



Universidade Nova de Lisboa

**VULVOVAGINITES EM GESTANTES ATENDIDAS EM
CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CEARÁ,
BRASIL.**

Raquel Xavier Guimarães

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM SAÚDE TROPICAL**

JANEIRO, 2012



Universidade Nova de Lisboa

VULVOVAGINITES EM GESTANTES ATENDIDAS EM CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CEARÁ, BRASIL.

Raquel Xavier Guimarães
Licenciada em Enfermagem

Orientadora Professora Doutora Rosa Teodósio
Co-orientadora Professora Doutora Maria do Socorro Araújo Dias

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde Tropical

JANEIRO, 2012

Dedico esta tese

À minha mãe, pelo apoio, encorajamento, amor e pelos ensinamentos que formaram os alicerces de minha história;

Ao meu querido filho Aurélio Neto, luz da minha vida;

À minha querida amiga Dr^a. Vera Bonfochi pelo apoio, força, incentivo, e amizade.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

Numa primeira instância, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Rosa Teodósio, que abriu meu olhar para uma actuação comprometida com a comunidade, pela disponibilidade e incansável apoio nas orientações das quais foram fundamentais para o desenvolvimento e conclusão do presente trabalho, meu eterno agradecimento.

À minha Co- orientadora Prof^a Dr. Maria Socorro Dias Araújo, pelo apoio nas orientações das quais foram fundamentais para o desenvolvimento do presente estudo.

À minha família, fontes de toda força e vontade que carrego comigo ao despertar de cada manhã.

Aos Professores e Colegas do mestrado em saúde Tropical, pelo empenho, companheirismo e diálogos.

Ao Bruno Paixão, pela paciência e dedicação nos momentos finais na realização deste estudo.

Às enfermeiras da Estratégia Saúde da Família do município de Sobral.

RESUMO

VULVOVAGINITES EM GESTANTES ATENDIDAS EM CENTROS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOBRAL-CEARÁ, BRASIL

Raquel Xavier Guimarães

Neste trabalho pretendeu-se identificar a prevalência das alterações de flora vaginal em gestantes, sua associação à sintomatologia referida, factores de risco e associação com a estratégia TREVO. É um estudo quantitativo, descritivo e transversal, desenvolvido no serviço público de atenção básica de Sobral, Ceará, no ano 2011, em 214 gestantes, amostradas de forma estratificada por unidade de saúde. Realizou-se uma entrevista com formulário estruturado, e foram coletados os resultados das análises nos prontuários. A prevalência de flora vaginal alterada foi de 50,9%, sendo as mais frequentes: vaginose bacteriana (36,4%), candidíase vaginal (13,6%) e trichomoníase vaginal (0,93%). Os dados apontam elevada prevalência das alterações de flora vaginal, com os factores de risco como baixas condições socioeconómicas, idade, escolaridade e com pouca associação à sintomatologia, ainda que a sintomatologia referida não se associou ou se associou de forma inesperada a essas alterações, o que pode ser explicado pela subjetividade inerente à percepção de sinais e sintomas. Considerando-se as repercussões maternas e perinatais indesejáveis e a prática laboratorial exequível, sugere-se promover ações em todos os níveis de atenção, especialmente na atenção básica, no que diz respeito a estratégias de prevenção e controle da trichomoníase, que é uma IST, assim como também informações sobre factores de risco e auto-cuidado no programa saúde da mulher.

Descritores: Vaginose Bacteriana; Candidíase Vulvovaginal; Gestantes; Prevalência, Vulvovaginites.

ABSTRACT

VULVOVAGINITIS IN PREGNANT WOMEN ATTENDED AT HEALTH CENTERS IN SOBRAL-CEARÁ, BRAZIL

This paper seeks to identify the prevalence of changes in vaginal flora in pregnant women, their association with the symptoms reported, risk factors and association with the strategy TREVO. It is a quantitative, descriptive and cross-sectional study, developed in the public primary care in Sobral, Ceará, in 2011; 214 pregnant women participated in the study (the sample was stratified by health center). We conducted a structured interview and the results of the analyzes were obtained from medical records. The prevalence of altered vaginal flora was 50.9%, the most common: bacterial vaginosis (36.4%), vaginal candidiasis (13.6%) and vaginal trichomoniasis (0.93%). The data suggest a high prevalence of vaginal flora changes with risk factors like low socioeconomic conditions, age, education and little association with the symptoms, although the symptoms reported were not associated or partnered unexpectedly to these changes. This can be explained by the subjectivity inherent in the perception of signs and symptoms. Considering maternal and perinatal adverse effects and the laboratory practice, it is suggested to promote actions at all levels of care, especially in primary care, with regard to strategies for prevention and control of trichomoniasis, which is an STI, so as well as information about risk factors and self-care on women's health program.

Keywords: Bacterial Vaginosis, Vulvovaginal candidiasis, Pregnancy, Prevalence, Vulvovaginitis.

ÍNDICE

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	1
1.1 Apresentação da Problemática.....	1
1.1.1 Flora vaginal normal e alterada.....	2
1.1.2 vaginose bacteriana.....	2
1.1.3 Candidíase vulvovaginal.....	4
1.1.4 Trichomoníase vaginalis.....	5
1.2 Assistência Pré-natal	6
1.2.1 Assistência Pré-natal no município de Sobral.....	8
1.3 Estratégia Trevo Quatro Folhas.....	15
1.4 Justificação do Estudo.....	19
2 OBJETIVOS.....	22
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	24
3.1 Tipo de Pesquisa.....	24
3.2 População e Amostra.....	24
3.2.1 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	26
3.3 Método e Colheita de Dados.....	27
3.4 Gestão de Dados.....	27
3.4.1 Transmissão de Dados.....	27
3.4.2 Coleta de Dados.....	27
3.5 Variáveis do Estudo.....	28
3.6 Apresentação e Análise dos Resultados.....	29
3.7 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	29
4. RESULTADOS	30
4.1 Características Sociodemográficas das Gestantes.....	30

4.2 Fatores de Risco para Estratégia Trevo de Quatro Folhas.....	32
4.3 Hábitos de Higiene.....	34
4.4 Características do corrimento relatado pelas gestantes e análises realizadas.....	35
5. DISCUSSÃO.....	42
6 CONCLUSÕES E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO.....	51
BIBLIOGRAFIA.....	54
ÍNDICE DE FIGURAS.....	66
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	66
ÍNDICE DE TABELAS.....	67
APÊNDICES.....	68
APÊNDICE 1 – Formulário estruturado aplicado as gestantes participantes do estudo.....	68
APÊNDICE 2 – Pedido de autorização as gestantes participantes do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.).....	71

LISTA DE ABREVIATURAS / SIGLAS

CDC –Centers for DiseaseControlandPrevention

CSF – Centro de Saúde da Família

GO – Ginecologia e Obstetrícia

HIV – Vírus de Imunodeficiência Humana

IHMT – Instituto de Higiene e Medicina Tropical

INCA – Instituto Nacional do Câncer

IST –Infecção Sexualmente Transmissível

MS – Ministério Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PSF – Programa Saúde da Família

RN – Recém-Nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TIG – Teste Imunológico de Gravidez

TGI – Trato Genital-Inferior

TPP – Trabalho de Parto Prematuro

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UVA – Universidade Vale do Acaraú

VAT – Vacinação antitetânica

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Apresentação da Problemática

As vulvovaginites são seguramente as doenças ginecológicas mais frequentes durante a gestação. Elas causam fluxo vaginal constante que pode estar associado com sinais/sintomas do tipo prurido e mau odor. Os principais tipos de Vulvovaginites durante a gestação são em ordem decrescente: candidíase vulvovaginal, vaginose bacteriana e a tricomoníase vaginal. (GIRALDO *et al.*, 2005). Essas infecções estão relacionadas a várias complicações, como infertilidade, aumento do risco de transmissão do HIV e intercorrências gestacionais indesejáveis, como rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro e recém-nascido de baixo peso (CARLI *et al.*, 2004).

A prevalência dessas infecções varia entre os países. Em Lima, Peru, foi obtida uma prevalência de 23,24% para vaginose bacteriana, 16,2% para Candidíase Vulvovaginal e 7,8% para tricomoníase Vaginal (CARLI e TASCA, 2005). Nos EUA, a prevalência tem sido relatada, numa variação entre 2 a 40%, sendo a Candidíase Vulvovaginal a de maior expressão (15 a 40%) seguida da vaginose bacteriana (10 a 26%) e tricomoníase vaginal (2,1%) (GIRALDO *et al.*, 2005). No Brasil, suas prevalências foram relatadas, respectivamente, em 19,3%, 9,5% e 2,1% das gestantes que participaram de um estudo no Serviço de Obstetrícia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) (SIMÕES e Cols, 1996). Em Sobral, Nascimento (2003) relata um estudo com 70 (setenta) gestantes do Centro de Saúde da Família (CSF), do Junco, no qual 20 (vinte) gestantes apresentaram *Candida albicans*, 20 (vinte) *Gardnerella vaginalis*, 15 (quinze) outros agentes causais de vulvovaginites, sendo que apenas um total de 15 (quinze) gestantes não apresentaram alterações.

A anatomia do trato genital modifica-se consideravelmente durante a gravidez. No colo uterino há intensa hiperplasia glandular, dando origem às ectopias e levando à exposição de uma maior área de epitélio colunar em contacto com o meio vaginal. Como consequência há maior produção de “secreções” cervicais e transudato vaginal, com um aumento significativo do fluxo vaginal (BRUNHAM 1990; GIRALDO *et al.*, 2005). A acidez vaginal aumenta, os lactobacilos e os fungos se adaptam bem em meios ácidos, havendo boa oportunidade para a *Cândida albicans* proliferar. A imunidade

celular diminuir e, como resultado, reduzir a atividade dos linfócitos T, que estão reduzidos pela metade nas gestantes. Esses linfócitos são importantes na defesa contra a proliferação de fungos, vírus e bactérias (ISALDA & CROSSMAN, 1991; GIRALDO *et al.* 2005). A grávida, então, de maneira geral, passa a ter seus mecanismos de defesa enfraquecidos.

1.1.1 Flora vaginal normal e alterada

Na definição de flora vaginal, de acordo com NUGET *et al.*, 1991 e GONDO *et al.*, 2010 é a proporção entre os *Lactobacillus sp.* e os outros microrganismos que determina o tipo de microbiota vaginal: na flora I há predominância de lactobacilos e flora acessória diminuída, a flora II é intermediária, havendo diminuição de lactobacilos em coexistência com outras bactérias e a flora III, ou vaginose bacteriana, ocorre quando há diminuição acentuada ou ausência de lactobacilos e predomínio de outros morfotipos bacterianos. Então para Gondo, (2010) flora vaginal alterada foi definida como condição de ausência de predomínio de lactobacilos e a presença de vaginose bacteriana ou flora vaginal intermediária, flora positiva para *Cândida albicans* ou *Trichomonas vaginalis* pela microscopia

1.1.2 vaginose bacteriana

A vaginose bacteriana é caracterizada por um desequilíbrio da microbiota vaginal, com o crescimento anormal de bactérias anaeróbias associada a uma ausência ou redução acentuada dos lactobacilos acidófilos, que são os agentes predominantes na flora vaginal normal. Os micro-organismos envolvidos nesse desequilíbrio incluem *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma ureolyticum*, *Bacteróide sp.*, *Mobiluncu sp.*, *Peptostreptococcus*, Cocos Gram Negativos, espécies de *Prevotella* e outros anaeróbios (CONSOLARO *et al.*, 2000) sendo a *Gardnerella vaginalis* a espécie de maior incidência (este bacilo gram-negativo também está presente no trato urogenital normal de 20 a 40% das mulheres saudáveis (BARROS 2002).

Na gestação, a presença de vaginose bacteriana é de grande importância, pois está associada a risco maior de abortamento tardio, infecção da cavidade amniótica, rotura prematura de membranas (RPM), trabalho de parto prematuro (TPP), prematuridade e recém-nascido (RN) de baixo peso (GUERRA *et al.*, 2006; GONDO *et al.*, 2010). O mecanismo

pelo qual essas complicações obstétricas ocorrem ainda não está totalmente elucidado, porém, sabe-se que a vaginose bacteriana constitui-se em alteração da flora vaginal que produz endotoxinas, tornando algumas mulheres mais susceptíveis a iniciar resposta inflamatória com produção de citocinas e prostaglandinas, que desencadeiam o trabalho de parto. Pode haver ascensão dos microorganismos, invadindo as membranas corioamnióticas, decídua e líquido amniótico. Admite-se, inclusive, a possibilidade da produção de proteases pelos microrganismos que compõem a vaginose bacteriana, participando da patogênese da rotura prematura de membranas (FACHINI *et al.*, 2005).

Também já é conhecido que algumas espécies bacterianas encontradas, colonizando o trato genital inferior (TGI), principalmente aquelas associadas à vaginose bacteriana, liberam sialidases e prolidases. As sialidases são enzimas que clivam o ácido siálico de glicoproteínas, dentre elas a IgA, mucinas e receptores celulares e, dessa forma, associadas à evasão da imunidade inata e adquirida, pela degradação da IgA cervical e alteração de receptores da membrana celular, respectivamente (CAUCI *et al.*, 1998; GONDO *et al.*, 2010). As prolidases são enzimas proteolíticas que degradam a matriz extracelular, facilitam a infiltração celular e, portanto, contribuem para a quebra da barreira de proteção das mucosas (MCGREGOR *et al.*, 1999; GONDOR *et al.*, 2010). Mulheres no segundo trimestre de gestação, com maiores atividades de sialidase e prolidase, acompanhadas de aumento de pH vaginal, apresentam maior risco de desenvolver parto prematuro, devido às inter-relações sinérgicas entre os factores de virulência, produzidos por bactérias, presentes na microbiota vaginal alterada, com conseqüente elevação do risco de resultados gestacionais adversos (CAUCI *et al.*, 2005). O metabolismo decorrente da proliferação dessas bactérias promove aumento na produção de amins aromáticas, as putrescinas e cadaverinas, que volatizam e conferem o mau odor genital (PEIXOTO e RAMOS, 2007).

Um sintoma frequente é o corrimento vaginal fluido, acinzentado e com finas bolhas (VARMA *et al.*, 2006). Fachini *et al.*, (2005) concordam que é de suma relevância a busca activa da vaginose bacteriana durante a gestação, nos três diferentes trimestres, com critérios coerentes e constantes, tratamento apropriado e seguimento microbiológico dessas mulheres. O *Centers for Disease Control and Prevention - CDC* reconheceu em 2002 que a avaliação para vaginose bacteriana deve ser realizada na primeira visita pré-natal para pacientes assintomáticas que tenham história prévia de prematuridade pelo alto risco de TPP.

As espécies dos gêneros *Gardnerella* e *Mobiluncus*, entre outras, representam bactérias que quando não diagnosticadas e convenientemente erradicadas, principalmente após a vigésima - quarta semana de prenhez, contribuem para o parto pré-termo (PRIESTLEY, 1996; GJERDINGEN *et al.*, 2000). Por vezes microorganismos existentes na cavidade vaginal da grávida atravessam as membranas ovulares integras, contaminam o líquido amniótico e secundariamente infectam o feto na grande maioria através do pulmão. Este mecanismo explicaria porque a pneumonite é o achado mais frequente de autópsia para os casos de mortes fetais relacionadas à infecção bacteriana (SILVA FILHO, 2003).

As espécies de *Lactobacillus* são constituídos *por* bacilos gram-positivo que produzem componentes como ácido lático, bacteriocinas e peróxido de hidrogênio, com propriedades para proteger a flora vaginal. Esses componentes determinam pH vaginal ácido, inferior a 4,5, inibindo o crescimento de bactérias patogênicas. A flora vaginal também é constituída por outros microorganismos, considerados comensais, que, em determinadas situações, podem se tornar patogênicos (GIRALDO *et al.*, 2006). Também se deve considerar que, em condições normais, a progesterona aumenta o número de células epiteliais intermediárias, com consequente elevação da disponibilidade de glicogênio e diminuição do pH vaginal, factores que, embora favoreçam a presença de lactobacilos, se associam ao desenvolvimento de *Candida sp.* (SIMÕES *et al.*, 2007).

Na literatura os factores de risco associados foram gravidez, corpos estranhos, duches constantes, “adereços sexuais”, múltiplos parceiros e em um grande estudo com 890 mulheres com vaginose bacteriana e 890 controles, acharam como factores associados o fumo, e a falta do condon (SMART e MINDEL, 2004).

1.1.3 Candidíase vulvovaginal

Candidíase vulvovaginal é causada por várias espécies de *Cândida*, sendo a *Cândida albicans* considerada agente comensal da flora vaginal. Os altos níveis de glicogênio vaginal, o calor e a humidade locais constituem ambiente propício para a activação do fungo, principalmente no segundo trimestre da gestação. A candidíase vulvovaginal é uma das infecções mais comuns na prática diária em ginecologia. Sua incidência tem aumentado nos últimos anos, tornando-se a segunda infecção genital

mais frequente nos Estados Unidos e no Brasil, descrevendo 20 a 25% dos corrimentos genitais de carácter infeccioso (ROSSI, 2001).

Estima-se que 75% de todas as mulheres têm, pelo menos, um episódio de vaginite fúngica em sua vida, sendo que 40 a 50% destas vivenciam novos surtos e 5% sofrem casos recorrentes (STHOL *et al.*, 2004). De acordo com Halber (2000) os sinais e sintomas incluem: prurido vulvar intenso (principal sintoma); corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso; disúria, ardor à micção; dispareunia; edema e eritema vulvar e placas esbranquiçadas ou amareladas aderidas à mucosa, sendo que de 25 a 40% das mulheres são assintomáticas. Embora apresente elevada prevalência, não está relacionada a complicações perinatais relevantes (SIMÕES, 1997).

A candidíase vulvovaginal é a causa mais comum de vulvovaginite infecciosa durante a gravidez. As crianças nascidas de parto eutócito de mães com a moléstia apresentam até trinta e cinco vezes mais possibilidades de desenvolver candidíase oral comprometendo a amamentação (GIRALDO *et al.*, 2005).

Os fatores de risco associados encontrados na literatura foram estados hiperestrogênicos; diabetes mellitus; imunossupressão por medicamentos ou doenças de base; gravidez; uso de antibióticos; assim como hábitos alimentares e de vestimentas propícios ao crescimento contínuo dos fungos; levando-se em conta também a alimentação e várias automedicações prévias inapropriadas (JACYNTO, 2009).

1.1.4 Trichomoníase vaginalis

O Protozoário *Trichomonas vaginalis*, é móvel flagelado, sendo o agente etiológico da tricomoníase que infecta principalmente o epitélio escamoso do TGI. É um organismo anaeróbio facultativo, cresce bem na ausência de oxigénio, na faixa de pH entre 5,0 e 5,7. É considerada a Infecção Sexualmente Transmissível não viral mais comum no mundo. Esse parasita tem por habitat o sistema geniturinário do homem e da mulher e sua transmissão se dá principalmente através da relação sexual (NAI, 2007). Apesar da tricomoníase ser geralmente assintomática no homem, na mulher pode variar desde discreta à severa vaginite (BRASIL, 2006). Suas características clínicas são: corrimento abundante, amarelado ou amarelo-esverdeado, bolhoso, com odor fétido; prurido e/ou irritação vulvar; disúria; polaquiúria; dispareunia; colpíte difusa e/ou local com aspecto de framboesa (LEITE *et al.*, 2011). Apesar de não se tratar caracteristicamente de

patologia infecciosa, a vaginose citolítica é condição frequentemente diagnosticada como candidíase vaginal, por apresentar sintomatologia semelhante. As queixas relatadas pelas pacientes incluem corrimento branco, prurido vulvar e vaginal, dispareunia, disúria e ardência perineal. Tais sintomas seriam determinados pela eliminação de substâncias irritativas do citoplasma das células intermediárias, decorrente do processo de citólise por actuação dos lactobacilos.

O diagnóstico deve incluir o exame microscópico directo do conteúdo vaginal, corado pelo método de Gram, para se excluir a possibilidade de infecção por *Cândida albicans*, observando-se aumento significativo no número de lactobacilos, geralmente aderidos às células epiteliais, que também se encontram em maior número, enquanto os leucócitos, quando presentes, são raros (CYBLEI, 1991). Amplo estudo multicêntrico revelou forte associação entre a infecção materna por *Trichomonas vaginalis* e RPM, TPP, RN de baixo peso e endometrite puerperal (HEINE e MCGREGOR, 1993; GIRALDO *et al.*, 2005).

A incidência da infecção por *Trichomona vaginalis* está relacionada a idade, atividade sexual, número de parceiros sexuais, outras ISTs, fase do ciclo menstrual e condições socio-económicas desfavoráveis. Diferenças no padrão de vida, nível educacional e higiene pessoal são outros fatores importantes que influenciam na incidência da infeção. A prevalência é alta entre os grupos de nível socioeconómico baixo, entre pacientes de clínicas ginecológicas, pré-natais e em serviços de infeções sexualmente transmissíveis. (MARCIEL *et al.*, 2004).

1.2 Assistência Pré-natal

Em 1999, um grupo de trabalho da OMS/UNICEF/BANCO MUNDIAL orientou os países a “garantir que todas as mulheres e recém-nascidos tenham cuidados especializados durante a gravidez, parto e período pós-natal imediato”. Os cuidados especializados referem-se ao atendimento com a disposição de equipamentos necessários e com o apoio de um sistema de saúde em funcionamento, incluindo transportes e encaminhamento para instalações de cuidados obstétricos de emergência por profissionais como parteira, médico ou enfermeiros educados e treinados para a proficiência nas habilidades necessárias para gerenciar uma gravidez normal (sem complicações), o parto e o período pós-natal imediato.

O sistema de saúde do Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1998, organizado e regulamentado conforme a Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080/90. Ao completar 20 anos da instituição, o SUS é reconhecido a maior política de inclusão social do Brasil, atendendo 80% da população, exibindo uma trajetória de importantes conquistas para o povo brasileiro. Presente em todo território nacional, o sistema integra uma rede de mais de 27 mil equipes de Saúde da família, responsável por quase 100 milhões de brasileiros. São mais de 63 mil unidades ambulatoriais e cerca de seis mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos (próprios e convênios). Realiza, por ano, cerca de dois milhões de partos, 12 milhões de internações hospitalares, 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 150 milhões de consultas médicas (BRASIL, 2009).

No Brasil a cobertura do pré-natal consiste num dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica do SUS, sendo que a assistência prestada envolve toda a cadeia de procedimentos que os serviços devem realizar para outras ações de atenção básica. Desta forma, o seu funcionamento reflete aspectos da atuação de outros programas e a sua importância é evidente expressando-se no conjunto de normas que regem a operacionalização do SUS. O impacto sobre a prevenção da prematuridade e do baixo peso ao nascer tem sido amplamente documentado (RIBEIRO *et al.*, 2004; GONÇALVES *et al.*, 2008).

A assistência à gestante, uma das atividades realizadas há tempo nos serviços públicos de saúde no país, foi, por muitos anos, orientada principalmente para melhorar os indicadores da saúde infantil. No entanto, um novo paradigma na atenção à saúde da mulher foi concebido pelo movimento de mulheres que, associado às discussões técnicas promovidas pelos profissionais de saúde, culminou nas bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído pelo Ministério da Saúde em 1983.

O PAISM, na sua forma mais abrangente preconiza assistir às necessidades globais de saúde da mulher, nos aspectos clínico-ginecológicos e educativos, voltados ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; direciona a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; busca o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e abrange a assistência para concepção e contracepção (OSIS, 1998).

O Ministério da Saúde do Brasil (MS) estabeleceu critérios para avaliação da qualidade da assistência, a saber: número de consultas (6 no mínimo); início do acompanhamento pré-natal o mais precoce possível (obrigatoriamente até a 14ª semana de gestação); distribuição das consultas durante o pré-natal (no mínimo uma consulta no 1º trimestre, duas no 2º trimestre, três no 3º trimestre e uma até 42 dias do puerpério); solicitação de exames complementares obrigatórios: hemograma; tipagem sanguínea e determinação do fator Rh; Coombs indireto (se necessário repetir na 24ª, 28ª, 32ª e 36ª semana); urina I; teste anti-HIV; glicemia de jejum (na 1ª consulta, na 30ª semana e devendo ser repetido no parto); sorologia para sífilis (na 1º, 2º e 3º trimestre); realização do exame obstétrico durante o pré-natal (medida do peso, verificação pressão arterial, medida da altura uterina, ausculta do batimento cardíaco fetal e toque vaginal quando necessário); realização de atividades educativas (participação de, pelo menos, um grupo de sala de espera ou outra atividade correlata); orientação quanto amamentação e parto; vacinação anti-tetânica (VAT); colecta de citopatológico de colo uterino (SERRUYA, 2004). No que se refere aos exames laboratoriais salientamos que outros autores recomendam a solicitação de outros exames: serologia para toxoplasmose IgM e IgG, serologia para rubéola IgM e IgG, serologia para hepatite B, serologia para hepatite C, serologia para citomegalovírus, exame parasitológico de fezes (NEME, 2005).

1.2.1 Assistência Pré-natal no município de Sobral.

O município de Sobral está situado na região Noroeste do Ceará, a 238 quilômetros de Fortaleza e com uma área de 2.123 Km², entre as águas do Rio Acaraú e a Serra da Meruoca, limitando-se ao norte com os municípios de Massapê, Santana do Acaraú e Meruoca, ao sul com Santa Quitéria, Groaíras e Cariré, a leste com Itapipoca, Irauçuba e Canidé, e a oeste com os municípios de Coreaú, Mucambo e Alcântaras. Está ligada a Fortaleza através da CE-362 e da BR-222, que liga, ainda, o Ceará ao Piauí, ao Maranhão e ao Pará.

A mesorregião noroeste do Ceará conta actualmente com 55 municípios e uma população estimada em 1.516.132 habitantes. Esta Macrorregião de saúde tem uma extensão territorial de 46.691,5 Km² e congrega 244 instituições de saúde nos níveis primário, secundário e terciário, representando um grande pólo no processo de organização de serviços de saúde no âmbito do Estado do Ceará (ALMEIDA *et al.*,

2007). O município de Sobral é o pólo de referência hospitalar e ambulatorial especializado para toda esta região. De uma forma mais substancial, toda a referência microrregional de assistência hospitalar e ambulatorial especializado, assim como de educação universitária, converge para Sobral.



FIGURA 1: Localização do município de Sobral no estado do Ceará- Brasil (Imagem retirada do Google)

O modelo assistencial do município, referência para toda região, tinha um enfoque exclusivamente centrado na doença. Mesmo os serviços ambulatoriais de atenção básica estavam centralizados nos hospitais, apresentando baixa cobertura e pouca, ou quase nenhuma resolutividade. Os postos de saúde municipais estavam quase todos localizados dentro de escolas municipais, dispendo geralmente de duas pequenas salas, sem maiores condições de funcionamento.

Todo o Plano Municipal de saúde foi traçado buscando a inversão deste modelo para outro onde se trabalhava o conceito de saúde como qualidade de vida e processo saúde-doença como fruto de uma produção social, muito mais do que simplesmente de uma história natural (biológica) da doença. Portanto, para o seu enfrentamento, se fez necessária uma abordagem coletiva, um bom planejamento com base epidemiológica, descontração das unidades de saúde, garantindo a acessibilidade e um desenho tendo o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para a atenção básica do município (SIQUEIRA, 2010).

A implantação do PSF no município de Sobral teve como principal objetivo promover uma mudança do modelo de atenção em saúde, e com isto uma melhoria da qualidade de vida de sua população. Hoje, já se pode contar com vários impactos

identificados pela Secretaria na Saúde da população, destacando, por exemplo, a população gestante.

Tudo começa com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) que são responsáveis pelo acolhimento da gestante de sua micro-área. Todos os Centros de Saúde da Família (CSF) oferecem o Teste Imunológico de Gravidez (TIG). Para que o teste seja feito não há necessidade de agendamento, basta a mulher comparecer ao acolhimento realizado no CSF. Toda a mulher com história de atraso menstrual de mais de 15 dias, deverá ser orientada para a realização do teste. Se o atraso menstrual for maior que 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico e torna-se desnecessária a solicitação do TIG. Confirmada a gravidez, a equipe ESF e profissionais solicitam os exames de rotina do pré-natal. A equipe desenvolve atividades educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários, preparando a gestante para o aleitamento materno e para o parto, além dos cuidados com o bebê. Caso a equipe identifique riscos clínicos e/ou sociais, poderá contar com a retaguarda da preceptoria de Ginecologia e Obstetrícia, Pré-natal de Alto Risco, Estratégia Trevo de Quatro Folhas. A preceptoria de Ginecologia e Obstetrícia é uma ação de Educação Permanente dos profissionais da ESF, com vista à orientação e discussão de casos no próprio território, sem necessidades de deslocamento da gestante. (Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, Protocolo Pré-Natal, 2010).

As atividades de cada profissional de acordo com o protocolo de Atenção Integral à Saúde da Gestante e da Puérpera de Baixo Risco:

ENFERMEIRO:

- Solicitar o TIG;
- Em caso de TIG positivo, iniciar as atividades de cuidado do pré-natal e registrar na Caderneta da Gestante e no prontuário as informações obtidas na consulta;
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, preparo para o parto, etc.

De acordo com o protocolo do pré-natal de Sobral (2010), elaborado por profissionais locais e tendo como referência os protocolos da OMS e MS, as atribuições dos profissionais da ESF do município são:

- Definir o esquema vacinal para cada gestante no início do pré-natal;

- Encaminhar para tratamento odontológico;
- Solicitar exames de rotina e orientar tratamento conforme protocolo do serviço;
- Realizar a avaliação de risco durante as consultas de pré-natal, identificando as gestantes de risco e encaminhando-as para o atendimento médico;
- Realizar a consulta de pré-natal de gestantes de baixo risco;
- Realizar as consultas de pré-natal das gestantes de risco, de acordo com as orientações do pré-natal de alto risco;
- Identificar e discutir com o preceptor de Ginecologia e Obstetrícia (GO) os casos de gestantes de baixo risco com alterações na evolução do pré-natal;
- Atender as intercorrências, e se necessário, encaminhar para avaliação do médico da equipe ou para a unidade de referência;
- Identificar as gestantes com cuidados especiais e elaborar o plano de cuidados;
- Identificar os casos que necessitam de apoio dos profissionais do NASF e da Estratégia Trevo de Quatro Folhas;
- Monitorar as gestantes, com atenção especial para as de alto risco sob sua responsabilidade, quanto à frequência às consultas agendadas e adesão aos tratamentos instituídos;
- Monitorar as gestantes com ITU e Vaginites quanto ao uso adequado da medicação prescrita e o controle de cura da infecção;
- Fornecer a caderneta da gestante, actualizando-a a cada consulta;
- Garantir o vínculo das gestantes e puérperas de risco com o CSF;
- Realizar a coleta de exame citopatológico e monitorar o seu tratamento quando necessário;
- Realizar a visita domiciliar puerperal, bem como a consulta do puerpério;
- Orientar e coordenar a equipe de saúde no monitoramento das gestantes, com especial atenção às de risco;
- Coordenar as atividades educativas com grupos de gestantes;
- Realizar o pré-natal domiciliar das gestantes com impossibilidade de locomoção;

- Realizar o pré-natal domiciliar, após esgotadas todas as alternativas, das gestantes com resistência ao comparecimento no CSF;
- Fazer contato prévio com o hospital, ao encaminhar gestante, tendo especial atenção àquelas com cuidados especiais;
- Na consulta de pré-natal: registrar no prontuário os resultados dos exames realizados pela gestante bem como a ausência dos mesmos, quando não disponíveis;
- Participar das discussões de casos e do atendimento em parceria com a preceptoria de GO;
- Atualizar, mensalmente, os dados sobre o pré-natal da sala de situação do Centro de Saúde da Família;
- Participar das discussões dos óbitos maternos, fetais e/ou infantis pertencentes a sua área de actuação;
- Participar das actividades de educação permanente.

MÉDICO:

- Realizar a consulta de pré-natal, de acordo com as necessidades identificadas pela(o) enfermeira(o);
- Discutir com a(o) enfermeira(o) os casos identificados como de alto risco para encaminhamento para o pré-natal de alto risco;
- Participar de grupos de gestantes e realizar visita domiciliar quando necessário;
- Participar com a equipe no monitoramento das gestantes, principalmente as de risco;
- Realizar a consulta puerperal;
- Participar das discussões de casos com a preceptoria de GO;
- Participar das discussões dos óbitos materno, fetais e/ou infantis pertencentes a sua área de atuação.

Nos casos acompanhados pela enfermeira para seguimento com o médico, este deverá realizar os procedimentos já descritos pelo pré-natal feito pela enfermeira:

- Solicitar os exames e avaliar os resultados, instituindo o tratamento quando necessário;
- Encaminhar para tratamento odontológico;

- Identificar os casos que necessitam de apoio dos profissionais do NASF e da Estratégia Trevo de Quatro Folhas;
- Monitorar as gestantes de alto risco sob sua responsabilidade quanto à frequência às consultas agendadas (CSF e serviços de referência) e quanto ao uso adequado da medicação prescrita;
- Monitorar as gestantes com infecções do trato urinário sob sua responsabilidade quanto à frequência às consultas agendadas no CSF, e ao uso adequado da medicação instituída e quanto ao controle de cura da infecção;
- Registrar no prontuário os resultados dos exames realizados pela gestante bem como a ausência dos mesmos quando não disponíveis.

O protocolo para o tratamento de Vulvovaginites no município de Sobral é o seguinte:

ESQUEMA TERAPEUTICO PARA O TRATAMENTO DE CORRIMENTO VAGINAL NA GESTANTE		
	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
Vaginose bacteriana e Tricomoniase**	Tinidazol*	2g VO dose única
	Tinidazolcreme vaginal*	7 a 10 noites
Candidíase	Miconazol creme vaginal	7 a 10 noites

* Tratar após 16 semanas

** Tricomoniase = Tratar parceiro

O tratamento dos corrimentos vaginais pode ser prescrito pelos (os) médicos (as) e pelos (as) enfermeiros (as). Os casos de dúvidas devem ser discutidos com o preceptor de GO.

EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

- Inscrever todas as gestantes do CSF no atendimento da clínica odontológica;
- Realizar as orientações específicas às gestantes, valorizando o autocuidado e o cuidado com o recém-nascido;
- Realizar o tratamento profilático odontológico (profilaxia mecânica); até a alta da paciente (tratamento completo);
- Participar das atividades educativas.

PRECEPTOR DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA

- Visitar mensalmente os Centros de Saúde da Família de sua responsabilidade;
- Atender os casos de dúvidas dos profissionais do Centro de Saúde da Família em conjunto com os profissionais (educação permanente);
- Colocar-se a disposição das equipes da Estratégia Saúde da Família para discussão dos casos de dúvidas, quando não puder comparecer ao CSF;
- Realizar discussão dos casos de óbito fetal ou infantil, com a equipe do CSF, que tiveram relação com a assistência pré-natal;
- Fornecer apoio técnico na elaboração do plano de cuidados de gestantes e puérperas em caso de maior complexidade, quando solicitado pela equipe do CSF;
- Registrar, juntamente com a equipe, a evolução do atendimento da gestante no prontuário e na caderneta;
- Participar das reuniões mensais do Comité de Prevenção da Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil;
- Avaliar, por amostragem, prontuários de pré-natal, objectivando identificar a necessidade de aprendizagem da equipe;
- Acompanhar a evolução das gestantes quando internadas na enfermaria de alto risco e discutir o caso com os médicos diaristas, quando necessário.

A Estratégia Trevo Quatro Folhas é uma acção da Secretaria Municipal de Saúde e Ação Social do município de Sobral-Ce, que desde Dezembro 2001 mobiliza a sociedade civil e articula os três níveis da atenção materno-infantil para a redução da morbimortalidade materna, perinatal e infantil. Atua no monitoramento, avaliação e reorganização das quatro fases da assistência materno-infantil: Gestão do cuidado no pré-natal, no parto e nascimento, período neonatal e puérperio e no acompanhamento do desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida. Selecciona e treina Mães Sociais das comunidades para atuarem como cuidadoras de gestantes, mães e crianças em situação de vulnerabilidade, sem apoio familiar.

1.3 Estratégia Trevo Quatro Folhas

A Secretaria da Saúde e Ação Social do Município de Sobral no Estado do Ceará desenvolveu em Dezembro de 2001 a estratégia “*Trevo de Quatro Folhas*”, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil, mediante a reorganização do atendimento à saúde durante as etapas do pré-natal, do parto e puerpério, e dos dois primeiros anos de vida da criança. Essas etapas constituem cada uma das quatro folhas do Trevo. Desde seu início, o projeto contribuiu para a redução da mortalidade infantil, cuja taxa caiu de 29,6 óbitos por mil nascidos vivos em 2001, para 13,8 óbitos por mil nascidos vivos em 2008, superando desta maneira a média nacional que se mantém em mais de 20/1000, tendo contribuído ainda para o aumento da captação da gestante no primeiro trimestre (38% das gestantes iniciaram as consultas de pré-natal no 1º trimestre da gestação, em 2002, aumentado esse percentual para 69,2%, em 2009), e para o aumento do número de gestantes com exames completos realizados no pré-natal (20,8%, em 2002, para 43,6%, em 2009). (CEPAL, 2009)

Destaca-se ainda nesta estratégia a elaboração de um protocolo de Atenção Integral à Saúde da Gestante e da Puérpera de Baixo Risco que têm como objetivos: Promover a melhoria da assistência à gestação e puerpério, mediante o atendimento precoce, periódico e contínuo assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal; acolher a mulher e a família desde o início da gravidez e responsabilizar-se pelos cuidados de saúde, na Atenção Primária, durante a gestação; detectar os mais precocemente possível os fatores de risco gestacional que possam interferir na adequada evolução da gestação e puerpério; oferecer colecta de citologia oncótica a todas as gestantes inscritas em acompanhamento pré-natal, dentre outros. (SECRETARIA DE SAÚDE E AÇÃO SOCIAL DE SOBRAL / TREVO DE QUATRO FOLHAS, 2010).

O monitoramento permanente dos indicadores da atenção materno-infantil é realizado a partir da avaliação do uso da Caderneta de Saúde da Mãe e da Criança e das entrevistas às puérperas nas maternidades. Também são identificados os casos de alto-risco que necessitam de acompanhamento do Trevo. Segundo solicitação das equipes de saúde da família, a equipe do Trevo de Quatro Folhas realiza visitas domiciliares para

abordagem de gestantes resistentes ao pré-natal e elaboração de plano de cuidados para gestantes, puérperas e crianças em situação de risco clínico e social.

Este plano é elaborado e implementado, em parceria com a família acompanhada, pela equipe de saúde da família da área e outros sectores. A participação das “mães sociais” é um ponto-chave para o êxito da estratégia. Elas são mulheres da própria comunidade cuja função é acompanhar as mães ou as crianças em risco e sem apoio familiar. Para isso recebem capacitação para atuarem como cuidadoras no domicílio ou no hospital. Visam a promoção da saúde, a prevenção de agravamentos e da prematuridade, o apoio à amamentação, o fortalecimento da auto-estima e dos vínculos familiares, além da melhoria do auto-cuidado, da maternidade e da paternidade. A participação da comunidade através da contribuição mensal de “padrinhos e madrinhas sociais”, que se solidarizam com as mulheres e as crianças em risco, viabiliza o apoio social às famílias acompanhadas. Além disso, destaca-se a atuação das “articuladoras sociais” que são pessoas voluntárias que participam das ações permanentes de divulgação, eventos sociais e captação de recursos. Em 2006 a estratégia atendeu 1.148 famílias a um custo de US\$175 dólares anuais por família. (TREVO DE QUATRO FOLHAS, 2007).

A estratégia divide em três critérios o apoio a gestante e/ou puérpera:

CRITÉRIOS PARA APOIO DE MÃE SOCIAL	CRITÉRIOS PARA APOIO ALIMENTAR	CRITÉRIOS PARA O KIT GESTANTE
<p><u>Ausência de apoio familiar nas seguintes situações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestante impossibilitada de exercer as atividades domésticas por indicação médica de repouso;necessidade de internações; -Gestante incapacitada para o auto-cuidado; - Puérperas com filhos < 5 anos; ----- Complicações no puerpério; Incapacidade temporária de cuidar do RN; internação hospitalar; - Crianças < 2 anos quando mãe incapaz temporariamente de cuidar da criança; risco clínico grave; internação hospitalar. 	<p><u>Ausência de apoio familiar nas seguintes situações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Chefe de família desempregado ou sem ocupação, - não recebendo Bolsa Família; - Gestante desnutrida ou em risco de desnutrição por falta de meios de prover alimentos; - Puérpera em aleitamento materno exclusivo; - Criança < 2 anos desnutrida; - Risco social extremo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza pré-natal no CSF; - Dificuldade de acesso ao enxoval; - Com calendário de consultas de Pré-natal em dia; Realizou os exames solicitados no Pré-natal; - Tem idade gestacional igual ou Superior a 32 semanas; - Participa de actividades educativas.

A Estratégia Trevo de Quatro Folhas contempla:

- Incentivar a maternidade responsável por meio da oferta do kit bebê para as gestantes de baixo poder socioeconômico, dentro dos critérios preestabelecidos, e da entrega da 1ª foto dos RNs sobralenses, feita após o nascimento;
- Realizar entrevista com todas as puérperas sobralenses, na maternidade, avaliando o preenchimento da Caderneta da Gestante;
- Elaborar relatórios mensais para a Coordenação da Atenção Primária e ESF com indicadores de saúde materno-infantis;
- Repassar informações diárias aos CSF sobre nascidos vivos, internamentos, altas e óbitos de gestantes, puérperas e crianças menores de 01 ano;
- Participar do plano de cuidados de gestantes e puérperas, em casos de maior complexidade, quando solicitado pela equipe do CSF;
- Garantir apoio alimentar para gestantes desnutridas e puérperas em aleitamento materno exclusivo, dentro dos critérios preestabelecidos;
- Garantir apoio de Mãe Social para gestantes e puérperas, sem apoio familiar, dentro dos critérios preestabelecidos;
- Garantir suporte técnico-operacional ao Comitê de Prevenção da Morbimortalidade Materna, Perinatal e Infantil;
- Participar, em conjunto com a preceptoria de G.O., de discussões de óbitos maternos, perinatais e infantis nos CSF.

Com essas ações já se pode avaliar o aumento de cobertura para pré-natal, aleitamento materno exclusivo e vacinas em dia, a partir das informações geradas inicialmente pelo Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde- SIPACS e, posteriormente, pelo Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Percebe-se uma excelente cobertura no que diz respeito às vacinas, uma cobertura de quase 100% para o pré-natal desde Maio de 1999 e aumento significativo para o aleitamento materno exclusivo (ANDRADE E MARTINS JÚNIOR, 1999).

De acordo com os mesmos autores, com todas as ações que estão sendo desenvolvidas, Sobral se orgulha hoje de possuir um sistema de Saúde que “herdou”

uma boa estrutura de atenção secundária e terciária, e que através da implantação destas 48 equipes do Programa Saúde da Família vem alcançando uma real inversão do modelo de atenção em saúde, estruturando sua rede de atenção básica e criando um sistema de referência e contra referência dentro dos princípios da hierarquização da rede.

1.4 Justificação do Estudo

Ao longo da história da saúde pública, a atenção materno-infantil é tida como uma área prioritária e que permanece como um campo de especial e intensa preocupação, destacando-se os cuidados crescentes durante a gestação, o que de fato, dá a licença de retomar sua discussão.

No Brasil, a persistência de índices preocupantes de indicadores de saúde importantes, como os coeficientes de mortalidades materna e perinatal, tem motivado o surgimento de leque de políticas públicas que focalizam o ciclo gravídico-puerperal (COUTINHO *et al.*, 2003). Assim, ampliou-se o elenco de atividades destinadas a esse grupo, reconhecendo o atendimento pré-natal como importante componente por seu impacto e transcendência (COSTA *et al.*, 1998).

A única estratégia para evitar todas as complicações citadas anteriormente é a assistência durante a gestação, isto é, no pré-natal. Assistência pré-natal é a avaliação sistemática e cuidadosa e o acompanhamento da paciente grávida, a fim de assegurar as melhores condições de saúde possíveis para a mãe e para o feto (BARDER, 2007). A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), por intermédio de sua comissão de peritos, definiu que a proteção à maternidade “tem por objeto salvaguardar a saúde das mulheres durante a gravidez e o aleitamento, de lhes ensinar os cuidados a serem dispensados às crianças, permitir parto normal e dar à luz um filho sadio”.

O diagnóstico e o tratamento das Vulvovaginites na gestação devem ser rápidos e eficazes por causa da possibilidade de complicações. Na maioria das vezes, o diagnóstico é feito por meio da avaliação do quadro clínico (características do corrimento vaginal, presença de prurido vulvar, aspecto do colo do útero, ardência e odor) e resultado do exame citológico (Papanicolau). As implicações das Vulvovaginites no ciclo gravídico e a importância da assistência aos problemas identificados e definidos não devem ser descurados.

Durante o cotidiano da minha prática profissional como enfermeira numa equipe de saúde da família, constatei a existência de um grande número de gestantes com Vulvovaginites. Não se encontrou na literatura estudos sobre essa problemática em gestantes do município de Sobral-Ceará. Sendo este problema causa importante de complicações como trabalho de parto prematuro, rotura permanente das membranas, prematuridade e recém-nascido de baixo peso, pareceu-nos de todo o interesse desenvolver um estudo nesta temática, de modo a contribuir para a promoção da saúde da mulher e da criança.

Decidir pelo acompanhamento de indicadores é consensualmente apontado como uma medida fundamental para reduzir mortes maternas e pré-natais, porque a sinalização dos problemas demanda as medidas para sua resolução, aspecto importante desta pesquisa.

As ações de saúde devem ter sempre como principal norte a realidade epidemiológica da população de sua cidade. No que se refere à avaliação, o uso de indicadores quer sejam das condições de saúde da população, quer da assistência são fundamentais para propiciar acompanhamento das condições em saúde e direcionar políticas e recursos, como também tê-las como única forma efetiva de avaliação de resultados, pois os indicadores epidemiológicos possibilitam a medida do impacto de uma política de saúde. Pesquisas como estas pretendem contribuir para tal fato.

Em 2000, o maior encontro de chefes de Estado na Organização das Nações Unidas, em Nova Iorque, EUA, aprovou a Declaração das Nações Unidas do Milênio. Este pacto histórico entre as nações inclui oito metas que são os objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para combater a pobreza e aumentar desenvolvimento humano. Dois dos oito ODM dizem respeito a redução da mortalidade infantil e melhorar a saúde materna, respectivamente, apontando para a importância desses factores no desenvolvimento global de saúde e redução da pobreza (WHO, 2004).

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil (menores de um ano de idade), desde 1990, mantém tendência contínua de queda. Passou de 47,1 óbitos por cada mil bebês nascidos vivos para 19,3 mortes por cada mil nascidos vivos, em 2007, o que representou uma redução média de 59,7%. Atualmente, o Brasil, em um grupo de 68 países, está entre os 16 em condições de atingir a quarta meta dos ODMs e chegar a taxa de 14,4 mortes por cada mil nascidos vivos, em 2012, três anos antes da data-limite

fixada pela Organização das Nações Unidas, em 2000, ano em que instituiu os oito ODMs. Essa mesma tendência de queda se reproduz no Nordeste e na Amazônia Legal. Em 2007, o Nordeste registrou 27,2 mortes de menores de um ano por cada mil bebês nascidos vivos contra uma taxa de 75,8 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos em 1990.

O estudo desenvolver-se-á no município de Sobral onde desde 1997 foi adotado o PSF como estratégia estruturante da organização de sua atenção primária. Hoje, a Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social, conta com 31 Centros Saúde da Família (CSF), distribuídos em 28 áreas descentralizadas de saúde. Estas áreas são consideradas os territórios de ação das equipes de saúde da família. Atualmente, estão registradas 48 equipes, cada uma acompanha entre 600 e 1200 famílias; estas equipes contam, dentre outras categorias, com um total de 437 agentes comunitários de saúde (ACS), 34 médicos, 102 enfermeiros, 33 dentistas e 52 auxiliares de enfermagem, atingindo uma cobertura de 100% de sua população. No mês de Abril de 2011 acompanharam 1.555 gestantes.

Sobral vê nascer a cada ano em média de 3.000 novos sobralenses. Este fato, por si só, já coloca para cada um de nós, profissionais da saúde, uma grande responsabilidade: cuidar de cada gestante e de cada criança que nasce. Esta responsabilidade aumenta ainda mais diante do fato de que muitas dessas crianças morrem antes de completar um ano de idade. As taxas relativas à mortalidade infantil e também à mortalidade materna são ainda preocupantes. A Taxa de Mortalidade Infantil, em Sobral, em 2008 foi de 13,9 para cada mil crianças nascidas vivas. Em 2009 a taxa aumentou para 18,6/1.000. A mortalidade materna é também considerada alta, segundo os parâmetros da Organização Mundial da Saúde. Em 2009 tivemos em número absoluto 01 óbito, sendo a Taxa de Mortalidade Materna de 31,9 para cada 100.000 nascidos vivos. (SECRETARIA DE SAÚDE E AÇÃO SOCIAL DE SOBRAL; PROTOCOLO PRÈ-NATAL, 2010).

As análises do Comitê da Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil do município de Sobral evidenciam que as principais causas de mortalidade são relativas a agravos da gestação que levam ao nascimento prematuro e complicações no momento do parto, sendo a maioria dos episódios considerados evitáveis. (SECRETARIA DE SAÚDE E AÇÃO SOCIAL DE SOBRAL; PROTOCOLO PRÈ-NATAL, 2010). O comitê é formado por representantes da Santa Casa, da Diretoria Regional de Saúde, do Conselho

da Mulher, do Conselho Municipal da Saúde, do Conselho Municipal da Criança e Adolescente, do Hospital Dr. Estevam, da Escola Saúde da Família, da Estratégia Trevo, da Vigilância Sanitária, da Faculdade de Medicina e Enfermagem da Universidade do Vale do Acaraú (UVA); do Conselho Regional de Medicina e outros convidados conforme a necessidade. Ele se reúne mensalmente para discutir cada um dos óbitos e dar os encaminhamentos e melhorias necessárias (LOTTA, 2006).

2 OBJETIVOS

- 1- Caracterizar as vulvovaginites na população de gestantes atendidas nos Centros de Saúde da Família de Sobral-Ceará;
- 2- Caracterizar fatores de risco social para apoio pela estratégia TREVO as gestantes atendidas nos Centros de Saúde da Família de Sobral-Ceará;
- 3- Caracterizar a relação entre a frequência de vulvovaginites e fatores sócio-demográficos e comportamentais na população em estudo;
- 4- Propor estratégias de intervenção adequadas à população em estudo.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e de caráter quantitativo.

3.2 População e Amostra

Numa pesquisa, quanto maior for o tamanho da amostra maior será a precisão na generalização dos resultados, porém maiores serão os custos e dificuldades operacionais na execução da mesma. As amostras pequenas exigem menor esforço do pesquisador e menos recursos, mas tendem a gerar conclusões instáveis (LINHARES, 2003). Determinar o tamanho da amostra dentro de uma precisão tolerada é a questão estatística mais importante e complexa para o pesquisador. Na opinião de Pereira (2000), quando o nível de precisão tolerado para as estimativas amostrais é especificado, o número de pessoas a ser incluídas na amostra pode ser matematicamente calculado.

A população de referência do estudo será todas as gestantes acompanhadas no município de Sobral. Utilizou-se como base o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) considerando uma população mensal atendida de 1555 gestantes. Para o cálculo do tamanho amostral, utilizou-se a fórmula a seguir, empregada para populações finitas, sendo que o valor obtido da amostra foi de 174 gestantes. Fixou-se um nível de confiança de 95% e um erro amostral relativo de 7%. A generalização dos resultados da amostra de uma população que se pretende representar requer do pesquisador prudência e cuidados para essa representação não ser afetada. As perdas da amostra original constituem a principal preocupação para se alcançar resultados proporcionais à amostra selecionada. As razões de perdas da amostra são várias e de difícil interpretação.

Neste estudo, presumindo as perdas sobre o número da amostra original, ocasionadas por situações já experimentadas nos trabalhos de campo, como os atrasos das análises citológicas, falta de algumas respostas nos questionários que poderão impossibilitar testar hipóteses de associação ou diferença entre variáveis foram acrescidos 5% sobre o valor da amostra calculada aumentando a dimensão da amostra para 214 gestantes.

A fórmula utilizada para cálculo de amostra foi:

$$n = \frac{z^2 p q N}{e^2 N + z^2 p q}$$

Onde:

n = tamanho da amostra: 174

N = tamanho da população: 1555

p = valor estimado da proporção de sucesso ($p= 0,5$)

$q = 1-p$ (valor estimado complementar de p)

z = valor tabulado da normal reduzida para nível de confiança de 95% ($z_{2,5\%}=1,96$)

e = erro amostral ($e = 7\%$)

A seleção da mostra de gestantes a incluir no estudo foi feita da seguinte forma sequencial:

1º Passo- divisão dos centros de saúde de acordo com os estratos urbanos e rural seguido de amostragem aleatória simples de 1/3 dos centros de saúde de cada zona urbana e/ou rural para que a pesquisa se tornasse exequível;

2º Passo- Amostragem populacional proporcional em cada CSF seleccionado;

3º Passo- Selecção das gestantes dos CSF de acordo com a ordem de atendimento em consulta (As gestantes foram seleccionadas até atingir o número necessário calculado para aquele centro de saúde);

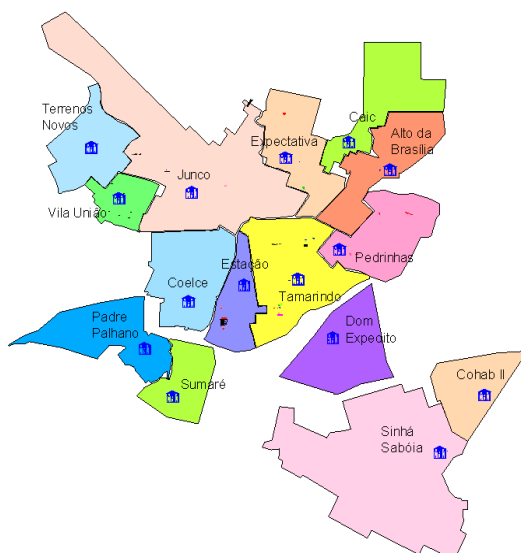


Figura-2 Localização dos CSF da zona urbana no município de Sobral-Ce.

Os centros de saúde seleccionados foram: Sinhá Sabóia, Tamarindo, Padre Palhano, Junco, Terrenos Novos, CAIC, Expectativa e Coelce na zona urbana e mais dois centros de saúde da zona rural: Aracatiaçu e Aprazível que dá um total de 10 centros (1/3) dos 31 existentes no município de Sobral.

A colheita de dados foi realizada durante os meses de Julho e Agosto/2011.

3.2.1. Critérios de Inclusão e Exclusão

São critérios de inclusão os abaixo referidos, sendo motivo de exclusão o não cumprimento dos mesmos:

- Estar grávida no segundo ou terceiro trimestre de gravidez;
- Realizar consultas de pré-natal nos centros de saúde do município de Sobral-Ceará;
- Ter realizado exame papanicolau durante a assistência pré-natal;
- Concordar em participar livremente do estudo após esclarecimentos sobre os objetivos e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (Apêndice 1), com autonomia para tomada de decisão, conforme preconiza a resolução 196, de 10 de Outubro de 1996. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Cada mulher foi recrutada para o estudo uma única vez, mesmo que tenha tido uma segunda consulta durante o período em que decorre o estudo.

3.3 Método de Colheita de Dados

O estudo foi processado em duas fases, A primeira fase coincidiu com a consulta da gestante, onde foi aplicado um formulário estruturado (APÊNDICE 1) preenchido pela pesquisadora ou enfermeiras dos centros de saúde que participaram voluntariamente neste trabalho. O formulário estruturado é anónimo e foi aplicado enquanto a gestante aguardava a consulta. Foi explicado o objetivo do estudo e solicitado a sua participação voluntária, bem como um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.) (APÊNDICE 2) a todas as participantes. A distribuição do formulário estruturado precedeu a inscrição da gestante na consulta. Numa segunda fase associou-se o diagnóstico registado no prontuário da gestante ao formulário estruturado de modo a completar os dados necessários ao estudo.

3.4 Gestão de Dados

3.4.1. Transmissão de dados

Os formulários estruturados preenchidos foram transportados para casa do investigador, ficando ao cuidado e responsabilidade do mesmo. Todos os questionários foram devidamente guardados em local seguro e de acesso restrito.

3.4.2 Coleta dos Dados

A anamnese, exame ginecológico e a coleta para o exame citológico foram realizados pelos profissionais de saúde dos centros de saúde do município que registaram nos prontuários das gestantes o que é avaliado. No município de Sobral existe o Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Gestante e Puérpera de Baixo Risco baseado nos protocolos da OMS e do Ministério da Saúde do Brasil onde é rotina a realização do exame citológico no segundo trimestre da gestação. As amostras do fundo de saco vaginal posterior e da ectocérvice são encaminhadas para o laboratório regional onde foram processadas e analisadas no Laboratório de Citopatologia do município, lembrando que segundo a orientação do Instituto Nacional do Câncer, não é coletada amostra da endocérvice por causa do risco de estimular contracções uterinas em gestantes INCA (2007).

3.5 Variáveis do Estudo

Foram obtidos e relacionados as variáveis de risco Social e clínico da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, e algumas variáveis independentes e dependentes em relação à gestante, também utilizado no trabalho semelhante realizado por FREITAS, (2008) em Campo Grande, no Estado do Mato Grosso do Sul.

Variáveis Sociais-demográficas

- 2 Idade;
- 3 Escolaridade;
- 4 Profissão
- 5 Faixa Salarial Familiar;
- 6 Moradia;
- 7 Dependência Química;
- 8 Situação conjugal (com relação a situação conjugal atual, serão observados dois grupos: as gestantes com companheiro (cônjuge ou namorado) e aquelas sem companheiro)
- 9 Números de parceiros.

Higiene e Variáveis Clínicas Ginecológicas:

- Número de Gestações;
- Número de Abortos;
- Hábitos de Higiene;
- Queixas ginecológicas actuais:
- Corrimento vaginal: questionadas quanto às seguintes características: coloração (transparente, branco, esverdeado, branco-acinzentado); consistência (leitosa, mucóide, homogénea, pastosa e bolhosa); odor (ausente e presente) e quantidade de secreção vaginal (pequena, média e grande);
- Prurido vaginal: presença ou não de irritação pruriginosa vulvar ou vaginal;
- Disúria: presença de desconforto/dor ao urinar, relatado pela gestante;
- Dispareunia: presença de dor durante o intercuro sexual;

3.6 Apresentação e Análise dos Resultados

Os dados foram introduzidos no programa Excel 2010 da Microsoft, para a construção de uma Base de Dados e posterior análise com o SPSS versão 19 (2011).

Foi realizada uma análise descritiva e exploratória dos dados. Os dados serão organizados em tabelas e gráficos para que seja possível a sua interpretação e posterior discussão. Os processos de tabulação e de análise dos dados coletados fornecerão tipos de Vulvovaginites, variáveis ginecológicas (corrimento vaginal, prurido, disúria e dispareunia) e microorganismos identificados assim como as demais variáveis em estudo.

Na análise de dados foram também utilizados os testes estatísticos de Qui-quadrado e Hann-Whitney, assim observando-se um nível de significância de 5%.

3.7. Aspectos Éticos da Pesquisa.

Para realização deste estudo foi solicitada autorização dos Comitês de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e autorização da Comissão Científica da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia do Município de Sobral.

Foi respeitado o princípio da confidencialidade. Os dados constantes nos prontuários necessários ao estudo apenas foram transcritos para o formulário estruturado pela pesquisadora. A ligação entre o prontuário e o formulário estruturado foi feita pelo número do prontuário atribuído pelos serviços administrativos do CSF; Os dados obtidos de cada participante foram anonimizados e tratados estatisticamente, não sendo fornecidos a qualquer outra entidade.

Foi solicitado Consentimento Livre Esclarecido às gestantes para participação no estudo e para acesso aos dados pessoais do prontuário. A participação foi voluntária, podendo as gestantes recusar participar no estudo ou interromper a sua participação a qualquer momento. Não há riscos relevantes nesta participação.

Os resultados do estudo serão divulgados junto a Secretaria de Saúde e Ação Social do município de Sobral, Escola Saúde da Família Visconde de Sabóia e junto da comunidade científica. Não existe conflito de interesses.

4 RESULTADOS

4.1 Características Socio-demográficas das Gestantes

Participaram neste estudo 214 gestantes. Verificou-se que a idade variava dos 14 aos 41 anos, e que a idade média era de 24.28anos (SD =6.27 anos; P₂₅ =19 anos; P₅₀=23.50; P₇₅ =29 anos).

Quanto à escolaridade 121 (56,5%) gestantes, tinham um nível entre o ensino fundamental e o ensino médio incompleto e 78 (36,4%) tinham o ensino médio completo; apenas 15 (7%) referiram estar cursando ou ter concluído o ensino superior (Gráfico 1).

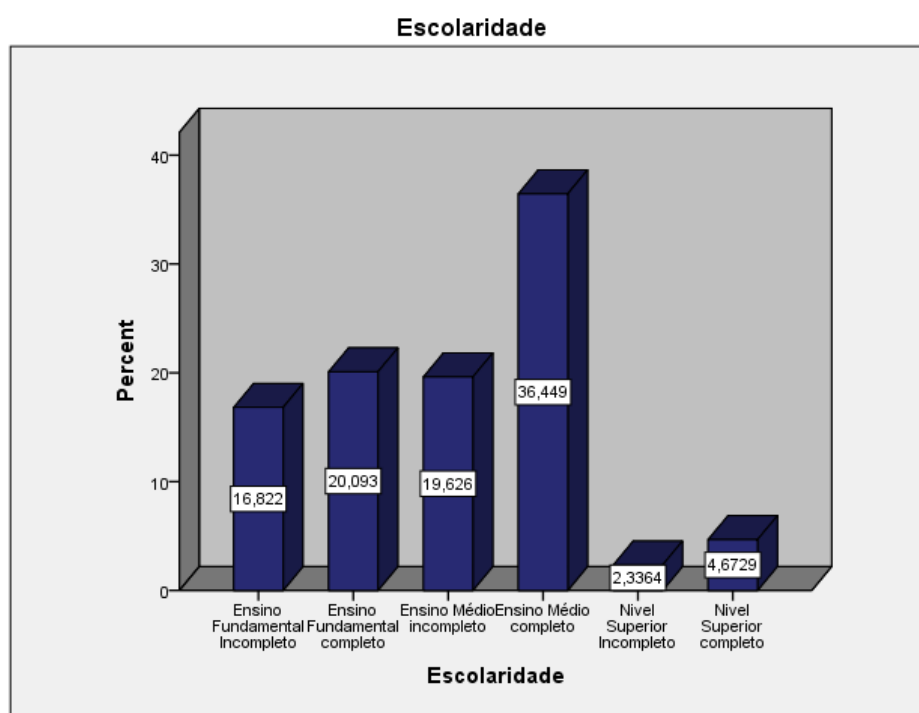


Gráfico 1: Nível de escolaridade das gestantes do estudo

A maioria das gestantes, 183 (85,5%) referiu ter companheiro fixo no momento da inclusão no estudo. Para 126 (58,9%) esta era a primeira gravidez.

Cento e vinte e duas (57%) gestantes referiram ausência de atividade remunerada e 92 (43%) afirmaram ter atividade remunerada. No gráfico 2 podem ser observadas as profissões das gestantes que participaram no estudo.

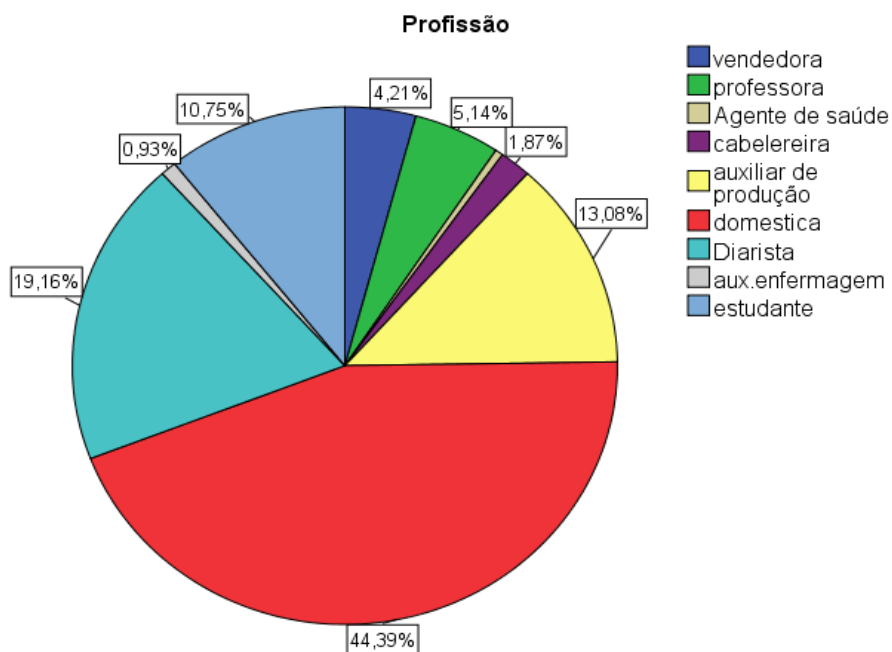


Gráfico 2 -Tipos de profissões referidos pelas gestantes.

Das gestantes que possuíam atividade remunerada 30 (14%) ganhavam menos que um salário mínimo, 60 (2,8%) ganhavam de um a dois salários mínimos, sendo que apenas 6 (2,8%) recebiam de três a cinco salários mínimos. (Gráfico- 3)

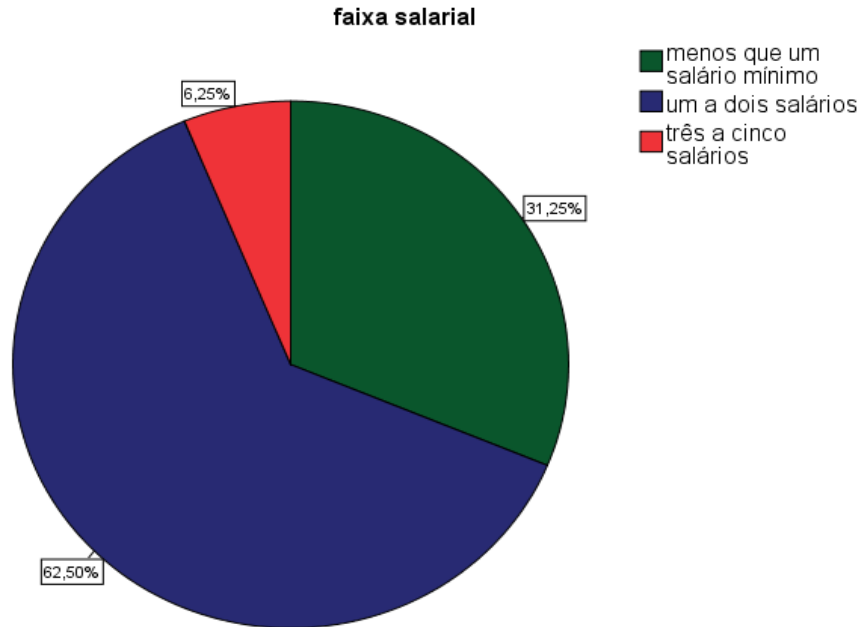


Gráfico 3- Faixa salarial referido pelas gestantes do estudo.

4.2 Fatores de Risco para Estratégia Trevo de Quatro Folhas.

De acordo com os critérios para o apoio pelas equipes da estratégia TREVO analisamos alguns fatores de risco como: apoio familiar, gestantes com filhos menores de cinco anos e que estivessem sem apoio familiar e gestantes usuárias de drogas ilícitas.

Observou-se que em relação ao critério do apoio familiar apenas 1 gestante morava sozinha, 6 (2,8%) gestantes moravam com amigos e que 207 (96,7%) moravam acompanhadas de seus familiares sendo eles pais, companheiros, filhos e parentes.

Cento e vinte e seis (58,9%) eram primíparas e apenas 44 (20,5%) tinham filhos menores de cinco anos.

Em relação ao uso de drogas apenas 17 (7,5%) faziam uso das seguintes drogas: álcool 5 (2,5%), tabaco 12 (5,6%) e nenhuma consumia drogas ilícitas como maconha, crack ou outros.

Nas tabelas 1 e 2 encontra-se a relação entre as variáveis “mora sozinha/acompanhada”, e as variáveis “uso de drogas” e “nº de filhos menores de 5 anos residentes com as mães”.

Verifica-se que 42 gestantes (38,5% do total de gestantes estudadas que residem com os filhos) residem com filhos com idade até aos 5 anos; 67 gestantes residem com filhos com idade superior aos 5 anos (Tabela-1).

Na tabela 2 verifica-se que todas as gestantes que consomem drogas (álcool ou tabaco) moram acompanhadas.

Na amostra estudada a gestante que morava sozinha era primípara.

Tabela 1- Relação entre a variável “nº de filhos menores de 5 anos residentes com as mães” e “mora sozinha/acompanhada” (Gestantes com gravidezes prévias).

	número de filhos até 5 anos residentes com as mães			Total
	0	1	2	
mora sozinha não	67 61,5%	37 33,9%	5 4,6%	109 100,0%
Total	67 61,5%	37 33,9%	5 4,6%	109 100,0%

Tabela 2 - Relação entre as variáveis “nº de filhos menores de 5 anos residentes com as mães”, “mora sozinha/acompanhada” e “consumo de drogas” (todas as gestantes)

uso de drogas (álcool ou tabaco)	número de filhos até 5 anos residentes com as mães	mora sozinha*		Total
		sim	Não	
Sim	0 n	—	15	15
	%		93,8%	93,8%
	1 n	—	1	1
	%		6,3%	6,3%
Total	n	—	16	16
	%		100,0%	100,0%
Não	0 n	1	154	155
	%	,5%	77,8%	78,3%
	1 n	—	38	38
	%		19,2%	19,2%
	2 n	—	5	5
	%		2,5%	2,5%
Total	n	1	197	198
	%	,5%	99,5%	100,0%

* uma gestante não respondeu a esta pergunta.

4.3 Hábitos de Higiene

Observou-se que a maioria das gestantes que responderam sobre as eliminações 114 (53,3%), utilizam papel higiênico na higiene da genitália após as eliminações, 39 (18,2%) realizam a lavagem externa da genitália e 60 (28%) realizam ambos. Quanto ao sentido da higiene com papel higiênico, 77 (44,2%) gestantes relataram que fazem no sentido de trás para a frente, 97 (55,8%) no sentido da frente para trás e 35 (16,4%) não utilizavam papel higiênico apenas ducha para higiene da genitália.

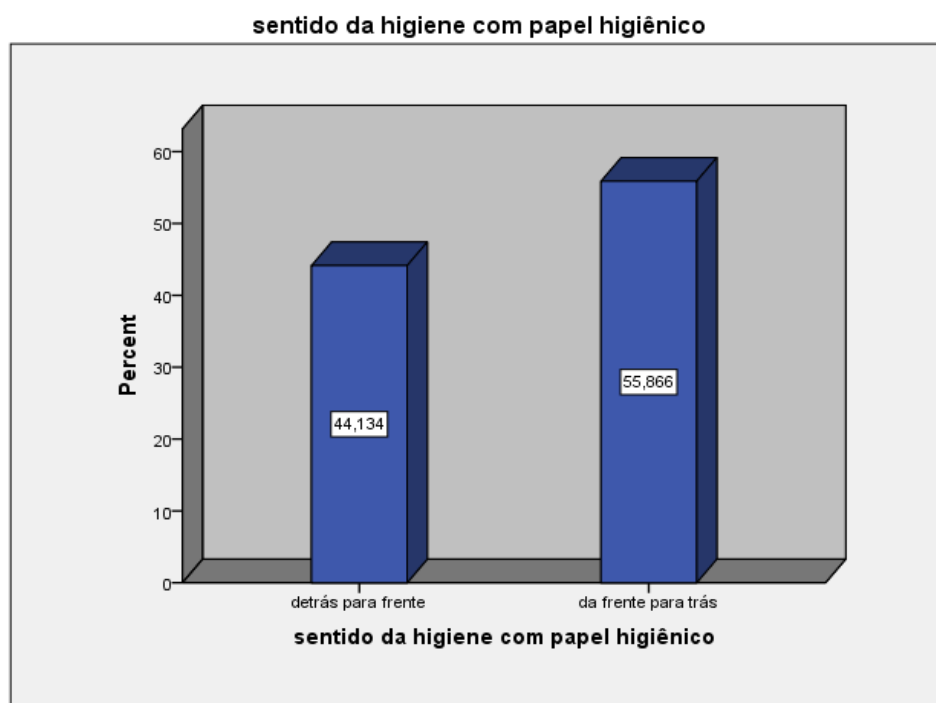


Gráfico 4- Sentido da higiene com papel higiênico referido pelas gestantes do estudo.

Não se encontrou associação estatisticamente significativa entre o sentido da higiene com o papel e a escolaridade das gestantes do estudo ($p= 0,496$). Mas o estudo revela que a higiene da genitália realizada com papel higiênico no sentido de trás para frente se realiza em maior percentagem em gestantes com 9 a 11 anos de escolaridade (Tabela 3).

Verificou-se, que após as relações sexuais a higiene era realizada pela grande maioria das gestantes, 198 (92%), enquanto uma percentagem menor de parceiros tinha este cuidado (70 ;79%).

Tabela 3- Relação entre escolaridade e o sentido de limpeza com papel higiênico.

Escolaridade	Sentido da higiene com papel higiênico		Total
	de trás para frente	da frente para trás	
Ensino Fundamental incompleto/completo	32 (48,5 %)	34 (51,5 %)	66 (100%)
Ensino Médio incompleto/completo	44 (42,8 %)	59(57,2%)	103 (100%)
Nível Superior incompleto/completo	3 (30%)	7 (70%)	10 (100%)
Total	79 (44.2%)	100 (55,8%)	179 (100%)

4.4 Características do corrimento relatado pelas gestantes e análises realizadas

Quando indagadas sobre a existência de corrimento vaginal atual houve predominância da resposta afirmativa nas gestantes estudadas - 161 (75%).

Em relação às características do corrimento constatou-se que:

Tempo de duração dos sintomas: superior a 15 a 30 dias em 60% das gestantes;

Cor:43 (20%) com corrimento esverdeado;

Quantidade: 67 (31%) média;

Odor: 57 (26,6%) cheiro fétido no corrimento;

Consistência: 40 (18,7%) pastosa;

Prurido vaginal:35 (16,4%);

Dispareunia 57 (26,6%).

Os resultados evidenciam que não houve relação entre os sinais/sintomas descritos pelas gestantes com os resultados analíticos.

Tabela 4: Características do corrimento vaginal referido pelas gestantes e resultado dos exames laboratoriais.

consistência do corrimento vaginal			cor do corrimento				Total
			transparente	branco	esverdeado	branco-acinzentado	
Leitosa	resultado do exame	lactobacilos	0	11	2	2	15
	citológico	cocos	0	3	0	0	3
		candida	1	8	0	0	9
		Gardnerellasp	0	6	0	4	10
		trichomonas	0	1	0	0	1
		Total		1	29	2	6
Mucóide	resultado do	lactobacilos	9	7	2	1	19
	exame citológico	cocos	1	0	1	1	3
		Gardnerellasp	2	2	5	1	10
		Total		12	9	8	3
Homogénea	resultado do	lactobacilos	4	2	2		8
	exame citológico	cocos	3	0	0		3
		candida	1	1	0		2
		Gardnerellasp	0	1	5		6
		Total		8	4	7	
Pastosa	resultado do	lactobacilos		9	0	1	10
	exame citológico	cocos		0	1	0	1
		candida		3	2	2	7
		Gardnerellasp		6	13	3	22
		Total			18	16	6
Bolhosa	resultado do	lactobacilos		2	1	1	4
	exame citológico	cocos		1	0	0	1
		candida		7	1	2	10
		gardnerellasp		0	5	2	7
		trichomonas		0	1	0	1
		Total			10	8	5
Outro	resultado do	lactobacilos	1	4	2		7
	exame citológico	Gardnerellasp	1	1	0		2
	Total		2	5	2		9
Total	resultado do exame	lactobacilos	14	35	9	5	63
	citológico	cocos	4	4	2	1	11
		candida	2	19	3	4	28
		Gardnerella sp	3	16	28	10	57
		trichomonas	0	1	1	0	2
		Total		23	75	43	20

Existem vários tipos de flora vaginal mas neste estudo foram considerados dois tipos de flora vaginal: flora I predominância de lactobacilos que vamos considerar flora normal, e flora II quando ocorre a diminuição de lactobacilos ou ausência de lactobacilos e a presença de vaginose bacteriana, flora positiva para *Candida sp* ou *Trichomonas vaginalis* que consideramos flora vaginal alterada de acordo com a literatura pesquisada.

Encontrou-se flora vaginal alterada em 50,9% (109/204) das gestantes, sendo as causas mais frequentes, *Gardnerella sp.* (61; 28,5%) e *Cândida albicans* (29; 13,6%). (gráfico- 6). Das 53 (24,8%) gestantes que referiram não ter corrimento, 10 (4,7%) foram positivas para vaginose bacteriana e 1 (0,5%) para candidíase.

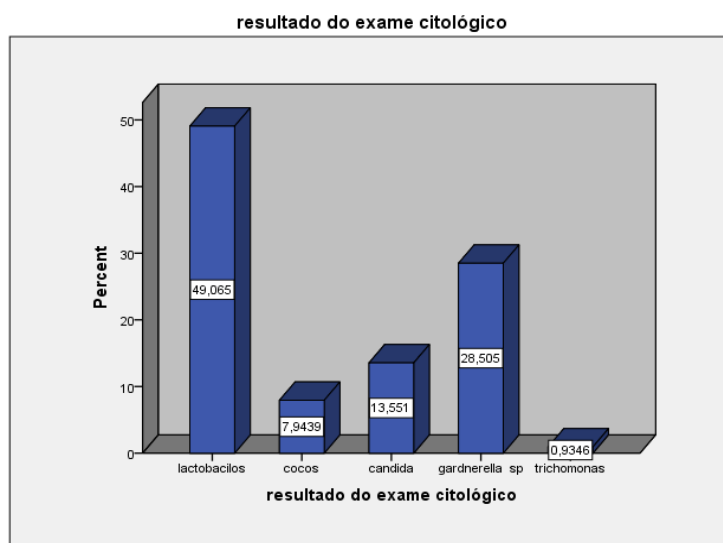


Gráfico-6 Ocorrência de flora vaginal normal e alterada nas gestantes estudadas, Sobral-Ce, 2011.

A análise evidenciou que das 78 gestantes com diagnóstico referente à vaginose bacteriana, 73% tinham queixa de corrimento, e que 19,2%, 36,4% e 56,4% referiram prurido, dispareunia e cheiro fétido, respectivamente. (Tabela 5)

Tabela 5 Relação entre sinais e sintomas referidos pelas gestantes do município de Sobral-Ce e vaginose bacteriana.

Flora Vaginal alterada positiva para vaginose bacteriana GardnerellaVaginallis/ Cocos					
Sinais e sintomas	sim	%	não	%	Total
Prurido vaginal	15	19,2	63	80,7	78(100%)
Corrimento	57	73	21	26,9	78(100%)
Cheiro Fétido	44	56,4	34	43,5	78(100%)
Dispareunia	30	36,4	48	61,5	78(100%)

Em relação às 29 gestantes com candidíase 96,6% referiram corrimento vaginal, 51,7% tinham queixa de prurido, 24,1% queixavam-se de dispareunia e 17,2% informaram ter odor no corrimento, respectivamente. (Tabela 6)

As duas gestantes com tricomoníase tinham queixa de corrimento e negaram prurido, dispareunia e cheiro fétido.

Tabela 6- Relação entre sinais e sintomas referidos pelas gestantes do município de Sobral-Ce e Candidíase.

Flora Vaginal Alterada positiva para candidíase					
Sinais e sintomas	sim	%	não	%	Total
Prurido vaginal	15	51,7	14	48,3	29(100%)
Corrimento	28	96,6	1	3,4	29(100%)
Cheiro Fétido	5	17,4	24	82,7	29(100%)
Dispareunia	15	24,1	14	48,3	29(100%)

Na tabela 7 é possível verificar que em 105 gestantes, 49% das participantes do estudo, a secreção vaginal foi considerada como fisiológica ou flora vaginal normal. Entre essas, 63 (60%) referiram corrimento vaginal, 10 (9,5%) presença de cheiro fétido no corrimento, 5 (4,7%) prurido vulvar e 12 (11,4%) dispareunia.

Tabela 7 - Relação entre sinais e sintomas referidos pelas gestantes do município de Sobral-Ce e lactobacilos.

Flora Vaginal Normal Lactobacilos					
Sinais e Sintomas	sim	%	Não	%	Total
Prurido vaginal	5	4.7	100	95.2	105(100%)
Corrimento	63	60	42	40	105(100%)
Cheiro Fétido	10	9.5	95	90.4	105(100%)
Dispareunia	12	11.4	93	88.5	105(100%)

Nos cálculos estatísticos não há diferença estatisticamente significativa entre as gestantes com flora normal e as gestantes com flora alterada relativamente ao nível de escolaridade ($p= 0,253$). Contudo, verifica-se maior percentagem de gestantes com ensino fundamental incompleto ou completo entre as que têm diagnóstico de vulvovaginite (Tabela 8).

Verifica-se a existência de uma diferença significativa entre as gestantes com e sem flora normal relativamente à idade (teste de Mann-Whitney; $p =0,017$). Considerando os casos positivos, maiores prevalências de vulvovaginites ocorreram nas faixas etárias de 14 a 19 anos, 20 a 24 anos e 25 a 29 anos.

A vaginose bacteriana foi mais frequentemente observada em gestantes de 14 a 19 anos (29/78) e 20 a 24 anos (20/78). Menores frequências foram observadas em gestantes acima de 35 anos. Infecções por *Cândida sp.* também foram mais frequentes em gestantes de 14 a 19 anos (9/29) e 20 a 24 anos (7/29). E os dois casos de infecção por *Trichomonas vaginalis* foram observados em gestantes acima de 25 anos. (Tabela 9).

Tabela 8- Proporção das categorias da variável “escolaridade” nos grupos de gestantes com diferentes resultados do exame citológico.

		Escolaridade						Total
		Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental completo	Ensino Médio incompleto	Ensino Médio completo	Nível Superior Incompleto	Nível Superior completo	
resultado do exame citológico	lactobacilos	17 (16.2%)	19(18,1%)	21 (20,0%)	43(40.9%)	3 (2.9%)	2 (1.9%)	105 (100%)
	cocos	4 (23.5%)	5 (29.4%)	2 (11.8%)	5(29.4%)	0	1(5.9%)	17 (100%)
	candida	3 (10.3%)	2 (6.89%)	8 (27.5%)	11(3.7%)	2 (6.8%)	3(10.3%)	29 (100%)
	Gardnerellasp	12 (19.6%)	15 (24.5%)	11 (18.0%)	19(31.1%)	0	4 (6.5%)	61 (100%)
	trichomonas	0	2 (100%)	0	0	0	0	2 (100%)
Total		36 (16.82%)	43 (20.1%)	42(19.6%)	78(36.4%)	5 (2.3%)	10(4.7%)	214 (100%)

Tabela 9 - Proporção das categorias da variável “idade” nos grupos de gestantes com diferentes resultados do exame citológico.

Resultado do exame citológico	Faixa etária (anos)						Total
	14-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-41	
Lactobacilos	20(19.4%)	32(30.4%)	25(23.8%)	20(19.4%)	5(4.7%)	3(2.8%)	105 (100%)
Cocos	4(23.5%)	5(29.4%)	4(23,5%)	2(11.7%)	2(11.7%)	0(0%)	17 (100%)
Candida	9(31.0%)	7(24.1%)	8(27,6%)	3(10.3%)	2(6.9%)	0(0%)	29 (100%)
Gardnerella	25(40.9%)	15(24.5%)	13(21,3%)	7(11.4%)	1(1.6%)	0(0%)	61 (100%)
Tricomonas	0(0%)	0(0%)	1(50,0%)	0(0%)	1(50%)	0(0%)	2 (100%)
Total	58 (27,1%)	59 (27,6%)	51 (23,8%)	32 (15,0%)	11 (5,1%)	3 (1,4%)	214 (100%)

Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre as gestantes com e sem flora vaginal normal relativamente ao sentido da higiene com papel higiénico (n=179, $X^2 = 11,429$, p= 0,001). Constatou-se que 55,7% de gestantes com flora vaginal alterada utilizavam o papel no sentido de trás para a frente contra 30,5% das gestantes com flora normal. (Tabela-10)

Tabela 10 - Proporções das categorias da variável “sentido da higiene do papel” nos grupos de gestantes com e sem flora vaginal alterada.

	sentido da higiene com papel higiênico		Total
	detrás para frente	da frente para trás	
Flora Normal	25 30,5%	57 69,5%	82 100,0%
Flora Alterad	54 55,7%	43 44,3%	97 100,0%
Total	79 44,1%	100 55,9%	179 100,0%

Comparando o grupo de gestantes com e sem flora vaginal normal, relativamente ao número de parceiros nos últimos seis meses, verificou-se que uma maior percentagem de gestantes tinha dois ou três parceiros no grupo com flora vaginal alterada (12,0% vs 4,8%). (Tabela 11)

Tabela -11 Proporções das categorias da variável “número de parceiros nos últimos seis meses” nos grupos de gestantes com e sem flora vaginal alterada.

	Número de parceiros nos últimos seis meses			Total
	1	2	3	
Flora Normal	100 95,2%	5 4,8%	0 ,0%	105 100,0%
Flora Alterad	96 88,1%	10 9,2%	3 2,8%	109 100,0%
Total	196 91,6%	15 7,0%	3 1,4%	214 100,0%

5. DISCUSSÃO

A população estudada mostrou em predomínio de gestantes jovens, de baixa renda e baixa escolaridade.

Diversos autores descrevem uma associação entre o nível de escolaridade, a assistência pré-natal e os resultados perinatais, demonstrando que o uso adequado e intensivo do pré-natal está intimamente relacionado com características socioeconômicas, como uma maior escolaridade da gestante. (OSIS et al., 1993; COIMBRA et al., 2003).

A probabilidade de procurar um serviço de saúde é maior em pessoas com maior nível de escolaridade (Travassos et al., 2002 e Neri e Soares, 2002), demonstrando, possivelmente, melhor percepção dos benefícios de um tratamento adequado sobre a sua saúde (Noronha e Viegas, 2002). Segundo Nascimento (2003) e Freitas (2008) um nível educacional menos diferenciado até oito anos de escolaridade, que corresponde ao ensino fundamental, pode estar associado a uma desinformação para mãe e ser fator de menor interesse ou de maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, em especial ao pré-natal.

O nível de escolaridade está associado não somente ao fazer ou não controle pré-natal, mas também ao início precoce do pré-natal e ao número de consultas realizadas (FAÚNDES *et al.*, 1982). Concordam com isto Molina; Dalben e De Luca (2003), quando afirmam que as mulheres com maior escolaridade possuem melhores oportunidades de informação. As vulvovaginites têm sido associadas a fatores sócio-culturais como a idade, falta de educação sexual, grau de escolaridade e ocupação, que acabam por se refletir em atitudes relacionadas a maus hábitos de higiene.

No nosso estudo, as gestantes têm baixas rendas familiares, representadas por menos de um a dois salários mínimos, e visto que mais de metade (57%) não se encontravam no mercado de trabalho durante a gravidez. Dados da literatura que pesquisaram a relação da renda familiar com o resultado perinatal identificaram maiores taxas de mortalidade entre famílias cuja renda per capita era inferior a um salário mínimo (TANAKA; 2001). Uma pesquisa para infecções endógenas de infecções do trato reprodutivo entre mulheres grávidas no Bangladesh revelou uma associação entre nível socio-econômico baixo e vaginose bacteriana (BENGUM et al., 2003).

Acredita-se que, no quadro social desfavorável existe uma alta incidência de gestações não planejadas. No entanto, vários são os motivos que levam as mulheres a engravidarem mesmo em situações adversas, entre eles destacam-se: provar a fertilidade, solidificar o relacionamento com o parceiro, ter alguém para amar e cuidar (AMAZARRAY *et al.*, 1998)

Outro fator importante da amostra estudada revelou percentagens significativas de gestantes jovens com idades entre 14 a 29 anos (78,4%), de solteiras sem parceiro fixo (14,5%), e de gestantes com ensino fundamental incompleto (ensino básico incompleto) (16,5%). Segundo a literatura, todas essas condições se relacionam, no seu conjunto ou isoladamente, com baixa utilização da assistência pré-natal, contribuindo para o aumento da morbimortalidade materno-fetal. (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2009)

Para que as gestantes se enquadrassem no acompanhamento ou apoio dado pela estratégia TREVO necessitariam estar dentro de critérios desenvolvidos pela estratégia, divididos em três tipos de apoio: para a mãe social, apoio alimentar e o kit gestante. Este último não foi avaliado por não ser um apoio para gestantes em risco clínico e sim um incentivo para a realização completa da assistência pré-natal.

No nosso estudo as gestantes não apresentavam critérios suficientes para necessitarem do apoio e acompanhamento da Estratégia TREVO pois para que isso viesse a acontecer seria necessário que cada gestante cumprisse mais de um critério. A seleção aleatória de um terço dos centros de saúde pode ter levado à seleção de centros de saúde que abragem população mais favorecida.

A estratégia TREVO actua para detectar o mais precocemente possível fatores de risco gestacional que possam interferir na adequada evolução da gestação e puerpério. (SECRETARIA DE SAÚDE E AÇÃO SOCIAL DE SOBRAL, 2010).

O fato de não encontrar nenhuma gestante que necessitasse do apoio da Estratégia TREVO deve-se provavelmente a dimensão da amostra estudada e limitação de tempo da colheita de dados.

No que diz respeito à higiene, de acordo com Almeida (2000), a maneira ideal de se realizar a higiene após as eliminações é lavar a vulva e o ânus com água corrente; no entanto, se não for possível, a higiene deverá ser feita levando-se a mão por trás do corpo e realizando a limpeza no sentido períneo-cóccix e nunca no sentido ânus-

períneo, por isso consideramos neste estudo o sentido da frente para trás, o sentido correto.

Segundo Sobel (1990), Kinghom (1992) e Vasconcelos e Martins (2005), os hábitos de higiene íntima incorrectos que mobilizam microrganismos da região anal para a perineal atuam como factores predisponentes para algumas vulvovaginites. A contaminação vaginal, a partir do trato digestivo, por causa da higiene realizada no sentido do ânus para vagina e o uso de calcinha (cueca feminina) com resíduos de fezes, atuam como factores desencadeantes de episódios de candidíase vulvovaginal. (GEIGER E FOXMAN; 1996; ROSA;RUMEL, 2004).

Mitchell et al., (2006) declararam que as diferenças no nível social de vida, condições de higiene precárias e baixo nível de escolaridade também estão associados a uma maior prevalência da tricomoníase.

Trinta e nove gestantes (18,2%) relataram a prática do duche vaginal “Apesar da crença dos ginecologistas de que duches vaginais podem ser nocivas ao ecossistema vaginal”, estudo realizado por Cordeiro et al., 2003, não observou relação entre a prática de duches vaginais e lavagem externa da genitália com aumento de risco de vulvovaginites recorrentes. No nosso estudo 39 (18,2%) das gestantes referem a prática do duche vaginal em que 24 (11,2%) tinha flora vaginal normal e 15 (7,0%) flora vaginal alterada - não se verificou relação com a prática do duche.

Chamou a atenção o fato de 79 (36%) das gestantes fazerem a higiene da genitália, após as eliminações, com papel higiénico no sentido detrás para frente e que 47/79 destas gestantes terem 9 a 11 anos de escolaridade. Esses resultados contrariam a literatura pesquisada. Berger e Leigh (1989), em pesquisa que investigava a correlação entre escolaridade e saúde, concluíram que existe uma relação de causalidade, ou seja, quanto maior a escolaridade, melhores seriam os conhecimentos sobre alguns hábitos prejudiciais, e isso traria melhorias para a saúde.

Segundo Freitas (2008) acredita-se que esses resultados possam ser justificados pela hipótese de que tais hábitos tenham sido provenientes de ensinamentos recebidos na infância e por esse motivo sejam difíceis de serem mudados. Este é um aspecto a ser discutido e defendido pelos profissionais de saúde e da educação. O trabalho desses profissionais, em conjunto, só tende a trazer benefícios para a população- alvo.

As vulvovaginites, em geral, manifestam-se por sintomas que podem aparecer isolados ou associados, tais como: corrimento vaginal, prurido vulvar, cheiro fétido e dispareunia. No entanto, algumas mulheres com Papanicolau positivo para vulvovaginites não relatam a presença de corrimento, talvez pela vergonha em assumir a situação ou pela incapacidade em perceber. Não se pode considerar a queixa de corrimento vaginal como presença de um quadro infeccioso. Sabe-se que, no período gestacional, 20% ou mais das mulheres pode apresentar conteúdo mucóide e leitoso, que umedece a roupa íntima sem, contudo, significar fluxo patológico (MENESES E FAÚNDES, 2004). Estudo prospectivo realizado pela Escola de Saúde Pública da Califórnia (EUA), em 1991, com 123 mulheres sintomáticas, constatou que os sintomas não diferem entre as três causas mais comuns de vaginites (bacteriana, *Candida albicans* e *Trichomonas vaginalis*) e os autores concluíram que a presença de sinais e sintomas tem valor limitado, só diagnosticando metade (49%) das pacientes que realmente têm a infecção (Zhang, 1998).

Verificamos que no presente estudo não houve relação com a cor e a consistência do corrimento com a flora vaginal alterada talvez seja pelo desconhecimento ou incapacidade de definir as características do seu próprio corrimento. Outras queixas genitais, como cheiro fétido, dispareunia e prurido vaginal também não tiveram relação com flora vaginal alterada, o mesmo ocorrendo em outros estudos (GOMES, 2003; MENESES E FAÚNDES, 2004). A queixa de dispareunia teve relação com a alteração de flora, mas se deve ponderar que esse sintoma é frequentemente referido tanto em casos de candidíase vulvovaginal, vaginose bacteriana e Tricomoniase. Assim, torna-se clara a inespecificidade desses sinais e sintomas, sinalizando que sua presença não contribui para o diagnóstico das alterações de flora vaginal.

A queixa mais frequente das gestantes em estudo foi a de corrimento vaginal, referido por 75,2% das gestantes, valor superior aos 66% descritos em estudo realizado com gestantes atendidas na rede básica de Botucatu interior do estado de São Paulo (GONDO et al., 2010) e de outro estudo realizado com gestantes da periferia de localidade urbana do Sul do país (FONSECA et al., 2008). Os sinais e sintomas não demonstraram relação com a presença de *Candida albicans*, vaginose bacteriana e *Trichomonas vaginalis* confirmadas por exames laboratoriais, significando-se que não existem manifestações clínicas patognomônicas de vulvovaginites, o que demonstra a necessidade de no mínimo fazer um exame microscópico para rastrear o diagnóstico e sempre que possível realizar cultura a fim de confirmar o diagnóstico. Portanto, o autodiagnóstico ou o diagnóstico baseado apenas na experiência clínica, para estas

patologias, muitas vezes dispensando-se até um exame ginecológico adequado, leva a muitos tratamentos desnecessários e deixa de tratar corretamente casos que não apresentam a sintomatologia clássica a ela atribuída. Esses achados vão contra o esperado na prática clínica correta, e estudos como esses, com base em evidências, devem ser efetuados para que as condutas terapêuticas relacionadas com síndromes clínicas mal estudadas possam ser revistas.

Em relação a estes achados cabe o seguinte comentário de Sobel (1993): "A inflamação da vagina é extremamente comum, levando milhões de mulheres a consultórios médicos em todo o mundo. Mais comum do que a vulvovaginite *per se* são os sintomas vulvovaginais que são de curta duração, auto limitados e sem evidência de inflamação. A frequência de sintomas como prurido, irritação, corrimento e dispareunia é desconhecida e inespecífico e por isso, o autodiagnóstico e o diagnóstico por médicos sem confirmação laboratorial são inseguros. O manejo das vaginites permanece empírico, baseado no consenso de que a vaginite não acarreta risco de vida e que o tratamento empírico não é prejudicial. A introdução da automedicação antimicótica foi entusiasticamente adotada pelos consumidores e médicos, sem preocupação com os potenciais efeitos pelo uso abusivo e muitas vezes inadequado de medicamentos".

No nosso estudo foi encontrada uma prevalência geral de 50,9% de gestantes com flora vaginal alterada. Esta alta taxa de gestantes com flora vaginal alterada está em concordância com outros estudos recentes realizados com gestantes (GONDO, 2007; TRISTÃO, 2008).

No nosso estudo a vaginose bacteriana foi a mais frequente alteração de flora, com prevalência isolada de 36,4%, estando de acordo com os estudos que a apontam como a mais prevalente alteração de flora vaginal no mundo (TRISTÃO, 2008). A vaginose bacteriana é uma condição polimicrobiana em que a flora de *Lactobacillus* spp. normal é substituída por um grande número de outros microorganismos, principalmente anaeróbios, como *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella* sp., *Bacterioides* sp., *Mobiluncus* sp., *Peptostreptococcus* spp. E *Mycoplasma hominis*, que são alguns dos germes frequentemente associados à vaginose bacteriana.

A vaginose bacteriana revelou-se um fator de risco para a prematuridade num estudo realizado no ambulatório de Ginecologia e obstetrícia da Universidade de São Paulo, (Carvalho et al., 2001), mostrando que das 103 gestantes positivas para vaginose bacteriana, 9,7% evoluíram para parto prematuro. Já no grupo de gestantes negativas

para esta infecção, apenas 3,2% evoluíram para parto com menos de 37 semanas. A presença de vaginose bacteriana na bacterioscopia do conteúdo vaginal levou a um risco relativo de 1,8 para parto prematuro comparado ao risco das gestantes com bacterioscopia do conteúdo vaginal normal. A associação da vaginose bacteriana com o parto prematuro pode ser reforçada pela evidência de que 30 a 40% dos partos prematuros apresentam alguma evidência de infecção subclínica intra-uterina (UGWUMADU, 2000).

Carvalho et al., (2001), demonstraram que a prematuridade foi aproximadamente três vezes mais comum nas gestantes com vaginose bacteriana do que nas gestantes com flora vaginal normal.

No presente estudo, a vaginose bacteriana foi mais frequentemente observada em mulheres em idade reprodutiva e com baixa escolaridade. Esses resultados são consistentes com dados da literatura que relatam que mulheres mais jovens, geralmente são as maiores responsáveis pelos atendimentos ginecológicos, possivelmente pela necessidade de tratamento de leucorreias e vulvovaginites frequentemente ocasionadas por *Gardnerella vaginalis* (BRENNAN et al., 2001). A infecção por *Gardnerella vaginalis* frequentemente tem sido associada a factores sócio-culturais como idade, falta de educação sexual adequada, grau de escolaridade e ocupação que acabam por se refletir por atitudes associadas a maus hábitos de higiene, grande número de parceiros, início precoce da vida sexual ativa principalmente associada à falta de uso de preservativos (Brennan et al., 2001). Por conseguinte, a vaginose bacteriana pode apresentar alguns aspectos de doença sexualmente transmissível, embora não possa ser considerada como tal, apesar de ser uma das condições mais comuns em clínicas ginecológicas e de IST (DEMBA et al., 2005).

A candidíase apresentou uma prevalência isolada de 13,6% ao contrário de um estudo realizado em Patos na Paraíba, em 2007, onde a infecção por *Candida sp.* se apresentou como a mais prevalente, correspondendo a 22,4% dos casos (LEITE et al., 2011), E ao χοντρ(ριο δε ουτροσ εστυδος relatado na literatura, (entre 25 e 37%) ROSA e RUMEL; 2004).

Cabe salientar também outro estudo prospectivo conduzido na Universidade do Colorado, Denver (EUA), em 1995, avaliando com cultura para *Candida sp.*, um grupo de 71 mulheres não menstruadas, consecutivas, atendidas no Hospital Universitário, que

estivessem apresentando corrimento vaginal, prurido ou dispareunia com autodiagnóstico de candidíase. Esses resultados são semelhantes aos do nosso estudo com o diagnóstico apenas clínico, demonstrando baixa acurácia para prever candidíase apenas baseando-se em achados clínicos, sem confirmação laboratorial (ABBOTT, 1995).

Leveduras do gênero *Cândida* são fungos oportunistas que podem ser encontrados em dois diferentes estados. Os esporos (blastosporos) constituem o fenótipo para extensão, disseminação e transmissão. Compõem uma forma resistente do fungo e estariam associados com a colonização assintomática. Por outro lado, os pseudo-micélios são as formas germinativas, este fenótipo tem capacidade invasora tissular e ocasiona a sintomatologia própria da infecção (FERRER, 2000). A infecção pode ser adquirida pelo feto durante a gestação ou no parto. Durante as primeiras semanas de vida, os recém-nascidos podem apresentar colonização oral por leveduras, provavelmente adquiridas durante a passagem pelo canal de parto e pela ingestão de partículas do conteúdo vaginal. Aproximadamente 20% dos neonatos apresentam monilíase, conhecida como sapinho. A candidíase cutânea congênita é atualmente conhecida como a forma mais frequente adquirida congenitamente e está associada algumas vezes à invasão sistêmica pulmonar. Essa forma da infecção corresponde a uma manifestação na pele do recém-nascido, ocasionada por infecção intra-uterina pela *Candida albicans*, caracterizando-se pela presença de pústulas ou bolhas e exantema maculopapular disseminado (HEREDIA e GOMPERDETZ, 1994).

A meningite por *Candida* sp. pode acometer principalmente recém-nascidos pré-termo, ocasionando sequelas permanentes e alta mortalidade. Outras doenças como endocardite, pneumonia e peritonite podem ser causadas pela *Candida albicans*, levando à graves consequências para o recém-nascido (FERBAUM, 1994)

Este estudo mostrou que há uma maior prevalência de infecção por *Candida* sp em gestantes incluídas no intervalo de 14 a 24 anos. De fato, segundo Cavalcante *et al.*, (2005), a *Candida* sp. raramente é isolada em mulheres pré-menárquicas ou na pós-menopausa, sugerindo uma dependência hormonal para a ocorrência da infecção, devido ao aumento da quantidade de glicogênio, principalmente no período pré-menstrual. Além da relação hormonal, a maior ocorrência desta patologia na população jovem poderia ter relação com hábitos sexuais, de higiene ou comportamentais (Geiger *et al.*, 1995). Os resultados encontrados neste estudo mostram uma diminuição na

infecção por *Candida sp.* à medida que a faixa etária aumenta e assim com uma relação com um baixo nível de escolaridade.

A infecção por *trichomonas vaginalis* também foi mais frequente em mulheres em idade acima de 25 anos e nível de escolaridade baixo. Neste estudo, observou-se menor prevalência de infecção por *Trichomonas Vaginalis* quando comparado a prevalência dos demais agentes microbiológicos analisados.

No nosso estudo considerando-se todos os casos de tricomoníase ocorridos, pode-se afirmar que sua prevalência foi baixa (0,9%). Considera-se que o grande número de diagnósticos e o tratamento aleatório, principalmente da vaginose bacteriana, podem estar provocando uma quase erradicação do protozoário, que acaba sendo tratado indirectamente (GOMES, 2003). No nosso estudo as gestantes não foram questionadas sobre tratamentos prévios a infecção vaginal, ou, sobre infecção dos seus parceiros, o que poderia esclarecer a situação.

A literatura afirma que a presença de descarga vaginal fluida, em grande quantidade, de cor amarelo-esverdeado, bolhosa, incluindo queixas como prurido vulvar e dispareunia, indica a possibilidade de infecção vaginal causada por *Trichomonas Vaginalis* (SILVA.FILHO, 2004; TRISTÃO *et al.*, 2003). No entanto de acordo com Mitchell *et al.*, (2006), o diagnóstico da tricomoníase não deve ser feito com base apenas no quadro clínico, pois pode-se confundir a infecção com outras ISTs.

Em um estudo realizado com gestantes no ambulatório de ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Mato Grosso do Sul (2007) a prevalência das vulvovaginites foi: candidíase vulvovaginal (22,6%), vaginose bacteriana (22,6%) e tricominíase vulvovaginal (3,2%). Em Lima, Peru, foi obtida uma frequência de candidíase vulvovaginal (16,2%), vaginose bacteriana 23% (16,2%) e tricominíase vulvovaginal 7,8% (NUGENT *et al.*, 1991). No nosso estudo a prevalência foi: candidíase vulvovaginal (13,6%), vaginose bacteriana 36,4% e tricominíase vulvovaginal 0,9%. As discordâncias entre dados achados por cada autor podem ser atribuídas não só às diferenças metodológicas utilizadas, como também aos testes diagnósticos empregados.

Das 53 (24,8%) gestantes que referiram não ter corrimento, 10 (4,7%) foram positivas para vaginose bacteriana e 1 (0,5%) para candidíase. Em relação às gestantes assintomáticas um estudo semelhante revelou que 16,1% apresentaram corrimento, e, em 3 delas foi diagnosticada a vaginose bacteriana pelos critérios de Amsel *et al.*,

(1983), em 1 a candidíase vulvovaginal e, em outras 2, encontrou-se secreção fisiológica (FREITAS, 2008).

Resultado semelhante foi obtido por Gomes (2003) em estudo feito com 124 mulheres nos ambulatórios de infecção Genitais e de Ginecologia Geral do departamento de Tocoginecologia da UNICAMP, no período de Julho de 1997 a Junho de 2002, onde 6 mulheres negaram ter corrimento e destas seis pacientes, foram identificadas por exames laboratoriais: duas candidíases, uma vaginose bacteriana, um corrimento inflamatório e dois fluxos fisiológicos. Simões et al., (1996); Simões; Giraldo e Faúndes (1998), encontram em gestantes assintomáticas, 19,3% de candidíase; 9,5% de vaginose bacteriana e 2,5% de tricomoníase.

De acordo com Mitchell (2004), mais da metade das mulheres com vaginose bacteriana são assintomáticas. E segundo Quan (2000), mesmo que a anamnese ginecológica da cliente não caracterize a ocorrência de uma vulvovaginite, para o diagnóstico preciso e tratamento eficaz, é indispensável que seja feita, rotineiramente, a confirmação laboratorial.

6. CONCLUSÕES E ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

Durante a gestação podem ocorrer distúrbios na flora fisiológica do trato genital, composto por *Lactobacillus sp.*, resultando em processos infecciosos determinados por agentes bacterianos. Tais infecções podem levar a doença pélvica inflamatória, parto prematuro e infecção fetal, sendo que o exame de Papanicolau pode sugerir a presença desses agentes infecciosos.

Essas infecções estão associadas a complicações na gestação e nossos resultados mostraram uma alta prevalência de agentes patogênicos nas gestantes, confirmando a importância do acompanhamento pré-natal das gestantes para o diagnóstico e tratamento adequado dessas infecções.

No nosso estudo verificou-se que a idade média foi de 24,28 anos, um quarto das gestantes eram adolescentes, que mais da metade das gestantes tinham um nível de escolaridade entre o ensino fundamental e o ensino médio incompleto e metade referiram ausência de atividade remunerada. A higiene da genitália após as eliminações era realizada com papel higiênico por mais de metade das gestantes, e cerca de um terço das gestantes faziam uso do papel higiênico no sentido ânus-períneo (todas estas mulheres possuíam de 9 a 11 anos de escolaridade).

A nível profissional, as gestantes ocupam cargos muito diversos, desde os quadros superiores, a profissões não qualificadas, domésticas, estudantes, cabeleireiras e auxiliares de enfermagem. Da população empregada, na sua maioria pertencem à categoria de diaristas e auxiliares de produção (operárias).

A baixa escolaridade pode ser decorrente das condições sócio-econômicas da família. O nível sócio-econômico-cultural representa a soma de vários fatores, incluindo nível de instrução e ocupação, os quais interferem no padrão de vida familiar, na higiene e saúde, no tipo de moradia, no nível de vida, nos cuidados com a saúde, e até na assistência pré-natal.

Nenhuma das gestantes que participaram deste estudo se enquadraram no perfil de necessidades da estratégia TREVO. Verificou-se que à metodologia utilizada é exequível, as enfermeiras da consulta pré-natal estão abertas à participação em estudos semelhantes havendo condições para a realização de um estudo com uma amostra estratificada que abarque os vários centros de saúde. De modo que a amostra contemple a presença de gestantes acompanhadas pelo TREVO recomendamos a ampliação do estudo a todos os centros de saúde.

A gravidez é um acontecimento especial na vida da mulher e, como tal, exige algumas adaptações especiais para a promoção da sua saúde e da saúde do feto. Os profissionais de saúde devem ver essa oportunidade para a promoção e manutenção preventiva da saúde, bem como para a instrução e educação da gestante sobre os riscos para as vulvovaginites.

Nessa perspectiva, é importante chamar a atenção para o cuidado diferenciado, isto é, um pré-natal personalizado no qual a gestante possa ter uma assistência capaz de satisfazer as necessidades afetadas. Os profissionais, deverão assisti-la do início ao fim da gravidez, e, assim, melhorar a qualidade do pré-natal, como o diagnóstico precoce das vulvovaginites e outras patologias podendo aumentar a adesão da grávida à terapêutica.

Apesar do corrimento vaginal ser queixa frequente das gestantes, neste estudo não esteve associado ao diagnóstico de alterações de flora vaginal juntamente com as outras queixas genitais, como cheiro fétido, prurido, consistência, cor e outros. Devemos lembrar que nenhum desses sintomas ou sinais são característicos de vulvovaginites. As gestantes frequentemente fazem seu “próprio diagnóstico”, e mais de metade das gestantes do nosso estudo apresentavam outras condições clínicas que não vulvovaginites. Antes de prescrever empiricamente terapia para o tratamento de vulvovaginites, o diagnóstico deverá ser confirmado com uma citologia (papanicolau). Portanto, a realização do diagnóstico laboratorial é indispensável.

O presente estudo permitiu identificar a prevalência de flora vaginal alterada, independentemente da queixa referida, através de exames laboratoriais, considerando uma amostra de gestantes do município de médio porte do interior cearense. A prevalência de flora vaginal alterada foi de 50,9%, sendo as mais frequentes: vaginose bacteriana (36,4%), candidíase vaginal (13,6%) e Tricomoniase vaginal (0,93%). Não se diagnosticaram infecções mistas. Assim, considerando a elevada prevalência, as possíveis repercussões maternas e perinatais indesejáveis e a prática laboratorial exequível, sugere-se o estabelecimento de rotina diagnóstica para o esclarecimento das alterações de flora vaginal em todos os ambulatórios de pré-natal.

Recomenda-se que novos estudos avaliem também as gestantes que não frequentam os centros de saúde para se conhecer a problemática das vulvovaginites no município de sobral e avaliar se os profissionais das clínicas privadas seguem normas ou protocolos emitidos pelo sistema de saúde local ou ministério da saúde.

Aos Centros de Saúde /Profissionais de Saúde recomenda-se:

1. Caracterização de conhecimentos sobre as vulvovaginites e suas implicações, nos vários grupos de profissionais. Com base neste estudo realizar acções de formação em serviço sobre diagnóstico clínico e laboratorial, tratamento e prevenção das vulvovaginites.
2. Realizar estudos epidemiológicos sobre vulvovaginites, de forma a acompanhar as mudanças na incidência desta patologia, ao longo do tempo.
3. Realizar Sessões de Educação para a Saúde às mulheres (grávidas e não grávidas), sobre vulvovaginites em todos os aspectos, criando-se programas em articulação com as diversas instituições.

Sugere-se que as escolas introduzam esta temática em parceria com os centros de saúde, nomeadamente:

- a. Higiene pessoal: lavar-se após as eliminações utilizando o sentido correcto, diminuir as vestimentas apertadas, sintéticas, molhadas permanentemente, cosméticos genitais, além dos cuidados com as roupas e higiene íntimas.
- b. Educação sexual: conhecimento sobre comportamentos de risco, Infecções Sexualmente Transmissíveis, uso de preservativos.

Sendo este o primeiro estudo realizado em Sobral sobre esta temática, contribuindo para o diagnóstico inicial da situação epidemiológica, sugerem-se novos estudos sobre os agentes causais das vulvovaginites, visto que pode acometer muitas mulheres, principalmente as mais jovens, com baixo nível de escolaridade e condições socio-económicas desfavoráveis.

BIBLIOGRAFIA

AMSEL,R. *Et al.*, Non specific vaginitis, diagnostic criteria and microbial and epidemiologia associations. **Am J Med**, v.77,n.1,p.14-22,1983.

ABBOTT, J. Clinical and microscopic diagnosis of vaginal yeast infection: a prospective analysis. **AnnEmergMed** 1995; 25:587-91.

AMAZARRAY, M.R; et al; A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. In **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 1998; 3: 431-440.

ARRIBAS, C. M; BARBOSA, M. G. M. M; ALMEIDA, N. F. C. **Protocolo do Enfermeiro nas Ações Básicas de Atenção à Saúde da Mulher. Pernambuco: COFEN, 2004.**

ALMEIDA, A. B. Higiene feminina. In: HALBE, H.W.Tratado de ginecologia-3. ed.São Paulo: Roca, 2000. p. 109. <http://pt.scribd.com/doc/22210425/21/Distribuicao-das-gestantes-segundo-as-variaveis-ginecologicas>

ALMEIDA, M.F.; ALENCAR, G.P.; NOVVAES, H.M.D.; FRANÇA, JR., I.; SIQUEIRA,A.A.F.; CAMPBELL,O.M.R. Riskfactors for antepartum fetal deaths in thecityof São Paulo, Brasil.**Rev Saúde Pública**; 41:35-43,2007.

ANDRADE, L.OM. de; MARTINS JÚNIOR, T. Saúde da família: contruindo um novo modelo- A experiência de Sobral. **Sanare: Revista Sobralense de Políticas Públicas**. Ano I, I(01),Out./Nov./Dez.,1999.

BADER, THOMAS I. **Segredos em ginecologia e obstetrícia**: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos-3ed.Porto Alegre, Artmed,2007.448p.

BAGNOLI, V.R; FONSECA, A.M. Tratamento geral das vulvovaginites. **RevBrasMed**, São Paulo, 57(6). 2000.

BARROS SMO. *Doenças Infeciosas e Infecções Congênitas*. In: Barros SMO, Marin HF, Abraão AC. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica: Guia para a Prática Assistencial**. São Paulo: Roca, 2002. cap.9, p.161-185.

BEGUM A, NILUFAR S, AKTHER K, RAHMAN A, KHATOON F, RALMAM M, Prevalence of selected reproductive tract infections among pregnant women attending an urban maternal and child care unit in Dhaka, Bangladesh. **J.HealthpopulNutr** 2003;21:112-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materna. Infantil. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. **Assistência pré-natal**: normas e manuais técnicos. 3 ed. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada : manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomeclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas**: recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro : INCA, 2006. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Secretaria de Atenção Básica, n.13. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.*

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Pré-Natal: Técnico manual. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**, 2000.

BERGER , M. C.; LEIGH, J. P. Schooling, self-selection, and health. *The Journal of Human Resources*, v. 24, n. 3, 1989.

BRENNAN SMF, HARDY E, ZEFERINO LC, NAMURA I. Conhecimento Atitude e Prática do Exame Papanicolaou em Mulheres com Câncer do Colo Uterino. **Caderno de Saúde Pública** RJ 2001; 17(4): 909-914.

CAVALCANTE VLN, MIRANDA AT, PORTUGAL GMP. Rastreamento de Candidose Vaginal Durante a Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino DST- **J bras Doenças SexTransm** 2005;17 (1): 44-48.

CARLI, G.A.D; TASCA, T., *Trichomonas*. In: Neves, D. P. **Parasitologia Humana**. 11.ed. São Paulo: Atheneu, 2005. cap.13, p.115-120.

CAUCI, S; MONTE, R; DRIUSSI, S; LANZAFAME, P; QUADRIFOGLIO, F. Impairment of the mucosal immune system: IgA and IgM cleavage detected in vaginal washings of a subgroup of patients with bacterial vaginosis. **J Infect Dis**. 1998;178(6):1698-706.

CAUCI, S; MCGREGOR, J; THORSEN, P; GROVE, J; GUASCHINO, S; Combination of vaginal sialidase and prolidase activities for prediction of low birth weight and preterm birth. **AmJ Obstet Gynecol**. 2005;192(2):489-96.

CEPAL (Comissão Econômica para América Latina e o Caribe) **EXPERIÊNCIAS EM INOVAÇÃO SOCIAL**, Trevo de Quatro Folhas – Estratégia de Redução da Morbimortalidade Materna, Prerinatal e Infantil Brasil

<<http://www.cepal.org/dds/innovacionsocial/p/docs/Descripcion-Analise-Trevo-pt.pdf><http://www.cepal.org/dds/innovacionsocial/p/docs/Descripcion-Analise-Trevo-pt.pdf> Data [data da consulta:15 de abril de 2011].

CIBLEY, L.J. Cytolytic vaginosis. **AmJ Obstet Gynecol** 1991;165(4):1245-9.

COSTA, J.S.D. *et al.*, **Auditoria médica**: programa de pré-natal em posto de saúde na Região Sul do Brasil, 1997 e 1998. Disponível em <http://www.scielosp.org>. Acesso 5Nov.2011.

COUTINHO *et al.*, Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora. MG. **RBGO**25(10): 717-724,2003.

CONSOLARO, M.E.L.; YOSHIDA, C.S; IRIE, M.M.T.; SUZUKI, L.E. **Deteção da tricomoníase através da colpocitologia de rotina**. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR, Umuarama*, 4(2): 89-94. 2000.

COIMBRA, L.C. *et al.* Factors associated with inadequacy of prenatal care utilization. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, V.37, n.4, p 456-462, 2003.

CORDEIRO, S.N. Fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos associados a mulheres com vulvovaginites recorrentes. Dissertação (Mestrado em tocinologia).UNICAMP, Campinas,2003.

CORDEIRO, S.N.Hábitos de higiene e sexuais em mulheres com vulvovaginites recorrentes.DST-J Bras Doenças Sex Transm, V15, n.2, p.15-19, 2003.

CDC.CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION -**Sexually Transmitted Diseases Treatment**.Guidelines.MMWR,51:1,2002.

DEMBA E, MORISON L, LOEFF S, AWASANA AA, GOODING E, BAILEY R, MAYAUD P, West B. Bacterial vaginosis, vaginal flora patterns and vaginal hygiene practices in patients presenting with vaginal discharges syndrome in the Gambia, West Africa.**BMC Infectious Diseases** 2005; 5 (12): 1-12.

FAÚNDES, ANIBAL, COSTA, ROSELY GOMES, PÁDUA, KARLA SIMÔNIA de, & PERDIGÃO, ANTERO MARQUES. (1998). Associação entre prevalência de laqueadura tubária e características sócio-demográficas de mulheres e seus companheiros no Estado de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 14(Suppl. 1), S49S57.RetrievedApril26,2012,from<http://www.scielo.br/scielo>.

FACHINI, A.M.; GIRALDO, P.C.; ELEUTÉRIO, J. Jr.; JACYNTHO, C.; GONÇALVES, A.K.; LINHARES, I. Vaginose bacteriana e trabalho de parto prematuro: uma Associação não muito bem compreendida. **J Bras Doenças SexTransm.** 2005;17(2):149-52.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA. Assistência Pré-natal: Manual de Orientação. Rio de Janeiro;2000.

FERBAUM, R. Infecção por Candida no período neonatal. In: Marcondes, E. *Pediatria Básica*. 1a ed. São Paulo: Savier, 1994.

FREITAS,S.L.F. **Ocorrência das Vulvovaginites em Gestantes de Baixo Risco**- Campo Grande, MS, 2008.P 121:32 (Dissertação em Enfermagem Obstétrica).

FONSECA TÂNIA, M. V; JURACI A. CESAR ; ARMILDO A. HACKENHAAR; EDUARDO F. ULMI . Corrimento vaginal referido entre gestantes em localidade urbana no Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(3):558-566, mar, 2008. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/09.pdf>

GEIGER AM, FOXMAN B, SOBEL JD. Chronic vulvovaginal candidiasis: characteristics of women with *Candida albicans*, *C. glabrata* and no candida. **Genitourinary Medicine**, 71:5 304-307, 1995.

GIRALDO, P.C.; FACHINI, A.M.D.; PEREIRA, R.T.G.; PEREIRA, S.; NOWAKONSKI, A.V.; PASSOS, M.R.L. A pertinência do *Lactobacillus* na flora vaginal durante o trabalho de parto prematuro. **JBras Doenças SexTransm.** 2006;18:200-3.

GIRALDO,P.C.e tal.A pertinência do *Lactobacillus*. Na flora vaginal durante o trabalho de parto prematuro.DST- **J.Bras Doenças SexTransm**, v.18,n.3,p.199-202,2006.

GIRALDO,P.C.e tal, Influence of frequency of vaginal intercourse and the use of douching on vaginal microbiota. **Rev.Bras.Ginecol.Obstet.**,Rio de Janeiro,v.27,n.5,p.257-262,2005.

GOMES,F.A.M; Valor do exame clínico especular e da anamnese para diagnóstico do corrimento vaginal [tese de doutorado]. Campinas (SP):Universidade de Campinas;2003.

GONCALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.61, n.3, June 2008.

GONDO, F.Prevalência das infecções do Trato genital inferior das gestantes de baixo risco da Estratégia Saúde da Família da Atenção primária em Saúde[dissertação de

mestrado]. Botucatu (SP): Faculdade de medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista; 2007.

GONDO, D.C.A.F.; DUARTE, M.T.C.; SILVA, M.G.; PARADA, C.M.G.L.; Alteração de flora vaginal em gestantes de baixo risco, atendidas em serviço público de saúde: prevalência e associação à sintomatologia e achados do exame ginecológico. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. set-out 2010 [acesso em: [04.11.2011];18(5):[09 telas]. Disponível em: »http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_12.pdf «

GOVENDER,L.;HOOSEN, A.A.; MOODLEY, J.; MOODLEY, P.; STURM, A.W. Bacterial vaginosis and associated infections in pregnancy.**Int Gynecol Obstet**,1996;55:23-8.

GUERRA, B.; CHI, T.; QUARTA, S.;Morselli-Labate AM, Lazzarotto T, Pilu G, et al. **Pregnancy outcome after early detection of bacterial vaginosis.** Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006; 128(1):40-5.

GJERDINGEN, D.; FONTAINE, P.; BIXBY, M.; SANTILLI, J.; WELSH,J.The impact of regular vaginal pH screening on the diagnosis of bacterial vaginosis in pregnancy.**J Farm Pract** 2000; 29: 39-43

HALBER,H.W.; RAMOS, L.O.; ISAAC, R.V.C.**Corrimento Genital.** In: Halbe HW. Tratado de Ginecologia. 3.ed. São Paulo: Roca, 2000. v.2. cap.159,p.612-623.

HEREDIA MS, GOMPERDETZ O. Candidíase. In: Farhat, C.K.; Carvalho, E.S.; Carvalho, L.H.F.R.; Succi, R.C.M. Infectologia Pediátrica. 1a ed. São Paulo: Atheneu, 1994.

HEYNE MAN, D. **Parasitologia Médica.** In: Brooks GF, Butel JS, Morse SA. Microbiologia Médica. 21.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2000. cap.46, p.496-523.

HADDAD,N.**Metodologia de estudos em ciências da saúde.**São Paulo: Roca,2004.

LEITE, M.C.A.; SÔNIA, S. M. J.; LIMA, E.Q.; RODRIGUES, O.G.; FILHO, E.Q.Prevalência dos agentes etiológicos das vulvovaginites através de resultados de

exames citopatológicos: um estudo na Unidade de Saúde da Família em Patos –PB
.[Internet]. 2011.[Acesso 25 out 2011]
»http://www.newslab.com.br/newslab/revista_digital/104/artigo-2.pdf »

LIMA-COSTA, M.F.;BARRETO,S.M.Tipos de estudos epidemiológicos conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento.**Epidemiol.Serv.Saúde**,v.12,n.4,p.189-201,Dez 2003.

LINHARES, M.S.C. **Os factores Associados às Práticas das Famílias no Cuidado com a Proteção dos Reservatórios de Água Para o Uso Doméstico e a Prevenção da Dengue em Sobral – Ceará.** (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual do Ceará. 249p.2003.

LOTTA, S.G. Ações melhoram a Qualidade de Vida das Mães e Crianças de Sobral,2006 <www.eaesp.fgvsp.br/subportais/.../9trevo_de_quatro_folhas.pdf>[data da consulta:18 de Maio de 2011].

MARCIEL, G.P.; TASCA, T.; CARLI, G.A. Aspectos clínicos, patogênese e diagnóstico de *Trichomonas vaginalis*. **J Bras Patol Med Lab.** 2004;40(3):152-60.

MENEZES, ML, FAÚNDES, AE. Validação do fluxograma de corrimento vaginal em gestantes. **J Bras Doenças Sex Transm.** 2004;16(1):38-44.

MITCHELL, H. ABC of sexually transmitted infections: Vaginal discharge – causes,diagnosis and treatment.**BMJ**, v. 328, n. 7451, p. 1306-1308, 2004

MOLINA, L., DALBEN, I. & De LUCA, L. A. (2003). Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49 (2), 185 190.

MCGREGOR, J.A.;FRENCH, J.I.; JONES, W.; MILILIGAN, K.; MCKINNEY, P.J.;NAI, G.A.; MELLO, A.L.P.; FERREIRA,A.D.; BARBOSA.; R.L. Frequência

de Gardnerellavaginalis em esfregaços vaginais de pacientes hysterectomizadas. **RevAssocMedBras**, São Paulo, 53(2): 162-165. 2007.

NASCIMENTO, L.F.C. Cross-sectional study of factors associated to low birthweight according to records obtained in vaccination service. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* v. 3, n. 1, p. 37-42, 2003.

NEME E BUSSÂMARA, 1915- **Obstetrícia Básica**- 3ed. São Paulo. SARVIER, 2005
Vários Colaboradores.

NERI, M. & SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Suplemento), p.77-87, 2002.

NORONHA, K. V. & VIEGAS, M., 2002. Desigualdades sociais em saúde: Evidências empíricas sobre o caso brasileiro. *Revista Econômica do Nordeste*, 32(Especial):877-897. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18s0/13795.pdf>

NUGENT, R.P.; KRHON, M.A.; HILLIER, S.L.L. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by standardized method of gram stain interpretation. **J Clin Microbiol.** 1991;29(2):297-301.

OLIVEIRA, G.J. de et al. Tipos de deliamento de pesquisa de estudos publicados em periódicos odontológicos brasileiros. **Revista. OdontoCiência**, Fac. Odonto/PUCRS, v.22, n.55, p.42-47, 2007.

OLIVEIRA, E.H.; SOARES, L.F. Prevalência de Vaginites infecciosas através da Citologia Clínica: Um estudo no Laboratório Central de Saúde Pública do Piauí. **Rev. Bras. Anál. Clín**, 39(1): 33-35. 2007.

OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad Saúde Públ** 1998;14 (supl.1): 25-32.

Pacto contra a mortalidade infantil será discutido em manaus(artigo electrónico)»<http://www.redenoticia.com.br/noticia/2009/pacto-contra-a-mortalidade-infantil-sera-discutido-em-manaus/9355>« [ACESSO EM 05/11/2011]

PATTERSON, E. et al. Bacterial vaginosis is associated with prematurity and vaginal fluid mucinase and sialidase: results of a controlled trial of topical clindamicyncream. **Am J ObstetGynecol.** 1994;170(4):1048-59.

PEIXOTO, S.; RAMOS, L.O. Vulvovaginites. In: Peixoto, S. **Infecção genital na mulher.** São Paulo (SP): Rocca; 2007. p. 59-87.

PEREIRA, M.G. Seleção dos participantes para o estudo. In: **_.Epidemiologia: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 337-357.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL, (2008) “**Sobral em dados**” [online], Sobral, Ceará, Brasil, [data da consulta: 02 de fevereiro de 2010] <<http://www.sobral.ce.gov.br/comunicacao/novo2/index.php?pagina=cidade/sobral-em-dados.php>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL;Secretaria da Saude e Ação Social;Estratégia Trevo de Quatro Folhas;Protocolo de Atenção Integral à Saude da Gestante e da Puérpera de Baixo Risco .Sobral.Ceará2010.

PRIESTLEY,C.J.; KINGHORN, G.R.; Bacterial vaginosis. **Br J ClinPract** 1996; 50: 331-4.

QUAN, M. Vaginitis: meeting the clinical challenge. *Clin Cornerstone*, v. 3, n. 1, p.36-47, 2000.

RIBEIRO, J.M; COSTA, N.R; PINTO, L.F.S; SILVA, P.L.B. Atenção ao Pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad Saúde Pública** 2004; 20(2): 534-45.

RIBEIRO A.A ,OLIVEIRA D.F , SAMPAIO M.C.N , CARNEIRO M.A.S, TAVARES S.B.N, SOUZA N.L.A, FONSECHI-CARVASAN G.A, ALCANFOR J.D.X&SANTOS S.L.R. Agentes Microbiológicos em exames citopatológicos: **Estudo de Prevalência** .vol.39(3) : 179-181,2007.

ROSA, M. I.; RUMEL, D. Fatores associados à candidíase vulvovaginal: estudo exploratório. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 65-70, 2004.

ROSSI, P; NEME, R.M; RIBERIRO, R.M; PINNOT, J.A. *Vulvovaginites*. **RevBrasMed**, São Paulo, 58(5): 315-324. 2001

SECRETARIA DA SAÚDE E AÇÃO SOCIAL;ESTRATÉGIA TREVO DE QUATRO FOLHAS. Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Gestante e Puérpera de Baixo Risco.Sobral, Ce, 2010.

SERRUYA, S.J; CECATTI, J.G; Lago, T.G. Programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad Saúde Pública** 2004; 20(5): 1281-89.

SIMÕES, J.Á. Complicações perinatais em gestantes assintomáticas com e sem infecções cervicovaginais [tese de doutorado]. Campinas (SP): **Universidade de Campinas**; 1997.

SIMÕES,J.A. Et al. - Prevalência e Fatores de Risco Associados à Infecções Cervico-Vaginais Durante a Gestação.**Rev.Brás.Obstet.**,v 18,n.6,p.18 : 459,1996.

SIMÕES,J.A. Et al. - Perinatal Complications in Pregnat Women With and Without Bacterial Vaginosis.**Rev.Bras.Gynecol .Obstet.**, v 20,n:8, p.437-441, 1998.

SIMÕES,J A;GIRALDO,P C ;FAÚNES,A. Fatores Comportamentais e Características da Microbiota Vaginal Envolvidos na Gênese da Vaginose Bacteriana em Profissionais do sexo e não – Profissionais do Sexo.**DST- J Bras.DoençasSexTransm**, v.18, n.2,p: 108-112,2006.

SIMÕES,J A;GIRALDO,P C ;FAÚNES,A. - Prevalence of cervicovaginal infections during gestation and accuracy of clinical ragnosis.**Infect.Dis.Obstet.Gynecol.**,v.6,n.3,p. 129-133,1988.

SIMÕES, J.A; DISCACCTI, M.G; SILVA, M.G. Flora vaginal normal e anormal. In: Peixoto S. **Infecção genital na mulher**. São Paulo: Roca; 2007. p. 27-36.

SILVA FILHO, A.R.Citologia Vaginal a Fresco na Gravidez: correlação com a citologia corada pela técnica de Papanicolaou.Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. [Internet] 2003 [Acesso 28.10.2011] »portaldeginecologia.com.br/modules.php?name=News&file...»

SMART, S.; SINGAL, A.; MINDEL, A. Social and sexual risk factors for bacterial vaginosis.**Sex. Transm. Infect. Journal**, Local, v. 80, n.1, p. 58-62, fev. 2004

SIQUEIRA,D.D. **Assistência Pré-Natal em Sobral-Ceará: Processo, Resultado e Impacto em 2005-09**(dissertação de Mestrado).Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará,2010.

SOBEL, JD. Candidalvulvovaginitis.ClinObstetGynecol 1993; 36:153-65.

STOHL, W.A;ROUSE, H; FISHER, B.D. **Microbiologia Ilustrada**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 531p.

TANAKA,A.C; Mortalidade Materna. In Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos. Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos: dossiês. São Paulo:Rede Saúde; 2001.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Revista Panamericana de Saúde Pública, v. 11, n. 5, p. 365-373, 2002. <http://www.webartigos.com/artigos/estudo-da-incidencia-de-vulvovaginites-em-gestantes-em-um-centro-de-saude-no-municipio-de-sao-luis-ma/70005/>

TREVO DE QUATRO FOLHAS – Estratégia de Redução da Morbimortalidade Materna, Perinatal e Infantil (Brasi)[Internet] 2007 [Acesso 03.11.2011] »www.eclac.cl/dds/.../p/.../Resumo.TrevodeQuatrofolhas.Brasil.pt.pdf»

TRISTÃO, A.R; Busca ativa e taratamento das infecções do trato genital inferior de gestantes com rastreamento positivo para diabete gestacional: repercussões maternas e perinatais [tese de doutorado]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista; 2008.

TRISTÃO, A.R; et al.Infecções do trato genital inferior e gravidez. *Femina*, v.31,n.8, p.679-695,2003.

VASCONCELOS, SANDRA APARECIDA MACEDO de. MARTINS, LISIANE de ALMEIDA.Correlação entre as alterações microbiológicas e o conhecimento das alterações presentes no laudo do exame colpocitopatológico pelas mulheres do município de Douradina em 2004.*Arquivos de Ciências de Saúde da Unipar . Umuarama*, v. 9,n. 3, p. 167-173, 2005

VARMA, R; GUPTA, J.K; JAMES, D.K; KILBY, M.D.Do screening-preventative interventions in asymptomatic pregnancies reduce the risk of preterm delivery – A critical appraisal of the literature.***Eur J ObstetGynecolReprodBiol.*** 2006; 127(2):145-59.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Making pregnancy safer: thecritical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO.Geneva; 2004.

ZHANG, J, YU, KF. What's the relative risk? A method of correcting the odds ratio in cohort studies of common outcomes. *JAMA* 1998; 280:1690-1.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Localização do município de Sobral no Estado do Ceará-Brasil.....	9
Figura 2: Localização dos CSF's da zona urbana no município de Sobral-Ceará.....	26

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Nível de escolaridade das gestantes no estudo.....	30
Gráfico 2: Tipos de profissões referidos pelas gestantes.....	31
Gráfico 3: Faixa salarial referido pelas gestantes do estudo.....	32
Gráfico 4: Sentido da higiene com papel higiênico referido pelas gestantes do estudo	34
Gráfico 5: Ocorrência de flora vaginal normal e alterada nas gestantes estudadas em Sobral-Ceará em 2011.....	37

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Relação entre a variável “nº de filhos menores de 5 anos residentes com as mães” e a variável “mora sozinha/acompanhada” (Gestantes com gravidezes prévias).....	33
Tabela 2: Relação entre os fatores de risco estudados para estratégia Trevo de Quatro folhas “nº de filhos menores de 5 anos residentes com as mães” , “mora sozinha/acompanhada” e “consumo de drogas” (todas as gestantes).....	33
Tabela 3: Relação entre a escolaridade e o sentido de limpeza com papel higiênico.....	35
Tabela 4: Características do corrimento vaginal referido pelas gestantes e resultado dos exames laboratoriais	36
Tabela 5: Relação entre sinais e sintomas referidos pelas gestantes do município de Sobral-Ce e Vaginose Bacteriana.....	38
Tabela 6: Relação entre sinais e sintomas referidos pelas gestantes do município de Sobral-Ceará e Candidíase.....	38
Tabela 7: Relação entre sinais e sintomas referidos pelas gestantes do município de Sobral-Ceará e lactobacilos.....	39
Tabela 8: Proporção das categorias da variável “escolaridade” nos grupos de gestantes com diferentes resultados do exame citológico.....	40
Tabela 9: Proporção das categorias da variável “escolaridade” nos grupos de gestantes com diferentes resultados do exame citológico.....	40
Tabela 10: Proporções das categorias da variável “sentido da higiene do papel” nos grupos de gestantes com e sem flora vaginal alterada.....	41
Tabela 11: Proporções das categorias da variável “número de parceiros nos últimos seis meses” nos grupos de gestantes com e sem flora vaginal alterada.....	41

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Formulário estruturado aplicado as gestantes participantes do estudo

Data: ___/___/2011 N°. prontuário: _____

Centro de saúde da Família: _____

I - RISCOS SOCIAIS

1- Idade: _____ ANOS

2- Escolaridade:

- analfabeta
 - ensino fundamental completo
 - ensino fundamental incompleto
 - ensino médio completo
 - ensino médio incompleto
 - Nível superior completo
 - Nível superior incompleto.
-

3-situação conjugal:

- com companheiro fixo
- sem companheiro fixo

4- N° de parceiros nos últimos seis meses: _____ parceiros

5- Trabalha: () sim () não

6-Profissão: _____

7- Faixa Salarial (valor de um salário mínimo é 545 reais) :

- Menos que 1 salário mínimo
- 1-2 salários mínimos
- 3-5 salários mínimos
- 5 ou mais salários mínimos.

8- Com quem mora:

- pais
- companheiro
- filhos
- amigos / parentes
- sozinha
- outro

9- Mora com quantos filhos e a idade dos filhos: _____

10-Faz uso de droga: () sim () não

11-Se sim, qual:

- () álcool
- () tabaco
- () maconha
- () crack
- () _____

II - RISCOS CLÍNICOS GINECOLÓGICOS:

1- () 2º trimestre () 3º trimestre

2-Nº de gestações: _____ gestações

3-Nº de abortos: _____ abortos

4-Realizou o teste anti - HIV: () sim () não

5- Apresenta corrimento vaginal: () não () sim

5-Há quanto tempo apresenta corrimento:

- () 7 dias
- () 15 dias
- () 30 dias
- () _____ meses

6- cor do corrimento:

- () transparente
- () branco
- () esverdeado
- () braanco-acinzentado

7-consistência do corrimento vaginal:

-
- () leitosa
 - () mucóide
 - () homogênea
 - () pastosa
 - () bolhosa
 - () outro _____

8-quantidade do corrimento: pequena media grande

9-O corrimento vaginal possui cheiro fétido: não sim

10-dispareunia (dor durante a relação) : não sim

11- prurido vaginal: não sim

12- Após as eliminações faz higiene com:

papel higiênico

ducha

ambos

outros_____

13- Sentido da higiene com o papel: detrás para frente da frente para trás

14-Faz higiene da genitália após as relações sexuais: não sim

15- E o parceiro faz higiene da genitália após as relações sexuais? não sim

III - RESULTADO DO EXAME CITOLÓGICO:(Dado preenchido pelo prontuário)

1- Papanicolau

Agente específico:_____

APÊNDICE II: Pedido de autorização as gestantes participantes do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

TCLE

(TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO)

Título do Estudo: Prevalência de Vulvovaginite em Gestantes do Município de Sobral-CE

Promotor: Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Investigadores: Dra. Rosa Teodósio, Dra. Maria do Socorro Dias, Enf^ª: Raquel Guimarães

Endereço: AV Dr. José Arimatéia Monte e Silva, nº 1156, Sobral.

Telefone: 92429056

As gestantes entrevistadas que forem analfabetas o Termo de Consentimento Livre Esclarecido será lido e explicado pelo investigador.

INTRODUÇÃO: As Vulvovaginites são seguramente as doenças ginecológicas mais freqüentes durante a gestação, são consideradas um fator importante no surgimento de complicações como trabalho de parto prematuro, rotura permanente da membranas, prematuridade e recém nascido de baixo peso, pareceu-nos de todo o interesse desenvolver um estudo nesta temática, de modo a contribuir para a promoção da saúde da mulher e da criança.

A - OBJETIVOS:

1. Determinar a prevalência de vulvovaginites na população de gestantes atendidas nos Centros de Saúde da Família de Sobral - Ceará;
2. Identificar fatores de risco de infecção na população em estudo;
3. Caracterizar a relação da freqüência de vulvovaginites com as características sócio-demográficas e fatores de risco social e clínico definidos na Estratégia Trevo de Quatro Folhas;
4. Propor estratégias de intervenção adequadas à população em estudo.

B - PROCEDIMENTO DO ESTUDO:

Para participar neste estudo é necessário:

- 1-estar grávida no segundo ou terceiro trimestre de gravidez
- 2-realizar consultas de pré-natal nos centros de saúde do município de Sobral - Ceará.
- 3-realizar exame papanicolau durante a assistência pré-natal

C - PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA E LIBERDADE PARA DESISTIR

A participação é voluntária.

Poderá desistir em qualquer período no decorrer do estudo.

D - RISCOS E BENEFÍCIOS

Não existem riscos ou desconfortos previsíveis por participar neste estudo.

O investigador responsável está à disposição para esclarecimento de qualquer dúvida relacionada com a temática do questionário (telefone 92429056).

E - COMPENSAÇÃO

A participação neste estudo não envolve qualquer tipo de compensação monetária.

F - CONFIDENCIALIDADE

As suas informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizadas apenas neste estudo.

G - PUBLICAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados serão tratados estatisticamente. Os resultados deste estudo serão divulgados junto das autoridades de saúde e publicados em revistas científicas.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Fui convidada a participar no estudo sobre “Prevalência de Vulvovaginites em Gestantes do Município de Sobral-Ce” e sei que envolve o preenchimento de um formulário-estruturado. Foi-me dada garantia de confidencialidade. Os benefícios prendem-se com a melhoria da saúde da mulher e da criança, para além do investigador responsável poder esclarecer dúvidas relacionadas com a temática do estudo. Não há compensação monetária. Foi-me dado o contacto telefónico do investigador com o qual poderei contactar, caso precise de algum esclarecimento. Participo voluntariamente e sei que tenho liberdade para desistir em qualquer período, sem prejuízo para os meus cuidados de saúde.

Assinatura do participante.....

Sobral, _____ de 2011

Raquel Xavier Guimarães Ponte
Mestranda de Saúde Tropical/Universidade Nova de Lisboa

Profª Dr. Rosa Teodósio
Universidade Nova de Lisboa
Orientadora

Profª Dr. Maria Socorro Dias Araújo
Universidade Estadual Vale do Acaraú
Co - Orientadora