
PERFIL DO ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE NO SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

ADOLESCENTS AT THE STD SECTOR OF THE UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Tomaz B Isolan¹, Altamiro VV Carvalho², Gutemberg L Almeida Filho³, Mauro RL Passos⁴, Renato S Bravo⁵, Vandira MS Pinheiro⁶

RESUMO

Introdução: A importância das DST, na faixa etária adolescente, dá-se pelo aumento da precocidade nas relações sexuais, o aumento no número de parceiros e a falta do uso constante do preservativo. Dados da OMS relatam o aumento da frequência de DST entre os adolescentes. É relatado que um terço das DST acometem adolescentes, sendo que um em cada quatro deles contrai uma DST até a vida adulta. **Objetivo:** Caracterizar o atendimento do adolescente de ambos os sexos no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense no ano de 1995. **Metodologia:** Realizou-se um levantamento a partir da revisão dos prontuários de todos os adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF no ano de 1995. Foram coletados os dados referentes a sexo; idade; idade que iniciou as relações sexuais; cor; estado civil; município de moradia; método contraceptivo; forma de encaminhamento ao setor; profissão; fidelidade ao parceiro; número de retornos ao serviço; número de gestações; queixa principal; história prévia de DST; e patologia diagnosticada. **Resultados:** Durante o ano de 1995, foram atendidos no setor 1.187 pacientes; sendo 201 adolescentes — 16,9 % do total de atendimentos, três crianças (idade entre 0 e 9 anos) — 0,2% das pessoas atendidas e o restante de adultos (82,9%). Entre os adolescentes atendidos 57 eram do sexo masculino (28,4%), e 144 do feminino (71,6%). Dos adolescentes que procuraram o setor, 44,6% residiam em Niterói e 43,2% em São Gonçalo, sendo que 12,2% residiam em outros municípios incluindo o Rio de Janeiro. A idade média do início das relações sexuais foi de 14,3 anos. Setenta e três por cento relataram ter parceiro único (45% para os rapazes e 84,4% para as moças). Amigos e pacientes encaminharam 28,7% dos adolescentes; médicos de clínicas particulares encaminharam 4,2% do total (12,8% dos rapazes e 0,8% das moças). Quanto aos métodos anticoncepcionais, 35,2% das moças nada utilizam, 22,8% usavam pílula e 13,8% estavam grávidas. Relataram uso rotineiro de preservativo apenas 10,5%, sendo que 86% informaram que não utilizavam camisinha em suas relações. Oito moças informaram que já haviam tido abortamento. O relato de ter sido vítima de violência sexual foi de 2,7%, sendo todas moças. Do total de pacientes, 6% informaram infecção genital prévia, em que cinco casos foram de sífilis e três de gonorréia. Entre as moças 32% procuraram o serviço por queixa de corrimento vaginal, já aos rapazes 35% foi por uretrite. Entre as moças 57% apresentavam quadro de vulvovaginite, 9,6% de HPV, 9% de sífilis, 3,6% de gonorréia e um caso de HIV positivo. Onze moças tinham mais de uma infecção. Quanto aos rapazes, 29,3% tinham gonorréia, 20,7% HPV, 10,4% sífilis e nenhum mostrou-se HIV positivo. A taxa de retorno foi de 58%. **Conclusão:** O total de 201 adolescentes correspondiam a 16,9% do total de atendimentos. A maioria 55,4% era de fora do município de Niterói; 51,3% eram estudantes, 30,8% eram trabalhadores; 32,5% dos adolescentes não usavam qualquer método contraceptivo, mas, 8,3% informaram que eram virgens; 86% dos adolescentes negou uso de preservativo; 13,9% das adolescentes estavam grávidas na primeira consulta; 2,7% das moças já haviam sofrido violência sexual; o principal diagnóstico nas moças foi de vulvovaginites e nos rapazes foi gonorréia; 10% das moças e 17,3% dos rapazes não apresentaram quaisquer infecções. Como muitos não apresentaram DST clínica ou outra infecção a taxa de retorno de 58% foi considerada excelente.

Palavras-chave: adolescente, DST, infecção genital, assistência

ABSTRACT

Introduction: The relevance of STDs for the teenage age group manifests itself due to the increasing precocity of sexual relations, the increase in the number of sexual partners and the lack of constancy in the use of preservatives. OMS data report an increase in the frequency of STDs among teenagers. One third of all STDs occur in this age group, and one adolescent in four contracts an STD before becoming an adult. **Objective:** To describe the care given to teenagers of both sexes at the STD Sector of the Universidade Federal Fluminense during the year 1995. **Methodology:** Data were collected from a analysis of all teenage patient records seen at the STD Sector on 1995. Data collected included: sex; age; age at the first sexual relation; color; marital status; residential district; contraceptive use and method; how the patient was referred to the Sector; profession; fidelity to the partner; number of visits to the Sector; number of gestations; chief complaint; previous STDs and diagnosed disease. **Results:** In 1995, of the 1187 patients seen at the STD Sector, 201 were teenagers - 16.9% of the total; 3 were children - 0.2% of the total. The rest were adults - 82.9%. Among the teenagers, 57 were male (28.4%) and 144 female (71.6%). Of all adolescents, 44.6% lived in the city of Niterói, 43.2% in the city of São Gonçalo and 12.2% lived in other districts of the state of Rio de Janeiro. The median age at the time of the first sexual relation was 14.3 years. 73% reported having only one partner (45% of the male and 84.4% of female adolescent patients). Friends and other patients referred 28.7% of all teenagers to the Sector; doctors from private clinics referred 4.2% of the total (12.8% of male and 0.8% of female patients). Concerning contraceptive use, 35.2% of the girls reported not using any method; 22.8% used oral contraceptives and 13.8% were pregnant. Only 10.5% of the girls reported condoms were routinely used for their

sexual relations; 86% informed condoms were not used. 8 female adolescents reported having had an abortion. Of all teenagers, 2.7%, all of them female, informed having been victims of sexual violence. 6% reported previous genital infection, being 5 cases of syphilis and 3 of gonorrhoea. 32% of all female adolescents sought medical care at the Sector for vaginal discharge; 35% of the male adolescents for urethritis. 57% of the girls had vulvovaginitis diagnosed, 9.6% HPV infection, 9% syphilis, 3.6% gonorrhoea and one of them was HIV-positive. 11 female patients had more than one genital infection. 23.9% of the male adolescents had gonorrhoea, 20.7% HPV infection, 10.4% syphilis. None was HIV-positive. The return rate was 58%. **Conclusion:** The total of 201 teenagers represented 16.9% of all patients seen in 1995. The majority (55.4%) of teenagers were from outside the district of Niterói; 51.3% were students; 30.8% workers; 32.5% of all teenagers did not use any contraceptive method; 8.3% reported being virgin; 86% denied using preservatives; 13.9% of the female adolescents were pregnant at the time of the first visit to our Sector; 2.7% of the girls reported having been victims of sexual violence; the most common diagnosis was vulvovaginitis among females and urethritis among males; 10% of the female and 17.3% of the male teenagers presented no genital infections. As many did not have clinical STDs or other infections the return rate of 58% was considered excellent.

Keywords: adolescent, STD, genital infection, assistance

ISSN: 0103-0465

DST – *J bras Doenças Sex Transm* 13(4):9-30, 2001

INTRODUÇÃO

Adolescência foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, sendo o período intermediário entre a infância e a idade adulta.

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 população¹⁰.

No município de Niterói, em 1996, havia, segundo dados do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 76.441 adolescentes (IBGE - Contagem de População, Biblioteca e Livraria IBGE, Rio de Janeiro, 1996 - Material disponível em disquete), mostrando que esta faixa etária representa uma importante parcela da população, merecendo atendimento de profissionais especializados em seu atendimento².

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, a ponto da OMS ter incorporado, em seu plano de ação para 1990-1995, o seu Oitavo Programa Geral de Trabalho - Saúde do Adolescente⁹.

O significado da saúde do adolescente deve ser visto, desde o ponto de vista da sua transcendência, como um elemento básico para o desenvolvimento social dos países e do mundo em geral³⁴.

Como ponto de grande importância na promoção de saúde ao adolescente, estão as questões ligadas à sexualidade, reprodução, anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis. Tais temas vêm apresentando interesse generalizado, ganhando destaque na imprensa leiga e científica nacional e internacional.

Frisa-se que, enquanto temos uma maior liberdade de atuação sexual, não vemos este fato acompanhado da derrubada de antigos preconceitos, comuns na época da repressão sexual. 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 onde vão seus limites e responsabilidades²³.

Para melhor assistir a população adolescente brasileira — estimada segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 27,8 milhões de pessoas em 1980 (com projeções para cerca de 30 milhões no ano 2000) constituindo 23% da população total - o Ministério da Saúde criou em 1986 o Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente, dentro do contexto dos Programas de Atenção à Saúde Integral da Mulher e da Criança³⁶.

Com a oficialização do Programa de Saúde do Adolescente PROSAD - que após criado em 1986, foi oficializado em cumprimento à Constituição Federal de 1988 — aumentaram os serviços oferecidos a esta significativa parcela da população em todo o Brasil. Dentre as áreas destacadas pelo programa, são de especial interesse as áreas de Saúde Reprodutiva e de Sexualidade, por se enquadrarem na área de atuação do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense (Setor de DST/UFF).

Dentre as iniciativas no Estado do Rio de Janeiro, destaca-se como pioneira a antiga Unidade Clínica do Adolescente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; hoje atuando como Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) com um maior campo de atuação. Tal unidade possui, desde janeiro de

¹ Prof. Adjunto Urologia - UFPel, Mestre em DST- UFF

² Médico Pediatra, Mestre em DST - UFF

³ Prof. Adjunto Doutor – Chefe do Setor de Ginecologia da UFRJ

⁴ Prof. Adjunto, Doutor – Chefe do Setor de DST-, Coord. PPG em DST-UFF

⁵ Prof. Adjunto Doutor em Ginecologia -UFF

⁶ Prof^a Colaboradora do PPG em DST/Setor de DST-UFF, Mestre em Educação - UFRJ

1975, a Enfermaria de Adolescentes Professor Aloysio Amâncio, constituindo a primeira do gênero no Brasil.

O Setor de DST-UFF foi criado em setembro de 1988, sendo considerado hoje referência nacional em Doenças Sexualmente Transmissíveis para a Coordenação do Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids).

Dentro da sua proposta de implementação, o Setor de DST/UFF propõe-se a trabalhar na medicina preventiva (educativa), devido à falta de base educacional, em toda a população, principalmente entre os adolescentes, que por estarem se iniciando na vida sexual, situam-se então como prioridade para as ações do Setor, sendo a Educação em Saúde Pública o primeiro dos seis subprogramas desenvolvidos. Além disso, em sua vertente assistencial — sexto subprograma desenvolvido —, o atendimento a todos os indivíduos com DST incluirá obrigatoriamente o atendimento a faixa etária em questão, pois há “grande frequência de adolescentes com estas doenças”, como por exemplo a gonorréia, onde “cerca de 90% dos casos ocorrem em pessoas entre 15 e 30 anos”³⁷.

Como DST classificamos as doenças transmitidas essencialmente através de relações sexuais como a sífilis e a gonorréia; aquelas transmitidas frequentemente pela via sexual, como hepatite B, condiloma acuminado e herpes genital; e aquelas eventualmente transmitidas por contágio sexual, como o molusco contagioso, a escabiose e a pediculose.

A importância das DST, na faixa etária adolescente, dá-se pelo aumento da precocidade nas relações sexuais, o aumento no número de parceiros e a falta do uso constante do preservativo. Dados da OMS relatam o aumento da frequência de DST entre os adolescentes⁹. Nos Estados Unidos da América (EUA), é relatado que um terço das DST acometem adolescentes, sendo que um em cada quatro deles contrai uma DST até a vida adulta³⁴.

OBJETIVO

– Caracterizar o atendimento do adolescente de ambos os sexos no Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense.

METODOLOGIA

Realizou-se um levantamento a partir da revisão dos prontuários de todos os adolescentes (faixa etária compreendida entre os 10 e 19 anos completos) atendidos no Setor de DST/UFF no ano de 1995.

Foram coletados os dados referentes a sexo; idade; idade que iniciou as relações sexuais; cor; estado civil; município de moradia; método contraceptivo; forma de encaminhamento ao setor; profissão; fidelidade ao parceiro; número de retornos ao serviço; número de gestações; queixa principal; história prévia de DST; e patologia diagnosticada.

Os pacientes que tiveram mais de uma queixa principal, mais de uma patologia diagnosticada e mais de uma ocupação

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 gonorréia e herpes terá as duas patologias sendo computadas isoladamente. Esta opção, por estudar tais dados isoladamente, leva a um número maior de patologias/queixas e ocupações maiores do que o número de pacientes estudados.

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

Para a análise, foram considerados apenas os prontuários corretamente preenchidos, excluindo-se aqueles com dados ausentes ou incorretamente preenchidos.

RESULTADOS

Durante o ano de 1995, foram atendidos no Setor de DST-UFF 1.187 pacientes; sendo 201 adolescentes — 16,9 % do total de atendimentos, três crianças (idade entre 0 e 9 anos) — 0,2% das pessoas atendidas e o restante de adultos (com 20 anos ou mais velhos) — 82,9% (Tabela 1). Tal amostra tem um valor de grande significado quando constatamos que não há uma rotina especial para o atendimento dos adolescentes, o que seria um facilitador para sua presença no serviço.

SEXO

Entre os adolescentes atendidos 57 eram do sexo masculino (28,4%), e 144 do feminino (71,6%). A procura maior do sexo feminino se deu também por motivos preventivos; com várias procuras para orientação anticoncepcional e realização de exame ginecológico de rotina (Tabela 2).

Já é hábito em nossa sociedade a procura de serviço de saúde por parte da mulher, para realização de exames ginecológicos, que funcionam como importante triagem na detecção de DST. O papel da mulher como usuária do sistema de saúde é destacado, sendo reforçada a ênfase da adolescência na importância da consulta ginecológica¹, que não encontra estímulo similar em relação à população masculina.

Dados do IBGE entretanto mostram que entre a população brasileira atendida nos órgãos públicos em 1981, 27,5% do total de atendimentos foram realizados em adolescentes, sendo 14,9% do sexo masculino e 12,6% do sexo feminino².

COR

Do total de pacientes atendidos no Setor de DST-UFF, 52,2% dos adolescentes eram brancos, 32,8% pardos e 15% negros. A cor dos homens atendidos foi predominantemente branca (52,6%), seguidos de negros e pardos (22,8 e 24,6%, respectivamente). Entre as mulheres, 52% eram brancas, 36% pardas e 12% negras (Tabela 3).

TABELA 1
Distribuição dos pacientes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por fase de desenvolvimento. Niterói, RJ, 2001

FASES DE DESENVOLVIMENTO	n	%
Infância	3	0.2
Adolescência	201	16.9
Adulta	983	82.9
TOTAL	1187	100.0

TABELA 2
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por sexo. Niterói, RJ, 2001.

SEXO	n	%
Masculino	57	28.4
Feminino	144	71.6
TOTAL	201	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

MORADIA

Os principais usuários do Setor de DST-UFF foram os moradores de Niterói e São Gonçalo, que correspondem 44,6 e 43,2% dos adolescentes atendidos, respectivamente (Tabela 4).

Entre do sexo feminino, Niterói aparece como o município de moradia de 49% das pacientes; seguido de São Gonçalo, com 36,8%. Outros municípios, como Campos, Rio de Janeiro, Itaboraí e Nova Iguaçu também aparecem, porém com menor representatividade, com 14,2%.

A situação do sexo feminino é bastante parecida, alterando apenas São Gonçalo por Niterói como principal moradia (respectivamente 45,7 e 42,8%), vindo após Rio de Janeiro, Cabo Frio, Nova Iguaçu, Saquarema e Itaboraí com 11,5%. Não há informação sobre o município de moradia de quatro moças, razão pela qual foram excluídas (Tabela 4)

IDADE

A procura foi maior na mesma proporção que ocorreu aumento na faixa etária. Tal fato é evidente, pois 66,6% dos pacientes apresentavam entre 17 e 19 anos no momento da primeira consulta. O adolescente mais novo apresentava 11 anos e os mais velhos 19 anos, com média de idade aos 17,1 anos (Tabela 5).

Na população feminina, 60,4% das pacientes estudadas tem 17-19 anos, com média de idade de 16,9 anos. Entretanto, no grupo, aparecem pacientes com idade entre 11 e 13 anos na data da primeira consulta, fato que não ocorreu no grupo masculino (Tabela 5).

No grupo masculino destaca-se a faixa etária dos 17-19 anos (82,5%). Tal fato justifica que neste grupo, a média de idade tenha sido mais alta do que no sexo feminino, apresentando o valor de 17,7 anos (Tabela 5).

IDADE DA PRIMEIRA RELAÇÃO SEXUAL

A idade média para o início das relações sexuais na população estudada foi de 14,3 anos. Quando vemos que o início das relações para os rapazes iniciou em média aos 14,8 anos, com o mais novo iniciando aos 11 anos e o mais velho aos 19 anos; e comparamos com as moças, que apresentaram média de início de relações sexuais aos 14,1 anos, com a mais nova iniciando sua vida sexual ativa aos 11 anos e a mais velha aos 19 anos, encontramos valores muito parecidos.

Entre os pacientes estudados a idade da primeira relação sexual não estava preenchida em dois prontuários, e destaca-se o fato de três rapazes não quando iniciaram as relações sexuais. Estes pacientes não foram considerados no presente estudo. Notamos ainda o pequeno número de início de rela-

TABELA 3
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por cor. Niterói, RJ, 2001

COR	SEXO					
	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
branca	30	52,6	75	52,0	105	52,2
parda	14	24,6	52	36,0	66	32,8
negra	13	22,8	17	12,0	30	15,0
TOTAL	57	100,0	144	100,0	201	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 4
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por município de moradia. Niterói, RJ, 2001

MUNICÍPIO	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Niterói	28	49,0	60	42,8	88	44,6
São Gonçalo	21	36,8	64	45,7	85	43,2
Outros	57	14,2	16	11,5	24	12,2
TOTAL	57	100,0	140	100,0	197	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

ções sexuais ainda aos 11 anos e aos 19. O fato de poucos começarem suas relações aos dezenove anos, pode ser justificado pelo fato de terem iniciado as relações pouco antes da primeira consulta (há menos de um ano).

Ressalta-se ainda o fato de que, na população feminina, 12 adolescentes apresentarem-se virgens (8,3% das pacientes), fato que não ocorreu entre a população masculina estudada. Em três prontuários, tal dado não está preenchido. Estas 15 pacientes não foram consideradas nesta análise.

ESTADO CIVIL

A maioria da população estudada é solteira (75,6%), sendo uma porcentagem menor casada (6,4%) ou solteira com companheiro (17,5%). Aparece, ainda, uma única moça já separada aos 19 anos (0,5%).

Observa-se, na Tabela 7, que entre os homens a maioria (86%) são solteiros; proporção que reduz as mulheres (71,6%).

TIPOS DE PARCEIROS

Dentre os pacientes, 72,5% relatam ter um parceiro fixo exclusivo; 8,6%, fixo não exclusivo; 9,2%, múltiplos, e 9,7% sem parceiro no momento da consulta. Além destes há outros quatro prontuários em que tal dado não foi preenchido, 12 também foram excluídos por serem de pacientes virgens.

Na Tabela 8, observa-se que a população feminina mostrou-se, em sua maioria, fiel ao companheiro, com 84,4% dizendo manter o único parceiro, e apenas 2,3% múltiplos. Entre a população masculina, embora com predomínio de pacientes que declaram fidelidade a suas parceiras (45,7%), há um número grande que relata ter parceira fixa mas não exclu-

TABELA 5
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por grupo de idade. Niterói, RJ, 2001

GRUPO DE IDADE	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
11-13	–	–	6	4.2	6	3.0
14-16	10	17.5	51	35.4	61	30.4
17-19	47	82.5	87	60.4	134	66.6
TOTAL	57	100.0	144	100.0	201	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 6
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por grupo de idade da primeira relação. Niterói, RJ, 2001

GRUPO DE IDADE	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
11-13	13	25.1	17	13.2	30	16.6
14-16	33	63.5	81	62.8	114	62.9
17-19	6	11.4	31	24.0	37	20.5
TOTAL	52	100.0	129	100.0	181	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

siva (17,5%), múltiplas parceiras (24,6%), sem parceira (12,2%).

PROFISSÃO

Pouco mais da metade dos jovens de ambos os sexos ainda é estudante (51,3%); sendo 80 mulheres (55,5% da população feminina) e 23 homens (40,3% da homens). Quatro moças, além de estudar, apresentam outra ocupação, o mesmo ocorrendo com dois rapazes, o que levou ao aumento do número de dados considerados (Tabela 9).

Entre os homens, além dos estudantes 12,2% encontravam-se desempregados; ficando o restante (47,5%), ocupando profissões que não exigem formação escolar, não tendo realizado na maioria dos casos, cursos técnicos ou profissionalizantes. É o que ocorre com os jovens que trabalham como, por exemplo, faxineiro, vendedor; operador de piscinas, salgadeiro,

camelô, artesão, pedreiro, pescador. Dois trabalham em duas profissões (borracheiro e balconista, borracheiro e salgadeiro), tendo estas profissões consideradas isoladamente (Tabela 9a).

Entre as mulheres, não há relatos de desempregadas. Entretanto, 18% afirmam ser do lar, e 4,8% sem profissão. Tal fato mostra a saída precoce da sala de aula, muitas vezes sem concluir os estudos ou sua profissionalização. Posteriormente estes dados deveriam ser correlacionados com a escolaridade e com alguma possível gravidez, a fim de relatar sua inter-relação. Outras 24,3% das moças, trabalham em ocupações diversas. Embora a maioria trabalhe em profissões que não requerem estudos, como, por exemplo; balconista, comerciária, babá, doméstica, vendedora, agindo como mão de obra desqualificada, notamos, entretanto, que, ao contrário dos homens, já existe uma porcentagem de moças com profissões que pressupõem um possível curso técnico ou profissionalizante, como esteticista, telefonista, recepcionista e professora (Tabela 9b)

TABELA 7
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por estado civil. Niterói, RJ, 2001

ESTADO CIVIL	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Casado	1	1.8	12	8.3	13	6.4
Solteiro	49	86.0	103	71.6	152	75.6
Solteiro com companheiro	7	12.2	28	19.4	35	17.5
Separado	-	-	1	0.7	1	0.5
TOTAL	57	100.0	144	100.0	201	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 8
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por tipo de parcerias. Niterói, RJ, 2001

TIPOS DE PARCEIROS	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Fixo exclusivo	26	45.7	108	84.4	134	72.5
Fixo não exclusivo	10	17.5	6	4.6	16	8.6
Múltiplos	14	24.6	3	2.3	17	9.2
Sem parceiro	7	12.2	11	8.7	18	9.7
TOTAL	57	100.0	128	100.0	185	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 9
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por ocupação. Niterói, RJ, 2001

OCUPAÇÃO	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Estudante	23	40.3	80	55.5	103	51.3
Sem ocupação	7	12.2	7	4.8	14	7.0
Trabalhadores	27	47.5	35	24.3	62	30.8
Do lar	-	-	26	18.0	26	13.0
TOTAL	57	100.0	148	100.0	205	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 9a
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF
no ano de 1995, por profissão. Niterói, RJ, 2001

PROFISSÃO	n
Balconista/vendedor	4
Borracheiro	2
Faxineiro	2
Pintor	2
Aprendiz de mecânico	1
Artesão	1
Autônomo	1
Auxiliar de produção	1
Auxiliar de serviços gerais	1
Camelô	1
Digitador	1
Encanador	1
Entregador	1
Impressor gráfico	1
Mecânico	1
Militar	1
Operador de piscinas	1
Overloquista/costureiro	1
Pedreiro	1
Pescador	1
Salgadeira	1
Servente	1
Soldador	1
TOTAL	29

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 9b
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por profissão. Niterói, RJ, 2001

PROFISSÃO	n
Empregada doméstica	12
Secretária	3
Vendedora	3
Babá	2
Balconista	2
Acabadeira	1
Atendente de consultório	1
Auxiliar de escritório	1
Comerciária	1
Corretora de seguros	1
Costureira	1
Esteticista	1
Manicure	1
Professora	1
Recepcionista	1
Telefonista	1
Telemarketing	1
TOTAL	34

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

ENCAMINHAMENTO

A principal fonte de referência ao Setor é a propaganda boca-a-boca, realizada por amigos e parentes dos pacientes. Registramos, na população total, 28,7% encaminhamentos dessa forma, sendo 23,7% dos homens e 30,7% das mulheres (Tabela 10).

Outra fonte de encaminhamento são os próprios parceiros dos pacientes, que muitas vezes os encaminham para investigação de possível contaminação do casal (10,4% da população estudada; 9% dos homens e 10,9% das mulheres)

Os funcionários do Setor de DST-UFF - médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e profissionais técnicos e os alunos de graduação e pós-graduação também são fonte de encaminhamento, o que demonstra o seu envolvimento com a instituição (7,3% do total), sendo que os parceiros contribuíram com 10,4%, destacando-se as palestras e os cartazes com 12% do total dos encaminhamentos.

Por outro lado, fora os cartazes do Setor e vídeos exibidos na sala de espera, existe pouca propaganda que chame a atenção dos jovens, utilizando sua linguagem.

Dentre unidades de saúde, a principal fonte de referência ao Setor de DST-UFF foi o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) (10,9% dos pacientes). Tal dado pode ser explicado pelo fato de ambos serem vinculados à mesma instituição e haver um intercâmbio no seu corpo clínico, com muitos dos internos e residentes da ginecologia conhecendo bem o

serviço e muitos alunos da pós-graduação em DST serem ou terem sido alunos de graduação ou pós-graduação no referido Hospital.

- Outras unidades públicas de Niterói também foram importante fonte de referência; vindo a seguir médicos particulares, unidades de saúde de São Gonçalo e unidades particulares de Niterói.

MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

No grupo feminino, (45%) não utiliza nenhum tipo de método anticoncepcional (Tabela 11). Outras 20 se encontravam gestantes no momento da primeira consulta; não havendo dados sobre possíveis métodos utilizados antes da concepção, podendo-se, entretanto, pressupor, até mesmo comparando com as demais adolescentes, que deveria ser baixa a taxa de utilização, tendo até mesmo por isso engravidado. Tais pacientes não foram consideradas nesta amostragem. Também foram desconsideradas as 12 pacientes virgens e as duas que não têm tal dado registrado em seu prontuário. Uma paciente utilizava mais de um método, preservativo mais tabela, tendo sido considerados na listagem os dois métodos.

O anticoncepcional oral apareceu como o método mais usado pelos adolescentes do sexo feminino (29,8% das moças) e o preservativo (14,4% dos adolescentes). Vários outros métodos também foram utilizados, todos com menor índice de

TABELA 10
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF, no ano de 1995, por encaminhamento. Niterói, RJ, 2001

ENCAMINHAMENTO	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Amigos e parentes	13	23.7	42	30.7	55	28.7
Parceiros	5	9.0	15	10.9	20	10.4
Funcionários do Setor DST	2	3.6	12	8.7	14	7.3
Alunos e funcionários da UFF	1	1.8	6	4.4	7	3.6
Palestras e cartazes	2	3.6	21	15.3	23	12.0
Hospital Universitário Antonio Pedro	8	14.6	13	9.4	21	10.9
Outras unidades de saúde de Niterói	11	20.0	1	0.8	12	6.3
Unidades de saúde de São Gonçalo	3	5.5	7	5.2	10	5.2
Médicos Particulares	7	12.8	1	0.8	8	4.2
Unidades de saúde particulares de Niterói	2	3.6	4	2.9	6	3.1
Outros	1	1.8	15	10.9	18	8.3
TOTAL	55	100.0	137	100.0	192	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 11
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF
no ano de 1995, por métodos anticoncepcionais. Niterói, RJ, 2001

MÉTODO ANTICONCEPCIONAL	n	%
Anticoncepcional oral	33	22.8
Preservativo masculino	16	11.0
Coito interrompido	5	3.4
Anticoncepcional injetável	3	2.0
Tabela	2	1.4
Dispositivo Intra-Uterino	1	0.7
Não utiliza	51	35.2
Gestantes	20	13.8
Virgens	12	8.3
Ign	2	1.4
TOTAL	145	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 12
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por uso de preservativo. Niterói, RJ, 2001

USO DE PRESERVATIVO	n	%
Uso rotineiro	6	10.5
Uso ocasional	2	3.5
Não utiliza	49	86.0
TOTAL	57	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor DST/UFF

adesão. Dentre estas, destaca-se uma paciente histerectomizada por apresentar carcinoma de ovário na puberdade.

Na população masculina estudada, a maioria, 86%, nega uso de preservativo, 3,5% usam ocasionalmente e 10,5% são usuários rotineiros (Tabela 12). Tais dados são alarmantes se considerarmos o percentual que relata múltiplos parceiros (já destacado anteriormente) e mostra a falta de cuidado dos jovens.

Tais dados correspondem aos da literatura, que citam a taxa de uso de métodos contraceptivos em adolescentes como muito baixa^{3, 5}.

Os métodos anticoncepcionais permitem uma boa margem de segurança, oferecendo grande liberdade à mulher. Embora, por vezes, as adolescentes não tenham conhecimento de como utilizar os métodos contraceptivos, mesmo que exista tal conhecimento, muitas vezes as jovens acabam engravidando. Há estudo demonstrando que, apesar de a maioria dos estudantes ter algum conhecimento sobre métodos anticoncepcio-

nais, menos da metade destes fará uso de algum método contraceptivo no seu primeiro relacionamento sexual^{6,7}, ou mesmo no primeiro ano de vida sexual, sendo que grande número de adolescentes ficarão grávidas nos seis primeiros meses de vida sexual.⁸ Uma das justificativas para o baixo uso de contraceptivos é o fato de que muitas adolescentes sentem culpa do que estão fazendo (de sua vida sexual ativa), e usar anticoncepcionais seria atestar sua vida sexual⁵.

GRAVIDEZ

A maioria das moças nega ter engravidado alguma vez (70,3%). Outras (26,9%) relatam uma gestação; tendo outras quatro (2,8%) engravidado duas vezes. (Tabela 13). Não foi preenchido o dado em seis dos prontuários analisados na pesquisa, não sendo considerados.

TABELA 13
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF
no ano de 1995, por número de gestações. Niterói, RJ, 2001.

GESTAÇÕES	n	%
Gesta I para 0 aborto 0	20	14.5
Gesta I para I aborto 0	11	8.0
Gesta I para 0 aborto I	6	4.4
Gesta II para 0 aborto 0	2	1.4
Gesta II para 0 aborto I	1	0.7
Gesta II para 0 aborto II	1	0.7
Gesta 0	90	70.3
TOTAL	138	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

A taxa de aborto não foi baixa entre a população estudada (nove abortos em oito pacientes), sendo digno de nota o fato de que a maioria das moças não utilizava nenhum método contraceptivo, estando vulnerável a uma gravidez indesejável. É interessante notar que tais dados não estão de acordo com os de outros autores, que relatam aumento no número de gestações na adolescência⁹, desejadas ou não.

RETORNOS AO SETOR (adesão do paciente)

Cinquenta e oito por cento (54,3% dos homens e 59% das mulheres) retornaram ao Setor de DST após a primeira consulta (Tabela 14). Destaca-se que mais de 30% de ambos os sexos retornaram mais de uma vez.

Na verificação dos dados desse item encontramos que os pacientes, de ambos os sexos que mais retornaram ao Setor de DST eram portadores de sífilis ou de condiloma acuminado.

VIOLÊNCIA SEXUAL

Nenhum dos rapazes atendidos relatou ter sido vítima de violência sexual. Dentre as moças, a taxa foi de 2,7%, correspondendo a quatro delas.

Temos consciência de que esses números podem estar aquém do verdadeiro, uma vez que é um assunto de difícil abordagem. Entretanto, devemos citar que o ambiente de atendimento do Setor de DST é tranqüilo, possui salas com razoável isolamento acústico, o que na nossa opinião não causa

TABELA 14
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por número de retorno. Niterói, RJ, 2001

Nº DE RETORNO	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Nenhum	26	45.7	59	40.9	85	42.2
1	13	22.9	42	29.2	55	27.4
2	14	24.6	21	14.6	35	17.5
3	1	1.7	11	7.6	12	5.9
4	1	1.7	5	3.5	6	3.0
5	1	1.7	1	0.7	2	1.0
6	—	—	2	1.4	2	1.0
7	—	—	1	0.7	1	0.5
8	1	1.7	—	—	1	0.5
9	—	—	2	1.4	2	1.0
TOTAL	57	100.0	144	100.0	201	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

obstáculo para uma resposta verdadeira neste item. Contudo, acreditamos que alguns adolescentes prefeririam omitir uma verdadeira resposta.

INFECÇÃO GENITAL PRÉVIA

Do total de pacientes, doze (7 mulheres 4,9%, e 5 homens, 8,8%) apresentaram alguma infecção genital prévia (Tabelas 15 e 16). Uma paciente apresentou duas DST prévias, tendo sido as mesmas computadas isoladamente.

MOTIVO DA CONSULTA

As tabelas 17 e 18 apresentam a queixa mais freqüente na população feminina: o corrimento, associado ou não a outros fatores, representando, 31,9% dos motivos de busca ao serviço. Em seguida, as adolescentes que vieram para investiga-

ção por seu parceiro apresentar alguma DST (9,7%), chegaram ao serviço com encaminhamento para a realização do acompanhamento e tratamento de infecção por papilomavírus humano (HPV); e outras 10 (7%) vieram para tratar verrugas em diversas localizações (vulva, vagina, perianal, coxas, nádegas). No grupo encaminhado para tratamento destacam-se as pacientes referenciadas pelo HUAP, a partir do diagnóstico realizado durante o pré-natal. Vários outros sintomas motivaram consultas (Tabela 19) como prurido, feridas, dispareunia, disúria e tratamento de doenças, como sífilis e gonorréia.

Entre a população masculina (Tabela 20), a síndrome de corrimento uretral, caracterizando uretrites, somaram 20 queixas (35%). Outras queixas freqüentes foram as "bolinhas" no pênis, que motivaram a consulta de 10,5% dos pacientes e que tiveram diversas etiologias. O HPV, como causador de verrugas, foi justificativa de 5 pacientes que procuraram o Setor. Outras causas levaram à procura (Tabela 21), como ferida na boca, irritação no prepúcio, tratamento de sífilis, caroços no escroto, pênis inchado e manchas no pênis. Também foi

TABELA 15
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF, no ano de 1995, por infecção genital prévia. Niterói, RJ, 2001

DST PRÉVIA	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sim	5	8.8	7	4.9	12	6.0
Não	52	91.2	137	95.1	189	94.0
Total	57	100.0	144	100.0	201	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 16
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF no ano de 1995, por tipo de infecção genital prévia. Niterói, RJ, 2001

DST PRÉVIA	HOMENS		MULHERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Sífilis	3	60.0	2	25.0	5	38.5
Gonorréia	2	40.0	1	12.5	3	23.0
Condiloma acuminado	—	—	2	25.0	3	15.4
Condilose	—	—	2	25.0	3	15.4
Herpes genital	—	—	1	12.5	3	7.7
TOTAL	5	100.0	8	100.0	13	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 17
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por motivo da consulta. Niterói, RJ, 2001

MOTIVO DA CONSULTA	n	%
Corrimento	46	31.9
Coleta de exame preventivo	28	19.5
Papilomavírus	24	16.7
Parceiro com DST	14	9.7
Orientação para anticoncepção	4	2.8
Investigação para a gravidez	3	2.1
Outros	25	17.3
TOTAL	144	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 18
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por queixa associada ao corrimento. Niterói, RJ, 2001

QUEIXA ASSOCIADA AO CORRIMENTO	n	%
Corrimento isolado	19	41.3
Corrimento + odor	7	15.2
Corrimento + dispaurenia	6	13.0
Corrimento + prurido	5	10.8
Corrimento + dor abdominal	4	8.7
Corrimento + disúria	2	4.4
Corrimento + menstruação irregular	2	4.4
Corrimento + feridas na vagina	1	2.2
TOTAL	46	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 19
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por outros motivos de consulta. Niterói, RJ, 2001

OUTROS MOTIVOS DE CONSULTA	n	%
Feridas na região genital	6	24
Pruridos na região genital e periana	5	20
Dor abdominal	4	16
Disúria	2	8
Tratamento de sífilis	2	8
Tratamento de gonorréia	1	4
Tratamento de herpes genital	1	4
Dispaurenia	1	4
Falta de prazer	1	4
"Bola" na vagina	1	4
TOTAL	25	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 20
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por motivos da consulta. Niterói, RJ, 2001

MOTIVOS DA CONSULTA	n	%
Uretrite	20	35.1
Parceiras com DST	9	15.8
"Bolinhas no pênis"	6	10.5
Papilomavírus	6	10.5
Outros	16	28.1
TOTAL	57	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 21
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por outros motivos de consulta. Niterói, RJ, 2001

OUTROS MOTIVOS DA CONSULTA	n	%
Ferida no pênis	3	18.8
Ccoceira no pênis	2	12.6
Controle de sífilis	2	12.6
"Irritação" no prepúcio	2	12.6
"Nódulos" no pênis	2	6.2
"Caroços" no escroto	1	6.2
Manchas no pênis	1	6.2
Pênis inchado	1	6.2
Feridas na boca	1	6.2
Exames pré-nupciais	1	6.2
Realização de exames	1	6.2
TOTAL	16	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

importante a procura do Setor de DST-UFF por pacientes cujas parceiras apresentaram DST, constituindo 15.8% da população estudada (em oito casos a parceira apresentava HPV, e no outro sífilis).

DIAGNÓSTICO

Do total de 144 adolescentes atendidas não foi possível definir o diagnóstico em 16 deles. Assim, dentre as 128 demais, 11 (8,6%) apresentavam duas ou mais patologias, sejam DST ou não, sendo que duas apresentavam três patologias e outra apresentava cinco patologias (Tabelas 22, 23 e 24), tais doenças foram listadas isoladamente.

Na população feminina a patologia mais comumente encontrada foi a vulvovaginite inespecífica, que pode ser cau-

sada por um desequilíbrio na flora bacteriana normal da vagina; não sendo obrigatoriamente uma DST, que atingia 36 moças (21,5% da população estudada).

Vinte e cinco adolescentes tiveram firmado o diagnóstico de candidíase (15% do total de adolescentes do sexo feminino); e 18 apresentaram vaginose bacteriana (10,8% das moças).

Citamos que 17 (10,1%) moças não apresentaram nenhuma patologia, vindo ao serviço por outros motivos ou para investigação que se apresentou negativa, após exames clínicos e laboratoriais (Tabela 23).

Dos 57 adolescentes atendidos, 44 (77,2%) tiveram diagnóstico confirmado de DST; 17,6% não apresentaram DST; em 5,2% foram diagnosticadas outras nosologias (Tabela 25).

Entre os adolescentes do sexo masculino, 17 (29,3%) apresentaram gonorréia; 12 (20,7%) HPV, e 6 (10,4%) sífilis. Os resultados são apresentados na tabela 26.

TABELA 22
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por presença de infecção. Niterói, RJ, 2001

PRESENÇA DE INFECÇÃO	n	%
Presença de 1 infecção	93	72.6
Presença de 2 infecção	15	11.7
Presença de 3 infecção	2	1.6
Presença de 5 infecção	1	0.8
Sem presença de infecção	17	13.3
TOTAL	128	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 23
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por diagnóstico. Niterói, RJ, 2001

DIAGNÓSTICO	n	%
Vulvovaginite	36	21.5
Candidíase	25	15.0
Vaginose bacteriana	18	10.8
HPV	16	9.6
Sífilis	15	9.0
Tricomoníase	12	7.2
Gonorréia	6	3.6
Piodermite	3	1.8
Escabiose	1	0.6
HIV	1	0.6
Milíase	1	0.6
Não houve diagnóstico	16	9.6
Não apresentou DST	17	10.1
TOTAL	167	100.0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

DISCUSSÃO

Para muitos, um trabalho como esse pode ser encarado como de menor importância, principalmente hoje, quando são desvendados importantes dados do genoma humano e de inúmeros outros seres.

Todavia, para alunos, professores, funcionários do Setor de DST, funcionários das coordenações municipal, estadual e nacional, bem como epidemiologistas e gestores de saúde pública, o conhecimento de dados epidemiológicos mínimos

verdadeiramente devem ser bem conhecidos antes de qualquer avanço tecnológico.

Tais dados são as bases para todas as ações de planejamento em saúde coletiva. Por isso, o trabalho passa a ter valor, visto que é no meio que analisa a questão do atendimento a adolescentes de ambos os sexos que procuram uma típica clínica de DST.

Fica muito difícil comparar estes dados, pois publicações de dados como os nossos, de uma clínica de DST, não foram conseguidos recuperar, usando-se as bases de dados disponíveis (Index Medicus, Medline, Lilacs).

TABELA 24
Distribuição das adolescentes atendidas no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por apresentação de mais de uma infecção. Niterói, RJ, 2001

DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UMA INFECÇÃO	n	%
Vaginose bacteriana + candidíase	2	18,2
Sífilis + vulvovaginite inespecífica	2	18,2
Trocomoníase + candidíase + gonorréia	2	18,2
Vulvovaginite inespecífica + escabiose	1	9,1
Vaginose bacteriana + tricomoníase	1	9,1
Gonorréia + tricomoníase	1	9,1
Candidíase + HPV	1	9,1
HIV + sífilis + tricomoníase + candidíase + miíase	1	9,1
TOTAL	11	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

TABELA 25
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por presença de infecção genital. Niterói, RJ, 2001

PRESEÇA DE DST	n	%
Apresentou DST	44	77,2
Outro diagnóstico	3	5,2
Não apresentou DST	10	17,6
TOTAL	57	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

Entre os adolescentes do sexo masculino, 17 (29,3%) apresentaram gonorréia; 12 (20,7%) HPV, e 6 (10,4%) sífilis. Os resultados são apresentados na tabela 26.

TABELA 26
Distribuição dos adolescentes atendidos no Setor de DST-UFF,
no ano de 1995, por diagnóstico. Niterói, RJ, 2001

DIAGNÓSTICO	n	%
Gonorréia	17	29,3
HPV	12	20,7
Sífilis	6	10,4
Balanopostite por candidíase	4	6,9
Cancro mole	2	3,4
Herpes genital	2	3,4
Dermatofitose	1	1,7
Piodermite	1	1,7
Outras doenças (dermatite alérgica)	3	5,2
Não apresentou DST	10	17,3
TOTAL	58	100,0

Fonte: Arquivo Médico Setor de DST/UFF

A presença significativa de 16,9% de adolescentes, entre a população total que é atendida pelo Setor de DST-UFF, possui um valor de grande significado quando se constata que não há uma rotina especial para o atendimento dos adolescentes, o que seria um facilitador para a sua presença no serviço.

A procura maior por pacientes do sexo feminino (71,4% de moças e 28,4% de rapazes), ocorreu também por motivos preventivos, pois várias consultas ocorreram para orientação anti-concepcional e realização de exame ginecológico de rotina. Já é hábito na sociedade a procura de serviço de saúde por parte da mulher para realização de exames ginecológicos, que funcionam como importante triagem na detecção de DST. O papel da mulher como usuária do sistema de saúde é destacado, sendo enfatizada na adolescência a importância da consulta ginecológica¹, que não encontra estímulo similar em relação à população masculina.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que entre a população brasileira atendida nos órgãos públicos em 1991, 27,5% do total de atendimento foi realizado em adolescentes, sendo 14,9% do sexo masculino e 12,% do sexo feminino²⁶. Não devemos comparar esses dados com os nossos porque o atendimento citado pelo IBGE são por motivos diversos e não somente as DST e Aids ou sexualidade.

A distribuição geográfica de moradia dos pacientes, privilegiando Niterói e em seguida os moradores de São Gonçalo, deve-se, em primeiro lugar, por Niterói ser o município sede do serviço. A grande procura dos pacientes de São Gonçalo deve-se ao fato de parte de seus moradores utilizar a rede pública de Niterói como referência.

Fato difícil de mensurar, mas possível de imaginar, está na referência de que o chefe do Setor de DST foi, durante a década de 80, também chefe de um serviço de DST no principal hospital da rede pública de São Gonçalo. Isso, com frequência, faz com que a população procure os préstimos profissionais na área das infecções genitais do referido professor.

A procura de pacientes de outros municípios deve-se também ao fato da atuação do Setor como serviço de referência nacional, o que leva a muitas indicações de colegas de outros serviços.

A procura ao serviço, por pacientes bem jovens pode ser justificada pelo fato de que os jovens vêm iniciando sua vida sexual entre si, e não com pessoas mais velhas como antigamente. Essa ocorrência é descrita por Ozcebe e Dervisaglu³, em jovens do Oriente Médio e Norte da África. Discordando de nossa casuística, pesquisa realizada no Pará⁴ mostra que, apesar de 35% das adolescentes terem iniciado sua vida sexual com seus namorados adolescentes, outras 63,3% iniciaram com homens de 20 a 30 anos.

Tem-se notado um aumento na incidência de relações sexuais na adolescente solteira, com o início da vida sexual cada vez mais prematuro^{3,5,10,21,26}, em especial nas jovens de baixa escolaridade¹⁴, o que facilita a gravidez precoce.

Confrontando nossos dados com a literatura disponível, vemos que nos Estados Unidos, em 1982, cerca de três quartos das mulheres de 19 anos, solteiras, já tinham tido relações sexuais^{9,14}, sendo a média de idade da primeira relação sexual

de 16,1 anos no homem, e 16,9 na mulher^{28,11}. Em alguns países da África, 50 a 80% das pessoas, entre 15 e 19 anos, já tiveram relações sexuais. Em recente estudo comportamental do adolescente brasileiro, Zagury³¹ relata que entre 943 jovens de quinze cidades brasileiras, com idade entre 14 e 18 anos, apenas 35,8% já havia tido sua primeira experiência sexual, destacando-se que 21% relata que a mesma ocorreu antes dos 14 anos. No estado de São Paulo, em pesquisa realizada com 200 adolescentes, 47,2% já possuíam vida sexual ativa³². Em um estudo realizado na favela da Rocinha, no município do Rio de Janeiro, 75% das moças relatam o início da atividade sexual antes dos 15 anos, ocorrendo o mesmo com 67% dos rapazes na mesma faixa etária³³. Entre os adolescentes cadastrados para recebimento de preservativos pelo NESA, 50% iniciaram sua vida sexual entre 13 e 16 anos⁶. A tendência a iniciar a vida sexual no Brasil baixou de 16 para 15 anos, de 1990 para 1995³².

A iniciação sexual na adolescência ocorre por vários motivos, destacando-se a curiosidade natural diante do desenvolvimento físico e da maturação sexual, bem como a partir de uma expressão de amor e confiança em seu companheiro, que muitas vezes ainda supre carências como as da solidão, carência afetiva e necessidade de auto-afirmação⁴.

O grande número de mulheres casadas, ao contrário dos homens, está de acordo com os dados do *World Fertility Survey*, que relata que 30% das mulheres latino-americanas casam-se antes dos 18 anos, enquanto os homens tendem a casar-se mais tardiamente³⁴. No ano de 1994, dentre as adolescentes atendidas nas unidades de saúde do município de Rio de Janeiro, 60% já morava com companheiro³⁵.

A Organização Mundial de Saúde relata que a educação formal das meninas geralmente termina com o casamento⁹. Desta forma, se o casamento resulta de uma gravidez indesejável, temos claro que a anticoncepção é fundamental para permitir que a jovem avance em sua escolaridade.

Os nossos dados mostram grande número de adolescentes com parceiro fixo exclusivo, em especial no sexo feminino (84,4%). Ao compararmos com relatos de literatura, os achados são discrepantes. A adolescência é conhecida como uma fase de intensa rotatividade, e não de fixação de parceiros. Podemos encontrar uma justificativa na forma de se responder a anamnese. Como não é inquirido sobre o tempo da exclusividade, pode-se concluir que, para uma determinada jovem, ter um parceiro há um mês significa ter parceiro fixo exclusivo. Podem ser relacionamentos de curta duração, embora exclusivos durante tal período.

Tal dado também é reforçado por Rodrigues *et al.*,¹⁴ destacando que as jovens, “apesar de namorarem muito, geralmente são monogâmicas (fiéis ao atual namorado)”. Por esse motivo, tal abordagem pode ter valor limitado, na caracterização da população alvo, sendo sugerida a alteração da forma de obter esta informação na anamnese.

No que diz respeito ao encaminhamento dos adolescentes ao Setor de DST, a principal forma foi a indicação pessoal, perfazendo um total de 50% (amigos e parentes) 28,7%, parceiros 10%, funcionários do DST 7,3%, alunos e outros funcionários da UFF 3,6%). As palestras educativas da equipe do

DST, assim como os cartazes afixados em escolas principalmente, ou durante a Semana de Combate à DST, que ocorre na primeira semana de abril, foram responsáveis por uma procura de 12%.

Porém, ao analisarmos por sexo descobrimos que a sensibilização desse meio foi significativamente maior para as moças (15,3%) do que para os rapazes (3,6%). O inverso ocorreu no encaminhamento por outras unidades de saúde de Niterói (exceto o HUAP, que na média foi responsável por 10% do encaminhamento) que encaminhou mais adolescentes do sexo masculino (20%) do que do sexo feminino (6,3%).

Dado que merece destaque é o encaminhamento pela rede privada 16,4% dos rapazes, e 7,3% das moças. Isso com certeza traduz a boa qualidade e reputação do atendimento do Setor de DST da UFF.

Os números encontrados correspondentes ao uso de métodos anticoncepcionais, em especial o preservativo entre os jovens estudados, é pequeno. Tais dados correspondem aos da literatura, que citam a taxa de uso de métodos contraceptivos em adolescentes como muito baixas^{3,5}. Os métodos anticoncepcionais permitem uma boa margem de segurança, oferecendo grande liberdade à mulher.

Por vezes, as adolescentes não têm conhecimento de como utilizar os métodos contraceptivos, mesmo quando existe tal conhecimento, muitas vezes as jovens acabam engravidando. Alguns estudos demonstram que, apesar de a maioria dos estudantes ter algum conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, menos da metade destes fará uso de algum método contraceptivo no seu primeiro relacionamento sexual^{6,7}, ou mesmo no primeiro ano de vida sexual, sendo que grande número de adolescentes ficará grávida nos seis primeiros meses de vida sexual¹.

Uma das justificativas para o baixo uso é o fato de que muitas adolescentes sentem culpa do que estão fazendo (de sua vida sexual ativa), e usar anticoncepcionais seria atestar sua vida sexual⁵. Aldrighi¹ descreve entre adolescentes que sofreram ou provocaram aborto, que 45,5% estavam em uso de métodos anticoncepcionais, utilizados porém de maneira inadequada. Bursztyn³³ cita que, dentre os motivos alegados pelas jovens de seu estudo para não uso do contraceptivo, destaca-se que apenas 24% alegam falta de informação, destacando as demais, o desejo consciente de engravidar, a dificuldade no uso do anticoncepcional e a falta de diálogo com pais e parceiros.

Campanhas direcionadas a esse público alvo devem ser feitas junto aos usuários do setor, e aos adolescentes de uma maneira geral, visando um maior esclarecimento e maior adesão ao uso de métodos anticoncepcionais. Os vários métodos devem ser apresentados aos jovens, devendo ser fornecido aquele escolhido pelo(a) adolescente e seu(sua) companheiro(a).

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 à DST/Aids, e a relutância ao seu uso por parte de alguns jovens.

O estudo de Beach *et al.*²⁸ demonstra que somente 48% dos homens e 40% das mulheres jovens usaram preservativo em sua última relação²⁸, enquanto Aldrighi, *et al.* relatam o uso de preservativo por apenas 26% dos jovens de seu estudo⁸. É importante destacar, junto ao adolescente, a forma correta do uso do preservativo, demonstrando em um modelo, pois são muitos os jovens que utilizam-no de forma inadequada.

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

O encontro de 20 em 144 (13,9%) de adolescentes grávidas, no momento da primeira consulta não pode passar sem destaque. Para nós é um sinalizador, mais do que importante, do processo de educação e até de profunda reflexão. A situação agrava-se se pensarmos nos dados de que, relatando virgindade, encontramos 8,3%. Óbvio que, sendo um Setor clássico de DST, imagina-se que as pessoas que nos procuram já tenham atividade sexual, todavia, o Setor atende a uma demanda variada, que historicamente tem a porcentagem de 30% do volume do atendimento, estar ligada a alterações ou atenção em saúde que não seja exclusivamente DST.

Se juntarmos todos os dados de gravidezes, incluímos os abortamentos ocorreram para 138 adolescentes (excluímos seis por não terem esses dados assinalados no prontuário) 45 gravidezes, o que confere uma taxa de gravidez em cada 3 adolescentes feminina.

Oito em 138 adolescentes (5,8%) tiveram abortamento, sendo que em uma adolescente ocorreram dois abortamentos. Assim, o número de abortos totais foi de 9/138, o que equivale a 6,5%. Com isso, ocorreu um abortamento para cada grupo de 15 adolescentes.

É interessante notar que tais dados estão de acordo com os de outros autores, que relatam aumento no número de gestações na adolescência⁹, desejadas ou não. Estima-se que no mundo, 13 milhões de crianças a cada ano são geradas por jovens de 15 a 19 anos¹⁰. Aproximadamente 1 milhão de adolescentes engravidam, anualmente nos EUA¹¹. Em alguns países da África, mais de 20% das jovens de 15 a 19 anos dá a luz¹². Na América Latina aproximadamente, 30% do total de gestações ocorre em mães adolescentes¹.

No Brasil, em 1985, 14,5% das gestações verificou-se em jovens até 19 anos⁴, sendo que no ano de 1994, no município do Rio de Janeiro, 16,64% das gestações ocorreram em jovens abaixo dos 20 anos¹³.

Sabemos que gestações indesejadas muitas vezes são interrompidas por abortos clandestinos e ilegais, colocando em risco a saúde da mãe. Entre as gravidezes de adolescentes nos Estados Unidos, 40% ocorre a abortos provocados como método para interrupção¹⁰. Preferimos chamar essa gravidez adolescente de indesejável, pois afinal, muitas vezes a gravi-

dez é desejada, consciente ou inconscientemente; mas traz efeitos indesejáveis, como a evasão escolar e a má qualificação profissional que levam, muitas das vezes a uma piora do padrão familiar, financeiro e social.

O levantamento mundial sobre fertilidade observou uma relação inversa entre fertilidade e nível educacional das mulheres: mulheres sem educação formal têm, em média, o dobro do número de filhos do que aquelas com sete ou mais anos de escolaridade. Da mesma forma, mulheres que casam com 22 anos ou mais tem menos filhos do que mulheres que se casam com 18 ou 19 anos⁹. A gravidez na adolescência perpetua o ciclo da pobreza, gravidez na adolescência, baixa escolaridade, subemprego, lar desfeito, pobreza, nova gravidez¹⁰.

A gravidez nesta faixa etária está associada a taxas de mortalidade materna e morbidade altas⁹. Em nosso país é 30% maior a mortalidade materna entre as adolescentes do que entre as mulheres de 20 a 29 anos, sendo a décima causa de óbitos em adolescentes em geral e aumentando para a sexta causa na faixa dos 15 aos 19 anos¹⁴.

Devemos então, a partir da chegada da adolescente ao Setor de DST-UFF afim de se cuidar, promover sua saúde, uma oportunidade ímpar para discutir sua saúde sexual, abordando daí o tema da anticoncepção.

Destaca-se ainda que, mesmo entre aquelas que já possuem um filho é premente a necessidade de orientar-se quanto à contracepção, pois estudos têm demonstrado que significativo número de adolescentes possui três ou mais filhos antes dos vinte anos¹⁴.

Poucas pacientes em nosso estudo relatam ter sido vítimas de algum tipo de abuso sexual. Tais valores encontram-se bastante aquém dos valores encontrados nos EUA¹⁵. No município do Rio de Janeiro, em 1990, 21.6% de cada 100.000 crianças e adolescentes sofreram abuso sexual registrado em delegacia policial¹⁶. Tais números mostram que a omissão pode estar ocorrendo entre os pacientes atendidos no Setor; e este dado poderia ser importante para uma elucidação diagnóstica.

A Senadora Benedita da Silva, em discurso proferido na Semana da Criança de 1995, no Senado, relatou que, segundo informações da Casa da Passagem, em Recife, de 45 a 70% das prostitutas da região tinham menos de 20 anos. A situação é tão grave de violência contra jovens prostituídos (meninos e meninas, rapazes e moças), que foi criada em 1993 uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) destinada a apurar responsabilidade pela exploração e prostituição infantil¹⁷.

Também destacamos que, segundo o Código Penal Brasileiro, toda jovem de menos de 14 anos que mantém relação sexual é considerada vítima de estupro, por ser considerada presunção de violência perante a Lei¹⁸.

Dentre os diagnósticos, procuramos destacar o de infecções por *Chlamydia*. Hoje em dia a infecção por *Chlamydia trachomatis* é considerada problema de saúde pública nos EUA, onde se calcula uma média de quatro milhões de novos casos por ano¹⁹, com 70% de infecções assintomáticas²⁰. As estimativas de prevalência da infecção por *C. trachomatis* entre adolescentes sexualmente ativos variam entre 8 e 35% nos sintomáticos e 8 a 20% nos assintomáticos^{7,21}.

Os planos do *Centers of Diseases Control and Prevention CDC- USA* de instituir um programa de controle nacional comparável aos existentes para gonorréia e sífilis foram frustrados pela epidemia de HIV. Estudos realizados²² têm sugerido que toda adolescente sexualmente ativa deva ser reinvestigada com frequência para infecção genitourinária por *Chlamydia*, independente da história de comportamento sexual. A infecção por *Chlamydia* é a DST que acarreta maior impacto sobre a saúde reprodutiva das adolescentes, levando frequentemente a processos de esterilidade feminina^{7,20}.

A *Chlamydia trachomatis* é um patógeno do aparelho reprodutor implicado em processos de cervicite e salpingite, podendo também ser transmitida no momento do parto através do canal vaginal à criança, que pode vir a desenvolver conjuntivite e pneumonia.

Atualmente, a infecção por *Chlamydia trachomatis* é considerada problema de saúde pública nos EUA; onde se calcula uma média de quatro milhões de novos casos por ano¹⁹, com 70% de infecções assintomáticas²⁰. As estimativas de prevalência da infecção por *Chlamydia trachomatis* entre adolescentes sexualmente ativos, variam entre 8 e 35% nos sintomáticos e 8 a 20% nos assintomáticos^{21,7}.

Estudos realizados²² têm sugerido que, toda adolescente sexualmente ativa, deva ser reinvestigada com frequência para infecção genitourinária por *Chlamydia*, independente da história de comportamento sexual.

Mesmo assim, da população total, apenas dois (um homem e uma mulher) correspondendo a 0,9% dos estudados, tiveram seu exame solicitado, ambos com diagnóstico negativo. Certamente estamos diante de um número baixo de suspeição para *C. trachomatis* por parte dos profissionais do Setor.

Conhecendo toda a estrutura do Setor de DST, há convicção em afirmar que a baixa suspeição de infecção por *Chlamydia*, prende-se à extrema dificuldade que o serviço tem para conferir seu diagnóstico. Para piorar a situação, nem a rede pública ou laboratório central dispõem de insumos para a realização dos testes numa rotina médica. Com isso, na vivência do Setor de DST, por pura dificuldade técnica a pesquisa de *Chlamydia trachomatis* não se constitui em uma rotina de saúde pública. Aliás, tal dificuldade também é vivenciada em países desenvolvidos.

Já é demonstrado que os adolescentes com história prévia de DST estão sob maior risco de outras DST^{21,24}. Tais pacientes certamente estão envolvidos em comportamento de risco (ou possuem parceiros que estão) e deveriam receber orientações reforçadas sobre a importância do sexo seguro para prevenção de novas patologias.

As descargas vaginais ou corrimentos são extremamente comuns nas adolescentes, sendo importante motivo de consulta, também observado por outros autores²¹. Esta secreção ocorre por aumento da atividade hormonal ovariana, sendo constituída por uma descamação de células vaginais e secreções cervicais, e pode ser diferenciada de vulvovaginites específicas por não serem encontradas no exame laboratorial *clue cells* (sugestivas de *Gardnerella vaginalis*), *Trichomonas*, fungos e pelo aumento de *Lactobacillus sp.*

A elevada procura por pacientes com queixa de uretrite concorda com os motivos principais de procura de adolescentes apresentados por Alexander e Beck-Saque²¹, que ainda comentam que as infecções por *Chlamydia*, entre seus pacientes, já ultrapassam em 3:1 os casos de uretrite gonocócica, dados ainda não observados no Setor de DST-UFF. Apesar de muitos pacientes terem procurado o serviço, por motivos outros que não o de investigação/tratamento de uma Doença Sexualmente Transmissível, o rastreamento destas doenças em adolescentes tem que ser feito em muitos casos a partir de outras oportunidades, como a partir do pré-natal, da realização do seu exame preventivo ou da procura de orientação anticoncepcional.

Embora nossos números sejam de pacientes especialmente referidos a um Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis, os números de DST em jovens vem crescendo de forma alarmante em todos serviços médicos²³. Vários autores têm demonstrado que os adolescentes constituem o grupo sob maior risco de DST^{24,25}. É sabido que a atividade sexual desinformada e desprotegida na adolescência leva a maior exposição a Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que, em muitos casos, é adquirido durante a adolescência⁹.

Tal fato leva à necessidade de diminuir as taxas de exposição e à de infecção com DST, o que só poderá ser feito através do aumento de compreensão e conhecimento pelo maior número de jovens da forma de transmissão e prevenção de tais doenças. Estudos realizados na Nigéria, Quênia e Serra Leoa, mostram incidência de alguma Doença Sexualmente Transmissível entre 16 e 36% dos adolescentes atendidos¹²; sendo que um em cada 20 adolescentes adquire uma DST a cada ano em todo o mundo²³.

Embora a nível mundial venha apresentando um declínio, já sendo suplantada em novos casos por outras doenças, a gonorréia foi bastante encontrada no Setor de DST-UFF, sendo o principal diagnóstico na população masculina estudada. Não encontramos, entretanto, nenhum caso de infecção extragenital, nem de suas complicações, como infertilidade, artrite ou oftalmia. Esta preponderância da gonorréia corresponde a dados do Distrito Federal, onde em 1988 o principal diagnóstico entre os adolescentes masculinos foi o de gonorréia, seguido por uretrite não gonocócica, condiloma acuminado e sífilis²⁶.

O papel de destaque de HPV em nosso levantamento equivale a dados de literatura. Segundo Biro e Hillard²⁴, a investigação deve ser feita em todo paciente com vida sexual ativa, por tratar-se da DST viral mais prevalente nos EUA, apresentando em sua série 16% de adolescentes com alterações citológicas compatíveis com HPV.

A *Gardnerella vaginalis*, como causadora de vaginose bacteriana, apesar de diagnosticada várias vezes não pode ser caracterizada como uma doença de transmissão essencialmente sexual. Existem relatos de infecção por *Gardnerella vaginalis* em pacientes virgens, sintomáticas ou não²⁵. Bump e Buesching²⁷ não relatam, em seu estudo, diferença significativa na prevalência de vaginose bacteriana ou no isolamento

de *Gardnerella vaginalis*, entre os grupos de adolescente sexualmente ativas e das virgens.

A sífilis na adolescência é um importante diagnóstico, devido ao alto risco de sífilis congênita, transmitida a partir de mães infectadas. Nos Estados Unidos, 30% das crianças que nasceram com sífilis congênita eram filhos de adolescentes²¹. Em recente estudo³⁵, 25% dos casos de sífilis congênita, registrados no Hospital Universitário Antônio Pedro - HUAP ocorreram em filhos de mães adolescentes. Na população adolescente de Brasília, em 1988, a sífilis foi o mais importante diagnóstico etiológico, seguido de condiloma acuminado e gonorréia²⁹.

Embora diagnosticada em apenas uma adolescente no Setor de DST-UFF no ano de 1995, a importância da Aids não deve ser deixada de lado. Em relação à Aids, na faixa etária de 13 a 21 anos, os adolescentes representam 1,2% dos casos registrados nos Estados Unidos até 1989; com seu diagnóstico duplicando a cada 14 meses¹¹, é importante frisar que estes dados não levam em conta o portador assintomático que só apresentará sintomas e terá seu diagnóstico firmado na vida adulta.

A Aids já se encontra como a sétima causa de morte nos Estados Unidos na faixa etária dos 15 aos 19 anos²⁸. Cerca de 70% das infecções pelo HIV em mulheres no mundo ocorrem entre os 15 e os 25 anos, segundo dados do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas¹². No período de 1980 a 2 de julho de 1994, 2,9% dos casos de Aids incidiram em adolescentes, com outros 11,9% ocorrendo ainda na juventude (até os 25 anos), em casos muito provavelmente adquiridos durante a adolescência²⁹. Na verdade, os adolescentes podem estar sob risco particularmente elevado de infecção por HIV, já que a maioria dos jovens assume comportamento de alto risco, como a relação sexual sem proteção (o fator de risco mais comum associado à transmissão de Aids entre adolescentes é a relação sexual desprotegida).

O caso ocorrido em nosso serviço foi em uma adolescente que, além do HIV, apresentava, ainda, tricomoníase, sífilis, candidíase e miíase vulvar. Na seqüência do atendimento, foi também diagnosticada gravidez, que evoluiu para parto normal à termo, com recém-nato não infectado para o HIV nem para sífilis.

Para finalizar os itens coletados, desejamos comentar nossos dados em relação ao retorno do paciente ao Setor de DST. Tal item, como os demais, é aferido mediante relato escrito no prontuário.

Por ter trabalhado no Setor, pude observar que o serviço funciona como um verdadeiro local formador de recursos humanos para a área de saúde. Sendo assim, passam pelo serviço muitos profissionais médicos, enfermeiros, além de alunos de graduação.

O Setor de DST-UFF, como Centro de Treinamento Nacional em DST para a Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, oferece anualmente vários treinamentos em DST para os profissionais de todos os estados brasileiros.

Em cada treinamento, dez profissionais médicos/enfermeiros passam uma semana em atividades teóricas e práticas no Setor. Participam desde a palestra inicial, sala de espera até o

atendimento médico propriamente dito. Participam atendendo e escrevendo no prontuário. Mesma coisa fazem os profissionais da especialização e mestrado.

O corpo fixo do Setor, embora muito eficiente, atento e zeloso, é pequeno, para uma demanda grande de clientes.

Com essa evolução de raciocínio quero dizer que algumas vezes o paciente é atendido, algum exame é entregue, porém, o relato escrito no prontuário fica sem registro. Verdadeiramente isso ocorre em todos os serviços, sejam públicos ou privados. Óbvio que no Setor de DST esse número não é grande, mas existe. Assim, a taxa de retorno, com certeza, é maior do que a encontrada.

A taxa de retorno geral encontrada no presente estudo foi de 58%. Contudo, as adolescentes retornaram em 59% e os adolescentes em 54,3%. Estatisticamente são similares tais taxas. Comentário adicional deve ser feito ao fato de que mais de 30% de todos os adolescentes retornaram mais de uma vez. Não temos qualquer dado nacional ou estrangeiro para comparar esses valores, mas, se forem descontados aqueles casos que não necessitam mesmo retornar, pois foi apenas esclarecida alguma dúvida, ou os casos que não eram para o Setor e foram encaminhados para serviço específico (pré-natal), ou pacientes sem DST ou outro diagnóstico infeccioso, taxa geral, bruta, de 60% de retorno, a taxa pode ser encarada como excelente. Pessoalmente, acredito que apenas essa percentagem, sem qualquer outro desconto, representa um sinalizador importante de grande capacidade de atuação dispensada por aqueles que militam no Setor de DST.

Finalizando meus comentários, desejo expressar minha ousadia de dizer, que tendo participado de vários dos atendimentos aqui citados; este modesto, porém, para mim e equipe do Setor de DST, grande trabalho, representa um marco na atenção de adolescentes em clínica de DST, pois é um registro fiel dos aspectos que deixam a desejar, e altamente positivos, de um serviço público que luta para cumprir as metas de ser um centro de capacitação, em uma universidade atuando conjuntamente com ensino, pesquisa e extensão universitária. Assim, gera conhecimento e os difunde entre seu corpo discente / docente e para todos aqueles que possuem acesso às suas publicações.

CONCLUSÃO

- Dos pacientes atendidos no Setor de DST-UFF em 1995, houve predominância de adolescentes tanto do sexo masculino quanto do sexo feminino no grupo etário entre 14 e 19 anos;
- a maioria dos adolescentes era de cor branca;
- com relação à moradia a maior parte dos adolescentes era proveniente de outras localidades;
- grande parte dos adolescentes iniciou a vida sexual entre 14 e 16 anos de idade, sendo que em média os rapazes iniciaram com mais idade do que as moças;
- a maioria da população estudada era constituída por adolescentes solteiros, predominantemente relatando parceiro sexual fixo exclusivo;

- a maior parte dos adolescentes é constituída por estudantes e outro grupo por trabalhadores;
- a principal referência de indicação do serviço foi de amigos e parentes, sendo que, parte dos rapazes e moças foram encaminhados ao Setor de DST por clínicas privadas;
- considerável parte dos adolescentes relatou não utilizar nenhum tipo de método contraceptivo; apesar desse fato, elevado número de moças nega ter engravidado alguma vez;
- na população masculina estudada, a maioria negou uso de preservativo, em contrapartida, pequeno número de adolescente estava grávida na primeira consulta;
- considerável quantidade de adolescentes retornou ao setor para acompanhamento;
- nenhum dos rapazes atendidos relatou ter sido vítima de violência sexual, mas, entre as moças a taxa foi de 2,7%;
- elevado número de adolescentes relataram a não ocorrência de doença de transmissão sexual prévia;
- considerável parte das adolescentes buscaram atendimento predominantemente por queixa de corrimento vaginal, e acentuado número dos homens vieram à consulta com queixa de uretrite;
- acentuada quantidade de adolescentes que buscou atendimento no Setor de DST, e apresentaram diagnóstico de uma infecção genital, sendo que nas moças as DST mais frequentes foram a infecção por HPV, sífilis, tricomoníase, gonorréia e HIV. Já nos rapazes a maior ocorrência foi de gonorréia, infecção por HPV, sífilis e cancro mole.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coelho Junior, Elísio. A adolescente e o ginecologista. **MIP-Boletim Informativo do Movimento de Integração de Profissionais de Saúde para Adolescentes**, Recife, abr./jun. 1996. v. 2, n. 2, p. 23, c.1,2.
2. IBGE - **Censo Demográfico**. 1991.
3. Ozcebe, Hilal, Dervisoglu, Ayse Akin. Adolescents: with a special reference to Middle East and North Africa Regions. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v. 6, n. 2, p.79-88, fev., 1995.
- 4.. Costa, Maria, Pinho, José, Martins, Sandro. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém-Pará. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.71, n. 3, p.151-156, mai., 1995.
5. Taquete, Stella Regina. Sexo e gravidez na adolescência: estudo de antecedentes bio-psico-sociais. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 3/4, p.135-139, mar., 1992.
6. Pesquisa de cadastro de preservativos. **Boletim PAPOS**, Rio de Janeiro, 4º trim. 1995. v. 1, n. 4, p. 2, c.2.
7. Thomas, Bell. Infecções por *Chlamydia trachomatis* em adolescentes. **Clínicas Médicas da América do Norte: Medicina do Adolescente**, Rio de Janeiro, v. 5, p.1311-1321, 1990.
8. Aldrighi, José, Piha, Tony, Campos, Luís Salvoni. Anticoncepção na adolescência. **Ars Cvrandi**, Rio de Janeiro, n. 6, p.55-64, nov./dez., 1993.

9. Organização Mundial de Saúde. **Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação**. Genebra: OMS/FNUAP/UNICEF, 1993. 22 p.
10. Rodrigues, Anete Pedrenho, Souza, Maria do Carmo Borges, Brasil, Rita Maria Cavalcante, Carakuhansy, Gerson. A Adolescência. **Femina**, São Paulo, v. 21, n. 3, p.241-246, mar., 1993.
11. Kipke, Michele, Futterman, Donna, Hein, Karen. Infecção pelo VIH e Aids durante a adolescência. **Clínicas Médicas da América do Norte: Medicina do Adolescente**, Rio de Janeiro, v. 5, p.1223-1244, 1990.
12. Zewdie, Debrework. The Rapidly Increasing HIV/Aids Infection Rates Among Young Girls. *In*: International Conference on Aids in Africa, 13, 1993, Marrakesh, African Conference on Sexually Transmitted Diseases, 8, 1993, 13. Marrakesh. **Apresentação**. Marrakesh: Aids Control and Prevention Project, 1993. 12p.
13. Castelo Branco, Viviane Manso. Perfil da gravidez na adolescência no município do Rio de Janeiro. *In*: Congresso da Sociedade Brasileira de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, 4, 1996, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro, 1996. 84 p. p. 75
14. Rodrigues, Anete Pedrenho, Souza, Maria do Carmo Borges, Brasil, Rita Maria Cavalcante, Carakuhansy, Gerson. Gravidez na adolescência. **Femina**, São Paulo, v. 21, n. 3, p.199-224, mar., 1993.
15. Associação Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência - ABRAPIA. **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção: guia de orientação para profissionais de saúde**. Petrópolis: Autores e Agentes Associados, 1992. 32p.
16. Assis, Simone, Souza, Ednilsa. Morbidade por violência em crianças e adolescentes do município do Rio de Janeiro. **Jornal de Pediatria**. v. 71, n. 6, p.303-312, nov./dez. 1995.
17. Silva, Benedita da. **A situação das crianças e dos adolescentes brasileiros**. Brasília: Senado Federal, 1995. 16p.
18. Brasil. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário
19. Randall, Terry . Novas ferramentas disponíveis para o diagnóstico e tratamento da *Chlamydia*. **The Journal of the American Medical Association / Ginecologia e Obstetrícia**. São Paulo, v. 1, n. 5, p.298-305, set./out., 1993.
20. Cunningham, DS. Infecção genital por clamídia. **Gynecology and Obstetrics Investigator**. n. 39, p.54-59, 1995.
21. Beck-Sague, Consuelo, Alexander Russel. Sexually Transmitted Diseases in Children and Adolescents. **Infectious Disease Clinics of North America**, Philadelphia, v. 1, n. 1, p.277-304, mar., 1987.
22. Blythe, Margareth, *et al*. Infecção Genitourinária Recorrente por clamídia em adolescentes sexualmente ativas. **The Journal of Pediatrics**, v. 121, n. 3, p.487-493, 1992.
23. Souza, Ronald Pagnocelli de. *In*: Sociedade Brasileira de Peditria: Comitê de Adolescência. **Manual de adolescência**. Rio de Janeiro: Diretoria de Publicações da SBP, 1990. 80p. Sexualidade na adolescência. p. 53-58.
24. Biro, Frank, Hillard, Paula. 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.
25. Valle, Maria Dilce Barroso . Os Adolescentes, Grupo de Risco das DST. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, Niterói,RJ.
26. Coelho Junior, Elísio. A Adolescente e o Ginecologista. **MIP-Boletim Informativo do Movimento de Integração de Profissionais de Saúde para Adolescentes**, Recife, abr./jun.. 1996. v. 2, n. 2, p. 23, c.1,2.
27. Maakaroun, Marília de Freitas, Souza, Ronald Pagnocelli de, Cruz, Amadeu Roselli. **Tratado de adolescência, um estudo multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991. 1002 p.
28. Bump, Richard. Bacterial Vaginosis in Virginal and Sexually Active Adolescent Females: Evidence Against Exclusive Sexual Transmission. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, n. 158, p. 935-939, 1988.
29. Beach, Roberta, *et al*. Eficiência dos preservativos em jovens. **Pediatrics**, v. 95, n. 2, p.281-285, 1995.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis / AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS**. v. 7, n.6, p.6, jun., 1994.
31. De onde vêm os pacientes. **Momento UFF**, Niterói, abr. 1996.n. 63, p. 1, c.1.
32. Zagury, Tania. **O Adolescente por ele mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1996. 185p.
32. Vitória, Gisele. Sexo Teen: as angústias, as dúvidas e as novidades da geração que cresceu entre o fantasma da aids e o mito da liberdade sexual. **Isto é**, n. 1340, p.92-98, 7 de jun. , 1995.
33. Burztyrn, Ivani. Gravidez na adolescência: a visão dos adolescentes. *In*: Congresso da Sociedade Brasileira de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, 4, 1996, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro, 1996. 84 p. p. 26
34. Organização Pan-Americana de Saúde. Programa de Saúde Materno-Infantil. **O marco conceptual da saúde integral do adolescente e de seu cuidado**. Washington: OPS/OMS, 1990.17 p.
35. Castelo Branco, Viviane Manso, *et al*. Perfil das Adolescentes Atendidas nas Atividades de Contracepção da Rede Básica da SMS / RJ. *In*: Congresso da Sociedade Brasileira de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, 4, 1996, Rio de Janeiro. **Anais ...** Rio de Janeiro, 1996. 84p. p. 76
36. Freitas, Fátima Pires, *et al*. **Sífilis Congênita: levantamento no Berçário do Hospital Universitário Antônio Pedro - Universidade Federal Fluminense: Período 1990/1992**. Niterói, 1993. 50 p. Monografia de conclusão de curso (Especialização em Doenças Sexualmente Transmissíveis). Universidade Federal Fluminense.
37. Gomes, Sonia Maria Tavares de Albuquerque Gomes. *In*: Sociedade Brasileira De Pediatria: Comitê de Adolescência. **Manual de Adolescência**. Rio de Janeiro: Diretoria de Publicações da SBP, 1990.80p. Características de um Serviço de Atenção Primária. p. 43-48.
38. Universidade Federal Fluminense, Centro de Ciências Médicas,Departamento de Doenças Infeciosas e Parasitárias. **Projeto de Implantação do Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense**. Niterói, RJ, Ed. Universidade Federal Fluminense, 1988. v. 2, n. 2, 3, 4, p.49-51, abr./dez., 1990.

Endereço para correspondência:

Setor de DST-UFF
 Tomaz Barbosa Isolan
 Rua D. Pedro II, 756
 Pelotas, RS – 96010-300