

Ana Paula Vieira Dias¹
Daniela Damiana
Gardioli dos Santos²
Dennis de Carvalho
Ferreira³
Mauro Romero
Leal Passos⁴
Wilma Nancy
Campos Arze⁵

Estudo comparativo: perfil dos adolescentes atendidos numa clínica de DST nos anos de 1995 e 2003

> RESUMO

Fundamentos: A importância da adolescência é reconhecida por várias organizações internacionais. É o período também em que a maior parte dos indivíduos experimenta suas primeiras relações sexuais. Faz-se necessária a avaliação de eventuais mudanças de conduta no perfil dos adolescentes que procuraram atendimento médico, de modo que ocorra sempre um trabalho preventivo e educativo, e não apenas curativo; e que ocorra uma diminuição nos riscos de contrair doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) pelos adolescentes. **Objetivos:** Comparar o perfil sexual dos adolescentes atendidos no setor de DST da Universidade Federal Fluminense (UFF) nos anos de 1995 e 2003 e observar possíveis mudanças de comportamento e prevalência de DST diagnosticada nessa população. **Metodologia:** Foi feito um estudo retrospectivo, descritivo e comparativo. Através da análise dos prontuários dos adolescentes atendidos no setor de DST/UFF no período de janeiro a dezembro dos anos de 1995 e 2003 foram coletados dados referentes a sexo, idade, idade do início das relações sexuais, estado civil, fidelidade ao parceiro, uso de preservativo e patologia diagnosticada. Foi elaborado um banco de dados através do programa Excel 5.0. Os resultados foram resumidos em tabelas e gráficos, comparados e confrontados com os da literatura nacional e internacional. Os dados foram tratados estatisticamente pelo programa Epi-info 3.2. **Resultados:** A parcela de adolescentes do sexo masculino atendidos no setor no ano de 1995 e 2003 aumentou de 28% para 54%. A iniciação sexual nos dois anos se deu entre 13 e 15 anos de idade, mas, conforme constatado nos anos de 1995 e 2003, a maioria dos adolescentes não faz uso de preservativos. A maior parte da população estudada foi de adolescentes solteiros com parceiro fixo exclusivo, ocorrendo no ano de 2003 um aumento no número de adolescentes casados. A doença mais diagnosticada nos dois anos foi o papilomavírus humano (HPV).

> INTRODUÇÃO

A adolescência é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como faixa etária entre 10 e 19 anos. Alguns médicos definem essa fase como período intermediário entre infância e idade adulta, mas a verdade é que a adolescência é um período de muitas mudanças no corpo e na mente do indivíduo. É um momento novo, e o novo sempre traz medos e inseguranças, faz surgir dúvidas, vontades, rebeldia e ansiedades. Há grande preocupação com a inclusão social desse jovem e com a possibilidade de DST e gravidez não-planejada.

Segundo o censo realizado em 2002, o Brasil tem aproximadamente 35 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos⁽¹⁾. A Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) mostrou que, em 1993, 22,34% das adolescentes estavam grávidas, e esse número aumentou para

26,96% em 1999⁽²⁾. Isso significa, indiretamente, que o número de adolescentes que se relacionam sem o uso de preservativo também aumentou. O fato deste grupo não utilizar preservativos torna muito grandes as chances de adquirirem uma ou mais DSTs.

Doenças sexualmente transmissíveis são, por definição, aquelas doenças infecciosas transmitidas mais comumente, ou mais eficientemente, pelo contato sexual e cuja transmissão tem importância epidemiológica⁽³⁾. A OMS admite a ocorrência de mais de 340 milhões de casos novos a cada ano

¹Médica, ginecologista e obstetra; mestrande do curso de Ciências Médicas da Universidade Federal Fluminense (UFF), setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST).

²Enfermeira; ex-monitória da disciplina de bacteriologia da UFF; vice-presidente da ONG Eliminasifilis.

³Cirurgião-dentista; especialista em Odontopediatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); mestrande do curso de Saúde da Criança e do Adolescente da UFF, setor DST.

⁴Professor-adjunto-doutor chefe do setor de DST/UFF (MIP/CMB/CCM); editor-chefe do Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

⁵Médica; especialista em DST; mestrande do curso de Ciências Médicas da UFF, setor de DST.

no mundo de apenas quatro DSTs (tricomoníase, clamídia, gonorréia e sífilis). As complicações das DSTs podem levar à morte⁽⁴⁾.

Atualmente tem-se observado diminuição dos preconceitos e repressões em relação à virgindade, e essa mudança tem dado lugar ao estímulo, levando a maior liberação⁽⁵⁾ e iniciação sexual cada vez mais precoce.

Diante desses fatos e tendo-se em vista que a adolescência é o período em que a maior parte dos indivíduos experimenta suas primeiras relações sexuais, fez-se necessária a realização desse estudo. Através dele poderemos verificar as eventuais mudanças de conduta no perfil dos adolescentes que foram atendidos no serviço de DST/UFF, de forma a realizar sempre um trabalho preventivo e educativo, e não apenas curativo, a fim de que haja uma diminuição nos riscos de contrair DSTs pelos adolescentes.

➤ REVISÃO DA LITERATURA

DADOS MUNDIAIS E DO BRASIL

Atualmente temos, no mundo, mais de um bilhão de pessoas com idade entre 10 e 19 anos, e isso representa quase 20% da população mundial. No Brasil, há cerca de 35 milhões de adolescentes de ambos os sexos entre 10 e 19 anos, segundo dados de 2002 do IBGE⁽¹⁾. Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada em 1994 na cidade do Cairo, a saúde e os direitos reprodutivos dos adolescentes e jovens receberam destaque especial no parágrafo E do Capítulo VII, que incluía temas como a gravidez não-desejada, o aborto e as DSTs/AIDS. As recomendações dessa conferência prevêm o encorajamento de um comportamento reprodutivo e sexual responsável e saudável, incluindo a abstinência voluntária e a disponibilidade de serviços e aconselhamento adequados, especificamente destinados a esse grupo etário. Os países devem garantir que os programas e atitudes da medicina não limitem o acesso dos adolescentes aos serviços e às informações de que necessitam⁽⁶⁾. Esses serviços devem garantir o direito dos adolescentes a privacidade, confidencialidade, respeito e consentimento expresso, ao mesmo tempo em que se respeitam os valores culturais e

as crenças religiosas, bem como direitos, deveres e responsabilidades dos pais. Os países devem proteger e promover o direito dos adolescentes a educação, informação e cuidados de saúde reprodutiva e reduzir consideravelmente o número de casos de gravidez na adolescência. Os governos, em colaboração com as Organizações Não-Governamentais (ONGs), devem estabelecer mecanismos apropriados para responder às necessidades especiais dos adolescentes. Representantes de mais de 175 países de todo o mundo assinaram documento endossando essas recomendações. O governo brasileiro também é signatário do Programa de Ação do Cairo, tendo se comprometido com a implementação de políticas voltadas à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes⁽⁶⁾.

Dados de todo o território brasileiro, apresentados pela Coordenação de DST/AIDS do Ministério da Saúde, apontam para um aumento de casos de DST/AIDS entre mulheres jovens de 1999 a 2002, na faixa etária compreendida entre 13 e 19 anos. Já em 2001, foram 227 casos de infecção pelo *human immunodeficiency virus* (HIV) em meninas contra 134 em meninos. Em 2002, a despeito da queda significativa, o número de casos ainda continuou a ser maior em meninas, e a principal via de transmissão em ambos os sexos foi a sexual^(7, 8). O surpreendente é que o grande temor dos adolescentes não é a AIDS, e sim a gravidez. O preservativo tem sido utilizado principalmente para evitar gravidez, e seu uso como meio de prevenção às DSTs vem encontrando resistência por parte de muitas pessoas, que alegam não terem necessidade de usá-lo⁽²⁷⁾, o que os torna muito mais vulneráveis à contaminação por uma DST ou AIDS. De 2002 para 2003, a Superintendência de Saúde Coletiva, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, registrou aumento do número de casos de condiloma acumulado na faixa dos 15 aos 19 anos⁽⁹⁾.

Cerca de 16,18% da população do município do Rio de Janeiro é constituída por adolescentes de 10 a 19 anos, correspondendo a aproximadamente um milhão de habitantes (dados de 2002 – SMS/RJ)⁽⁹⁾, fato este que torna este estudo de extrema relevância, uma vez que os jovens começam a vida sexual precocemente, utilizam irregularmente o preservativo e apresentam pouco conhecimento sobre o ciclo reprodutivo, como foi descrito em um

trabalho sobre o grau de conhecimento sobre reprodução e sexo seguro realizado com adolescentes de uma escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza, Ceará⁽¹⁰⁾.

Em um outro estudo foi observado que jovens carentes ou que eram residentes em comunidades de baixa renda estavam sujeitos com maior frequência aos comportamentos sugeridos como de *risco*, possuindo influência sobre sua saúde⁽²⁷⁾. Dentro deste quadro que compõe o comportamento descrito anteriormente incluem-se também maior atividade sexual, maior número de parceiros sexuais e uso menos frequente do preservativo⁽¹¹⁾.

Dessa forma, uma das principais formas de conter o avanço da AIDS e de outras DSTs é realizar uma conscientização da população. De modo particular, dentro desse grupo específico, fornecendo conhecimento sobre os métodos de transmissão das DSTs, a fim de que ocorra adesão às informações, modificando o padrão de comportamento desses indivíduos^(10, 11).

As principais estratégias de prevenção realizadas por programas de promoção de saúde são o fornecimento e a motivação do uso de preservativos, a ênfase no uso das agulhas e seringas descartáveis, o controle do sangue e derivados, além da adoção de cuidados na exposição ocupacional a material biológico, bem como no manejo adequado das DSTs⁽¹⁰⁾.

Dessa forma, como afirma a OMS, "A promoção da saúde dos adolescentes é um dos mais importantes investimentos de longo prazo que uma sociedade pode fazer"⁽⁶⁾.

ADOLESCÊNCIA

Com o crescimento da pesquisa científica nas áreas das ciências humanas e biológicas, houve nas últimas décadas maior ênfase no estudo da adolescência, visto que é um período em que a capacidade reprodutiva e as habilidades cognitivas e sociais dos indivíduos são adquiridas⁽¹²⁾.

O termo adolescente significa, em sua etimologia, *ad* (para frente) e *dolescere* (crescer com a dor), que caracteriza um período de mutação, de crises, um estágio de amadurecimento, refletindo mudanças e fase de transformações e atingindo os níveis social, corporal e intelectual⁽¹²⁾.

Sua definição quanto ao período cronológico encontra contradições na literatura corrente⁽¹³⁾.

Outros conceitos definem esse período como fase de adaptação aos caracteres sexuais secundários, busca da autonomia como indivíduo independente e, ainda, abertura da capacidade de estabelecer um código de ética próprio ou escala de valores⁽¹³⁾.

A necessidade de experimentar comportamentos devido às modificações biopsicossociais conduz esses indivíduos à vulnerabilidade de contrair danos e riscos a sua saúde em diversas dimensões⁽¹²⁾.

Alguns fatores como desconhecimento da própria sexualidade, curiosidade pelas drogas, gravidez na adolescência, não-adesão aos métodos contraceptivos e necessidade de afirmação grupal funcionam como via de acesso aos riscos de adquirir alguma DST^(10, 12, 13).

Outra característica marcante dessa fase é a formação de grupos, que foram definidos como habitat natural desses indivíduos, que trazem consigo comunicação própria, formada por linguagem verbal e corporal, abrangendo desde a natureza contestatória até uma identidade distinta. O grupo, então, torna-se uma ponte entre a família e a sociedade, local de transição, pólo de capacitação para concretização de atitudes, expressão de idéias e sentimentos criados, não acolhidos ou pouco aceitos em outros espaços sociais⁽¹²⁾.

A palavra *grupo* apresenta outros sinônimos, como *turmas* (representa a transição da adolescência) e *gangues* (movimento intenso e permanente)⁽¹³⁾.

Na procura de uma nova identidade, esses indivíduos apresentam uma busca de ídolos, composta de uma mistura de imagem ou beleza, ou prestígio ou riqueza ou idéias contestatórias. Seus grupos apresentam *certa estabilidade*, pois oferecem valores delimitados, reduzindo a pressão das críticas, dos sentimentos de medo, inferioridade, vergonha e culpa, enfatizando, em seus componentes, a idéia de que a união faz a força através do culto à auto-estima, que se dá por meio do reforço positivo^(12, 13).

Ainda nesse mesmo espaço o adolescente é reconhecido e tem a chance de fortalecer a sua identidade sexual. Além disso, pode apresentar veículos de identificação que o tornam comuns, como vestuário, sinais exteriores, uniformes, insígnias, entre outros. Por outro lado, é de extrema im-

portância a atenção dirigida a esse grupo quando ele apresenta tendência anti-social, com desvio de conduta, agindo por meio de excessos na transgressão das leis que organizam a sociedade^(12, 13).

Esse período que oscila entre as situações de risco calculado, decorrente de ação pensada, e as de risco insensato, que podem comprometer a vida de forma irreversível, constitui-se de comportamentos de risco crescente para as DSTs, incluindo a infecção pelo HIV⁽¹¹⁾.

A maior vulnerabilidade desses jovens vem de falhas ou inconsistências no uso de preservativos concomitantemente com as elevadas taxas de atividade sexual com diferentes parceiros⁽¹⁴⁾.

Quanto às DSTs e à AIDS, esse grupo torna-se alvo crescente de programas de educação em saúde, onde o enfoque preventivo deve ser incisivo e amplo. Dentro desse contexto, esse trabalho deve propor uma abordagem conscientizadora e reflexiva, realizada por uma equipe multidisciplinar, buscando estratégias de promoção de saúde com esses indivíduos⁽¹⁴⁾.

Alguns programas educacionais especificamente com esse grupo realizam atividades lúdicas, trabalho corporal, oficinas e representação cênica como instrumentos de ensino, motivando-o e influenciando-o a expressar suas experiências pessoais⁽¹⁰⁾.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Comparar o perfil sexual dos adolescentes atendidos no setor de DST/UFF nos anos de 1995 e 2003.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a frequência das infecções genitais diagnosticadas nessa população nos anos de 1995 e 2003.
- Descrever o comportamento dos adolescentes atendidos no setor de DST/UFF nos anos de 1995 e 2003.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo retrospectivo, descritivo e comparativo através da análise dos prontuários dos pacientes atendidos no setor DST/UFF, no período de janeiro a dezembro nos anos de 1995 e 2003, num total de 201 e 137 pacientes adolescentes atendidos, respectivamente, em 1995 e 2003. Foram coletados dados referentes a sexo, idade, idade do início das relações sexuais, estado civil, fidelidade ao parceiro, uso de preservativos e patologia diagnosticada. A seguir foi elaborado um banco de dados através do programa Excel 5.0. Os resultados foram resumidos em tabelas e gráficos e comparados e confrontados com os da literatura nacional e internacional. Os dados foram tratados estatisticamente pelo programa Epiinfo 3.2.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos neste estudo pacientes na faixa etária de 11 a 19 anos. Para análise foram considerados somente os prontuários devidamente preenchidos, excluindo aqueles com ausência de três ou mais dados entre os relevantes.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas do estudo pacientes com idade inferior a 11 anos e superior a 19 anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No ano de 1995, do total de 1.187 pacientes atendidos no setor DST/UFF, 201 eram adolescentes, o que representou 16,9% do total de atendimentos. No ano de 2003, de um total de 530 pacientes atendidos, 136 eram adolescentes, o que representou 25,6% do total de atendimentos. Esse dado nos evidencia que os adolescentes procuraram mais o atendimento no ano de 2003 do que em 1995.

Observamos que em 1995 houve procura por atendimento por parte de pacientes do sexo femi-

nino maior do que por pacientes do sexo masculino, respectivamente, 72% e 28% dos atendimentos a adolescentes realizados. Já no ano de 2003, observamos uma virada nesse dado, com uma procura maior por pacientes do sexo masculino do que no ano anterior, representando uma parcela de 54% dos atendimentos a adolescentes, enquanto que a procura no ano de 2003 por pacientes do sexo feminino caiu de 72% para 46% do total de adolescentes atendidos (**Figura 1**).

Em relação à faixa etária dos adolescentes que procuraram atendimento nos dois anos, a procura foi tanto maior quanto mais elevada a faixa etária considerada igualmente em 1995 e 2003. Houve predomínio da faixa etária de 17 a 19 anos nos dois anos, com uma parcela significativa de homens no ano de 2003, maior do que no ano anterior e maior do que a de mulheres no mesmo ano. O contrário foi observado no ano de 1995, quando a maior parcela de adolescentes atendidos nessa faixa etária foi de mulheres (**Figura 2**).

A idade da primeira relação, relatada pelos adolescentes atendidos, manteve a faixa etária média dos 14 aos 16 anos tanto em homens como em mulheres nos dois anos observados, mas notamos um aumento no ano de 2003 da faixa etária dos 11 aos 13 anos, tanto nos adolescentes homens quanto nos adolescentes mulheres, em comparação com a distribuição nessa mesma faixa etária no ano de 1995 (**Figura 3**).

O estado civil dos adolescentes apresentou um aumento de casados que procuraram o serviço de uma maneira geral com um aumento no percentual de 2% no ano de 1995, para 7% no ano de 2003 (**Figura 4**). Este aumento ocorreu à custa das pacientes femininas (**Figura 5**). Em relação aos adolescentes solteiros, no ano de 1995 observamos um predomínio do sexo feminino, o que se mostrou inverso no ano de 2003, com predomínio de adolescentes homens solteiros.

A fidelidade por parte dos pacientes adolescentes mostrou um aumento de parceiros fixos exclusivos, subindo de 45%, no ano de 1995, para 55% em 2003, ainda principalmente por parte das mulheres, mas com um aumento significativo dos homens com parceiros fixos exclusivos comparativamente

nos anos de 1995 e 2003. O relato dos adolescentes atendidos acerca da multiplicidade de parceiros (número maior ou igual a três parceiros) caiu de 25% em 1995 para 19% em 2003, mas ainda se manteve

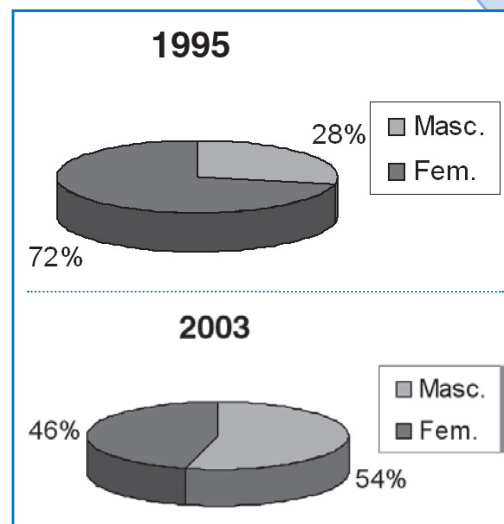


Figura 1 – Distribuição dos adolescentes atendidos no setor DST/UFF nos anos de 1995 e 2003 por sexo

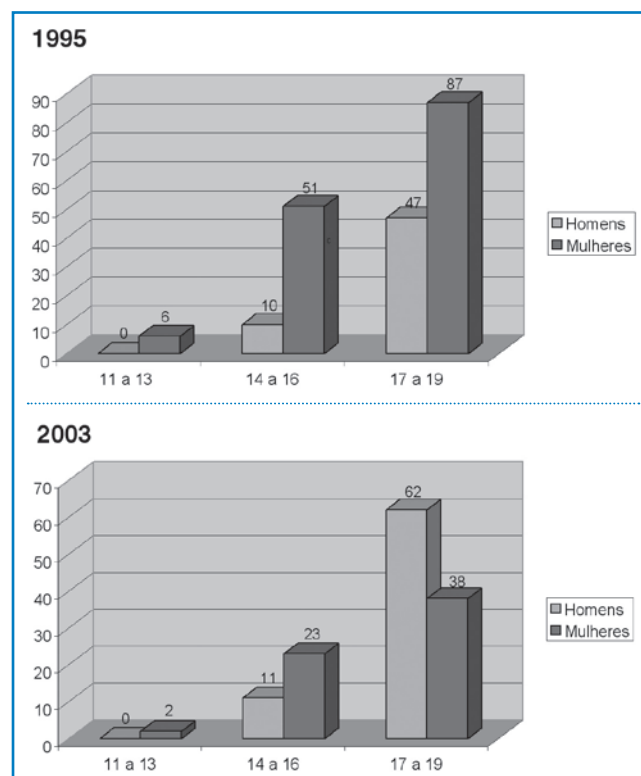


Figura 2 – Distribuição dos adolescentes atendidos no setor DST/UFF nos anos de 1995 e 2003 por faixa etária

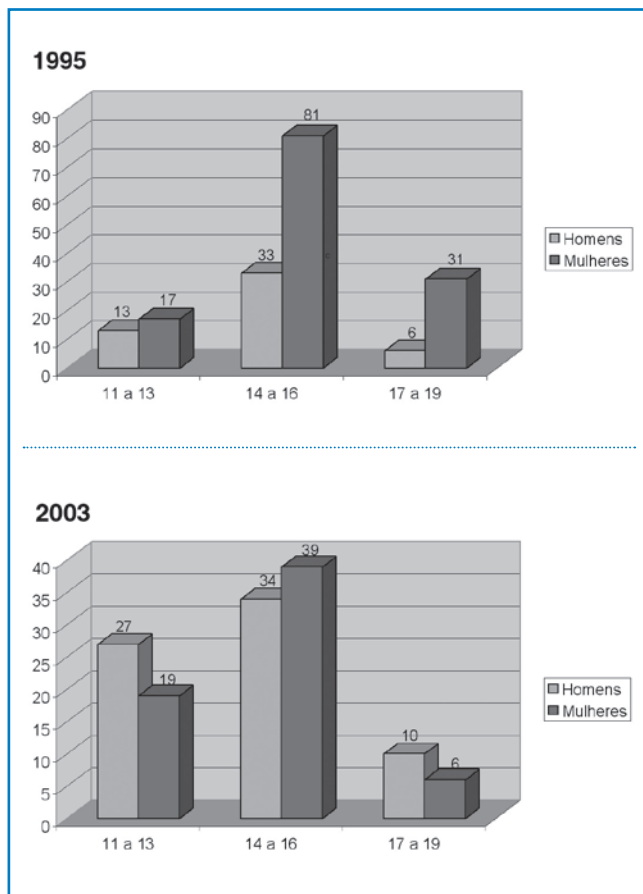


Figura 3 – Distribuição dos adolescentes atendidos no setor DST/UFF nos anos de 1995 e 2003 por idade da primeira relação

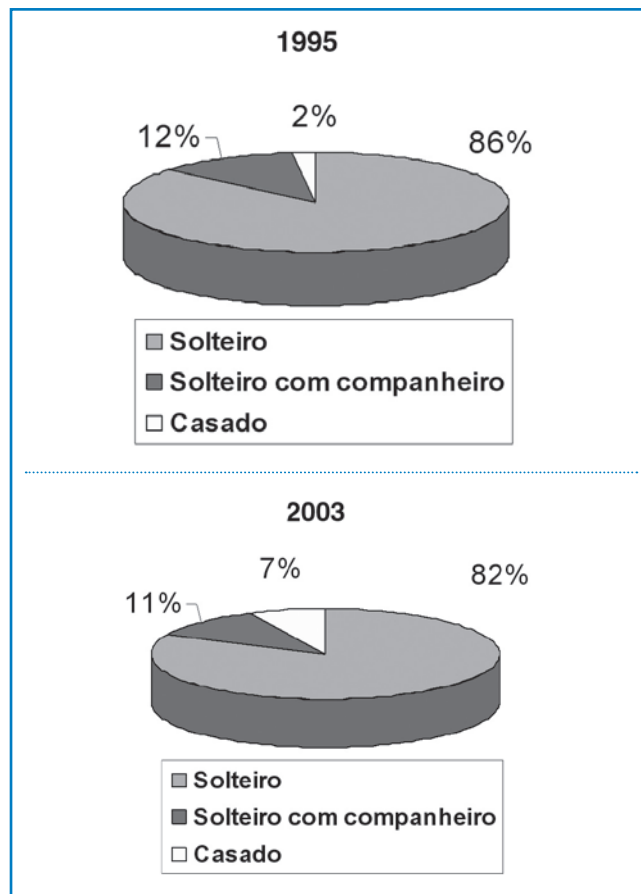


Figura 4 – Distribuição dos adolescentes atendidos no setor DST/UFF nos anos de 1995 e 2003 por estado civil

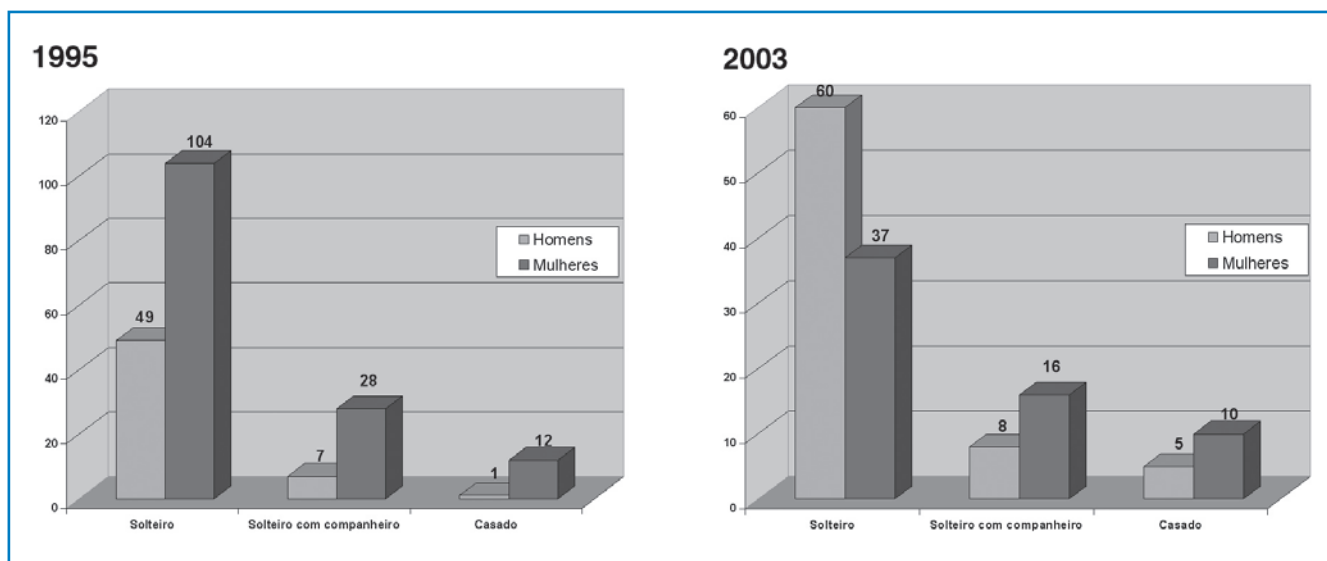


Figura 5 – Distribuição dos adolescentes atendidos no setor DST/UFF nos anos de 1995 e 2003 por estado civil – homens e mulheres

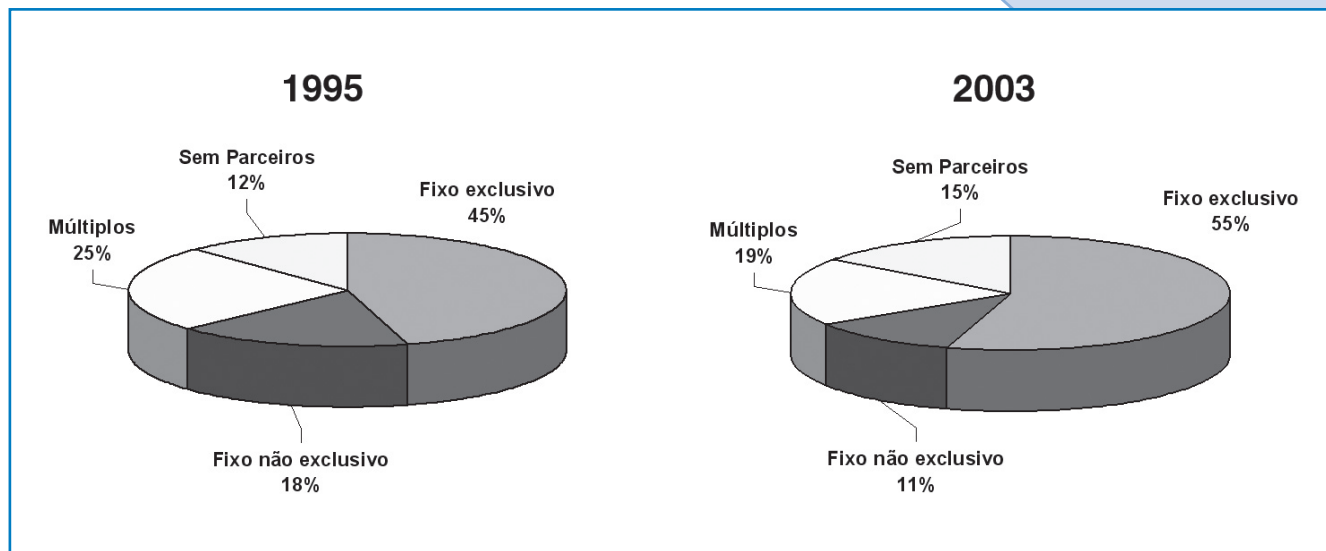


Figura 6 – Distribuição dos adolescentes atendidos no setor DST/UFF nos anos de 1995 e 2003 por fidelidade ao parceiro

mais alto nos homens nos dois anos observados. O relato de parceiros fixos mas não exclusivos caiu de 18% em 1995 para 11% em 2003, com relato maior entre homens (**Figuras 6 e 7**).

Praticamente não houve mudança comportamental por parte dos adolescentes atendidos no setor quanto ao uso de preservativos. A maior parte dos adolescentes *não* os utiliza, conforme podemos observar tanto no ano de 1995 como no de 2003 (**Figuras 8 e 9**).

Quanto ao diagnóstico, observamos, no ano de 1995, um predomínio de HPV, seguido de gonorréia e sífilis diagnosticadas. Em 2003, observamos a mesma distribuição de patologias, com um aumento em comparação com o ano de 1995 de HPV, tanto em homens quanto em mulheres (**Figura 10**).

> CONCLUSÃO

Podemos concluir que, quanto ao perfil desta população, ocorreram certas mudanças e algumas tendências se mantiveram.

Primeiramente, a distribuição de pacientes do sexo masculino que procurou atendimento aumentou, mas a faixa etária mantém uma maior demanda quanto maior a faixa etária considerada.

A idade da primeira relação sexual relatada pelos adolescentes nos evidencia maior precocidade das primeiras relações sexuais tanto por homens como por mulheres.

Houve um aumento na frequência da população de adolescentes casados que procuraram o atendimento, mas a população solteira tanto de homens como de mulheres manteve uma alta procura.

A fidelidade ao parceiro relatada pelos adolescentes evidenciou um aumento dos parceiros fixos exclusivos, mantendo alta a distribuição desta categoria. Houve também redução do relato de múltiplos parceiros.

Praticamente não houve mudança comportamental quanto ao uso de preservativos. A maioria dos adolescentes continua a não utilizar preservativos, fato este que deve ser revisto no sentido da prevenção das DSTs.

O HPV foi a patologia mais diagnosticada no ano de 2003, tanto em homens como em mulheres, apresentando aumento importante de distribuição em comparação com o ano de 1995. A gonorréia continua sendo uma patologia mais frequentemente diagnosticada em homens e a sífilis manteve distribuição equivalente entre homens e mulheres nos dois anos considerados.

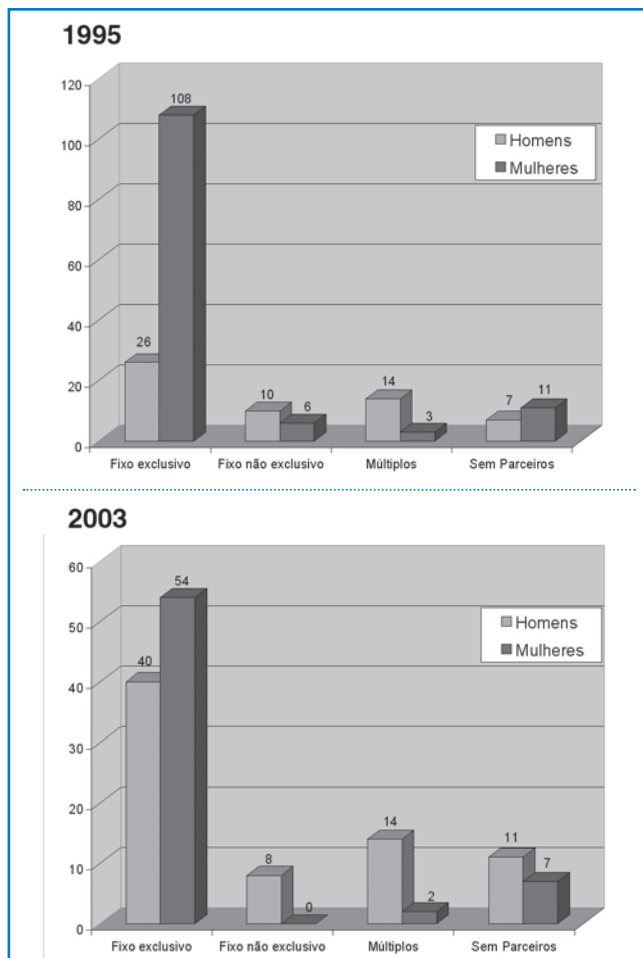


Figura 7 – Distribuição dos adolescentes atendidos no setor DST/UFF nos anos de 1995 e 2003 por fidelidade ao parceiro – homens e mulheres

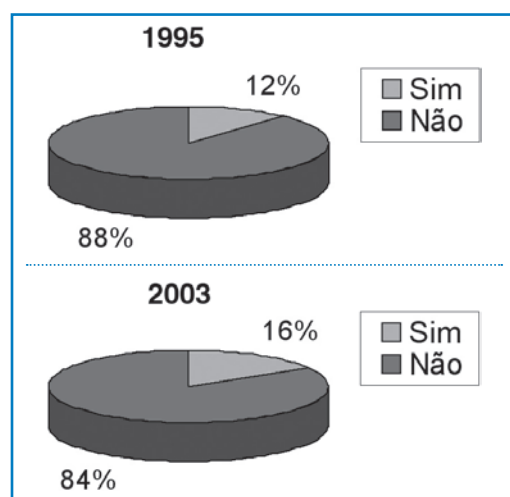


Figura 8 – Distribuição dos adolescentes atendidos no setor DST/UFF nos anos de 1995 e 2003 por uso de preservativos

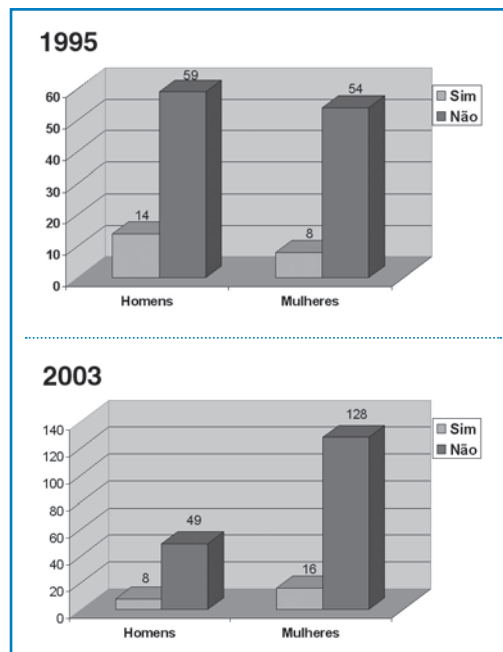


Figura 9 – Distribuição dos adolescentes atendidos no setor DST/UFF nos anos de 1995 e 2003 por uso de preservativos – homens e mulheres

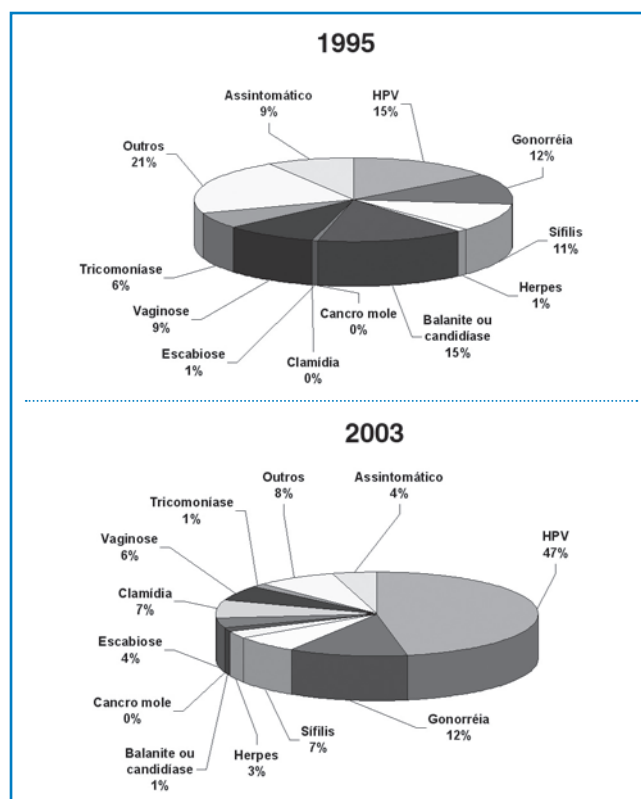


Figura 10 – Distribuição dos adolescentes atendidos no setor DST/UFF nos anos de 1995 e 2003 por diagnóstico

Tabela 1

DISTRIBUIÇÃO DOS ADOLESCENTES ATENDIDOS NO SETOR DE DST/UFF NOS ANOS DE 1995 E 2003 POR DIAGNÓSTICO: HOMENS

Anos/sexo	1995	2003
Diagnóstico	H (%)	H (%)
Assintomático	18	6
Balanite ou candidíase	7	7
Cancro mole	0	0
Clamídia	0	13
Escabiose	0	6
Gonorréia	30	17
Herpes	4	3
HPV	21	40
Outros	9	0
Sífilis	11	8
Tricomoniase	0	0
Vaginose	0	0

Tabela 2

DISTRIBUIÇÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO SETOR DST/UFF NOS ANOS DE 1995 E 2003 POR DIAGNÓSTICO: MULHERES

Anos/sexo	1995	2003
Diagnóstico	M (%)	M (%)
Assintomático	5	4
Balanite ou candidíase	18	7
Cancro mole	0	0
Clamídia	0	0
Escabiose	1	2
Gonorréia	4	2
Herpes	0	4
HPV	12	57
Outros	27	0
Sífilis	11	6
Tricomoniase	9	4
Vaginose	13	14

REFERÊNCIAS

1. [http://www.ibge.gov.br/estatística de saúde assistência médico sanitária 2002](http://www.ibge.gov.br/estatística_de_saúde_assistência_médico_sanitária_2002). Data de acesso: 18/08/04.
2. <http://www.febrasgo.org.com.br/manuais/adolescentes.zip>. Data de acesso: 15/09/04.
3. Bennet JC. Tratado de medicina interna. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. n. 2, cap. 20.
4. Passos LRM. DST como especialidade: deessetologia. J Bras Doenças Sex Transm. 2003; 15(1): 3.
5. Canella PRB, Araújo MML, Santos R et al. A primeira relação sexual. J Bras Doenças Sex Transm. 2002; 14(2): 29-32.
6. Nações Unidas. Documento a/conf. 171/L.1, 13/5/94.
7. Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde de Brasil. Disponível em <http://www.aids.gov.br>. Data de acesso: 20/09/04.
8. Ferreira BMS, Pinheiro SMV, Sá MME et al. Uso do preservativo por adolescentes de um colégio estadual em Niterói-RJ. J Bras Doenças Sex Transm. 1998; 10(3): 13-9.
9. [http://www.saude.rio.rj.gov.br/ações em saúde/programa de saúde do adolescente](http://www.saude.rio.rj.gov.br/ações_em_saúde/programa_de_saúde_do_adolescente). Data de acesso: 23/09/04.
10. Façanha MC, Menezes BLF, Fontenele ADB et al. Conhecimento sobre reprodução e sexo seguro de adolescentes de uma escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza, Ceará. J Bras Doenças Sex Transm. 2004; 16(2): 5-9.
11. Sells CW, Blum RW. Morbidity and mortality among US adolescents: an overview of data and trends. Am J Public Health. 1996; 86: 513-9.
12. Souza MM, Borges IK, Medeiros M et al. A abordagem de adolescentes em grupos: o contexto da educação em saúde e prevenção de DST. J Bras Doenças Sex Transm. 2004; 16(2): 18-22.
13. Osório LC. Adolescência hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
14. Kann L, Kinchen SA, Williams BI et al. Youth risk behavior surveillance – United States. J School Health. 1998; 68: 355-69.
15. Garcia SJ, Velasco AJB, Pena PC. Primary syphilis with multiple chancres and porphyria cutanea tarda in an HIV patient. Dermatology. 1994; 188: 163-5.
16. Passos MRL. Doenças sexualmente transmissíveis. 44 ed. Cultura Médica, 1995.
17. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília. 3 ed. Ministério da Saúde, 1999.
18. Passos MRL, Gardioli DDS, Hollweg G et al. Deessetologia na parede: o que deve saber um profissional que atende DST. Setor de DST/UFF. SBDST, RJ. 2003.

19. Anderson JR. Genital tract infections in women. *The Medical Clinics of North America*. 1995; 79(6): 1276-88.
20. Elterio J. Mobiluncus na vaginose bacteriana. *J Bras Doenças Sex Transm*. 1995; 7(3): 20-1.
21. Moraes OV, Moura QVM, Costa OCM et al. Doenças sexualmente transmissíveis, Aids e uso/abuso de substâncias psicoativas na adolescência. *J Ped*. 2001; 77(supl. 2).
22. Aberastury AK, Nobel M. Adolescência normal. 5 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1986. 90p.
23. Gomes AW, Costa COM, Sobrinho CLN et al. Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes. *J. Ped*. 2002; 78(4): 3001-8.
24. Ministério da Saúde. Prevenção e controle das DST/Aids na comunidade: manual do agente comunitário de saúde. 1999.
25. Gil AC, Temporini ER. Prevenção da Aids entre estudantes universitários: existe influência dos pares? *Rev Med*. 2000; 33: 147-54.
26. Silva RA, Lopes CM, Muniz PT. Blitz do preservativo masculino e feminino: porte, acondicionamento e uso. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2002; 14(2): 23-4.
27. Bruno VZ. A sexualidade e as doenças sexualmente transmissíveis. Carta ao editor. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2002; 14(2): 63-4.
28. Belda Júnior W, Siqueira LFG, Nico MM. Atividade *in vitro* de cinco drogas antimicrobianas contra *Neisseria gonorrhoeae*. *An Bras Dermatol*. 2002; 77(6): 661-7.
29. Costamagna RS, Figueroa MP. Validación del examen en fresco, coloraciones de May Grunwald-Giemsa y Gram y medios de cultivo para el diagnóstico de *Trichomonas vaginalis*. *Parasitol Dia*. 2001; 25(1-2): 60-4.
30. De la literatura médica mundial. *Rev Cubana Gen Integr*. 1991; 13(4): 385-9.
31. Nyirjesy P, Sobel JD. Vulvovaginal candidiasis. *Obstr Gynecol Clin N Am*. 2003; 30: 671-48.
32. Foxman B, Barlow R, D'arcy H et al. *Candida vaginitis*: self-reported incidence and associated costs. *Sex Transm Dis*. 2000; 27: 230-5.
33. Programa de saúde do adolescente. Disponível em <<http://www.saude.rio.rj>>. Data de acesso: 20/11/04.
34. Carvalho MHB, Bittar RE, Maganha PPAS. Associação da vaginose bacteriana com o parto prematuro espontâneo. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 23: 529-33.
35. Amorim RMM, Santos LC. Tratamento de vaginose bacteriana com gel vaginal de aroeira. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2003; 25(2).
36. Hollier ML, Kimberly Workowski. Treatment of sexually transmitted diseases in women. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2003; 30: 751-75.
37. Bartlett JG. The Johns Hopkins Hospital: assistência clínica ao paciente com HIV/AIDS. *Guia Prático*. Rio de Janeiro: Revinter, 2001/2002.
38. Passos MRL. HPV: que bicho é esse? Niterói, s.n., 2003.
38. Coelho Jr E. A adolescente e o ginecologista. MIP – Boletim Informativo do Movimento de Integração de Profissionais de Saúde para Adolescentes. 1996; 2(2): 23.
39. Ozcebe H, Dervisoglu AA. Adolescents: with a special reference to middle East and North Africa regions. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*. 1995; 6(2): 79-88.
40. Galvão MTG, Alencar RA, Ferreira MLSM et al. Sexualidade e conhecimento das DST e AIDS entre adultos em um município do interior do Nordeste brasileiro. *J Bras Doenças Sex Transm*. 2003; 15(3): 37-40.
41. Strazza L, Azevedo RS, Carvalho HB et al. Comparação do comportamento sexual, DST/AIDS e drogas entre adolescentes de uma escola particular e uma pública em São Paulo, Brasil. *J Bras Doenças Sex Transm*. 15(3): 21-3, 2003.
42. Leite PL, Albuquerque RM. Sexualidade na adolescência: conhecimentos, atitudes e práticas dos adolescentes estudantes do município de Maceió. Resumo de tese. RBGO. 2001; 23(2): 124.
43. Costa, M. Aspectos psicossociais e sexuais de gestantes adolescentes em Belém, Pará. *J Ped*. 1995; 71(3): 151-6.
44. Ferreira SMB, Pinheiro VMS, Sá EMM. Uso de preservativos por adolescentes de um colégio estadual em Niterói, RJ. *J Bras Doenças Sex Transm*. 1998; 10(3): 13-9.
45. Comissão de vigilância epidemiológica (COVIG). Dados preliminares até 30/10/2002, Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, RJ. Visita em 19/10/04.