através do trabalho profissional, da participação política, comunitária e até formando novos núcleos familiares (FIGUEIRA, F.; et al, 1996).

Do ponto de vista médico, a adolescência constitui fase integrante do desenvolvimento da espécie humana, cuja maior característica consiste na aquisição da capacidade reprodutiva, acompanhada de mudanças de comportamento e sociais que levam o indivíduo a vivenciar o mundo sobre novas perspectivas (OLIVEIRA, M.T.; et al, 2004).

Para efeito didático de comparação, pode-se dividir adolescência em duas fases: inicial, dos 10 aos 14 anos, e tardia, entre os 15 e os 19 anos.

A fase inicial é, em geral, mais turbulenta por estar o adolescente à mercê de tantas transformações, em especial as alterações físicas e conflitos pela a afirmação da sexualidade, vivenciando desde o auto-erotismo até o início do relacionamento com o sexo oposto. Na adolescência tardia, o adolescente está mais amadurecido, mais habituado a sua nova condição: o "furacão" é progressivamente mais ameno. Destacam-se os problemas relacionados à iniciação da atividade sexual a dois, a escolha profissional e o início da atividade econômica. Obviamente, essa divisão não é rígida, encontrando-se adolescentes mais velhos ainda com características da fase inicial e vice-versa. Observa-se que, quanto maiores os problemas econômicos e sociais e mais intensos os conflitos familiares, mais precocemente o adolescente vivencia situações da vida adulta, a maioria sem o devido preparo psicológico. Ressalta-se que os maiores problemas da geração atual, como gravidez precoce, violência urbana e familiar, uso indevido de drogas, vêm sendo registrados em idade cada vez mais precoce, com repercussões igualmente mais alarmantes (FIGUEIRA, F; et al, 1996).

As modificações corporais, o aparecimento dos pêlos pubianos e axilares, o aumento da força muscular, a distribuição da gordura, a mudança da voz, o desenvolvimento dos seios ou do pênis, a menarca, a primeira ejaculação e a masturbação, são elementos que exteriorizam as mudanças internas com seus reflexos sobre a vida afetiva e emocional dos jovens. Ou seja, o corpo permite que o adolescente visualize, perceba as mudanças psicológicas que também estão ocorrendo (ROCHA, G.L.H., http://www.geocities.yahoo.com.br).

No Brasil, a idade mediana da primeira relação sexual para os homens corresponde a 16,7 anos e para as mulheres 19,5 anos apresentando diferença de quase três anos entre os sexos. A idade da iniciação sexual no país é também afetada por diferenças regionais, nas quais diferenças de gênero estão sempre presentes. A primeira relação ocorre mais cedo nas áreas urbanas da região Norte do país, sendo a idade mediana de 15,6 anos para homens e 18,6 para as mulheres com todas as suas conseqüências. O desconhecimento da fisiologia e da anatomia do próprio corpo, perpetuação dos mitos e tabus relativos à sexualidade humana, continua comprometendo a relação do adolescente com sua própria sexualidade e prazer, dificuldade

de relacionamento interpessoal e de expressão da auto-imagem, que envolve o respeito a si e ao outro (CAVALCANTI, A.L. 2005).

Com a falta de diálogo sobre as questões ligadas à sexualidade na família e na escola, a maioria dos jovens permanece relativamente ignorante sobre fatos básicos da sexualidade, o que provoca conflitos em seus comportamentos, pois não conseguem definir até aonde vão os seus limites e irresponsabilidades (ISOLAN, T.B.; et al, 2001).

A sexualidade deve ser estudada no momento histórico em que ela se manifesta e nas vinculações com práticas educacionais, crenças religiosas, concepções, atitudes e valores determinadas pelo sistema sócio, econômico e cultural, nos quais o jovem está inserido. Além disso, é preciso ouvir, aprimorar a escuta, valorizar os sentimentos e preocupações dos jovens para conhecer o mundo dos adolescentes (BASTOS, 1989).

O exercício da sexualidade humana ocorre num complexo contexto biopsicossocial, e pode estar influenciado fortemente por fatores orgânicos, por elementos sociais e emocionais, independente da fase da vida. Deste modo, surgem em nosso meio, com maior freqüência, as DST/AIDS, desencadeadas, principalmente, em decorrência da falta de proteção adequada ao exercício da sexualidade, notadamente durante o ato sexual desprotegido (GALVÃO, M.T.G.; et al, 2003).

Em 1983, o grupo de consultores da OMS entendia que “as DST são grupo de doenças endêmicas, de múltipla expressão, que incluem as doenças venéreas clássicas e um número crescente de síndromes, entidades clínicas que têm como traço comum de importância epidemiológica a transmissão durante a atividade sexual” (CARVALHO, N.S. 2003).

As DST vêm aumentando a cada ano e esforços têm sido desenvolvidos em estratégias de prevenção. Após o início da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), as DST adquiriram maior importância como um problema de saúde pública, pois se observou que estas facilitavam a propagação daquela (ARAÚJO, M.A.L.; BUCHER, J.S.N.F.; BELLO, P.Y. 2002).

Tal interação relaciona-se a três premissas: à infecção pelo HIV constitui uma DST, ou seja, quem adquire ou transmite DST pode estar adquirindo ou transmitindo o HIV;

atualmente, a principal via de transmissão é a sexual, destacando as relações heterossexuais; e é baixo o número de pessoas que utilizam preservativo para realização de sexo seguro (MORAIS, V.O.; et al, 2001).

Estas doenças, devido à elevada morbidade, têm influência importante na saúde, economia e organização social das comunidades. Infertilidade, doenças neonatais e infantis, gravidez ectópica, aborto, neoplasias anogenitais e morte podem ocorrer como complicações das DST, sendo enormes os gastos despendidos no tratamento (TIBÚRCIO, A.S.; PASSOS, M.R.L.; PINHEIRO, V.M.S. 2000).

Tais doenças têm preocupado não apenas pela sua incidência elevada, mas principalmente pela mutação de seus agentes e de sua apresentação, e pelas complicações associadas. Embora não se conheça a magnitude do problema, hoje se acredita que as DST estão entre as cinco causas mais comuns de procura nos serviços de saúde. A OMS estimou que, a cada ano, surgem no mundo 380 milhões de novos casos de DST. Aproximadamente um milhão de infecções ocorre a cada dia. No Brasil não há dados objetivos, principalmente porque, à exceção de AIDS e sífilis congênita as DST não são de notificação compulsória. Além disso, muitas delas são atendidas em farmácias ou em consultórios privados. Entretanto, segundo estimativas da OMS baseadas em alguns dados nacionais, ocorrem a cada ano no Brasil entre 10 a 12 milhões de casos de DST curáveis (CARVALHO, N.S., 2003).

Nos países em desenvolvimento, o grande percentual de jovens, o rápido aumento da urbanização e a diminuição do status da mulher são alguns dos fatores contribuintes para o crescimento destas doenças (CARRET, M.L.V.; et at, 2004).

Alguns fatores têm contribuído para o aumento da incidência das DST: desinformação sobre o assunto devido à diminuição das campanhas educativas, automedicação ou medicação iniciada por pessoas não-qualificadas, multiplicidade de parceiros, maior liberdade para a prática da atividade sexual em decorrência do uso de métodos anticoncepcionais, dificuldade na investigação dos parceiros sexuais, menor temor do público por estas doenças pela facilidade do diagnóstico e tratamento, facilidade de deslocamento das populações, e por fim o aparecimento da resistência microbiana aos antibióticos e quimioterápicos (TIBÚRCIO, A.S.; PASSOS, M.R.L.; PINHEIRO, V.M.S., 2000).

Outro aspecto relacionado à alta prevalência das DST é que frequentemente as orientações dadas aos pacientes não contemplam atitudes capazes de prevenir a reincidência da doença e o tratamento dos parceiros (CARRET, M.L.V.; et al, 2004).

Cerca de 40 agentes microbianos podem ser transmitidos pela via sexual. Os agentes etiológicos das DST têm o trato genital humano como único reservatório, não sobrevivendo fora do corpo humano. A transmissão de qualquer um destes agentes microbianos entre as pessoas depende basicamente de três variáveis: a infecciosidade (transmissibilidade) do patógeno, os índices de interação entre pessoas susceptíveis e contaminantes, e a duração do período de infecciosidade (TIBÚRCIO, A.S.; PASSOS, M.R.L.; PINHEIRO, V.M.S., 2000).

Os fatores de risco têm dois componentes: a conduta sexual (que se refere ao nível de promiscuidade, à preferência e às práticas sexuais dos indivíduos), e a conduta em relação aos cuidados de saúde (uso ou não de preservativos, consulta para diagnósticos e tratamento precoce ou tardiamente, grau de aderência ao tratamento, comunicação, ou não, aos parceiros sexuais). A conduta sexual envolve diversos componentes: idade com que se iniciou a atividade sexual, quantidade de parceiros sexuais no presente e no passado, freqüência de atividade sexual, e tipos de práticas sexuais, entre outras variáveis; a distribuição destes componentes na população determina o risco de aquisição das DST (TIBÚRCIO, A.S.; PASSOS, M.R.L.; PINHEIRO, V.M.S., 2000).

Segundo ZAMITH et. al (2003) as DST classificam-se sobre várias formas, mas a que melhor se identifica é a que se segue: doenças obrigatoriamente de transmissão sexual: sífilis, gonorréia, cancro mole, linfogranuloma venéreo, donovanose e condiloma acuminado; doenças frequentemente transmitidas por contato sexual: tricomoníase, herpes simples genital, ftiríase, vaginose bacteriana, micoplasmose, infecção por *Clamydia trachomatis*, AIDS e salpingite aguda; e doenças eventualmente transmitidas por contato sexual: molusco contagioso, pediculose, escabiose, oxiuríase, hepatite por vírus B e A, amebíase, shiguelose e tuberculose.

Por outro lado, PEREIRA JÚNIOR e SERRUYA (1982), sugeriram uma classificação na obrigatoriedade ou não do ato sexual para sua transmissão: doenças essencialmente transmitidas pelo contato sexual: sífilis, gonorréia, cancro mole e linfogranuloma venéreo; doenças frequentemente transmitidas pelo contato sexual: donovanose, uretrite não

gonocócica, herpes, condiloma, candidíase, ftiríase e hepatite B; e doenças eventualmente transmitidas por contato sexual: molusco contagioso, pediculose, escabiose, shiguelose e amebíase.

É inequívoco para todos que as DST possuem altas taxas de incidência e que se relacionam a outros problemas de saúde pública (MORAIS, V.O. et al, 2001).

Os agravos e/ou problemas em saúde pública e as tentativas de resolutividade levam em conta quatro dimensões básicas: magnitude, transcendência, vulnerabilidade e factibilidade. A magnitude está relacionada à alta freqüência das DST, associada à automedicação, aos tratamentos inadequados e à disseminação. A transcendência decorre do fato de que as DST são os principais facilitadores da transmissão da AIDS em todos os segmentos sociais. As DST são doenças de alta vulnerabilidade às medidas de prevenção primária e tratamento e, à exceção das virais, todas são sensíveis ao tratamento específico. O controle das DST é factível, desde que seja executado por profissionais comprometidos e por programas eficazes nos diferentes níveis de complexidade (MORAIS, V.O. et al, 2001).

No controle das DST utilizam-se dois princípios básicos do processo saúde-doença: detecção precoce dos casos e tratamento adequado dos parceiros; prevenção das (re)ocorrências, através de aconselhamento coletivo e individual, mostrando ao indivíduo que o mesmo é um ator social responsável pela sua saúde e tratamento (MORAIS, V.O. et al, 2001).

A falta de campanha profilática e escassez de atendimento aos portadores de DST e, sobretudo a ignorância relativa aos aspectos biológicos dessas doenças mantém em altos índices a incidência de doenças de transmissão sexual (FAGUNDES, L.J.; PATRIOTA, R.C.R.; GOTLIEB, S.L.D., 2001).

A incidência de DST vem aumentando na população geral, e na adolescência em proporções maiores. As causas desse aumento são muito discutidas, apontando-se fatores como a falta de orientação sexual, a ênfase ao sexo nos meios de comunicação, o afrouxamento da disciplina e supervisão familiar, a mudança de valores culturais, a ausência de medo de gravidez, a maior emancipação dos jovens, a falta de notificação de casos diagnosticados (MARCONDES, E., 2002).

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) constituem o principal risco de saúde para todos os adolescentes sexualmente ativos. Assim a população de adolescentes é prioritária no estudo das DST uma vez que constitui a população mais atingida por elas. As estatísticas dos países desenvolvidos mostram isso. E, mesmo no Brasil, dados isolados apontam nesta direção. A explicação é de natureza biológica e psicossocial. No caso das mulheres, as condições do colo uterino, nos primeiros anos pós-menarca, facilitam a infecção pelos germes mais freqüentes nesta população: iniciação sexual precoce, troca rápida de parceiro, uso inconstante do preservativo, uso de drogas legais e ilegais, que facilitam a transmissão das DST (GUIMARÃES, E.M.B.; ALVES, M.F.C.; VIEIRA, M.A.S., 2004).

Segundo os dados do Ministério da Saúde, no período de 1987 a dezembro de 2002, foram notificados 257.780 casos de doença (diagnósticos e notificações) em todo o território nacional, indicando um aumento de 8,5% na incidência acumulada com relação aos dados anteriores. Os dados epidemiológicos mostram que as DST têm uma tendência a ser mais comuns e mais severas em países em desenvolvimento, devido a fatores de ordem social (SOUZA, M.M. et al., 2004).

Inúmeros estudos mostram que jovens carentes ou residentes em comunidades de baixa renda estão sujeitos, com maior freqüência, aos comportamentos ditos de "risco" que influenciam a sua saúde. No caso particular de problemas de saúde relacionados com DST, adolescentes das chamadas "minorias sociais" demonstram maior atividade sexual, iniciação à vida sexual mais precoce e menor percentual de uso de preservativo masculino na última relação sexual (SOUZA, M.M. et al., 2004).

Populações com predominância de adolescentes e adultos jovens sexualmente ativos, com rápidas mudanças demográficas (alta taxa de natalidade e baixa taxa de mortalidade, altos índices de urbanização e grandes movimentos populacionais), com rápidas mudanças econômicas, e com instabilidade política, estão associadas com elevados níveis de incidência de DST. As mudanças bruscas nas características demográficas, econômicas e políticas de uma população podem gerar desintegração social e marginalidade, o que pode levar a respostas adaptativas tais como prostituição e utilização de drogas ilícitas, fatores sociais que favorecem a disseminação das DST (TIBÚRCIO, A.S.; PASSOS, M.R.L.; PINHEIRO, V.M.S., 2000).

Os adolescentes devem ser alertados de que os anticoncepcionais orais, apesar de comprovadamente eficazes na prevenção da gravidez, não são preventivos de nenhuma DST, tornando a jovem vulnerável a uma infecção. Especial ênfase deve ser dada ao uso do preservativo, pelo fato de ainda agir como prevenção às DST/AIDS, e a relutância por parte de alguns jovens (ISOLAN, T.B. et al., 2001).

O aumento dos casos de infecções pelo HIV e pelas DST em adolescentes, bem como a inexistência ou pouca informação através de registros, e o pouco conhecimento dos jovens em assuntos relacionados com a sexualidade fazem com que jovens pensem que a AIDS e as DST estão associadas à condição de homossexualismo, grupos usuários de drogas e profissionais do sexo, e que isto acontece com os outros e não com eles próprios. Portanto, a insuficiência e ineficácia de programas educacionais ou a forma inadequada como são trabalhados tornam a questão da prevenção destas doenças entre a população jovem altamente preocupante (SOUZA, M.M. et al., 2004).

De acordo com Ayres (1996) um dos maiores obstáculos ao trabalho preventivo para esta população "é a forma esteriotipada e neutralizada com que temos tratado os jovens em nosso serviço de educação e saúde", impingindo aos adolescentes limitações, no sentido de constituírem-se categoria instrumental para a apreensão e transformação das condições de saúde, "haja vista o fato de esta categoria estar comumente restrita a uma interpretação que a situa como um conjunto de fenômenos biológicos universais do processo de crescimento e desenvolvimento".

De maneira geral, o adolescente não recebe na família informações que envolvam a saúde e, quando tem acesso, essas informações são muitas vezes limitadas e inadequadas, provenientes de amigos, de pessoas pouco preparadas para essa função. A maior parte das informações disseminadas diz respeito ao uso de preservativos para prevenção de DST/AIDS; entretanto, o mecanismo de funcionamento do corpo relacionada à puberdade, maturação sexual, vivência e conflitos decorrentes do crescimento e da sexualidade, com efeito, pouco são abordados (GOMES, W.A. et al, 2002).

No que diz respeito ao papel da escola na formação e informação de crianças, adolescentes e jovens, esta tem sido reconhecida como importante pólo integrador e organizador da comunidade, responsável pela socialização de crianças e adolescentes, sendo

apontada como local mais adequado de preparação dos jovens para vida em sociedade. Adolescentes, quando questionados quanto ao local apropriado para discutir sobre sexualidade, apontam a escola como local ideal para discussão e troca de experiências (GOMES, W.A. et al, 2002).

No entanto, é importante frisar, que a escola não pode e nem deve substituir a família e deve sim, ser o local onde a educação proporcionada pela família se completa. É sob esse prisma que se deve encarar a educação sexual. A base da educação sexual está em casa e, em toda sociedade, se dá pela vida afora com palavras, gestos e atitudes dos que convivem com a criança, desenvolve a capacidade amorosa e erótica, acontece com o contato diário com os pais e é feita dia a dia pela família e pela sociedade (CAVALCANTI, A.L., 2005).

Lembramos ainda que a mudança de pensar em relação à prevenção das DST e de uma possível gravidez deve ocorrer em toda sociedade, inclusive a partir dos meios de comunicação. O apelo erótico excessivo, usualmente apresentado na televisão vem acompanhado da idéia de que o sexo não se planeja, simplesmente acontece, impossibilitando qualquer forma de prevenção (ISOLAN, T.B. et al., 2001).

No Brasil enfrentamos um ciclo vicioso que impede o combate eficaz às DST. No nosso país, as DST ainda não são prioridade e, em conseqüência, acaba não havendo recursos para realizar prevenção, o diagnóstico e o tratamento das patologias. Não tendo recursos, não há serviços especializados em DST para atender a população, e serviços inadequados não geram dados sobre as doenças. Se não há dados, é difícil convencer as autoridades e a população de que as DST devem ser uma prioridade (PASSOS, M.R.L., 2004).

Os centros de saúde das redes municipal e estadual, em sua maioria, não possuem pessoal treinado e especializado em DST, bem como não estão equipados para realizar exames específicos nessa área de atuação da dermatologia sanitária (FAGUNDES, L.J.; PATRIOTA, R.C.R.; GOTLIEB, S.L.D., 2001).

Mas temos que eliminar esse ciclo vicioso que impede que haja avanços no controle das DST, para dar maior visibilidade as DST e conseguir recursos e dados. Para enfrentar esse desafio é necessária a contribuição de toda uma equipe multiprofissional e não apenas de um

ginecologista. Essa equipe deve atuar em vários setores da comunidade e no atendimento ao paciente (PASSOS, M.R.L., 2004).

Considerando-se a amplitude do território brasileiro e a diversidade cultural, social e econômica nele presente, faz-se mister haver uma regionalização das campanhas preventivas que visem a minimizar a incidência das DST/AIDS (OLIVEIRA, S.H.S.; DIAS, M.R.; SILVIA, M.T., 2005).

Também é importante o auxílio de instituições como a imprensa e os meios de comunicação uma vez que o alcance das informações sobre DST para a população seria muito grande. Temos, portanto, que encontrar soluções para dar maior visibilidade às DST, principalmente no público feminino, uma vez que muitas mulheres são assintomáticas, mas com alterações orgânicas genitais. Isto as deixa vulneráveis para outras infecções, em especial à AIDS, que avança a passos largos na população adolescente (PASSOS, M.R.L., 2004).

Há necessidade de que todas as DST sejam de notificação compulsória, permitindo a elaboração de estatísticas confiáveis que irão proporcionar ações mais profícuas por parte das autoridades competentes, com melhores subsídios à atividade de controle das DST (FAGUNDES, L.J.; PATRIOTA, R.C.R.; GOTLIEB, S.L.D., 2001).

Dessa forma, faz-se necessário atentar para o fato de que a vulnerabilidade dos adolescentes aos agravos à saúde, e em particular às DST/AIDS, considerando as questões econômicas e sociais, determina a necessidade de atenção mais específica. É imprescindível o reconhecimento da pluralidade e diversidade humana e, especialmente, da adversidade própria das adolescências, na perspectiva de mudar a idéia de ações dirigidas a um sujeito universal e inexistente, para ações concebidas a partir das diferenças construídas, mantidas e transformadas na vida social (OLIVEIRA, S.H.S.; DIAS, M.R.; SILVA, M.I.T., 2005).

3. CASUÍSTICA E MÉTODO:

Realizou-se um levantamento a partir da revisão de 676 prontuários, dos quais 219 eram adolescentes com diagnóstico de DST atendidos no setor ambulatorial de DST localizado no departamento de dermatologia na FSCMPA no período de janeiro a dezembro de 2004.

Trata-se de um estudo transversal (de prevalência), de agregado, observacional, baseado em dados clínicos, laboratoriais e epidemiológicos.

Com base na pesquisa prévia dos prontuários foi elaborado um protocolo individualizado (apêndice A) enfocando as seguintes variáveis: atendimentos, idade, sexo, cor, estado civil, procedência, profissão/ocupação, opção sexual, gravidez, diagnóstico, patologia, intervalo de tempo entre o aparecimento dos sintomas e o atendimento médico, parceiro com DST, exames solicitados, conduta, evolução do processo, retorno ao setor e recidiva.

Adotou-se como critérios de inclusão a faixa etária de adolescente, ou seja, os pacientes que se encontravam entre 10 e 19 anos completos, que possuíam diagnóstico clínico e/ou laboratorial de DST e que a primeira consulta foi realizada no decorrer do ano de 2004. Consequentemente, a pesquisa excluiu os pacientes que se encontravam fora da faixa etária estudada, que não possuíam diagnóstico confirmado de DST e aqueles que já se encontram em acompanhamento no setor pesquisado.

Os dados, uma vez levantados, foram tabelados e analisados descritivamente, de acordo com as regras existentes na ABNT e, em seguida, confrontados com os da literatura pesquisada.

Para realizar o armazenamento e processamento dos dados pessoais dos pacientes desta casuística, as informações coletadas foram inseridas em banco de dados do programa Epi Info, versão 6.04. As tabelas e gráficos foram construídos no Microsoft Excel 2000. Para análise da significância foi aplicado o teste Qui-quadrado (X^2) com nível de significância $\alpha = 0,05$, através do Software BioEstat 3.0.

Devido algumas variantes pesquisadas apresentarem perdas de informação acima de 10%, não se pôde aplicar teste estatístico, ou seja, a probabilidade não seria adequada.

Os pacientes com mais de uma patologia diagnosticada tiveram estes dados relacionados em diversos grupos. Desta forma, considerou-se um determinado evento cada vez que ele apareceu isolado ou associado a outro. Assim, um adolescente que apresente condiloma e gonorréia, terá as duas patologias sendo computadas isoladamente. Esta opção, por estudar tais dados isoladamente, leva a um número maior de patologias quando comparado ao número de pacientes estudados.

Logo, quando a variável admite mais de uma categoria, a tabela não pode apresentar total, pois ficaria maior que o tamanho amostral, sendo assim, é indicado o "n" no percentual.

Nestas tabelas, o teste estatístico analisa a informação de cada categoria em relação ao tamanho amostral e não na comparação entre as mesmas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos/CCS/UFPA, estando anexado ao final do trabalho (ANEXO).

4. RESULTADOS:

A análise do universo (n=219) de pacientes adolescentes permitiu estabelecer as seguintes características:

TABELA 1 – Distribuição dos pacientes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, Belém-PA, 2004.

ATENDIMENTOS	Freqüência	%
Adolescente*	219	32,4
Adulto	457	67,6
TOTAL	**676**	**100,0**

p = 0.00001 (Qui-Quadrado)

FONTE: Ambulatório de DST na FSCMPA.

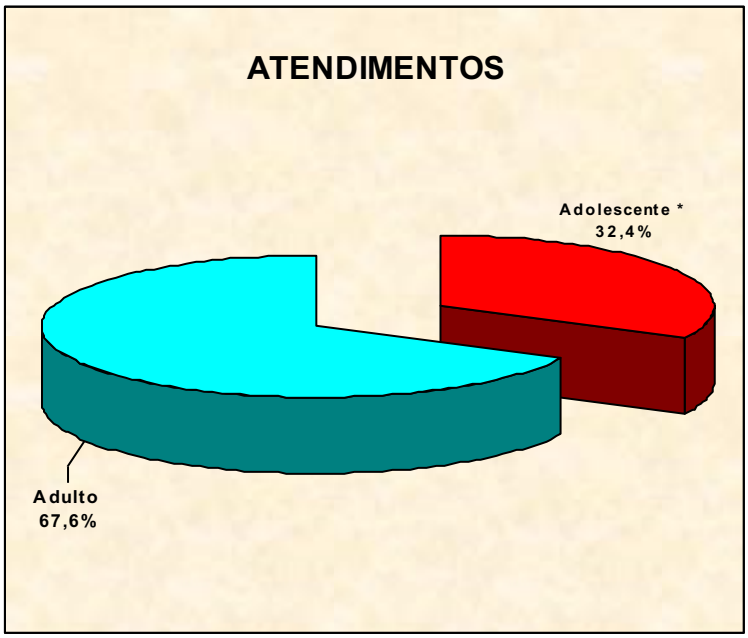

FIGURA 1 - Distribuição dos pacientes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, Belém-PA, 2004.

FONTE: Ambulatório de DST na FSCMPA.

Entre os 676 pacientes com DST atendidos foi verificado que 219 eram adolescentes, correspondendo a um percentual de 32,4%.

TABELA 2 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo idade, Belém-PA, 2004.

FX ETÁRIA (em anos)	Freqüência	%
12 a 13	3	1,4
14 a 15	27	12,3
16 a 17	82	37,4
18 a 19*	107	48,9
TOTAL	**219**	**100,0**
MÉDIA	**17,2**	**-----**

p = 0.000001 (Qui-Quadrado)
FONTE: Ambulatório de DST na FSCMPA.

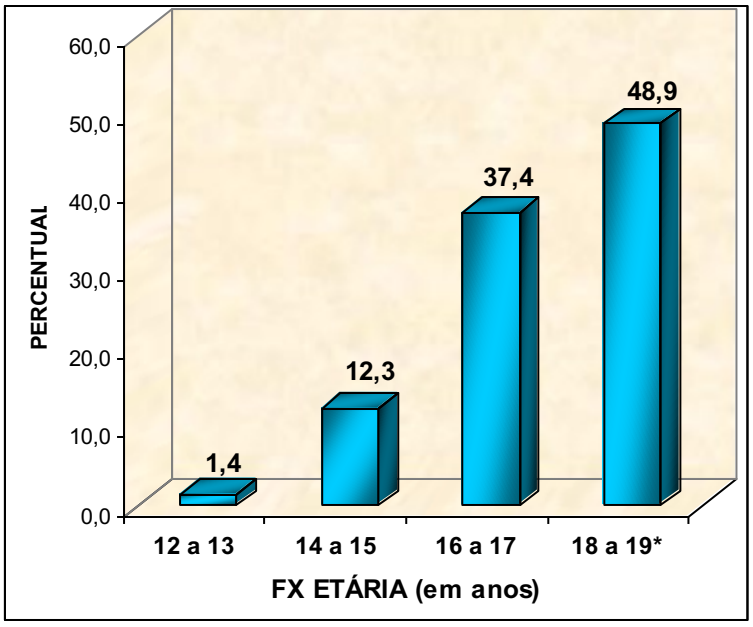

FIGURA 2 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo idade, Belém-PA, 2004.
FONTE: Ambulatório de DST na FSCMPA.

A idade variou de 12 a 19 anos com média aritmética de 17 anos. A maior concentração ocorreu entre 18 e 19 anos (48,9%), seqüenciada pelas idades de 16 a 17 anos com distribuição de 37,4%, sendo os menores percentuais encontrados entre 12 a 15 anos.

TABELA 3 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo o sexo, Belém-PA, 2004.

SEXO	Freqüência	%
Masculino	75	34,2
Feminino*	144	65,8
TOTAL	**219**	**100,0**

p = 0.000001 (Qui-Quadrado)

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA

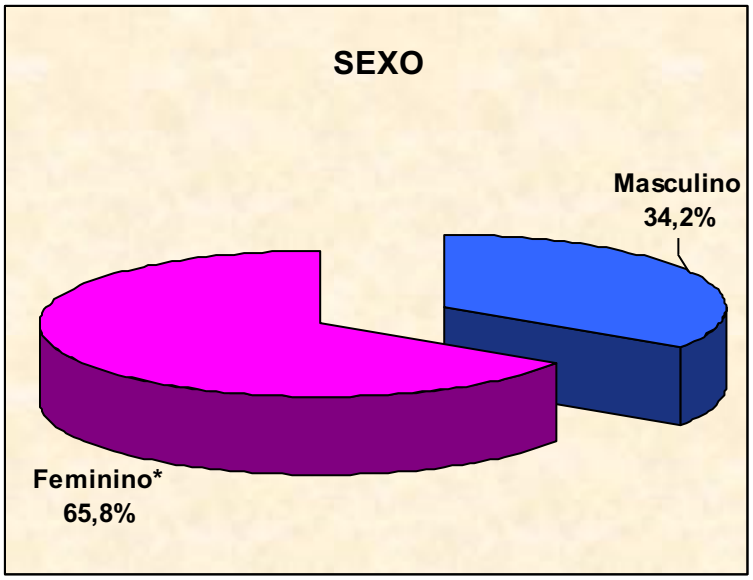

FIGURA 3 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo o sexo, Belém-Pa, 2004.

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

Entre os adolescentes atendidos 75 eram do sexo masculino (34,2%), e 144 do sexo feminino (65,8%).

TABELA 4 – Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo a cor, Belém-PA, 2004.

COR	Freqüência	%
Parda	112	51,1
Branca	8	3,7
Negra	8	3,7
Sem informação	91	41,6
TOTAL	**219**	**100,0**

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA

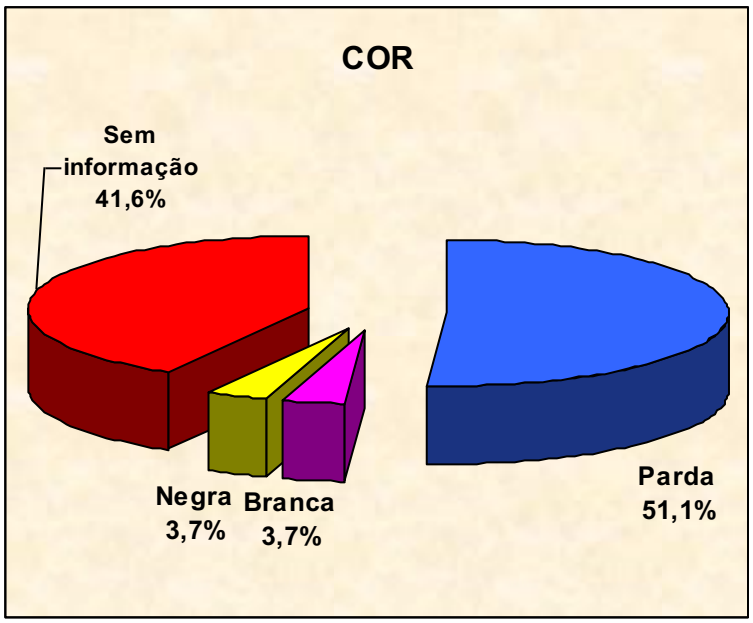

FIGURA 4 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo a cor, Belém-PA, 2004.
FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

Do total dos pacientes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA 51,1% eram pardos, sendo encontrada a mesma porcentagem entre negros e brancos (3,7%). Uma importante porcentagem, 41,6%, não havia referência sobre a cor do paciente.

TABELA 5 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo o estado civil, Belém-PA, 2004.

ESTADO CIVIL	Freqüência	%
Solteiro*	171	78,1
Casado	15	6,8
União estável	33	15,1
TOTAL	**219**	**100,0**

p = 0.000001 (Qui-Quadrado)

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

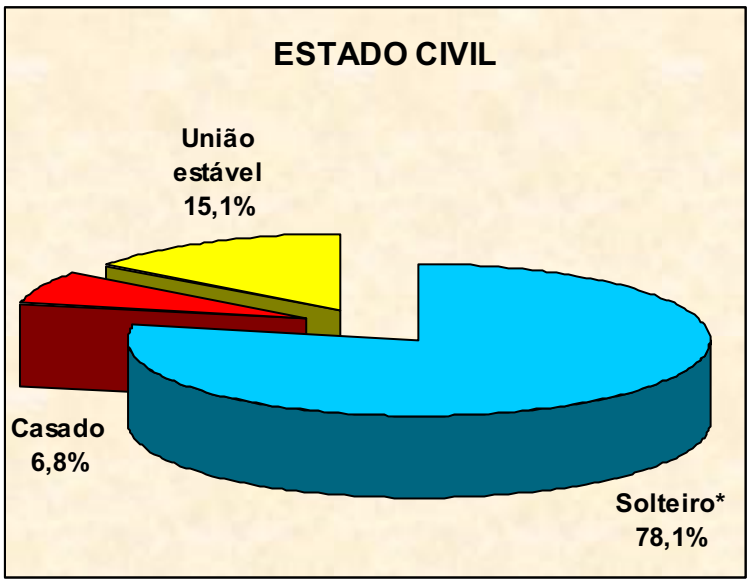

FIGURA 5 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo o estado civil, Belém-PA, 2004.

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

A maioria da população estudada é solteira (78,1%), sendo uma porcentagem menor casada (6,8%) ou união estável (15,1%).

TABELA 6 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo a procedência, Belém-PA, 2004.

PROCEDÊNCIA	Freqüência	%
Capital*	148	67,6
Interior	71	32,4
TOTAL	**219**	**100,0**

p = 0.00001 (Qui-Quadrado)

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA

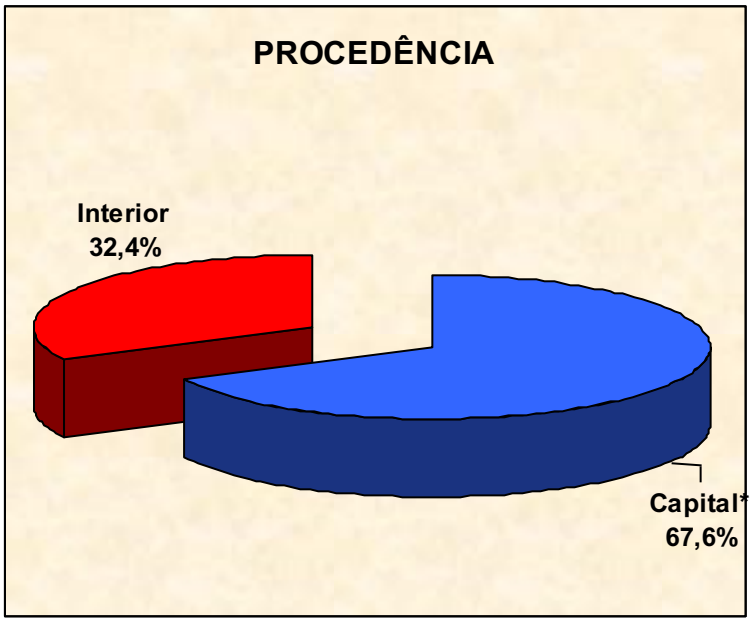

FIGURA 6 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo a procedência, Belém-PA, 2004.

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

Os principais usuários do ambulatório de DST na FSCMPA foram os moradores da capital, que correspondem a 67,6% dos adolescentes atendidos, enquanto 32,4% eram provenientes do interior do Estado.

TABELA 7 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo a profissão/ocupação, Belém-PA, 2004.

PROFISSÃO / OCUPAÇÃO	Freqüência	%
Estudante*	138	63,0
Do Lar	35	16,0
Autônomo	12	5,5
Presidiário	11	5,0
Outros	19	8,7
Sem informação	4	1,8
TOTAL	**219**	**79,0**

p = 0.00001 (Qui-Quadrado)
FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA

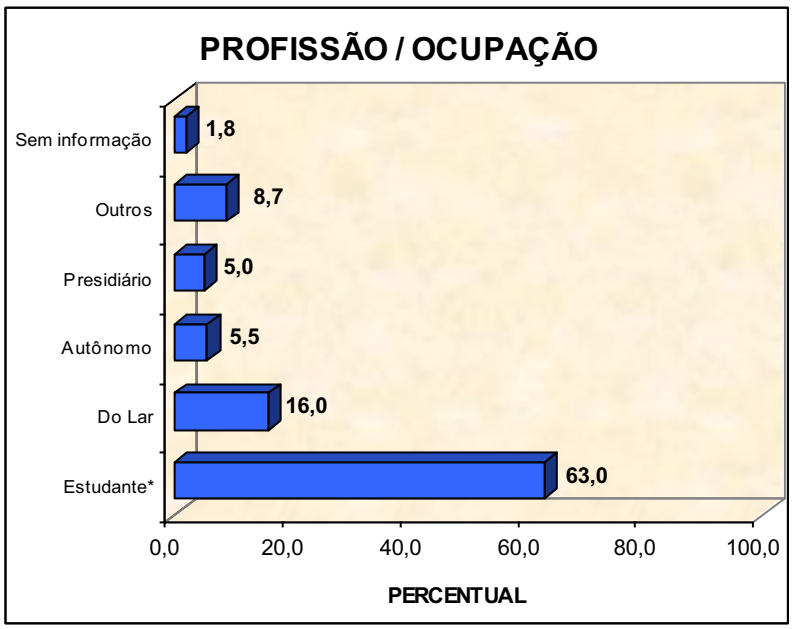

FIGURA 7 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo a profissão/ocupação, Belém-PA, 2004.
FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

Verificou-se que 138 adolescentes eram estudantes (63%), 35 eram dona de casa (16,0%), 12 trabalhavam como autônomos (5,5%), 11 eram presidiários (5,0%) e em menor quantidade verificamos outros tipos de ocupação, o que correspondia a 8,7%. Já quatro

prontuários (1,8%) não continham informações sobre a profissão dos adolescentes. Profissões com incidência muito pequena neste estudo foram agrupadas na categoria outros.

TABELA 8 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo a opção sexual, Belém-PA, 2004.

OPÇÃO SEXUAL	Freqüência	%
Homossexual	6	2,7
Heterossexual	10	4,6
Sem informação	203	92,7
TOTAL	**219**	**100,0**

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA

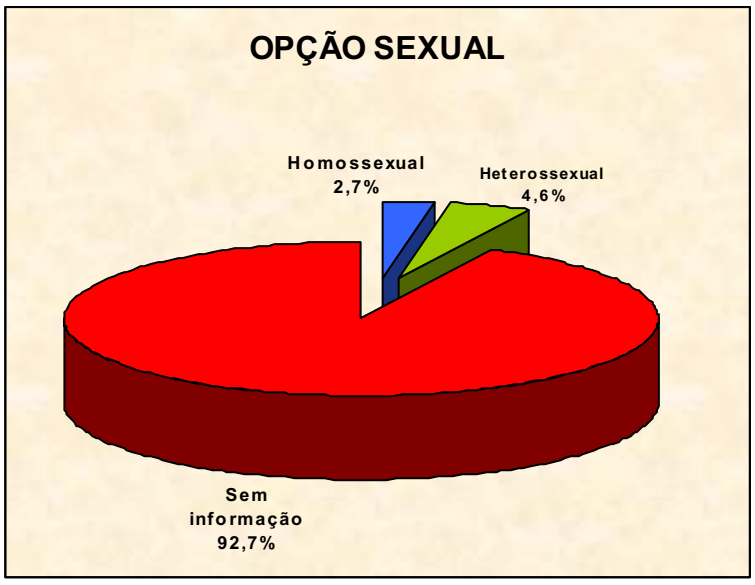

FIGURA 8 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo a opção sexual, Belém-PA, 2004.

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

Neste estudo foi verificado que a maioria dos prontuários não continha informações sobre a opção sexual. Isto correspondeu a 92,7%, ou seja, 203 pacientes. Enquanto 4,6% informaram ser heterossexuais e 2,7% referiram ser homossexuais.

TABELA 9 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo gravidez, Belém-PA, 2004.

GRAVIDEZ	Freqüência	%
SIM	60	41,7
NÃO	84	58,3
TOTAL	**144**	**100,0**

Não se aplica (NSA) = 75 (sexo masculino)

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA

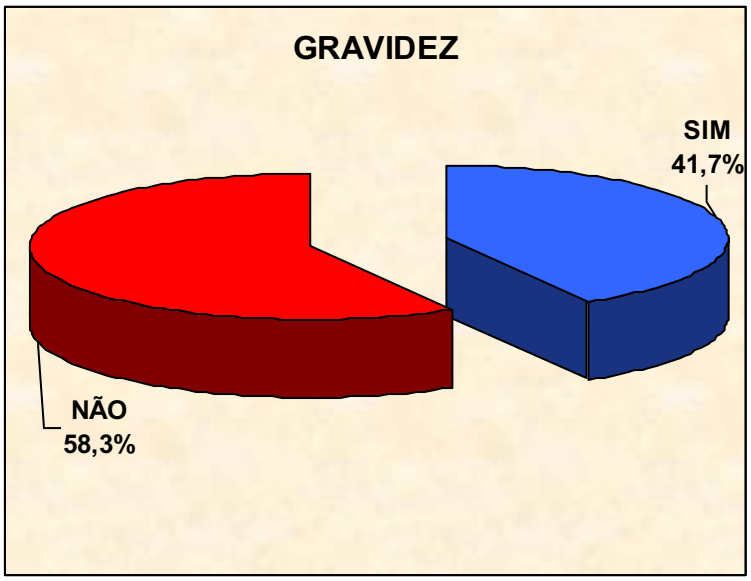

FIGURA 9 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo gravidez, Belém-PA, 2004.

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

Verificou-se que 84 mulheres (58,3%) não estavam grávidas, enquanto que 60 encontravam-se grávidas (41,7%). As pacientes que estavam grávidas procuraram atendimento no ambulatório de DST, devido ter sido verificado a presença destas doenças durante o pré-natal.

TABELA 10 – Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo o diagnóstico, Belém-PA, 2004.

DIAGNÓSTICO	Freqüência	%
Clínico*	175	79,9
Laboratorial	8	3,7
Clínico+Laboratorial	20	9,1
Sem informação	16	7,3
TOTAL	**219**	**100,0**

p = 0.000001 (Qui-Quadrado)

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA

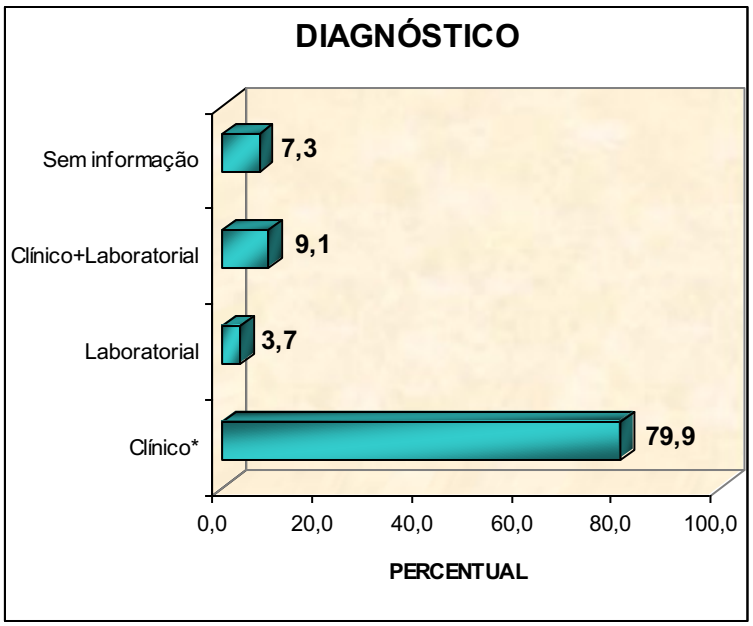

FIGURA 10 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo o diagnóstico, Belém-PA, 2004.

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

Observou-se que o diagnóstico de DST foi dado em 175 pacientes (79,9%) pela clínica, seguido de 20 pacientes que tiveram o diagnóstico firmado pela associação clínico-laboratorial (9,1%), já oito adolescentes (3,7%). Em 16 pacientes (7,3%) não havia informação sobre como foi instituído diagnóstico.

TABELA 11 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo a patologia, Belém-PA, 2004.

PATOLOGIA	Freqüência	% (n=219)
Condiloma*	182	83,1
Outros	13	5,9
Sífilis	11	5,0
Herpes genital	4	1,8
Gonorréria	4	1,8
Vulvovaginite	4	1,8
Cancro mole	3	1,4
UNG	2	0,9
Sem informação	9	4,1

p = 0.000001 (Qui-Quadrado)

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

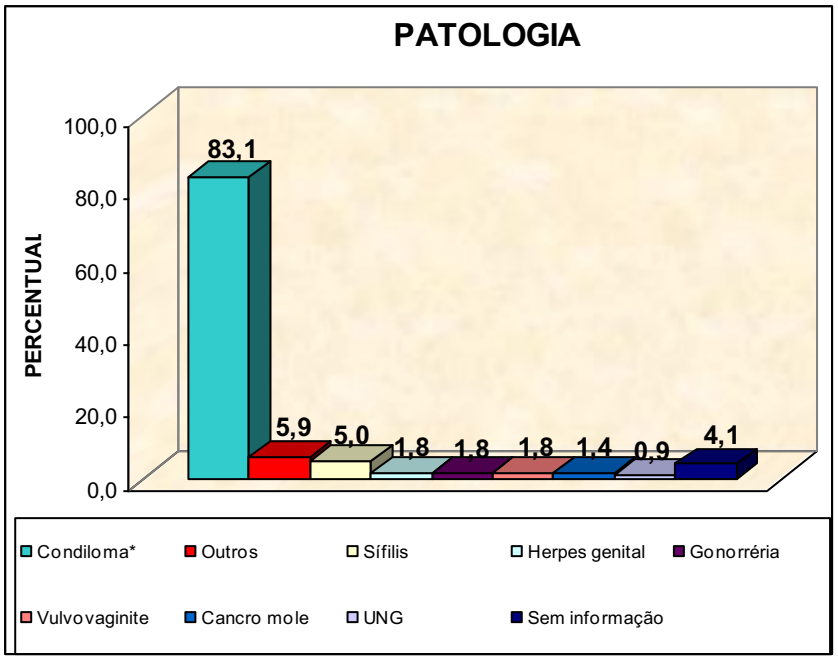

FIGURA 11 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo a patologia, Belém-PA, 2004.

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

Do total de 219 adolescentes atendidos não foi possível definir diagnóstico em nove pacientes. Assim, dentre os demais, 83,1% dos adolescentes tiveram firmado o diagnóstico de

condiloma e 5% tiveram o diagnóstico de sífilis. Em menor porcentagem foi verificada a ocorrência de gonorréia, herpes genital e vulvovaginites em 1,8%, cancro mole em 1,4%, uretrite não-gonocóccica 0,9%, já outros somaram 5,9%. Em 4,1% dos adolescentes não foi possível definir o diagnóstico por falta de informação. Patologias com incidência muito baixa neste estudo e não classificadas como obrigatoriamente de transmissão sexual, foram enquadradas na categoria outros.

TABELA 12 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo o intervalo de tempo que levaram para procurar atendimento médico, Belém-PA, 2004.

Intervalo de tempo entre o aparecimento dos sintomas e o atendimento médico (meses)	**Freqüência**	**%**
Menos de 01	18	8,2
01 a 03	109	49,8
04 a 06	17	7,8
07 a 12	14	6,4
Mais de 12	8	3,7
Sem informação	53	24,2
TOTAL	**219**	**100,0**

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

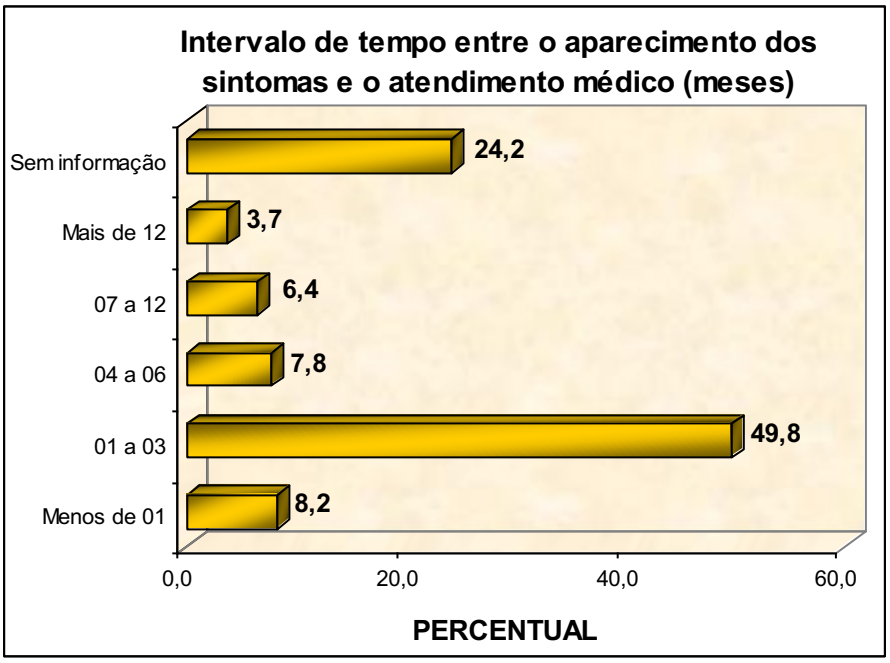

FIGURA 12 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo o tempo que levaram para procurar atendimento médico, Belém-PA, 2004.

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

A maioria dos pacientes (49,8%) procurou atendimento médico entre o primeiro e terceiro mês do início dos sinais e sintomas. Já 24,2% da população estudada não havia informação do tempo de procura. Em menor proporção o tempo de procura oscilou entre 1 a mais de 12 meses.

TABELA 13 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo presença de parceiro com DST, Belém-PA, 2004.

PARCEIRO COM DST	Freqüência	%
SIM	10	4,6
Sem informação	209	95,4
TOTAL	**219**	**100,0**

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA

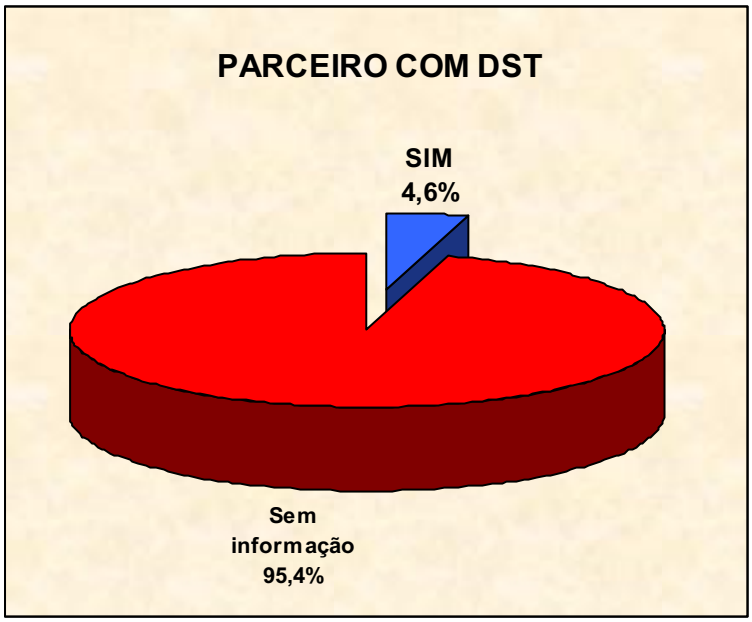

FIGURA 13 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo presença de parceiro com DST, Belém-PA, 2004.

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA

Verificou-se que em 209 pacientes (95,4%) não havia informação sobre a ocorrência de parceiro com DST, enquanto apenas 10 pacientes havia referência de parceiro com diagnóstico de DST.

TABELA 14 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo os exames solicitados, Belém-PA, 2004.

EXAMES SOLICITADOS	Freqüência	% (n=219)
VDRL*	152	69,4
HIV	97	44,3
Biópsia	11	5,0
Exame do conteúdo vaginal	10	4,6
EAS	3	1,4
Hemograma	1	0,5
Sem informação	55	25,1

p = 0.000001 (Qui-Quadrado)

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

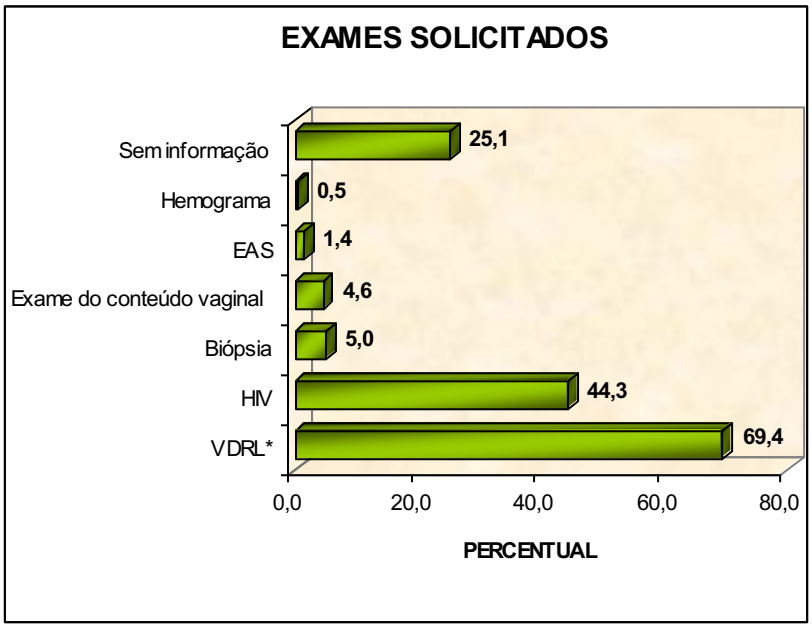

FIGURA 14 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo os exames solicitados, Belém-PA, 2004.

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

Foi verificado que em 69,4% o VDRL (Veneral Disease Research Laboratory) foi solicitado, seguido pelo HIV que foi pedido em 44,3%. Em 25,1% não continha informação sobre solicitação de exames. Em menor proporção de solicitação encontram-se hemograma, urina rotina (EAS), exame do conteúdo vaginal e biópsia.

TABELA 15 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo conduta, Belém-PA, 2004.

CONDUTA	Freqüência	% (n=219)
Cauterização química*	132	60,3
Eletrocauterização	49	22,4
Tratamento oral	19	8,7
Encaminhamento para outros serviços	17	7,8
Orientação	8	3,7
Sem informação	29	13,2

p = 0.0018 (Qui-Quadrado)

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

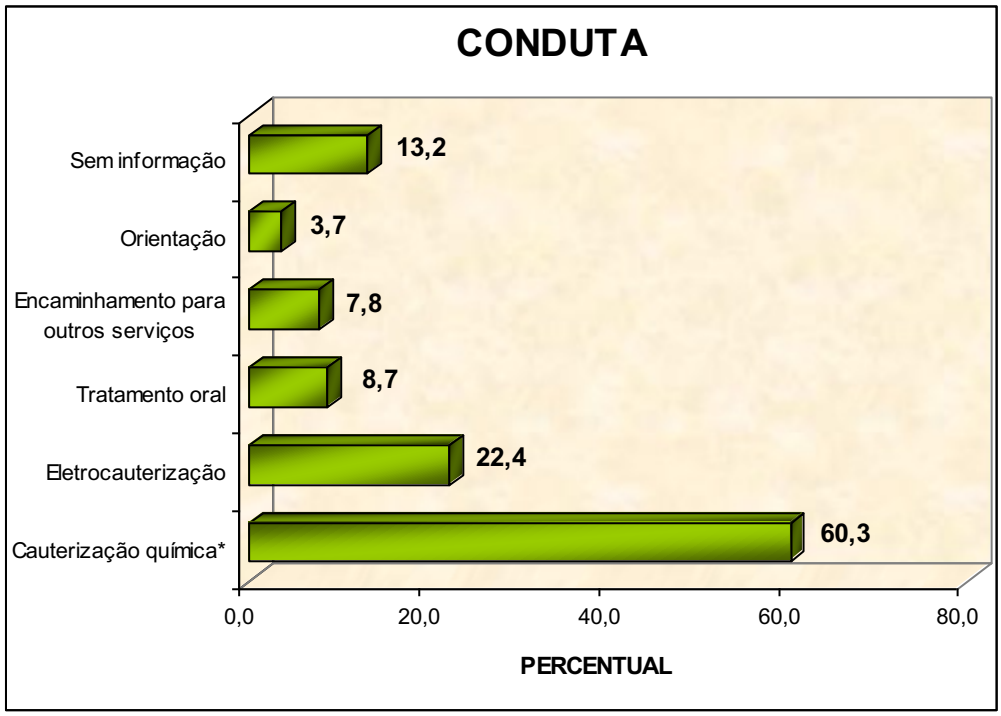

FIGURA 15 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo conduta, Belém-PA, 2004.

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

A aplicação de cauterização química ficou com 60,3% das condutas instituídas. Em segundo lugar ficou a eletrocauterização com 22,4%,seguido, em menor porcentagem pelas demais condutas (tratamento oral, encaminhamento para serviço especializado e orientação). 13,2% dos prontuários não apresentavam informação sobre conduta instituída.

TABELA 16 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo a evolução do processo, Belém-PA, 2004.

EVOLUÇÃO DO PROCESSO	Freqüência	%
Cura após tratamento médico	21	9,6
Cura espontânea	11	5,0
Em Tratamento	1	0,5
Sem informação	186	84,9
TOTAL	**219**	**100,0**

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA

FIGURA 16 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo a evolução do processo, Belém-PA, 2004.

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

A grande maioria dos pacientes não apresentava qualquer informação em seus prontuários sobre a evolução da patologia. Isto corresponde a 84,9%. Enquanto apenas 9,6% referiram cura após tratamento médico. Em 5% da amostra houve cura espontânea das lesões e 0,5% ainda encontrava-se em tratamento.

TABELA 17 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo o retorno ao setor, Belém-PA, 2004.

RETORNO AO SETOR	Freqüência	%
SIM*	140	63,9
NÃO	79	36,1
TOTAL	**219**	**100,0**

p = 0.0001 (Qui-Quadrado)

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA

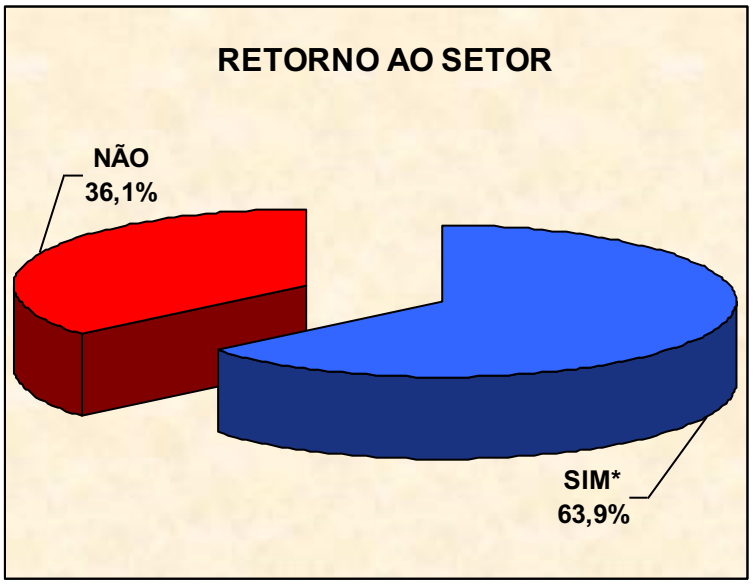

FIGURA 17 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo o retorno ao setor, Belém-PA, 2004.

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

63,9% retornaram ao ambulatório de DST após a primeira consulta, enquanto uma porcentagem de 36,1% não retornou.

TABELA 18 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST da FSCMPA, segundo a recidiva, Belém-PA, 2004.

RECIDIVA	Freqüência	%
SIM	16	7,3
NÃO	5	2,3
Sem informação	198	90,4
TOTAL	**219**	**100,0**

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA

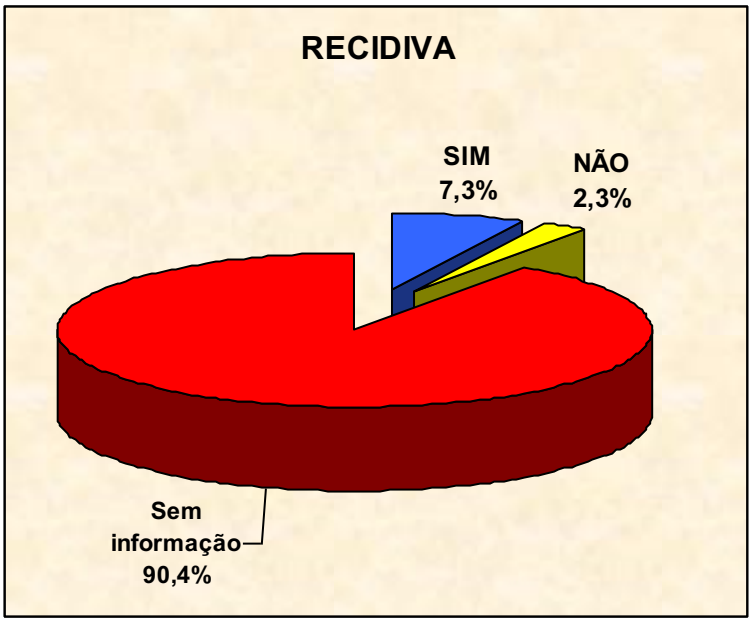

FIGURA 18 - Distribuição dos pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, segundo a recidiva, Belém-PA, 2004.

FONTE: Ambulatório de DST da FSCMPA.

Foi observado que 90,4%, ou seja, 198 pacientes não tinham referência sobre a ocorrência de recidiva, 7,3% houve recidiva e 2,3% não a apresentaram.

5. **DISCUSSÃO:**

Em estudo comparativo de ISOLAN et al (2001), realizado na Universidade Federal Fluminense (UFF), a percentagem de adolescentes atendidos no setor de DST, em relação a população total, foi de 16,9%, não sendo concordante com este estudo, uma vez que a presente análise mostra significativa percentagem (32,4%) de adolescentes (TABELA 1) entre a população total que foi atendida pelo setor de DST da FSCMPA no ano de 2004.

Foi verificado nesta pesquisa que os 219 pacientes adolescentes atendidos no ambulatório de DST, apresentaram diagnóstico confirmado destas doenças, demonstrando a alta incidência das mesmas na faixa etária em questão. O elevado percentual de adolescentes com DST encontrados, reforça a idéia de que fatores de risco sócio-educacionais, como: a iniciação sexual precoce, menor percentual do uso de preservativos, aspectos psicológicos próprios do adolescente, apelo erótico excessivo dos meios de comunicação, instabilidade de parceiros, imaturidade, falta de diálogo familiar e insuficiência e ineficácia dos programas educacionais relacionados à sexualidade, tornaram os adolescentes mais vulneráveis à aquisição de DST.

Isto possui um grande valor em vista de não haver atenção especial voltada para o atendimento destes adolescentes, o que provavelmente aumentaria a permanência e procura deste serviço.

Paradoxalmente, no Brasil, são poucos os estudos relacionados à sexualidade e a abordagem da educação sexual. Na família o diálogo é pobre ou inexistente; na escola o debate é tímido e ocorre voltado mais aos aspectos biológicos, reforçando a idéia da sexualidade ligada a reprodução, e tanto educadores como profissionais de saúde permanecem com posturas impregnadas de preconceitos e tabus.

A faixa etária dos pacientes atendidos no ambulatório de DST na FSCMPA, utilizada nesta pesquisa, situou-se entre 12 e 19 anos, predominando a faixa de 18 a 19 anos com 48,9% (TABELA 2) e média de idade de 17,2 anos. Apresentando-se semelhante à encontrada no trabalho de TAQUETTE; VILHENA; PAULA (2004), onde a faixa etária de adolescentes com DST variou entre 12 e 19 anos, com média de 16,8 anos.

Houve uma incidência maior de pacientes do sexo feminino (65,8%) em relação ao sexo masculino (34,2%) – TABELA 3. Segundo ISOLAN et al (2001) isto se deve ao maior hábito à procura de serviços de saúde por parte da mulher. No estudo de Galvão et al (2003) a iniciação sexual mais precoce foi encontrada em adolescentes do sexo masculino, o que os tornaria mais expostos a DST, porém os mesmos não são em proporção maior em nenhum dos estudos consultados, o que é um fato contraditório; por outro lado, TAQUETTE; VILHENA; PAULA, (2004) demonstraram, em seu estudo, que não há uma associação estatisticamente significativa entre a baixa idade do primeiro coito e ter uma DST.

Do total de pacientes atendidos no setor, 51,1% eram pardos (TABELA 4), enquanto que 41,6% não foi possível obter informações. Isto ocorreu devido à ausência de dados nos prontuários, mostrando uma falha na adequada coleta dos mesmos. Em relação a estudos realizados em outras regiões brasileiras, houve discordância dos dados, nos quais a maioria constava de adolescentes brancos, o que revela a pluralidade racial em nosso país.

Quanto ao estado civil, verificou-se que a maioria dos pacientes era solteiro num percentual de 78,1% (TABELA 5), ratificando os estudos publicados por TIBÚRCIO et al (2000), TAQUETTE; VILHENA; PAULA (2004) e ISOLAN et al (2001) que demonstraram 41,9%, 87,2% e 75,6%, respectivamente, o que é compatível com o período da adolescência.

Os principais adolescentes usuários do setor de DST da FSCMPA eram procedentes da capital totalizando 67,6% (TABELA 6). Isto provavelmente se deve ao fato da maior facilidade com que estes tenham acesso ao ambulatório pesquisado. Não foram encontrados dados comparativos na bibliografia.

Sessenta e três por cento dos adolescentes eram estudantes (TABELA 7), concordando com o estudo feito por ISOLAN et al (2001) em que pouco mais da metade dos jovens tinham esta ocupação. Em artigo publicado por SAITO; LEAL (2000), a autora relata: “adolescentes que receberam aulas de educação sexual usaram preservativos em maior escala nas relações sexuais e, sempre apontam a escola como fonte de informação sobre a sexualidade, valorizando não só esses conhecimentos como o local onde os receberam”. Este fato é contraditório em relação aos estudos citados no início do parágrafo, o que pode estar relacionado a uma falha da educação sexual na escola e a evasão escolar nesta faixa etária.

Em relação à presença de gravidez entre as mulheres adolescentes atendidas, constatou-se que 41,7% das mesmas encontravam-se grávidas (TABELA 9). É interessante notar que tais dados estão de acordo com diversos autores, que relatam um aumento no número de gestações na adolescência, desejadas ou não. ISOLAN et al (2001) encontrou 29,7% de gravidez durante o atendimento médico dado diferente do presente estudo, contudo deve-se considerar que os fatores de risco para uma gravidez indesejada, são semelhantes aos de aquisição de DST.

Estudos demonstram que a gravidez tem sido implicada como fator associado ao surgimento e crescimento de lesões genitais condilomatosas. Este crescimento das verrugas genitais, por vezes exagerado, pode estar relacionado com a redução transitória da imunidade celular materna durante a gestação, com elevação do nível estrogênico e com o aumento da vascularização e da umidade da genitália da gestante, podendo justificar a grande procura das grávidas ao setor de DST, uma vez que a maioria das mulheres possa se mostrar assintomáticas.

Um dos fatores que pode estar associado a maior incidência de adolescentes grávidas, se deve ao fato de que as mesmas, procuram atendimento médico para realização do pré-natal, sendo assim encaminhadas para avaliação especializada no setor de DST, quando estas apresentam lesões sugestivas dessas doenças.

Entre os pacientes desta casuística foi observado que o diagnóstico puramente clínico perfez o maior percentual (79,9%) - TABELA 10, estando condizente com a patologia mais incidente neste estudo, que no caso foi o condiloma (83,1%) – TABELA 11, patologia esta que se mostra bastante evidente ao exame físico. Mostrando-se concordante ao estudo de TAQUETTE; VILHENA; PAULA (2004), onde nos casos de papiloma vírus humano (HPV) o diagnóstico foi clínico através da presença de lesões condilomatosas. No mesmo estudo, em relação à sífilis, o diagnóstico foi feito pela história, sinais e sintomas clínicos e pelo exame de VDRL, sendo semelhante ao grupo amostral desta pesquisa.

Por ordem decrescente de freqüência, os casos de DST que acometerem os 219 pacientes adolescentes desta casuística foram os seguintes: condiloma (83,1%), sífilis (5%), herpes genital e gonorréia contribuíram com 1,8% cada, cancro mole 1,4% e UNG 0,9%. Notou-se

que algumas doenças que apresentaram menor percentagem, e que não se tratavam das DST obrigatoriamente de transmissão sexual perfizeram 5,9%.

O papel de destaque do HPV neste levantamento equivale a dados de literatura. Segundo BIRO; HILLARD (1990), a investigação deve ser feita em todo paciente com vida sexual ativa, por tratar-se da DST viral mais freqüente nos Estados Unidos, apresentando em sua série 16% de adolescente com alterações citológicas compatíveis com HPV. O que não foi verificado no trabalho de TAQUETTE; VILHENA; PAULA (2004), havendo predomínio conjunto das UNG, gonocócicas e vulvovaginites, seguido pelo HPV. Já no estudo de ISOLAN et al (2001) a patologia mais incidente foi gonorréia e em menor escala HPV.

Em alguns casos houve concomitância de DST, concordando com outros estudos.

Foi observado que a maioria dos pacientes (49,8%) - TABELA 12, procurou atendimento após um a três meses do início dos sintomas, podendo estar relacionado com: as baixas condições socioeconômicas e educacionais da população, a dificuldade de acesso ao setor de saúde, ao período de incubação da doença, infecções assintomáticas, subclínicas e latentes. Não foram encontrados dados comparativos na bibliografia.

Dentre os exames mais solicitados estão o VDRL e a sorologia para HIV, com 69,4% e 44,3% (TABELA 14), respectivamente, por serem considerados exames básicos na maioria dos serviços especializados em DST. Não foram encontrados dados comparativos na bibliografia.

Em relação à conduta, esta se encontra diretamente relacionada à patologia de base, logo, como nesta casuística foi verificada na sua grande maioria condiloma, observou-se que 60,3% das condutas instituídas foi a cauterização química, seguida de eletrocauterização (22,4%) - TABELA 15, o que é demonstrado em vários estudos.

A ocorrência de mais de uma DST e/ou insucesso na terapêutica, fez com que houvesse casos de realização de mais de um tratamento para um mesmo paciente.

Retornaram ao setor de DST após a primeira consulta 63,9% dos pacientes (TABELA 17), confirmando o estudo de TIBÚRCIO et al (2000) em que 62,4% deram seguimento ao

acompanhamento ambulatorial. Entretanto, ISOLAN et al (2001) verificou que somente 30% voltaram ao setor, levantando a possibilidade de que os pacientes possam estar assintomáticos, fazendo com que os mesmos retornem ao ambulatório somente para receber resultado de exames. Outra possível causa está na cura dos sintomas, induzindo o paciente a pensar que não necessita mais realizar seguimento ambulatorial. Considera-se também que o mesmo tenha voltado, mas não tenha conseguido ser atendido, devido ao grande número de pessoas que procuram o serviço e pela pequena quantidade de profissionais para o seu atendimento.

No que se refere às variáveis: opção sexual (TABELA 8), parceiro com DST (TABELA 13), evolução do processo (TABELA 16) e recidiva (TABELA 18), os maiores percentuais apresentaram-se sem informações nos prontuários, não sendo possível realizar um estudo mais detalhado, demonstrando uma deficiência na coleta de dados epidemiológicos e acompanhamento destes pacientes atendidos no setor.

6. CONCLUSÃO:

Apesar de existirem na literatura médica internacional excelentes trabalhos sobre DST x Adolescência, no Brasil esta realidade não é verdadeira. Na investigação literária encontram-se poucos estudos no país e escassos no estado da Pará.

Mesmo com a divulgação de inúmeros dados sobre DST, torna-se difícil precisar o número real destas patologias, haja vista que este tema envolve muito frequentemente a subnotificação, seja por imaturidade, falta de informação, por medo ou vergonha dos portadores de DST.

No presente estudo verificou-se que 32,4% dos pacientes atendidos no ambulatório de DST, eram adolescentes, na sua maioria do sexo feminino (65,8%), sendo que destas 41,7% estavam grávidas. A média de idade foi de 17 anos, com predomínio da faixa etária de 18 a 19 anos (48,9%).

A maioria da população estudada era constituída por adolescentes solteiros (78,1%), procedentes da capital (67,6%), com predomínio da cor parda (51,1%) e com grande parte de estudantes (63,0%).

Houve predomínio de diagnóstico puramente clínico (79,9%), tendo o condiloma como patologia de maior incidência (83,1%), logo o tratamento mais instituído foi a cauterização química. Os principais exames solicitados foram o VDRL (69,4%) e a sorologia para HIV (44,3%), verificando-se que o intervalo de tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e o atendimento médico variou entre um e três meses (49,8%).

Considerável quantidade de adolescentes retornou ao setor para acompanhamento após a primeira consulta (63,9%).

As variáveis: opção sexual, parceiro com DST, evolução do processo e recidiva, apresentaram-se prejudicadas devido falta de informações em prontuário. Evidentemente, não se pode descartar a possibilidade de que estes fatores tenham interferido na compreensão ou preenchimento do questionário utilizado para coleta de dados.

Por este motivo, o perfil dos fatores de risco para DST, em relação aos adolescentes foi parcialmente traçado, em virtude da ausência de algumas variáveis.

Baseando-se nos percentuais encontrados, é eminente a necessidade de um atendimento específico ao adolescente, com aperfeiçoamento do sistema de saúde pública: formação de equipe multidisciplinar, instalação física adequada, assim como conscientização da importância do correto preenchimento dos prontuários médicos para que os mesmos possam ser utilizados como fonte de informações valiosas para trabalhos futuros.

Deve também ser reconhecida e estimulada pelas autoridades competentes, a importância de um trabalho educativo na mídia acerca da possibilidade da redução da transmissão da DST se o indivíduo procurar precocemente o tratamento, o que pode significar a quebra da cadeia de transmissão. Apesar de o estudo se restringir a um único setor, trás contribuições importantes para o desenvolvimento de estratégias de prevenção adaptadas a esta realidade. Pesquisas com maior representatividade amostral devem ser desenvolvidas para confirmar estes dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARAÚJO, M.A.L.; BUCHER, J.S.N.F.; BELLO, P.Y. Análise das Fichas de Atendimento de Pacientes com Doenças Sexualmente Transmissíveis das Unidades de Referência de Fortaleza, 2000 e 2001. **J bras Doenças Sex Transm,** v.14, n.4. p.18-22, 2002.

_____. Eficácia do Aconselhamento para Doenças Sexualmente Transmissíveis em Unidades de Referência da Cidade de Fortaleza, CE, Brasil. **J bras Doenças Sex Transm,** v.16, n.2. p.31-37, 2004.

BASTOS, B.V.A., MORRIS, L., FERNANDES P.R.S. Saúde e Educação Sexual dos Jovens. Salvador: ISP/UFBA, 1989, p.9.

BASTOS, L.M. et al. Gestantes Atendidas no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. **J bras Doenças Sex Transm,** v.12, n.2. p.5-12, 2000.

BIRO et al. Infecção Genital por Papilomavírus Humano em Adolescentes. **Clínicas Médicas da América do Norte**: **Medicina do Adolescente**, Rio de Janeiro, v.5, p.1323-1339, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS, Secretaria de Políticas de Saúde. Doenças Sexualmente Transmissíveis – Manual de Bolso. Brasília – DF, p.7-13, 2000.

_____. **Boletim Epidemiológico: AIDS/DST**. Brasília, v.16, n.1, abr/dez, 2002.

BRUNO, Z.V. A Sexualidade e as Doenças Sexualmente Transmissíveis. **J bras Doenças Sex Transm,** v.14, n.2, p.63-64, 2002.

COELHO, J.E. A Adolescente e o Ginecologista. **MIP – Boletim Informativo do Movimento de Integração de Profissionais de Saúde para Adolescentes**, Recife, abr/jun, v.2, n.2, p.23, 1996.

CARRET, M.L.V. et al. Sintomas de Doenças Sexualmente Transmissíveis em Adultos: Prevalência e Fatores de Risco. **Rev Saúde Pública,** v.38, n.1, p.76-84, fev/2004.

CARVALHO, N.S. Bioética e Doenças Sexualmente Transmissíveis. **J bras Doenças Sex Transm**, v.15, n.2, p.57-61, 2003.

CAVALCANTI, A.L. Educação Sexual. In: PINOTTI, J.A.; FONSECA, A.M.; BAGNOLI, V.R.**Tratado de Ginecologia**. 1.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p.13-16.

CHAGAS, A. **Adolescência – Um Fenômeno Contraditório**, Brasil, 2004.
Disponível em: < http://www.pailegal.net>. Acesso em: 03 fev 2005.

COLLI, A.S.; SAITO, M. Problemas de Saúde. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica.** 9.ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p.680.

_____. Problemas de Saúde. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria Básica.** 9.ed. São Paulo: Sarvier, 2002. p.655.

FAGUNDES, L.J.; PATRIOTA, R.C.R.; GOTLIEB, S.L.D. Avaliação da Demanda no Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis do C. S. Geraldo de Paula Souza – Faculdade de Saúde Pública – USP, Brasil, no Período de 1994 a 1998. **Anais Bras de Dermatologia**, v.76, n.2, p.223-232, mar/abr 2001.

FEIJÓ, R.B.; OLIVEIRA, E.A. Comportamento de Risco na Adolescência. . **J Pediatr,** v.77, supl.2, p.125-135, nov, 2001.

FERNANDES, E.C. Características da Adolescência. In: FIGUEIRA, F.; FERREIRA, O.S.; ALVES, J.G.B. **Pediatria – Instituto Materno Infantil de Pernambuco.** 2.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1996. p.865-86.

FIGUEIRÓ, A.N. Condições e Saúde Reprodutiva de Adolescentes Residentes na Comunidade de Roda de Fogo, Recife. **Rev Bras Matern Infant,** v.2, n.3, p.291-302, set/dez, 2002.

FROTA, D.A.L.; MARCOPITO, L.F. Amamentação entre Mães Adolescentes e não Adolescentes, Montes Claros, Minas Gerais. **Rev Saúde Pública,** v.38, n.1, p.85-92, 2004.

GALVÃO, M.T.G. et al. Sexualidade e Conhecimento das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS entre Adultos em um Município do Interior do Nordeste Brasileiro. **J bras Doenças Sex Transm,** v.15, n.3, p.37-40, 2003.

GOMES, W.A. et al. Nível de Informação Sobre Adolescência, Puberdade e Sexualidade entre Adolescentes. **J Peditr,** v.78, n.4, p.301-308, jul/ago, 2002.

GUIMARÃES, E.M.B.; ALVES, M.F.C.; VIEIRA, M.A.S. **Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes – Um Desafio Para os Profissionais de Saúde no Município de Goiânia-Go,** Revista da UFG, vol.6, n.1, junho 2004. Disponível em: < http://www.proec.ufg.br>. Acesso: 03 fev 2005.

HALBE, H.W. **Tratado de Ginecologia**. 2.ed. São Paulo: Roca, 1994, v.2, p.1591-1594.

HERNÁDEZ, J.M.G. et al. Intervención Educativa Sobre Sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual. **Rev Cubana Med Gen Integr,** v.16, n.1, p.3-44, 2000.

HERTER, L.D.; ACCETTA, S.G. Anticoncepção e Gestação na Adolescência. **J Pediatr,** v.77, supl.2, p.170-178, nov, 2001

IBGE – Censo Demográfico, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 08 jan 2006.

ISOLAN, T.B. et al. Perfil do Atendimento ao Adolescente no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense. **J bras Doenças Sex Transm,** v.13, n.14, p.9-30, 2001.

MELLO, G.R. et al. Erotismo e Prevenção de DST/AIDS entre os Adolescentes. Como Atuam os Meios de Comunicação? **J bras Doenças Sex Transm,** v.17, n.2, p.99-106, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dados e Pesquisas em DST e AIDS. Dados das DST.** Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/dados/dst.htm> . Acesso em: 17 set 2005.

MORAIS, V.O. et al. Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e uso/abuso de Substâncias Psicoativas na Adolescência. **J Pediatr,** v.77, supl.2, p.190-204, nov, 2001.

MUNARI, D.D.; D`ORO, M.C.D.; MEDEIROS, M.S.M. Desenvolvendo Orientação Sexual com Adolescentes. **Rev Bras do Cresc e Desenvolvimento Humano,** v.6, p.87-95, 1996.

OLIVEIRA, M.T.; COPESCO, L.A.; SOUZA, M.L.A. Gravidez na Adolescência: Perfil Epidemiológico no Programa Saúde da Mulher de Sítio Grande, Recife, Pernambuco, 2000. **Arq Pediatr**, v.17, n.2, p.93-99, dez, 2004.

OLIVEIRA, S.H.S.; DIA, M.R.; SILVA M.I.T. Adolescentes e AIDS: Fatores que Influenciam a Intenção de Uso do Preservativo. **J bras Doenças Sex Transm,** v.17, n.1, p.32-38, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Reprodutiva de Adolescente: Uma Estratégia para Ação. Genebra: OMS/FNUAP/UNICEF, 1993, p.22.

PINOTTI, J.A. et al. Aspectos Relacionados ao Comportamento Sexual e Conhecimento Sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis de Um Grupo de Estudantes da Universidade de São Paulo. **Rev Ginecologia e Obstetrícia,** v.15, ano 15, n.4, p.190-199, out/nov/dez, 2004.

PINTO, B.E. **Orientação Sexual na Escola**. São Paulo: Gente, 1990, p.22-26.

ROCHA, G.L.H. **Adolescência e Sexualidade,** Brasil, 2004. Disponível em: <http://www.geocities.yahoo.com.br>. Acesso em: 03 fev 2005.

SAITO, M.I. **Educação Sexual na Escola,** Brasil, 2004. Disponível em: <http://www.pediatriasaopaulo.usp.br>. Acesso em: 26 abr 2006.

SMITH, R.P. **Ginecologia e Obstetrícia de Netter**. 1.reed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.518-548.

SOUZA, M.M. et. al. A Abordagem de Adolescentes em Grupos: O Contexto da Educação em Saúde e Prevenção de DST. **J bras Doenças Sex Transm,** v.16, n.2, p.18-22, 2004.

STRAZZA, L. et al. Comparação do Comportamento Sexual, DST/AIDS e Drogas entre Adolescentes de uma Escola Particular e uma Pública em São Paulo, Brasil. **J bras Doenças Sex Transm,** v.15, n.3, p.21-23, 2003.

TAQUETTE, S.R.; VILHENA, M.M.; PAULA, M.C. Doenças Sexualmente Transmissíveis na Adolescência: estudo de fatores de risco. **Rev Soc Bras Med Trop,** v.37, n.3, p.1-11, mai/jun 2004.

TIBÚRCIO, A.S.; PASSOS, M.R.L.; PINHEIRO, V.M.S. Epidemiologia das DST: Perfis dos Pacientes Atendidos num Centro Nacional de Treinamento. **J bras Doenças Sex Transm**, v.12, n.4, p.4-39, 2000.

TRAJMAN, A. et al. Knowlege About DST/AIDS and Sexual Behavior Among High School Students in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad Saúde Pública,** v.19, n.1, p.127-133, 2003.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A.; PINHEIRO, V.S. Adolescência, Saúde e Contexto Social: Esclarecendo Práticas. **Psicologia Social.** 14 (2): 133-147, 2002.

VIEIRA, N.F.C.; PAIVA, T.C.H.; SHERLOCK, M.S.M. Sexualidade, DST/AIDS e Adolescência: Não Quero Falar, Tenho Vergonha. **J bras Doenças Sex Transm**, v.13, n.4, p.46-51, 2001.

APÊNDICE

PROTOCOLO DE PESQUISA

NÚMERO DE ATENDIMENTOS:

IDADE:

SEXO:

COR:

ESTADO CIVIL:

PROCEDÊNCIA:

PROFISSÃO/OCUPAÇÃO:

OPÇÃO SEXUAL:

GRAVIDEZ:

DIAGNÓSTICO:

PATOLOGIA:

INTERVALO DE TEMPO ENTRE O APARECIMENTO DOS SINTOMAS E O ATENDIMENTO MÉDICO:

PARCEIRO COM DST:

EXAMES SOLICITADOS:

CONDUTA:

EVOLUÇÃO DO PROCESSO:

RETORNO AO SETOR:

RECIDIVA:

ANEXO

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS/CCS/UFPA

A: Profª. MARIA FRANCISCA ALVES ALVES

Carta 040 /CEP-CCS/UFPA

Senhora pesquisadora, temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa "Estudo Clínico e Epidemiológico de Adolescentes com Diagnóstico de Doença Sexualmente Transmissível atendidos no Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará no Ano de 2004", protocolo nº 011/2005 CEP/UFPA-CCS, foi apreciado e provado na reunião do dia 17 de maio de 2005. Você tem como compromisso a entrega do relatório até o dia 30 de dezembro de 2005 no CEP-CCS/UFPA situado no Campus universitário do Guamá no Complexo de sala de aula do CCS – sala 14 – 2º andar (em frente ao estacionamento do Curso de Odontologia).

Atenciosamente,

Marly de Fátima Carvalho de Melo
Coordenadora do CEP-CCS/UFPA

Universidade Federal do Pará – Complexo de Sala de Aula/ CCS – Sala 14 - Campus Universitário, nº01, Guamá – CEP: 66075-110 - Belém-Pará.
Tel.: 3183-2028