

GESTANTES ATENDIDAS NO SETOR DE DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

PREGNANTS ASSISTED AT THE SEXUALLY TRANSMITTED DISEASE SECTOR OF THE UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Leonardo M Bastos¹, Mauro RL Passos², Alberto S Tibúrcio³, Renata Q Varela¹
Vandira MS Pinheiro⁴

RESUMO

Introdução: infecções genitais/DST e suas possíveis complicações para a gravidez são frequentes em países com dificuldades na atenção a saúde pública. **Objetivos:** identificar motivos que levam as gestantes a procurar atendimento no Setor de DST-UFF, definir os diagnósticos mais comuns nestas pacientes, identificar o perfil socioeconômico e sexuais das gestantes que procuram o Setor. **Metodologia:** Foi realizado um estudo retrospectivo, através de levantamento de todos os prontuários abertos no Setor de DST-UFF entre 1995 e 1998 (4837 prontuários), destes foram selecionadas as pacientes que apresentavam diagnóstico de gravidez (157 pacientes), foram analisados vários dados para sabermos as características socioeconômicas e culturais, assim como dados do diagnóstico das pacientes. **Resultados:** A nossa pesquisa revelou que as gestantes formam parcela considerável da clientela do Setor de DST-UFF, representando 5% (157/3.214) do total de mulheres atendidas, notamos que 91% das pacientes apresentavam alguma infecção genital, e que os diagnósticos mais frequentes foram condiloma acuminado, seguido de vaginose bacteriana e sífilis, o local de domicílio foi Niterói, a faixa etária de 17 a 20 anos, estado civil solteira, escolaridade primeiro grau incompleto, renda até dois salários mínimos, e tinham apenas um parceiro. **Conclusão:** o motivo mais comum de procura ao Setor foi verrugas genitais, o diagnóstico mais frequente foi condiloma acuminado, as pacientes não tinham mais de um parceiro, a idade mais comum foi 17 anos, e a renda familiar de até dois salários mínimos.

Palavras-chave: DST, gravidez, epidemiologia

ABSTRACT

Introduction: genital infection/STD and their possible complications for the pregnancy, are frequently in countries with difficulties in attention in public health. **Objectives:** to identify the reason for the pregnant goes to STD-UFF Section, research the most common diagnosis in these patients, to identify the social and economical profiles of the promptuaries that was created in the STD-UFF Section between 1995 and 1998 (4837 promptuaries), it was selected the pregnant womem (157 patients), it was analysed some data to know the social, economical and culture characterization, and data of diagnosis. **Results:** our research had revealed that pregnant are a significant piece of the womem patients (5%) (157/3.214), we note that 91% had genital infection and the most frequently diagnosis was HPV infection, followed by vaginosis and syphilis, they have 17-20 years-old, single womem, with low family income, low educational rate, and single exclusive partner. **Conclusion:** the most common reason of they go to STD Section was genital HPV lesions, the most frequently diagnosis was HPV infection, the patients have single sexual partner, the most common age was 17 years old and low education and income levels.

Keyword: STD, pregnancy, epidemiology

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 12(2):5-12, 2000

INTRODUÇÃO

Várias complicações do ciclo grávido-puerperal podem ter sua origem nas Doenças Sexualmente Transmissíveis, como

por exemplo: papiloma laríngeo do recém nascido e da infância, prenhez ectópica, endometrite puerperal, amniocoronite, rotura prematura de membranas, sífilis congênita, transmissão do HIV, entre outras.

Coste *et al.*¹ analisaram um grupo de 624 pacientes com prenhez ectópica e estudaram os fatores de risco associados. Concluíram que as DST estão envolvidas na maioria dos casos de prenhez ectópica, sendo o fator de risco mais importante, e que os riscos são particularmente maiores no caso da infecção por *C. trachomatis*.

¹ Médico, Ginecologista e Obstetra, Especialista em DST.

² Prof. Dr. Adjunto do Departamento de Microbiologia e Parasitologia da UFF, Chefe do Setor de DST-UFF.

³ Médico Infectologista, Especialista em DST, mestre em DIP.

⁴ Professora convidada, Programa de Pós-Graduação em DST/MIP/CMB/CCM/UFF.

Em estudo realizado em 1996 por Alberico *et al.*², sobre a transmissão vertical do HPV, foram colhidas amostras (biópsia) de colo durante a gestação e no momento do parto e amostra da secreção orofaríngea dos seus neonatos, as amostras foram testadas para detecção do DNA viral e tiveram como resultados 30% de infecção materna pelo HPV e, nas pacientes com testes positivos para o HPV os recém-natos apresentaram uma positividade em 57% dos casos. Os autores concluíram que a possibilidade da transmissão do HPV da mãe para o feto é alta, principalmente, quando o PCR é positivo no momento do nascimento, na presença de alta carga viral e que estes fatores justificam a necessidade de monitorar esta infecção em gestantes afetadas pelo condiloma acuminado ou com colpocitologia sugestiva de HPV.

Quando compara-se a incidência de certas doenças em vários países, novamente notamos a importância do estudo ser desenvolvido na nossa realidade. Nos países em desenvolvimento, a incidência de sífilis é de 2,5 a 15,3%^{3,4}, o que chega a ser um absurdo se comparado aos índices dos países desenvolvidos, que é de 0,2 a 0,4%⁴. Em estudo realizado no Hospital Universitário Antônio Pedro, por Freitas *et al.*⁵ entre 1990 e 1992, a soroprevalência ao VDRL dos recém natos ficou entre 1,3 e 2,1%.

Podemos citar, além destes, outros estudos realizados em maternidades de Porto Alegre (RS) e Juiz de Fora (MG)⁶, sobre a incidência de DST em gestantes, demonstrando uma variação de 7,1 a 12% para colpite bacteriana, de 5 a 22% para candidíase vaginal, e de 8 a 17% para tricomoníase.

Em um levantamento com 1459 amostras sanguíneas de gestantes atendidas em Hospitais públicos da cidade de Goiânia - GO, testados para HBsAg e anti- HBs foram encontradas 109 amostras positivas, Cardosa *et al.*⁷ ressaltam que estes resultados justificam a triagem para Hepatite B como rotina no Pré-natal.

O boletim epidemiológico do Ministério da Saúde⁸ demonstrou um aumento na transmissão do HIV no período de 1980 a 1994. Até agosto de 1996 a transmissão perinatal do HIV correspondeu a 2,3% dos casos diagnosticados de aids no Brasil. A prevenção da transmissão do vírus HIV na gestação/parto só pode ser feita se houver o diagnóstico da infecção materna, por isso preconiza-se, hoje em dia, a dosagem de anticorpos anti-HIV de rotina em todas as gestantes.

Um estudo comparativo realizado em Indianápolis, EUA, no ano de 1996⁹, com 739 pacientes divididas em três grupos: gestantes, pacientes atendidas em ambulatório geral de Ginecologia e pacientes atendidas em ambulatórios de DST, demonstrou que a gestação é um fator de risco para a positividade de infecção pelo HPV e de alto risco para câncer de colo devido às modificações hormonais e imunológicas associadas à gestação.

A primeira ocorrência de transmissão perinatal do HIV, registrada no Brasil, data de 1985¹⁰. Ocorreu, de lá para cá, um aumento da frequência deste tipo de transmissão, chegando, segundo o Ministério da Saúde, a 3,6% em 1996. O Ministério da Saúde tem um projeto de vigilância do HIV por rede sentinela nacional, para monitorar os índices de infecção pelo HIV. Este projeto, iniciado no ano de 1992, conta com

sítios de pesquisa em pacientes de pronto-socorro, de maternidades e de clínicas de DST. Em relação às parturientes, apresentou-se uma prevalência de 1,2%, e no segundo corte uma prevalência de 1,7%, demonstrando um aumento estatisticamente significativo¹⁰.

Em estudo realizado no ano de 1995 em uma maternidade do centro da cidade do Rio de Janeiro (Pró-Matre), onde foram testados o sangue de 742 pacientes, para positividade de anticorpos anti-HIV, ficou demonstrado uma prevalência de 2,7% de positividade¹¹. **Objetivos** – identificar quais queixas levam as gestantes a procurar o atendimento no ambulatório de DST UFF.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo retrospectivo, realizada através da análise de prontuários. As pacientes incluídas neste estudo foram as que abriram prontuário no Setor de DST - UFF entre 1 de janeiro de 1995 e 31 de dezembro de 1998, já com diagnóstico confirmado de gravidez, assim como as que tiveram o diagnóstico realizado no Setor de DST - UFF. Não foi considerado critério de inclusão a presença de DST, este dado foi relatado no decorrer da análise dos dados.

No período da pesquisa foram atendidos, pela primeira vez no ambulatório de DST da Universidade Federal Fluminense, 4837 pacientes de primeira vez, e daí separadas 3214 pacientes do sexo feminino, todas tiveram seus prontuários examinados, para retirarmos as que estivessem no critério de inclusão. Das 3214 pacientes, 157 apresentaram os critérios para inclusão no estudo, ou seja, tinham diagnóstico de gravidez.

Foram retirados dos prontuários os seguintes dados: motivo da consulta, município de residência, profissão, número de parceiros, idade, grau de instrução, nível de educação sexual, renda familiar, estado civil e diagnóstico.

Após o levantamento, os dados foram organizados em planilhas e agrupados, com o propósito de facilitar a análise das informações. Ao final da pesquisa, os resultados foram organizados em tabelas e analisados descritivamente.

RESULTADOS

Motivo da consulta

Neste tópico os dados foram relacionados de acordo com o que a paciente relatava no momento da anamnese, como sendo o fato que a levou a procurar o Setor, e estes fatos foram agrupados, muitas vezes utilizaram-se sinônimos para expressar um mesmo dado, como por exemplo: "úlceras genitais, ferida na vagina, machucado na vagina; leucorréia, corrimento, inflamação; verruga na vagina, crista de galo, condiloma". Quando as pacientes relataram mais de um motivo para a consulta, foram inseridos os dados de todos os motivos.

Ao examinarmos **tabela 1**, notamos que o motivo de procura ao Setor de DST mais frequente, foi a presença de verrugas genitais, e que a grande maioria das pacientes (91%) apresen-

Tabela 1 – Distribuição das gestantes por motivo da consulta. Niterói-RJ, 2000

Motivo da Consulta	n	%
Verrugas genitais	61	36,5
Leucorréia	40	24,0
Prurido vulvar	18	10,7
Outras	15	9,0
Parceiro com DST	11	6,5
Tratar sífilis	7	4,2
Realizar preventivo	6	3,6
Úlcera genital	5	3,0
Dispareunia	4	2,4
Total	167	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

tava algum sinal ou sintoma sugestivo de DST, incluídas neste percentual algumas pacientes classificadas na tabela no item "outras", como por exemplo: "caroço na vulva, edema de vulva, vesículas genitais, e pápulas vulvares", com uma paciente apresentando cada uma destas queixas.

Algumas pacientes já chegaram ao Setor com os diagnósticos de gravidez e de DST confirmados, tendo sido encaminhadas ao Setor por outro serviço de saúde para que fosse realizado o tratamento.

Local de domicílio

Das pacientes atendidas, a maior parte reside na cidade de Niterói, RJ, local de realização do levantamento, porém na nossa casuística estiveram presentes nove pacientes que vieram da cidade do Rio de Janeiro e doze pacientes provenientes do interior do estado (tabela 2), demonstrando a abrangência da atuação do serviço no Estado do Rio de Janeiro.

Tabela 2 – Distribuição das gestantes por local de domicílio. Niterói-RJ, 2000

Residência	n	%
Niterói	90	57,32
São Gonçalo	42	26,75
Rio de Janeiro	11	7,01
Outros Municípios	14	8,92
Total	157	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

Idade

A tabela 3 demonstra a idade, separada por faixa etária, das pacientes atendidas, podemos notar que: a maioria (54,1%) das pacientes têm menos de 21 anos de idade.

A idade mais frequentemente aferida foi 17 anos, com dezoito pacientes apresentando tal idade, seguida de 16 anos com dezesseis pacientes. Devemos destacar que houve dois casos de gravidez com treze anos de idade, e que tais pacientes eram portadoras de DST. A paciente com idade mais avançada estava com 39 anos.

Profissão

Na tabela 4 foram demonstradas as profissões, que foram agrupadas em: donas de casa, atividades técnico científicas, setor de serviços e comércio, estudantes e atividade ignorada ou sem ocupação.

Nos nossos resultados encontramos como ocupação mais comum a de dona de casa com 36,3% das pacientes desem-

Tabela 3 – Distribuição das gestantes por idade. Niterói-RJ. 2000

Idade	n	%
13 a 16 anos	28	17,8
17 a 20 anos	57	36,3
21 a 24 anos	41	26,1
25 a 28 anos	11	7,0
Acima de 29 anos	20	12,7
Total	157	100,0

Tabela 4 – Distribuição da gestante por ocupação ou profissão. Niterói-RJ. 2000

Ocupação ou Profissão	n	%
Dona de casa	57	36,3
Serviços / comércio	46	29,3
Estudantes	29	18,5
Ignorada/ sem ocupação	17	10,8
Técnico / científicas	8	5,1
Total	157	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

penhando tal função, seguidas de 29,3% do setor de serviços e comércio, notamos uma pequena presença de pacientes que ocupam-se de atividades mais especializadas, aparecendo em apenas 5,1% de nossa casuística.

Estado civil

A **tabela 5** expõe os dados referentes ao estado civil das pacientes, que foram agrupados de acordo com o prontuário do Setor de DST-UFF, que divide-se em: solteiras, casadas,

solteiras que moram com companheiro, separadas legalmente ou não, e viúvas.

Os resultados demonstram que as gestantes atendidas no Setor eram predominantemente solteiras, com ou sem companheiro, o que é compatível com outro levantamento realizado, anteriormente neste serviço. As pacientes casadas oficialmente também representaram uma parcela significativa, sendo que 19,1% das pacientes relataram ser este o seu estado civil. Os resultados estão de acordo com o esperado na nossa população alvo, as gestantes.

Tabela 5 – Distribuição das gestantes por estado civil. Niterói-RJ. 2000

Estado Civil	n	%
Solteira	61	38,9
Casada	30	19,1
Separada	3	1,9
Solt. c/ companheiro	61	38,9
Viúva	2	1,3
Total	157	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

Escolaridade

A escolaridade que foi aferida na população estudada foi baixa, já que 72% das pacientes tinham apenas o primeiro grau completo ou menor escolaridade. Como é demonstrado na tabela 6, a faixa de escolaridade mais frequente é a do primeiro grau incompleto, fica também claro que é pequena a parcela de nossa clientela que tem 3º grau, completo ou não (3,2%).

Devido ao fato do atendimento ser à população do serviço público, este dado é um dos que não deve ser transportado para outro tipo de clientela, ao mesmo tempo em que poderá ser considerado em outros estudos com pacientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde. Não deve ficar entendido, no entanto, que as DST escolhem as pacientes do SUS para afetar, e sim que as pacientes são atendidas no Setor têm estas características. Houve apenas uma paciente analfabeta.

Renda familiar

A renda familiar das pacientes foi dividida em faixas salariais tendo como referência o salário mínimo vigente na época da consulta, notamos que a maioria das pacientes apresentou renda familiar igual ou inferior a cinco salários mínimos (74,5%), e que a faixa de renda mais comum foi a com menos de dois salários mínimos mensais. Este dado é compatível

com a população geral do país que tem a sua renda nestes patamares. Apenas três pacientes (2,5%), das 157 estudadas apresentavam renda familiar acima de dez salários mínimos.

Educação sexual

A padronização, adotada pelo Setor de DST-UFF para dados sobre educação sexual é a seguinte: nenhum conhecimento sobre o assunto, pouco conhecimento, médio ou bom conhecimento sobre sexo/Doenças Sexualmente Transmissíveis. Dentro desta padronização mantivemos análise, a qual demonstrou que 60% das gestantes atendidas no Setor tinham pouca ou nenhuma educação sexual, porém, para nossa surpresa 37% das pacientes relataram ter uma educação sexual que consideravam média ou boa.

Número de parceiros

A questão do número de parceiros foi dividida em: fixo exclusivo, fixo não exclusivo, múltiplos, atualmente sem. A resposta das pacientes a esta pergunta foi, em 82,1% das vezes, que mantinham relações sexuais com apenas um parceiro, e se somarmos a estas as que relataram não terem parceiros sexuais, na atualidade, o grupo representará 93% das gestantes atendidas no período estudado. Apenas duas

Tabela 6 – Distribuição das gestantes por escolaridade. Niterói-RJ. 2000

Escolaridade	n	%
1º Grau completo	5	3,2
1º Grau incompleto	11	7,0
2º Grau incompleto	28	17,8
2º Grau completo	24	15,3
3º Grau	89	56,7
Total	157	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

Tabela 7 – Distribuição das gestantes por renda familiar. Niterói-RJ. 2000

Renda Familiar	n	%
Até 2 salários	70	44,6
3 a 5 salários	47	29,9
6 a 9 salários	11	7,0
Mais de 10 salários	4	2,5
Ignorada	25	15,9
Total	157	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

Tabela 8 – Distribuição das gestantes por nível de educação sexual. Niterói, RJ. 2000

Educação Sexual	n	%
Nenhuma	43	27,4
Pouca	52	33,1
Média	29	18,5
Boa	29	18,5
Ignorada	4	2,5
Total	157	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

Tabela 9 – Distribuição das gestantes por número de parceiros. Niterói-RJ. 2000

Número de Parceiros	n	%
Fixo exclusivo	129	82,17
Fixo não exclusivo	9	5,73
Múltiplos	2	1,27
Atualmente sem	17	10,83
Total	157	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

pacientes disseram manter relações sexuais com mais de dois parceiros.

Estes dados demonstram que o desenvolvimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis na gestação não está vinculado à promiscuidade da paciente. Apesar disto, devemos observar, que algumas DST podem permanecer em estado latente, e aparecer somente quando há uma baixa na imunidade.

Diagnóstico

O diagnóstico descrito no prontuário das pacientes, mais frequentemente, foi o de infecção pelo *Papilomavírus Humano* (32,5%), o condiloma acuminado foi encontrado em todas estas pacientes, em vagina, vulva, ou colo. Em apenas duas pacientes houve diagnóstico de displasia leve, não sendo encontrado outras alterações no colo uterino, que não fossem

condilomas. A vaginose bacteriana foi o segundo diagnóstico mais comum, representando 19,5% das pacientes estudadas, foi seguida na prevalência pela infecção pelo *Treponema pallidum*, que esteve presente em 13% das pacientes, a candidíase vaginal foi o diagnóstico em dezoito pacientes, que significam 11,2% da amostra. Da população estudada, dezesseis pacientes (10%) não apresentavam-se com DST.

Algumas pacientes tinham mais de um diagnóstico em seu prontuário, nestes casos foram descritos todos, por este motivo encontramos mais diagnósticos do que pacientes. Entre as pacientes que tiveram mais de um diagnóstico devemos destacar uma paciente que foi atendida pela primeira vez no Setor em 6 de abril de 1995, já com o diagnóstico de gravidez confirmado, apresentava um quadro de miíase vaginal, associada a sífilis, condiloma acuminado vulvar, sorologia para HIV positiva, VDRL positivo, tricomoníase e candidíase vaginal associada à sífilis, tendo seu caso publicado por Passos *et al.*^{11,12}

Tabela 10 – Distribuição das gestantes por diagnóstico. Niterói-RJ. 2000

Diagnóstico	n	%
HPV	69	34,3
Vaginose	34	16,9
Sífilis	27	13,4
Candidíase	23	11,4
Sem DST	18	8,9
Tricomoníase	12	5,9
Gonorréia	9	4,4
Herpes	4	2,9
HIV	2	1,0
Outras DST	3	1,5
Total	201	100,0

Fonte: Arquivo Médico do Setor de DST-UFF

DISCUSSÃO

Não encontramos após pesquisa na base de dados Medline em abril de 2000 trabalho sobre gestantes atendidas em setores específicos de DST, com exceção de trabalho produzido no próprio Setor¹¹, por isso tivemos dificuldade para comparar os dados com os da literatura.

Fazendo uma comparação entre as gestantes atendidas no Setor e as não gestantes, os resultados não são semelhantes, ao levantamento realizado no ano de 1995¹³, no qual foram analisadas 694 pacientes não-gestantes atendidas no Setor, encontrou-se uma maior prevalência de vaginose bacteriana que representou 36,4% da população estudada, seguida de candidíase vaginal em 15%, a infecção pelo *Papilomavírus Humano* deteve 8,9% dos casos, a tricomoníase 7,3%, e a sífilis 3,7%.

Um tema que gera muita discussão em torno das DST no ciclo grávido puerperal é o tratamento ou não da vaginose bacteriana assintomática e qual seria o melhor tratamento durante a gestação. Tahate *et al.*¹⁴ realizaram um estudo longitudinal, prospectivo com 1196 pacientes e tiveram como resultado, que a vaginose bacteriana estava associada a maiores índices de soroconversão de pacientes gestantes HIV negativo em HIV positivo e concluíram que é extremamente importante o tratamento desta patologia para restaurar a flora vaginal e diminuir a suscetibilidade à infecção pelo HIV.

Hay *et al.*¹⁵ estudaram longitudinalmente, 718 pacientes para verificar o comportamento da vaginose bacteriana durante a gravidez, e encontraram uma prevalência de 12% , usando a coloração pelo Gram em gestações de até 16 semanas. Este trabalho demonstrou que quando tomamos uma conduta expectante, aproximadamente 50% das pacientes com vaginose têm sua flora normal restaurada quando colhida amostra com 36 semanas de gestação. Os resultados também demonstraram uma diferença significativa na prevalência de cultura positiva para *Mycoplasma hominis* entre as pacientes que tinham vaginose e as que não apresentavam alterações deste tipo, quando tinham sua secreção vaginal corada pelo método de Gram.

Riduam *et al.*¹⁶ avaliaram a associação entre vaginose bacteriana e parto pré-termo (idade gestacional menor a 37 semanas), e concluíram que as pacientes que apresentavam vaginose bacteriana entre 16 e 20 semanas de gestação tinham uma maior predisposição ao parto prematuro. Simões *et al.*¹⁷ realizaram um estudo em 1998 e demonstraram que o grupo que apresentava vaginose bacteriana esteve associado ao trabalho de parto prematuro, Amniorrexe prematura, prematuridade e recém-nato de baixo peso, em uma porcentagem significativamente maior do que a do grupo controle.

Schlicht¹⁸ estudou o tratamento da vaginose bacteriana e relata que o tratamento das vaginoses em pacientes assintomáticas é controverso, mas que pode ser justificado em populações de alto risco, pois a vaginose encontra-se associada a uma maior morbidade. Indica o uso de creme vaginal a base de metronidazol ou clindamicina com tratamento seguro, porém mais dispendioso do que o tratamento oral.

A queda do perfil imunológico, facilitando o aparecimento das lesões do Papilomavírus humano, poderia de certa forma explicar o aumento de sua prevalência durante a gravidez. A

realização de rotina da sorologia para sífilis no pré-natal, poderia indicar o índice de infecção na população que não é diagnosticado por não ser pesquisado, o que nos faz pensar se todos não deveriam solicitar este exame rotineiramente nos pacientes com DST, assim como é a rotina do nosso Setor.

Estudos sobre a prevalência de gestantes portadoras do HIV são realizados em várias partes do mundo, porém o estudo realizado no período de abril de 1991 a fevereiro de 1994, nos Estados Unidos, pelo Aids Clinical Trial Group (ACTG) 076, patrocinado pelo National Institute of Allergy and Infections Diseases¹¹, é um dos mais importantes na área, até hoje. Este estudo, multicêntrico, randomizado e duplo cego, conseguiu diminuir a incidência de transmissão vertical do vírus HIV de 30% para menos de 8%, utilizando-se para isto de medidas como: utilização de AZT na mãe, durante a gestação e no trabalho de parto, e no feto; contra indicação de aleitamento materno e de procedimentos invasivos na gestação; evitar trabalho de parto prolongado, tempo de bolsa rota maior do que 4 horas, e episiotomia, limpeza e aspiração imediata do recém-nato.

A via de parto, e sua relação com a transmissão vertical das DST também é um assunto polêmico, os resultados do European Collaborative Study¹⁹ indicaram que a cesarea conseguiu diminuir a transmissão vertical do HIV-1 em 4,9%, já os resultados de Landesman *et al.*²⁰ não são concordantes. Os que defendem a via baixa usam como argumento a maior morbidade, causada pela cesariana, principalmente, nas pacientes imunodeprimidas, esta é a opinião de De Muylder²¹, por exemplo. Duarte²² acredita que o parto normal ainda é o indicado para pacientes HIV positivo em nosso meio.

CONCLUSÃO

- Verrugas genitais foi o motivo da consulta mais frequentemente relatado nas gestantes que procuraram o Setor (61/167=36,5%), seguido de corrimento vaginal (40/167=24%).

- O diagnóstico mais comum foi condiloma acuminado (69/201 = 34,3%), seguido de vaginose bacteriana (34/201=16,9%), e sífilis (27/201=13,4%).

- O grupo mais comum na nossa pesquisa tinha idade entre 17 e 20 anos de idade, morando em Niterói, solteira, dona de casa, estudou até o primeiro grau incompleto, renda familiar de até dois salários mínimos, relatando um parceiro sexual, e com pouca informação sobre educação sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Coste J, Laumon B, Brémond A, *et al.* Sexually transmitted diseases as major causes of ectopic pregnancy: results from a large case-control study in France. *Fertil Steril* Aug, 62:2, 289-95, 1994.
2. Alberico S, *et al.* Maternal Fetal transmission of human papillomavirus. *Minerva Ginecol*, 48 (5): 199-204, 1996 May.

3. Brasil. Ministério da Saúde. **Bases Técnicas para Eliminação da Sífilis Congênita**. Brasília,DF. 1993. 28 p.
4. Sífilis Congênita (Reunião Internacional de Especialistas). **DST - J. bras Doenças Sex Transm**. Niterói-RJ, v. 6, n. 1 p. 22-4. 19??
5. Freitas, Fátima P, Vasconcellos, Jacqueline, Coutinho, Kátia N. T., Mattos, Marize L. V. *et al*. Sífilis congênita: levantamento no berçário do Hospital Universitário Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense no período: 1990/1992. **DST - J. bras. Doenças Sex Transm**. Niterói-RJ. v.6, n. 3, 23-41, 19??
6. Kruse W, Naud P, Passos E, Ramos JGL. **DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995. 552 p. Capítulo 36p. 410-22.
7. Cardoso D das D, de Faria EI, de Azevedo MS, *et al*. Seroepidemiology for the hepatitis B vírus (HBV) in pregnant women/parturients and its transmission to newborns in Goiânia, GO. **Rev. Soc Bras Med Trop**, 29(4): 349-53, 1996, Jul-Aug.
8. Brasil. Ministério da Saúde. **Aids Boletim Epidemiológico**. Brasília,DF. Ano IX, n. 3, jun. a ago/96. 32p.
9. Fife KH, Katz BP, Rousch VD, Brow DR, Hansell R. Cancer associated human papillomavirus types are selectively increased in cervix of women in the first of pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, 174:5, 1487-93. 1996 May.
10. Brasil. Ministério da Saúde. **Aids no Brasil: um esforço conjunto governo - sociedade**. Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília. 1998.
11. J. Lambert, Lambert JS e Nogueira S. A. **Manual para o acompanhamento clínico da gestante infectada pelo HIV**. Rio de Janeiro, 1996.
12. Passos MR, Carvalho AV, Dutra AL, *et al*. Vulvar myiasis. **Infect Dis Obstet Gynecol**, 1998, 6:2, 69-71.
13. Tibúrcio, Alberto S. **Estudo Epidemiológico de 1182 Pacientes atendidos no Setor de DST - UFF em 1995**. Niterói, 1997. 117 p. Dissertação (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias), Universidade Federal Fluminense.
14. Tahate, Hoover DR, Dallabetta GA, *et al*. Bacterial vaginosis and disturbances of vaginal flora: association with increased acquisition of HIV. **Aids**, 12 (13): 1699-706. SEP 10. 1998
15. Hay PE, Morgan DJ, Ison CA, *et al*. A longitudinal study of bacterial vaginosis during pregnancy. **Br Obstet Gynaecol**, 101:12, 1048-53. 1994 Dec
16. Riduan JM, Hillier SL, Utomo B, *et al*. Bacterial vaginosis a prematurity in Indonésia: association in early and late pregnancy. **Am J Obstet Gynecol**, 193 Jul, 169:1, 175-8.
17. Simões José Antônio. Complicações perinatais em gestantes com e sem vaginose bacteriana. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** v. 20 nº 8: 437. setembro, 1998.
18. Schlicht JR. Treatment of bacterial vaginosis. **Ann Pharmacother** 28:4, 483-7 Apr 1994.
19. European Collaboratives Study. Caesarean section and risk of vertical transmission of HIV infection. **Lancet**, 343: 1467-7, 1994.
20. Landesman SH, Kalish LA, *et al*. Obstetrical factors and the transmission of HIV-1 from mother to child. **N. Engl. J. Med.**, 334: 1664-5, 1996.
21. Demuylder X. Caesarean sections in developing countries: some considerations. **Health Publ. Plan.**, 8: 101- 12, 1993.
22. Duarte, G. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. In: Duarte, G.(ed.) **Diagnóstico e condutas nas infecções ginecológicas e obstétricas**. Ribeirão Preto, Scala. 1988. p. 1-10.

Endereço para correspondência:

Leonardo Martins Bastos

lmartins@brfree.com.br