

JULIANA BARROSO ZIMMERMANN¹

AMANDA CAROLINA GARCIA NANI²

CAMILA BARBOSA JUNQUEIRA²

GABRIELA CAMPOS DE MELO IANI²

GUSTAVO GOMES E SOUZA BAHIA²

Aspectos ginecológicos e obstétricos de pacientes atendidas nos serviços público e privado de saúde. Há diferenças?

Gynecological and obstetrics aspects of patients treated in public and private health services. Are there any differences?

Artigo original

Palavras-chave

Atenção primária à saúde
Saúde da mulher
Doenças dos genitais femininos/epidemiologia
Neoplasias

Keywords

Primary healthcare
Women's health
Genital diseases, female/epidemiology
Neoplasms

Resumo

OBJETIVO: Avaliar os aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes ginecológicas atendidas nas redes privada e pública de saúde. **MÉTODOS:** Estudo de corte transversal, no qual foram estudados prontuários de 243 pacientes (122 pacientes no serviço público e 121 no privado), de janeiro de 2007 a janeiro de 2008. Excluíram-se os prontuários de pacientes grávidas, com sangramento genital, histórico de uso de cremes ou géis vaginais em intervalos inferiores há 15 dias e pacientes que tiveram relação sexual em prazo inferior a cinco dias da consulta avaliada. A análise dos dados foi realizada com recursos de processamento estatístico do software Stata, versão 9.2, considerando-se o nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** A média de idade das pacientes foi de 27 ± 12 anos entre pacientes da rede pública, e de $25,9 \pm 10,4$ anos na rede particular, não havendo diferença estatística entre estas médias ($F=0,5$ e $p=0,4$). As pacientes da rede pública apresentaram escolaridade mais baixa ($p<0,001$), eram preferencialmente do lar ($p<0,001$), iniciaram vida sexual mais precocemente, tiveram maior número de parceiros ($p<0,001$), de gestações ($p<0,001$) e de partos ($p=0,004$) e utilizavam principalmente a camisinha como método contraceptivo ($p=0,013$). Não houve diferença estatística em relação aos antecedentes de doenças sexualmente transmissíveis, ao diagnóstico de candidíase, vaginose bacteriana, tricomoníase ou neoplasia. **CONCLUSÃO:** As pacientes da rede pública de saúde apresentam maior número de gestações e partos. São, em geral, donas de casa, com baixa escolaridade, iniciam vida sexual mais precocemente e com maior número de parceiros. Entretanto, não houve diferença entre os grupos quando se avaliaram doenças mamárias, infecções ginecológicas ou neoplasias de colo uterino, o que sugere que o nível socioeconômico não é o único elemento no determinismo da doença e, por isso, outras variáveis devem ser avaliadas.

Abstract

PURPOSE: To evaluate the epidemiological and clinical aspects of gynecological patients seeking care in the private and public health networks. **METHODS:** In this cross-sectional study we analyzed the records of 243 patients (122 public service patients and 121 private service ones), from January 2007 to January 2008. We excluded records of pregnant patients with vaginal bleeding, history of using vaginal creams or gels at intervals of less than 15 days and patients who had sexual intercourse within less than five days before their visit and with incomplete clinical data. Data were analyzed statistically using the Stata software, version 9.2, with a 5% level of significance. **RESULTS:** The mean age of the patients attending the public health service was 27 ± 12 years-old and 25.9 ± 10.4 years-old for patients attending the private health service, with no statistical difference between means ($F=0.5$ and $p=0.4$). Patients attending the public health service had lower education ($p<0.001$), they were preferentially housewives ($p<0.001$), began sexual life early, had a greater number of partners ($p<0.001$), of pregnancies ($p<0.001$) and of deliveries ($p=0.004$), and mainly used the condom as a contraceptive method ($p=0.013$). There was no statistical difference between groups regarding the history of sexual transmitted diseases, diagnosis of candidiasis, bacterial vaginosis, trichomoniasis, or neoplasia. **CONCLUSION:** Patients attending the public health service have a higher number of pregnancies and births. They are usually housewives with low educational level, their sex life begins early, and they have more partners. However, there was no difference between groups when evaluating breast diseases, gynecological infections, or cancer of the cervix, which suggests that socioeconomic status is not the only element in the determination of the disease and, therefore, other variables should be evaluated.

Correspondência:

Juliana Barroso Zimmermann
Universidade Federal de Juiz de Fora
Departamento Materno Infantil – Campus Universitário
Rua José Lourenço Kelmer s/n – Bairro São Pedro
CEP: 36036-900
Juiz de Fora (MG), Brasil

Recebido

10/08/2011

Aceito com modificações

28/11/2011

Trabalho realizado no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Barbacena – Fundação José Bonifácio L. Andrada – Barbacena (SP), Brasil.

¹ Ex-Professora de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME; Professora da Saúde da Mulher da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – Juiz de Fora (MG), Brasil.

² Alunos-estagiários da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Barbacena – FAME – Barbacena (MG), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

Introdução

As questões relacionadas à saúde da mulher têm se mostrado de grande importância para a melhoria da saúde da população. Na esfera da Ginecologia e Obstetrícia, encontram-se doenças ou situações consideradas evitáveis ou curáveis quando o diagnóstico é precoce, como o câncer de colo uterino e de mama, a gravidez na adolescência, as complicações das gestações de alto risco, as doenças sexualmente transmissíveis e as fraturas relacionadas à osteoporose¹.

Deste modo, acredita-se que uma das prioridades na atenção à saúde da mulher esteja associada à prevenção, especialmente do câncer de mama e do colo uterino e das doenças sexualmente transmissíveis (DST), e ao tratamento adequado a cada acometimento, minimizando suas consequências futuras. Para isto, a equipe médica de saúde deve ter à disposição materiais suficientes e adequados para identificar estas síndromes e, assim, interromper a cadeia de transmissão²⁻⁵.

Como a população mais desprovida de recursos e conhecimento é aquela que apresenta maior risco de adoecer e morrer e sendo esta a que busca assistência em nosso serviço, pode-se supor que essas pessoas tenham frequência mais elevada de patologias e situações, as quais poderão em algum momento interferir em sua saúde⁶.

Neste sentido, seria lícito supor que pacientes com características epidemiológicas diferentes, separadas pela condição socioeconômica, devem apresentar frequências diferentes de patologias ginecológicas, necessitando-se de abordagens específicas na sua condução e orientação⁶. Por isso, objetivou-se avaliar os aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes ginecológicas atendidas nas redes privada e pública de saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo de corte transversal, no qual estudaram-se os aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes atendidas no Serviço de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Barbacena (grupo público) e em uma clínica particular de Juiz de Fora, Minas Gerais, de janeiro de 2007 a janeiro de 2008. Em ambos os serviços, as pacientes foram atendidas pela mesma equipe médica, o que permitiu a elaboração de um prontuário padrão e uniformização das condutas.

A seleção dos participantes se processou de modo casual, mediante busca de dados nos prontuários dos locais envolvidos no estudo. A busca nos arquivos se processou a partir dos prontuários mais recentes para os mais antigos, sendo concluída no momento em que a quantidade programada de participantes foi atingida, após o cálculo amostral.

Foram selecionados os prontuários de 243 pacientes, sendo 122 oriundas do serviço público e 121 do serviço privado de saúde. Destes, selecionaram-se apenas os dados referentes à primeira consulta realizada nos serviços citados. Excluíram-se os prontuários de pacientes grávidas, com sangramento genital, histórico de uso de cremes ou géis vaginais em intervalos inferiores há 15 dias, pacientes que tiveram relação sexual em prazo inferior a cinco dias da consulta avaliada e dados clínicos incompletos ou inadequados para a avaliação. Incluíram-se os prontuários de pacientes que concordaram em participar no estudo e que não foram atingidas pelos critérios de exclusão.

As informações coletadas consistem das fornecidas pela anamnese, exame físico e resultados de exames complementares, registradas nos prontuários. Coletaram-se da anamnese os dados epidemiológicos e clínicos. Do exame ginecológico, coletaram-se informações referentes ao exame das mamas, da genitália externa, exame especular e os resultados dos exames citológicos e histológicos, quando realizados.

Para diagnóstico correto dos fluxos genitais, anotaram-se, dos prontuários, seus aspectos macroscópicos de forma a poder caracterizá-los. O diagnóstico de vaginose bacteriana foi feito a partir dos critérios de Amsel, descrito obrigatoriamente no atendimento à paciente⁷.

O diagnóstico de candidíase foi estabelecido quando a descrição clínica destacava a presença de fluxo grumoso, aderente, com processo inflamatório local e KOH negativo. Um ou mais destes dados clínicos associados à identificação de hifas ao exame a fresco ou citologia oncótica positiva para *Candida* ou cultura vaginal positiva para *Candida* determinaram o diagnóstico de candidíase vulvovaginal. A identificação laboratorial da *Candida* sem sinais clínicos associados não foi considerada como candidíase⁸.

O diagnóstico clínico de tricomoníase foi estabelecido a partir das informações que relatavam a identificação de fluxo esverdeado ou acinzentado com consistência fluida, bolhosa, KOH+, associado ou não à colpíte difusa. Qualquer um destes dados clínicos, associados à presença do *Trichomonas* ou citologia oncótica com *Trichomonas vaginalis*, permitiram o diagnóstico de tricomoníase. Além disso, pacientes com citologia oncótica ou exame a fresco positivo para *Trichomonas* foram consideradas portadoras de tricomoníase, independente dos sinais clínicos, já que o *Trichomonas vaginalis* é considerado uma agente sexualmente transmissível, não fazendo parte da microbiota vaginal normal⁹.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), e os prontuários incluídos no estudo tiveram a concordância das pacientes, protocolo 391/08.

A análise dos dados foi realizada no computador tipo PC, com recursos de processamento estatístico do *software* Stata, versão 9.2. Foram construídas as distribuições de frequências e calculadas as médias, os desvios padrões e os percentuais indicados para cada variável. A comparação de grupos identificados entre os participantes do estudo foi realizada em tabelas de contingência, tipo RxC, no caso de variáveis categóricas, e/ou tabelas de análise de variância (ANOVA), na comparação de médias de variáveis numéricas. O significado estatístico das diferenças observadas na análise foi aferido com o teste do χ^2 e/ou o teste *t* de Student, dependendo da natureza dos dados comparados. O nível de significância adotado na análise foi o de 5%.

Resultados

A média de idade das pacientes foi de 27 anos, com desvio padrão $\pm 12,0$, entre pacientes da rede pública, e de $25,9 \pm 10,4$ anos, na rede particular, não havendo diferença estatística entre estas médias ($F=0,5$ e $p=0,4$).

Em relação aos dados epidemiológicos, as pacientes da rede pública apresentaram menor escolaridade, maior frequência de gestações e partos ($p < 0,0001$). Quando se comparou a idade da iniciação sexual, identificou-se que a média de idade de iniciação sexual foi de $15,7 \pm 3,0$ anos para as pacientes da rede pública e de $17,0 \pm 1,4$ anos, para as do serviço privado de saúde ($F=20$; $p < 0,001$). Além disso, quando comparadas quanto à média de parceiros sexuais, as pacientes da rede pública apresentaram média de $3,3 \pm 1,4$ parceiros e as da rede particular uma média de $2,4 \pm 1,2$ parceiros, que é significativa estatisticamente ($F=18$; $p < 0,001$), como pode ser visto na Tabela 1.

Não houve diferenças entre os exames físicos nos dois grupos e, deste modo, a frequência de doenças mamárias, candidíase, vaginose bacteriana e de tricomoníase não variou conforme a origem da população. A frequência de neoplasias cervicais foi também semelhante nos dois grupos (Tabela 2).

Baseado na atividade sexual, optou-se por avaliar as pacientes que já haviam iniciado vida sexual com as virgens, independente de sua origem. A atividade sexual foi fator de risco no determinismo das infecções genitais, especialmente na candidíase, vaginose bacteriana e HPV ($p < 0,0001$).

Discussão

Em relação à idade, esta amostragem foi de pacientes jovens, não havendo diferença significativa entre os grupos. Quando se avaliou a paridade, verificou-se que as pacientes do setor público de saúde apresentaram maior número de gestações e partos. Estes resultados refletem o perfil social,

Tabela 1. Características clínicas identificadas na anamnese e sua associação com a origem das pacientes (redes pública e particular de saúde)

| Característica clínica | Rede pública | | Rede particular | | χ^2/F | Valor p |
|-------------------------------|--------------|------|-----------------|------|------------|---------|
| | n | % | n | % | | |
| Idade | | | | | | |
| 09-19 | 39 | 32 | 50 | 41,3 | 2,3 | 0,1 |
| 20-89 | 83 | 68,3 | 71 | 59 | - | - |
| Escolaridade | | | | | | |
| Fundamental | 65 | 53,3 | 16 | 13,2 | 67,0 | <0,001 |
| Médio | 53 | 43,5 | 57 | 47,1 | - | - |
| Superior | 4 | 3,3 | 48 | 40 | - | - |
| Profissão | | | | | | |
| Do lar | 59 | 48,4 | 9 | 7,5 | 54,3 | <0,001 |
| Fora do lar | 22 | 18,3 | 57 | 47,1 | - | - |
| Estudante | 41 | 33,6 | 55 | 45,5 | - | - |
| Vida sexual | | | | | | |
| Ativa | 111 | 91 | 107 | 89,1 | 0,2 | 0,6 |
| Número de parceiros | | | | | | |
| 1-3 | 67 | 60,4 | 92 | 85,2 | 16,9 | <0,001 |
| 4-10 | 44 | 39,7 | 16 | 14,8 | - | - |
| Gesta | | | | | | |
| Nuligesta | 51 | 41,8 | 81 | 66,9 | 15,6 | <0,001 |
| Primigesta | 30 | 24,6 | 15 | 12,4 | - | - |
| Multigesta | 41 | 33,6 | 25 | 20,6 | - | - |
| Para | | | | | | |
| Nulipara | 58 | 47,6 | 83 | 68,6 | 11,2 | 0,004 |
| Primipara | 28 | 23 | 18 | 14,9 | - | - |
| Multipara | 36 | 29,5 | 20 | 16,5 | - | - |
| Contraceptivo hormonal | | | | | | |
| Sim | 25 | 20,5 | 66 | 54,6 | 30,1 | <0,001 |
| Camisinha | | | | | | |
| Sim | 29 | 23,8 | 14 | 11,6 | 6,3 | 0,01 |
| Antecedente de DST | | | | | | |
| Sim | 27 | 22,1 | 17 | 14,2 | 2,6 | 0,1 |

DST: doença sexualmente transmissível.

Tabela 2. Distribuição dos dados do exame físico e dos exames complementares de acordo com a origem das pacientes (redes pública e particular de saúde)

| Dados clínicos e laboratoriais | Rede pública | | Rede particular | | χ^2/F | Valor p |
|--------------------------------------|--------------|------|-----------------|------|------------|---------|
| | n | % | n | % | | |
| Exame físico | | | | | | |
| Mamas | | | | | | |
| Normal | 114 | 93,4 | 108 | 89,3 | 1,3 | 0,2 |
| Inspeção da genitália externa | | | | | | |
| Normal | 77 | 62,3 | 84 | 69,4 | 1,4 | 0,2 |
| Diagnóstico clínico | | | | | | |
| Candidíase | | | | | | |
| Sim | 67 | 22,1 | 40 | 33,1 | 3,6 | 0,06 |
| Vaginose bacteriana | | | | | | |
| Sim | 39 | 32 | 34 | 28,1 | 0,4 | 0,5 |
| Tricomoníase | | | | | | |
| Sim | 8 | 6,6 | 6 | 5 | 0,3 | 0,6 |
| Diagnóstico laboratorial | | | | | | |
| Citologia | | | | | | |
| Infamatória | 44 | 33,7 | 29 | 24,1 | 2,1 | 0,4 |
| Neoplasia | 6 | 4,9 | 9 | 7,5 | - | - |
| Normal | 55 | 45 | 42 | 34,7 | - | - |
| Histologia com neoplasia | | | | | | |
| Sim | 26 | 54,3 | 39 | 56,6 | 0,06 | 0,9 |

já que afirma-se que pacientes com padrão socioeconômico mais baixo apresentam maior número de gestações e partos no Brasil. Neste contexto, alguns estudos demonstraram que mulheres de baixo nível socioeconômico e escolaridade estagnada durante 25 anos apresentam tendência à multiparidade, com pico percentual de aumento de dois para três filhos aos 24 anos¹⁰.

As mulheres do setor público são, em geral, donas de casa. A desigualdade, seja social ou econômica, é apontada como fator de diferenciação das condições de saúde da população e, por isso, indicadores como escolaridade, renda e local de moradia determinam a qualidade da assistência prestada a estas pacientes¹¹.

Em relação ao grau de escolaridade, as pacientes da rede pública apresentaram menor escolaridade. Tais resultados refletem a condição econômica e social da amostragem das pacientes, já que se espera que pacientes do serviço público de saúde tenham dificuldade de acesso à educação formal e a um emprego especializado. Alguns estudos determinaram que mães com menos de oito anos de escolaridade

tem chance 1,5 vezes maior de terem recém-nascidos com baixo peso e, deste modo, pode-se dizer que a baixa escolaridade aumenta os agravos à saúde^{12,13}.

Quando foi comparado o comportamento sexual das pacientes, verificou-se que houve diferença estatística em relação ao número de parceiros, à idade de iniciação sexual e ao uso de contraceptivo. As pacientes do serviço público de saúde apresentaram maior número de parceiros sexuais (3,3) e iniciaram a prática sexual mais cedo (15,7 anos), com menor frequência da contracepção hormonal (20,5%). Estes aspectos geram maior vulnerabilidade às DST e incremento da gravidez indesejada, especialmente entre a população de baixa renda e com dificuldade de acesso aos serviços de saúde^{14,15}. Por outro lado, as pacientes do setor público fizeram uso de preservativo com maior frequência do que as do setor privado, entretanto seu uso ainda é baixo, considerando-se a população estudada. Os motivos citados para a não utilização do preservativo estão associados à aquisição de confiança no parceiro, à invisibilidade das relações sexuais, ao desconhecimento e

às crenças infundadas sobre os malefícios e benefícios ou simplesmente por não quererem utilizar¹⁶⁻¹⁸.

A contracepção hormonal oral tem distribuição gratuita pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas pacientes do serviço público utilizaram menos este método. Quando associada ao uso inadequado do preservativo determina maior frequência de gestações e partos. Além disso, acredita-se que a falta de adesão ao contraceptivo hormonal, em especial ao oral, seja outro problema para o maior número de gestações no setor público. Alguns estudos descrevem que, nas classes sociais mais altas, cada mulher que está fazendo uso de anticoncepcional esquece de tomar em média quatro pílulas por ano, enquanto que, nas classes sociais mais baixas, o número é de 9,69 por ano^{10,17,19}. Entretanto, dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 2006 (PNDS-2006)²⁰ revelaram ampliação do repertório contraceptivo, quando comparado à situação detectada pela PNDS de 1996. Apesar dessa mudança, este benefício não se estendeu a todas as mulheres, já que entre as menos privilegiadas, tanto do ponto de vista de renda quanto de escolarização, a laqueadura tubária ainda permaneceu como método mais utilizado²⁰.

Quando se comparou o exame físico, não foram verificadas diferenças estatísticas entre o exame de mamas e da genitália das pacientes. A distribuição da vaginose bacteriana nos grupos foi homogênea, independente do perfil social e econômico. As frequências relatadas na literatura têm sido diversas, dependendo das características epidemiológicas e clínicas das pacientes avaliadas²¹⁻²⁸. Estudo prévio realizado na Faculdade de Medicina de Barbacena, comparando pacientes ginecológicas do setor público e particular de saúde, não verificou diferenças entre a frequência de vaginose, o que sugere que fatores sociais e econômicos não são responsáveis pela sua distribuição⁶. Não se identificaram diferenças significativas para a tricomoníase, neoplasia de colo uterino e HPV. Entretanto, os dados atuais apontam para um incremento do diagnóstico de tricomoníase no setor público, quando comparados com estudos anteriores, realizados no mesmo serviço⁶. Acredita-se, entretanto, que a recente inclusão do exame microscópico na abordagem dos fluxos genitais pode ter sido o responsável pela maior facilidade diagnóstica. A frequência de tricomoníase neste estudo é comparável aos dados do estado de Sergipe⁹.

Apesar da utilização de preservativo ser maior nas pacientes do serviço público, as taxas de DST foram similares nos dois grupos. Uma possível explicação para estes dados aparentemente contraditórios pode estar associada ao uso do preservativo, que deve ser utilizado do início ao fim da relação sexual. A não priorização, usando-o de maneira incorreta e/ou assistemática, incrementa os riscos de aquisição de DST e talvez esse seja o motivo para frequências semelhantes dessas doenças, apesar das pacientes do setor

público relatarem maior utilização do preservativo em suas relações sexuais^{10,15,16}.

Para verificar a influência da atividade sexual no determinismo das infecções genitais, comparou-se pacientes virgens com não virgens, independente da idade e origem da paciente. Verificou-se que as pacientes com atividade sexual apresentaram maior frequência de neoplasias do colo uterino, de queixas ginecológicas e de infecções genitais como a tricomoníase e a infecção pelo HPV. Esses resultados demonstram a importância da atividade sexual no determinismo das infecções ginecológicas. Entretanto, mesmo em infecções não sexualmente transmissíveis, a atividade sexual pode ser o gatilho para a manifestação clínica, como, por exemplo, na candidíase vulvovaginal. Embora não seja considerada uma DST clássica, a vagina e o intestino poderiam funcionar como reservatório para o fungo. Esta teoria é baseada na recuperação de *Candida* da cultura retal em quase 100% de mulheres com candidíase vulvovaginal (CVV), e admite-se que 40 a 70% das mulheres com CVV tenham culturas retais positivas e 80% das mulheres que sofreram colonização são portadoras da mesma cepa no reto e vagina^{29,30}. O mesmo ocorre na vaginose bacteriana, que apesar de não ser considerada uma DST, uma vez que o tratamento do parceiro não diminui a frequência ou o intervalo das recorrências, acomete mulheres com maior número de parceiros sexuais, sendo rara nas sexualmente inativas⁷⁻⁸.

Não houve diferença entre a frequência de doenças mamárias e ginecológicas nos grupos avaliados e, embora exista a suspeita de que a população mais desprovida de recursos e conhecimento é a que apresenta maior risco de adoecer e morrer, não se identificou esta associação neste estudo⁶.

Uma possível explicação para este fato, aparentemente contraditório, está no entendimento dos determinantes sociais de saúde (DSS), os quais abordam as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos populacionais com a situação de saúde e são considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde na população³¹. Neste contexto, existem várias abordagens dos mecanismos pelos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde. A primeira privilegia os aspectos materiais na produção da saúde e da doença, já que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos ou pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária. Outra abordagem prioriza os fatores psicossociais, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde³².

Sendo assim, a condição social de uma população não é o único determinante do seu adoecimento. As

pacientes da rede pública apresentam maior número de gestações e partos; são, em geral, donas de casa; com baixa escolaridade; iniciam vida sexual mais precocemente e com maior número de parceiros, mas não eram mais doentes do que as do setor privado, embora apresentassem maior vulnerabilidade às DST e à gravidez indesejada.

Portanto, é necessário mais do que o acesso a serviços médico-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, efetiva articulação intersetorial do poder público e mobilização da população³².

Referências

1. Araujo DAC, Zimmermann JB, Oliveira LCN, Andrade ATL. Gestação de alto-risco: prevalência de patologias e complicações materno-fetais. *J Bras Ginecol*. 1996;106(8):315-20.
2. Maia C, Guilhem D, Lucchese G. Integração entre a vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(4):682-92.
3. Narchi NZ, Janicas RCSV. Implantação de um modelo de atenção à mulher no ambulatório de uma Universidade Privada de São Paulo/SP. *Nursing (São Paulo)*. 2006;9(96):817-21.
4. Beserra EP, Araújo MFM, Barroso MGT. Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis: narrativas em uma área de espera. *Rev RENE*. 2007;8(1):18-25.
5. Canido RE, Carvalho GM, Merighi MAB, Martins AA. Avaliação do programa de prevenção do câncer do colo uterino e de mama no município de Paranaapanema, Estado de São Paulo, Brasil. *Mundo Saúde*. 2007;31(3):375-83.
6. Zimmermann JB, Rezende DF, Nunes AA, Tourino AG, Almeida FC, Teixeira LMC, et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes ginecológicas atendidas na Faculdade de Medicina de Barbacena. *Rev Méd Minas Gerais*. 2008;18(3):160-6.
7. Zimmermann JB, Silva DG, Pires TG, Silva MPS, Reis LL, Costa CAL. Tratamento da vaginose bacteriana com ácido ascórbico. *HU Rev*. 2010;36(2):147-51.
8. Macedo DPC, Farias AMA, Lima Neto RG, Silva VKA, Leal AFG, Neves RP. Infecções oportunistas por leveduras e perfil enzimático dos agentes etiológicos. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009;42(2):188-91.
9. Almeida MS, Argôlo DS, Almeida Júnior JS, Pinheiro MS, Brito AMG. Tricomoníase: prevalência no gênero feminino em Sergipe no biênio 2004-2005. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010;15 Supl 1:1417-21.
10. Gomes PD, Zimmermann JB, Oliveira LMB, Leal KA, Gomes ND, Goulart SM, et al. Contracepção hormonal: uma comparação entre pacientes das redes pública e privada de saúde. *Rev Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2453-60.
11. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades sócio-demográficas e suas conseqüências sobre o peso do recém-nascido. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(3):466-73.
12. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):1025-9.
13. Gonçalves H, Béhague DP, Gigante DP, Minten GC, Horta BL, Victoria CG, et al. Determinantes sociais da iniciação sexual precoce na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2008;42 Supl 2:34-41.
14. Figueiredo R, Ayres JCR. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):96-107.
15. Teixeira SAM, Taquette SR. Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. *Rev Assoc Méd Bras*. 2010;56(4):440-6.
16. Martins LBM, Costa-Paiva LHS, Osís MJD, Sousa MH, Pinto Neto AM, Tadini V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(2):315-23.
17. Martins LBM, Costa-Paiva LH, Osís MJD, Sousa MH, Pinto Neto AM, Tadini V. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(1):57-64.
18. Rocha CMF, Dias SF, Gama AF. Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(5):1003-12.
19. Moura LNB, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Oliveira DC. Informação sobre a contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(3):320-6.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [cited 2011 Nov 20]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf.
21. Barcelos MRB, Vargas PRM, Baroni C, Miranda AE. Infecções genitais em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde: prevalência e fatores de risco. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2008;30(7):349-54.
22. Campos ACC, Freitas Junior R, Ribeiro LFJ, Paulinelli RR, Reis C. Prevalence of vulvovaginitis and bacterial vaginosis in patients with koilocytosis. *São Paulo Med J*. 2008;126(6):336-6.
23. Nai GA, Mello ALP, Ferreira AD, Barbosa RL. Frequência de Gardnerella vaginalis em esfregaços vaginais de pacientes hysterectomizadas. *Rev Assoc Med Bras*. 2007;53(2):162-5.
24. Ribeiro AA, Oliveira DF, Sampaio MCN, Carneiro MAS, Tavares SBN, Souza NLA, et al. Agentes microbiológicos em exames citopatológicos: estudo de prevalência. *Rev Bras Anal Clin*. 2007;39(3):179-81.
25. Sánchez Hernández JA, Coyotecatl García LL, Valentín González E, Vera Gordillo L, Rivera Tapia JA. Diagnóstico clínico, de laboratorio y tratamiento de la vaginosis por Gardnerella vaginalis. *Univ Med*. 2007;48(4):382-95.
26. Tanaka VA, Fagundes LJ, Catapan A, Gotlieb SLD, Belda Júnior W, Arnone M, et al. Perfil epidemiológico de mulheres com vaginose bacteriana, atendidas em um ambulatório de doenças sexualmente transmissíveis, em São Paulo, SP. *An Bras Dermatol*. 2007;82(1):41-6.
27. Lillo GE, Lizama IS, Medel CJ, Martínez TMA. Diagnóstico de vaginosis bacteriana en un consultorio de planificación familiar de la Región Metropolitana, Chile. *Rev Chil Infectol*. 2010;27(3):199-203.

28. Cardoso AC, Araújo LV, Silva PR, Gouveia DDS, Freitas RC, Tavares SBN, et al. Prevenção do câncer do colo do útero no município de Mozarlândia-GO. Rev Eletrônica Farm. 2005;2(2):41-3.
29. Sobel JD. Management of recurrent vulvovaginal candidiasis: unresolved issues. Curr Infect Dis Rep. 2006;8(6):481-6.
30. Sobel JD. Vulvovaginal candidosis. Lancet. 2007;369(9577):1961-71.
31. Buss PM, Pellegrino Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis (Rio J). 2007;17(1):77-93.
32. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cienc Saúde Coletiva. 2000;5(1):163-77.