

SANDRA L. FELIX DE FREITAS

OCORRÊNCIA DAS VULVOVAGINITES EM GESTANTES DE BAIXO RISCO

CAMPO GRANDE

2008

SANDRA L. FELIX DE FREITAS

OCORRÊNCIA DAS VULVOVAGINITES EM GESTANTES DE BAIXO RISCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para obtenção do Título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Atenção à saúde integral da criança, do adolescente e da gestante.

Orientação: Profa. Dra. Sandra Lucia Arantes

CAMPO GRANDE

2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

F866o Freitas, Sandra L. Felix.
Ocorrência das vulvovaginites em gestantes de baixo risco / Sandra L.
Felix Freitas. -- Campo Grande, MS, 2008.
121 f. ; 30 cm.

Orientador: Sandra Lucia Arantes.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

1. Enfermagem obstétrica. 2. Vulvovaginite. 3. Cuidado pré-natal. 3.
Diagnóstico de enfermagem. 4. Grávidas – Doenças. I. Arantes, Sandra
Lucia. II. Título.

CDD (22) – 618.20231

TERMO DE APROVAÇÃO

SANDRA L. FELIX DE FREITAS

OCORRÊNCIA DAS VULVOVAGINITES EM GESTANTES DE BAIXO RISCO

Dissertação submetida à aprovação pela banca examinadora:

Sandra Lucia Arantes – Membro Presidente

Maria Auxiliadora de Souza Gerk – Membro Titular

Joana Soares de Arruda – Membro Titular

Maria Lúcia Ivo - Membro Suplente

Dedico este trabalho...

*Ao meu esposo, Manuel,
pelo carinho e compreensão
nos momentos árduos dessa jornada,
por incentivar e apoiar incondicionalmente
todos os meus projetos de vida.*

*Aos meus queridos filhos,
Alexandre e Fernando,
pelo amor que me dedicam e por entenderem
a minha necessidade de reclusão e introspecção.*

*Aos meus pais,
Síría e João,
Valdemar e Lecy,
por terem acreditado em minha capacidade
(muitas vezes mais do que eu mesma).*

*Aos meus irmãos,
Leíner e Everton,
e sobrinhos: Fernanda, Bianka, Ivaldinho, Ana Paula e Deisiane,
por entenderem os momentos de ausências da “tita”.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas inúmeras bênçãos recebidas, em todos os dias de minha vida. Sem Ele eu não teria conseguido.

À Dra. Sandra Lúcia Arantes, minha orientadora, amiga de muitos anos, que não mediu esforços para que este trabalho fosse concluído.

À Dra. Maria Auxiliadora de Souza Gerke, colega e amiga, pelo incentivo e apoio inestimáveis.

À Dra. Joana Soares de Arruda, pela participação na banca examinadora.

À Dra. Maria Lúcia Ivo, pela atenção a mim dispensada e pelas preciosas sugestões.

Às colegas e amigas do Departamento de Enfermagem e à diretoria do Hospital Universitário, por terem acreditado e me permitido desenvolver este trabalho.

À Nádia Cristina Pereira Carvalho, bioquímica que realizou os exames laboratoriais.

Ao Prof. Flávio Dantas dos Santos e à bioquímica Melissa Anunciação Santos, pela preciosa colaboração, incentivo e amizade.

Ao Dr. Valmir Nantes de Oliveira, chefe do Departamento de Ginecologia, pelo apoio e colaboração nesta jornada e aos residentes do serviço de Ginecologia e Obstetrícia da UFMS.

Ao Luís Alves Neto, do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, pelo apoio e amizade e à Lúcia Feltrin, secretária do ambulatório, por seu jeito prestativo, carinhoso e eficiente de ser.

À toda equipe de enfermagem do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia na pessoa da enfermeira Noêmia Ferreira Rosa.

Aos colegas e amigos da pós-graduação, companheiros deste caminhar e aos professores da pós-graduação, na pessoa do Prof. Dr. Ricardo Dutra Aydos.

À aluna Jéssica dos Santos Brandão, por sua sorridente colaboração e a todos os alunos do 3º ano do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMS, que me auxiliaram na coleta de dados.

À Dra. Débora Marchetti Chaves Thomaz e Dr. Valdir Shigueiro Siroma, pelas preciosas sugestões.

À Prof^a. Lúcia Helena Paula do Canto, pela revisão lingüística.

À bibliotecária Maria Marta Giacometti, pela preciosa colaboração.

À minha mãe, Siria Felix Garcia, por perdoar minhas necessárias ausências e por ter sido sempre um símbolo de luta e determinação.

Ao meu pai, Valdemar de Freitas, pelo exemplo de solidariedade e simplicidade que refletem meu modo de vida.

Aos meus filhos, preciosos tesouros, Alexandre de Freitas Monteiro e Fernando de Freitas Monteiro, a quem amo, merecidamente, mais que a mim mesma.

Ao meu esposo Manuel Augusto Ferraz Pereira Vilas que muito me incentivou e apoiou neste caminhar.

À Maria Haidamus Monteiro e Isaura Haidamus Pereira, pela torcida carinhosa e amor que me dedicam.

Às mulheres, razão do meu trabalho e dedicação profissional.

“Outros haverão de ter o que houvermos de perder.
Outros poderão achar o que, no nosso encontrar,
foi achado, ou não achado, segundo destino dado.
Mas o que a eles não toca é a magia que evoca
o longe e faz dele história.
E por isso a sua glória é justa auréola dada
por uma luz emprestada.”

Fernando Pessoa

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo dados sociodemográficos. Campo Grande, MS (2007).....	35
Tabela 2	Caracterização da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo as variáveis ginecológicas. Campo Grande, MS, 2007.....	38
Tabela 3	Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo os hábitos de higiene após eliminações, segundo a escolaridade. Campo Grande, MS (2007).....	39
Tabela 4	Distribuição da amostra de gestantes sintomáticas ou assintomáticas que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo a escolaridade. Campo Grande, MS (2007).....	40
Tabela 5	Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo as características observadas na inspeção da vulva e do colo. Campo Grande, MS, 2007.....	42
Tabela 6	Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo as características do corrimento vaginal, observadas no exame especular. Campo Grande, MS, 2007.....	44
Tabela 7	Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo a quantidade de bacilos de Döderlein presentes na amostra vaginal. Campo Grande, MS, 2007.....	46
Tabela 8	Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo as vulvovaginites diagnosticadas. Campo Grande, MS, 2007.....	48
Tabela 9	Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS com candidíase vulvovaginal segundo as queixas ginecológicas. Campo Grande, MS, 2007.....	50
Tabela 10	Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS candidíase vulvovaginal, segundo as características da secreção vaginal. Campo Grande, MS, 2007.....	51

Tabela 11	Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS com vaginose bacteriana, segundo as queixas ginecológicas. Campo Grande, MS, 2007.....	54
Tabela 12	Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS com vaginose bacteriana associada à candidíase vulvovaginal, segundo as queixas ginecológicas. Campo Grande, MS, 2007.....	55
Tabela 13	Distribuição da amostra das gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS com vaginose bacteriana associada à candidíase vulvovaginal, segundo as características da secreção vaginal. Campo Grande, MS, 2007.....	56
Tabela 14	Distribuição da amostra de gestantes sem vulvovaginites que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo as queixas ginecológicas. Campo Grande, MS, 2007.....	59
Tabela 15	Distribuição da amostra de gestantes sem vulvovaginites que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo os aspectos da vulva e do colo do útero. Campo Grande, MS, 2007.....	59
Tabela 16	Distribuição da amostra de gestantes sem vulvovaginites que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo as características da secreção vaginal. Campo Grande, MS, 2007.....	61
Tabela 17	Distribuição dos fatores de risco para vulvovaginites apontados pela amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo o nível de escolaridade. Campo Grande, MS, 2007.....	63

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Lactobacilos ou bacilos de Döderlein	22
Figura 2 - Colocação da fita de pH na parede vaginal	29
Figura 3 - Pseudohifas sugestivas de <i>Candida</i> sp. - aumento de 200X	49
Figura 4 - Distribuição dos casos de vaginose bacteriana diagnosticados segundo os critérios de Amsel et al. (1983). Campo Grande, MS, 2007.....	52
Figura 5 - Relação das categorias diagnósticas presentes nas gestantes, segundo o domínio e classe. Campo Grande, MS, 2007.....	69
Figura 6 - Distribuição das categorias diagnósticas, caracterizadas como reais, segundo as características definidoras e os fatores relacionados. Campo Grande, MS, 2007.....	72
Figura 7 - Diagnósticos de enfermagem potenciais, segundo os fatores de risco. Campo Grande, MS, 2007.....	76

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDS	Síndrome da deficiência imunológica adquirida
ASC-US	Células escamosas atípicas de significado indeterminado
BD	Bacilos de Döderlein
BDA	Bacilos de Döderlein ausentes
BGN	Bacilos gram-negativos
BGP	Bacilos gram-positivos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEpit	Células epiteliais
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CVV	Candidíase vulvovaginal
DGN	Diplococos gram-negativos
DIP	Doença inflamatória pélvica
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
INCA	Instituto Nacional do Câncer
KOH	Hidróxido de potássio
LICM	Lesão intra-epitelial cervical maligna
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NHU/UFMS	Núcleo Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PE	Processo de enfermagem
RL	Reação leucocitária
ROPREMA	Rotura prematura de membranas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGI	Trato genital inferior
TPP	Trabalho de parto prematuro
TVV	Tricomoníase vulvovaginal
VB	Vaginose bacteriana
VVR	Vulvovaginite recorrente

RESUMO

As vulvovaginites na gravidez associam-se, freqüentemente, a complicações maternas e perinatais; por esse motivo é necessário que sejam diagnosticadas e tratadas em tempo. **Objetivos:** conhecer a prevalência das vulvovaginites em gestantes que realiza o pré-natal no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Núcleo de Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul com enfermeira obstetra e identificar os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes. **Método:** trata-se um estudo descritivo, observacional, de corte transversal, de caráter quantitativo, realizado de junho a outubro de 2007, com 31 gestantes. Os dados foram coletados com instrumento do tipo formulário, por meio da anamnese, exame físico, teste de Whiff e de pH vaginal, exames laboratoriais e de Papanicolaou. **Resultados:** a freqüência da vaginose bacteriana e da candidíase vulvovaginal foi de 22,6%, da vaginose bacteriana associada à candidíase vulvovaginal 16,1%, da tricomoníase vulvovaginal associada à candidíase 3,2% e de vaginite sugestiva de gonorréia foi de 3,2%. Foram identificados oito diagnósticos de enfermagem reais: Comportamento de busca de saúde, Dor aguda, Manutenção ineficaz da saúde, Conhecimento Deficiente, Comportamento de saúde propenso a risco, Integridade tissular prejudicada, Eliminação urinária prejudicada, Disfunção sexual, e seis potenciais, representados pelos seguintes fatores de risco: secreções e umidade (corrimento vaginal) (100%), umidade vaginal aumentada relacionada à gravidez (100%), aumento do fluxo sangüíneo e da temperatura no trato genital inferior (100%), distúrbio na imagem corporal (100%), hábitos inadequados de higiene (45,2%), elevação do pH (51,6%), bacilos de Döderlein ausentes (51,6%), ectopia (38,7%), freqüência aumentada da atividade sexual (51,6%), vulvovaginites (67,7%), risco de rotura prematura de membranas relacionado às vulvovaginites (67,7%) e fatores mecânicos (ato de coçar) (38,7%). **Conclusão:** o diagnóstico das vulvovaginites e a identificação dos diagnósticos de enfermagem são fundamentais para nortear a conduta de enfermagem na consulta de pré-natal.

Palavras-chave: Vulvovaginite. Cuidado pré-natal. Enfermagem obstétrica. Diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT

The vulvovaginites in pregnancy associate themselves, often to maternal and perinatal complications, for this reason they must be diagnosed and treated in time.

Objectives: to know the prevalence of the vulvovaginites in pregnant women who carry out pre-natal in the Outpatient Clinic of Gynecology and the Obstetrics of Nucleus of the University Hospital of the Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, with obstetric nurse, and to identify with obstetric nurse and, to identify the most frequent diagnoses of nursing. **Method:** this is a descriptive study, observational, cross-sectional, of quantitative character, conducted from June to October 2007, with 31 women. The data were collected with instrument of the type form, by means of anamnesis, physical examination, test of Whiff and vaginal pH, laboratory tests and Pap. **Results:** The frequency of bacterial vaginosis and vulvovaginal candidiasis was the same (22.6%), the bacterial vaginosis associate to vulvovaginal candidiasis 16.1%, trichomoniasis vulvovaginal associated with candidiasis 3.2% and vaginitis suggestive of gonorrhoea was 3.2%. 8 real diagnostic of nursing had been identified: Health-Seeking Behaviors, Acute pain, Health Maintenance Ineffective, Deficient Knowledge, Behavior of inclined health the risk, Tissue integrity impaired, Urinary elimination impaired, Sexual Dysfunction and, 6 potentials diagnosis represented for the main risk factors: secretions and humidity (vaginal discharge) (100%), Increased vaginal humidity related to the pregnancy (100%), Increasing blood flow and temperature in the lower genital tract (100%), body image disturbance (100%), inadequate hygiene habits (45.2%), elevation of pH (51.6%), absence of Doderlein bacilli (51.6%), ectopia (38.7%), Increased frequency of sexual activity (51.6%), vulvovaginites (67.7%), risk of premature rupture of membranes related to the vulvovaginites (67.7%) and Mechanical factors (act of scratching) (38.7%). **Conclusion:** the diagnosis of the vulvovaginites and the identification of the nursing diagnostic are basic to guide the conduct of nursing in outpatient prenatal care.

Key Words: Vulvovaginitis. Prenatal care. Obstetrical nursing. Nursing diagnosis.

Sumário

RESUMO.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1 A assistência pré-natal.....	16
2.2 As vulvovaginites na gestação.....	18
2.3 Processo de enfermagem	23
3 OBJETIVOS.....	25
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 Tipo de pesquisa.....	26
4.2 Referencial teórico metodológico.....	26
4.3 População.....	26
4.4 Aspectos éticos da pesquisa.....	27
4.5 Local.....	28
4.6 Instrumento da pesquisa.....	28
4.7 Coleta do material.....	28
4.8 Variáveis de estudos.....	30
4.9 Resultados.....	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	35
5.1 Distribuição das gestantes segundo as variáveis sociodemográficas.....	35
5.2 Distribuição das gestantes segundo as variáveis ginecológicas.....	36
5.3 Distribuição das gestantes segundo as características observadas no exame clínico e especular.....	41
5.4 Distribuição das gestantes quanto às variáveis diagnósticas.....	45
5.5 Vulvovaginites diagnosticadas.....	47
5.6 Conhecimento das gestantes sobre fatores que possam favorecer o aparecimento das vulvovaginites.....	62
5.7 Diagnósticos de enfermagem encontrados.....	68
6 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXO A.....	98
ANEXO B.....	99
APÊNDICE A.....	108
APÊNDICE B	111
APÊNDICE C	114
APÊNDICE D.....	118
APÊNDICE E.....	121

1 INTRODUÇÃO

Na assistência pré-natal, o profissional de saúde desempenha um papel relevante na transmissão de apoio, orientação e confiança para que a mulher se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto.

O organismo da gestante, por influência hormonal, sofre diversas adaptações necessárias para a manutenção da gravidez e preparação para o parto e aleitamento materno. Algumas dessas modificações fisiológicas que ocorrem no sistema reprodutor da gestante, embora tenham função protetora sobre o útero, gravidez e feto, tornam-na mais suscetível às vulvovaginites.

As vulvovaginites estão, freqüentemente, envolvidas em complicações de gestação, parto, puerpério e recém-nascido, motivo que levou a pesquisadora a estudar sobre a sua etiologia e ocorrência em um grupo de gestantes atendidas pela enfermeira obstetra no pré-natal de baixo risco, assim como estabelecer os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes.

O diagnóstico e o tratamento das vulvovaginites na gestação devem ser rápidos e eficazes por causa da possibilidade de ocorrência 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, ardência e odor) e do resultado do exame de Papanicolaou.

Considerando as modificações locais e gerais que ocorrem no organismo materno durante a gestação, as implicações das vulvovaginites no ciclo gravídico e a importância da assistência de enfermagem aos problemas identificados e definidos, este estudo teve o propósito de conhecer a ocorrência de vulvovaginites nesse grupo de gestantes atendidas no Núcleo de Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (NHU/UFMS), pela enfermeira obstetra a fim de estabelecer os diagnósticos de enfermagem.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A assistência pré-natal

A gravidez é um processo fisiológico que representa a capacidade reprodutiva inerente à mulher e traz ao organismo feminino uma série de mudanças físicas e emocionais (BRASIL, 2000). É nesse momento, na assistência pré-natal, que o profissional de saúde desempenha um papel relevante na transmissão de apoio, orientação e confiança para que a mulher se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto.

Para que se ofereça uma assistência pré-natal humanizada e de qualidade, fundamentais para a saúde materna e neonatal, a atenção à mulher na gravidez deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequados dos problemas que ocorrem nesse período. A atenção pré-natal deve ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde e as consultas no pré-natal de baixo risco podem ser realizadas pelo profissional médico ou pela enfermeira obstetra (BRASIL, 2005a).

Segundo a Lei Federal nº 7.498, de 25 de junho de 1986, são atividades privativas da enfermeira a consulta de enfermagem e a prescrição de cuidados de enfermagem e, como integrante da equipe de saúde, exerce também as atividades de prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde, bem como a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera. O Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, estabeleceu que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira (RIOS; VIEIRA, 2007). A responsabilidade pela assistência à gestante poderá ser partilhada com a enfermeira obstetra por essa ser “apta a acompanhar vários aspectos da gestação, do trabalho de parto e a maioria dos partos vaginais” (CREMESP, 2002, p. 85).

Durante a formação dos enfermeiros, os acadêmicos do 3º ano do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMS cursam disciplinas que contemplam

atividades práticas e estágio supervisionado no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS, onde se encontra a enfermeira obstetra, que exerce atividades de ensino e assistência, quando são realizadas consultas de enfermagem em ginecologia e de pré-natal de baixo risco.

Barros (1990), analisando a qualidade da assistência prestada pela enfermeira obstetra no pré-natal de baixo-risco, observou que uma maior participação desta na atenção integral à mulher contribuiria para melhorar a assistência, bem como possibilitar ao médico mais tempo para se dedicar às gestantes de alto risco.

A enfermeira obstetra tem suas ações voltadas para a assistência às clientes e para os aspectos preventivos, e, nestes, tem a sua atuação ligada diretamente à educação em saúde. No entanto, para que a assistência de enfermagem seja adequada e eficiente “faz-se necessário, inicialmente, realizar o diagnóstico de enfermagem, a fim de tornar possível a elaboração de um plano de atuação” (FREITAS; ARANTES; BARROS, 1998, p.58), que traz benefícios tanto para o profissional e cliente, como também para a instituição (LOPES, 2000).

De acordo com Miller (1989), é necessário conhecer os problemas que a gestante está vivenciando. A falta de clareza na identificação deles pode implicar perda de tempo, de energia e financeira.

Segundo Barros e Costa (1999, p. 106), “o foco central da enfermagem é o cuidado do cliente. Os aspectos humanísticos e científicos do cuidado de enfermagem são executados através do processo de enfermagem”, que é constituído por quatro etapas: histórico (levantamento de dados), diagnósticos de enfermagem, planejamento das intervenções e avaliação dos resultados.

Em 1990, durante a 9ª Conferência da North American Nursing Diagnosis Association, foi aprovada uma definição de diagnóstico de enfermagem que consiste em um:

juízo clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das

intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável (NANDA, 2008, p.377).

Nesse sentido, na consulta de pré-natal de baixo risco, a utilização do diagnóstico de enfermagem envolve um processo de análise e interpretação das informações obtidas, visando à tomada de decisões sobre a situação da saúde da gestante, em termos de normalidade e anormalidade. É a identificação e definição de problemas.

O atendimento dos problemas identificados e definidos pode dar-se por meio da educação em saúde, que estimula a prática do autocuidado, orientações e indicações terapêuticas, exames e outros procedimentos médicos, além de encaminhamento a outros profissionais, entre outras ações.

2.2 As vulvovaginites na gestação

Durante o desenvolvimento das consultas de enfermagem no pré-natal percebeu-se a necessidade de intervenções de enfermagem relacionadas à saúde da mulher, especialmente no que se referia à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das vulvovaginites. Uma vez que corrimento vaginal constitui uma das razões freqüentes pelas quais as mulheres procuram os cuidados de saúde, considerou-se pertinente pesquisar sobre a sua etiologia, diagnósticos de enfermagem e prescrição de enfermagem. “Quase todas as grávidas em algum momento referem corrimento vaginal e/ou prurido, ardor e dor ao coito” (SILVA FILHO, 2004, p.510).

A enfermeira obstetra na qualidade de membro da equipe de assistência pré-natal deve contribuir de forma efetiva para a prevenção e o tratamento das vulvovaginites na gestação, valorizando as queixas da cliente, colaborando para a redução de possíveis complicações. Se o profissional de saúde souber valorizar as queixas da cliente, a possibilidade de erros no diagnóstico é reduzida e a mulher demonstrará maior boa vontade em colaborar com o exame (HALBE, 2000).

Pensando assim, as queixas das gestantes têm real importância para se

obterem dados para compreender as alterações e adaptações que o organismo materno sofre, possibilitando intervenções naqueles passíveis de modificação, corroborando a afirmação de Arantes (1992, p.2), de que é comum enfermeiras e médicos que prestam assistência nos serviços de pré-natal encontrarem “problemas de ordem ginecológica entre as gestantes a seus cuidados e tenham dificuldade em resolvê-los”.

Rotineiramente, o diagnóstico das vulvovaginites tem sido feito, na maioria das vezes, pela avaliação do quadro clínico (características do corrimento vaginal, presença de prurido vulvar, aspecto do colo, ardência e odor) e pelo resultado do exame de Papanicolaou, recurso bastante utilizado para esse fim. No NHU/UFMS, o resultado das amostras enviadas para esse exame pode demorar em torno de uma a quatro semanas, dificultando tratamento eficaz e em tempo adequado à gestação.

Entre as complicações maternas e perinatais, decorrentes das vulvovaginites, citam-se a rotura prematura de membranas (ROPREMA), o trabalho de parto prematuro (TPP), a corioamnionite, as infecções puerperais e o baixo peso ao nascer (SIMÕES et al., 1998). O diagnóstico e o tratamento das vulvovaginites em gestantes devem ser rápidos e eficazes por causa da possibilidade de ocorrência de um grande número de complicações à gestação, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido (TRISTÃO et al., 2003). Esses autores dão ênfase ao diagnóstico e tratamento, entretanto, é de vital importância trabalhar, também, os aspectos relativos à prevenção.

A percepção do corrimento vaginal pode variar de mulher para mulher, quanto ao aspecto e à sensação que ele provoca. Algumas mulheres, apesar de não terem a queixa correspondente, podem apresentar uma secreção abundante. Outras podem queixar-se apenas do mau cheiro (MENEZES, 2003).

O conteúdo vaginal em mulheres adultas e sadias é composto de uma microbiota variada (flora saprófita vaginal), das secreções das glândulas de Bartholin e Skene, sebáceas e sudoríparas do vestíbulo vulvar, do transudado vaginal misturado com células descamadas do muco cervical, dos fluidos tubários e endometriais, além de substâncias como uréia, ácidos graxos, proteínas,

carboidratos, água e eletrólitos. A maioria desses componentes sofre influência dos hormônios ovarianos e da estimulação sexual (ARANTES, 1992; SILVA FILHO; BURLÁ, 2002; TOMIOKA; BASTOS, 1996). Essa microbiota, na maioria das vezes, não causa distúrbios à saúde, é simbiótica e beneficia o organismo.

A secreção vaginal normal, geralmente, é branca à semelhança da farinha de trigo molhada em virtude das células descamadas, daí advém o nome leucorréia, que significa corrimento branco. Quando seca pode adquirir a cor amarelada por causa dos pigmentos presentes, principalmente de origem bacteriana. O colo do útero secreta muco de aspecto translúcido, sendo um dos principais componentes da secreção vaginal, principalmente no meio-ciclo, pela influência dos estrógenos, quando se torna mais abundante e fluido (ARANTES, 1992; AMARAL et al., 1993).

A acidez vaginal é mantida pelos lactobacilos que, por meio da glicólise, produzem o ácido lático. Eles atuam como proteção contra as infecções do TGI, produzindo substâncias antimicrobianas, como peróxido de hidrogênio e bacteriocinas (LAPARGNEUR; ROUSSEAU, 2002) e impedindo o crescimento exagerado de outros microorganismos por meio da competição por nutrientes.

O TGI exerce um papel indireto muito importante na fecundação, implantação e gestação. Para isso, ele precisa de mecanismos de defesa contra os diferentes agentes agressores aos quais está exposto. Diferentes componentes da flora vaginal, assim como diversos mecanismos de defesa presentes nas secreções e na mucosa, são os responsáveis pela manutenção do equilíbrio do TGI e esse equilíbrio é fundamental para a sua proteção contra a instalação de processos infecciosos (MODOTTI et al., 2005).

A compreensão desses mecanismos de defesa e dos fatores que provocam alterações em sua microbiota é fundamental para o conhecimento da etiopatogenia dos processos infecciosos e o estabelecimento de métodos profiláticos e terapêuticos eficazes (TOMIOKA; BASTOS, 1996).

A gravidez exerce influência sobre o pH vaginal e no equilíbrio desse ecossistema (SILVA FILHO, 2004), pois as células epiteliais, ricas em glicogênio,

que por sua vez é o substrato para os lactobacilos, estão em maior concentração. Os lactobacilos aumentados determinam o aumento da acidez vaginal.

Por estímulo hormonal, várias modificações no trato genital inferior feminino ocorrem na gestação, tais como: hipertrofia das paredes vaginais, aumento do fluxo sangüíneo e da temperatura, bem como uma maior exposição do epitélio colunar do colo por causa da hiperplasia glandular, com formação da ectopia característica da gestação (TEDESCO; BRITTO; RODRIGUES, 2006; GIRALDO et al., 2006). Essas alterações fisiológicas, apesar de terem função protetora ao útero, à gravidez e ao organismo materno, podem tornar a gestante mais suscetível às infecções vaginais.

Os tipos de resposta imune presentes no TGI enquadram-se em três categorias básicas de defesa: a resposta imune inespecífica - representada pela barreira epitelial da mucosa vaginal, o muco cervical, os lactobacilos, o pH ácido, as células fagocíticas, a reação inflamatória, as citocinas e o sistema complemento; a pré-imune - representada pelos anticorpos naturais poliespecíficos, pela imunidade celular dos linfócitos intra-epiteliais e pelas células Natural Killers (NK); e a imune específica - compreende a resposta imune humoral com a produção de imunoglobulinas e linfócitos (MODOTTI et al., 2005).

Tomioka; Bastos (1996), definiram as vulvovaginites como sendo reações inflamatórias e/ou infecciosas do TGI que podem ser causadas por agentes traumáticos, alérgicos (sabão, desodorantes íntimos, e outros) ou infecciosos (fungos, bactérias, protozoários e, em menor número, vírus).

A reação inflamatória no TGI ocorre quando o antígeno alcança a submucosa cervical ou vaginal, com aumento do influxo do número de fagócitos (células de Langherans e as dendrídicas) para o local da infecção (BECKERMAN, 2000; MALANGA, 2005).

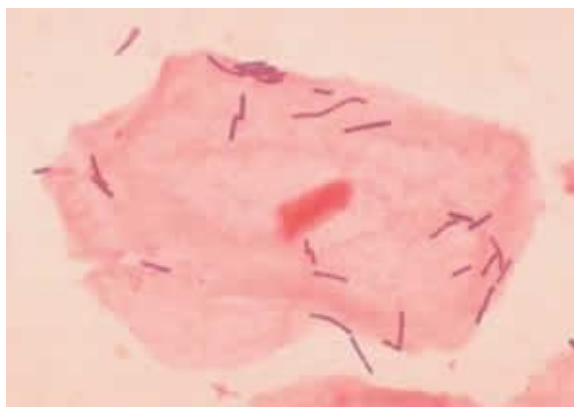
Segundo Giraldo et al. (2005), a flora vaginal é classificada em três tipos, de acordo com a quantidade dos bacilos de Döderlein (BD) em relação a outros microorganismos da flora microbiana, encontrados em esfregaço do material coletado na cavidade vaginal em exame realizado a fresco ou corado pelo método

de Gram. Na flora tipo I, a microbiana vaginal é constituída de, pelo menos, 80% de BD; na tipo II, a proporção entre BD e outras bactérias é de, aproximadamente, 50%; e na tipo III, quando há acentuada diminuição de BD e predomínio de outras bactérias.

Os lactobacilos (Figura 1) são bacilos gram-positivos, anaeróbios facultativos, que colonizam a vagina e constituem o principal componente da flora bacteriana normal. Receberam o nome de bacilos de Döderlein porque foram identificados pela primeira vez em 1894, pelo médico alemão A. Döderlein, (DAVID, 2006; DONDERS, 2007).

As células epiteliais da mucosa vaginal, sob estimulação estrogênica, acumulam glicogênio. O ácido láctico, responsável por assegurar o pH ácido da vagina, um dos mecanismos de proteção do TGI contra infecções, é produzido a partir da ação da flora microbiana vaginal sobre o glicogênio (SILVA FILHO, 2004).

Como mencionado, a secreção vaginal branca, sem odor, prurido ou dor, é, na maioria das vezes, considerada fisiológica. Mas uma alteração na quantidade dessa secreção, na coloração (amarelado, purulento, amarelo-esverdeado ou acinzentado) e no odor, acompanhado ou não de dor e/ou prurido, revela uma provável infecção, tornando-se necessária a investigação do agente etiológico, para fornecer subsídios para um tratamento adequado com o objetivo de evitar complicações no ciclo gravídico-puerperal (AMARAL et al., 1993).



Fonte: PERÉZ, 2006.

Figura 1. Lactobacilos ou bacilos de Döderlein.

2.3 Processo de enfermagem

Em busca de uma identidade profissional, a enfermagem tem demonstrado preocupação constante com a construção e o aprimoramento de um corpo de conhecimento próprio que lhe forneça legitimidade, visibilidade e autonomia (GERK, 2003; ROCHA; MAIA; SILVA, 2006). Esse profissional, como membro da equipe multidisciplinar de saúde, precisa desenvolver formas seguras e eficazes para a assistência ao cliente, por meio de uma metodologia própria de atuação, fundamentada em um processo de planejamento sistemático da assistência, que irá contribuir não somente na melhoria da qualidade da assistência como também para o reconhecimento da importância de suas ações (LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006; ROCHA; MAIA; SILVA, 2006).

O processo de enfermagem é composto de cinco etapas inter-relacionadas: levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento dos cuidados, implementação da assistência e avaliação dos resultados (LACAVA; BARROS, 2004).

Lacava e Barros (2004, p. 19) afirmam que, para o planejamento do cuidado e avaliação da qualidade da assistência prestada à gestante, é necessário que a enfermagem utilize “um método claro, organizado e científico” em sua prática, que é o Processo de Enfermagem, “considerado a base de sustentação da sistematização da assistência de enfermagem” (BITTAR et al., 2006, p. 618), é uma atividade “deliberada, lógica e racional”, por meio da qual a enfermagem presta cuidados individualizados aos problemas de saúde reais ou potenciais, do indivíduo ou da coletividade, de maneira organizada e sistemática (GALVÃO et al., 2002, p. 691).

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE), por ser atividade privativa e obrigatória do enfermeiro (segundo a Resolução COFEN-272, de 27 de agosto de 2002), utiliza método de estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade (BRASIL, 2002b).

“A sistematização da assistência de enfermagem constitui um meio para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos, caracterizando sua prática profissional” (SPERANDIO; MARTINEZ ÉVORA, 2002, p.1).

A despeito de sua reconhecida importância, ainda existem fatores que impedem ou dificultam o desenvolvimento da SAE, entre eles destacam-se a falta de infra-estrutura dos serviços de saúde, número reduzido de enfermeiros que os leva ao acúmulo de funções exercidas (de administração e assistência), assim como o conhecimento deficiente de alguns desses profissionais quanto aos aspectos legais da consulta de enfermagem que resultam em omissão e descuido quanto à importância da consulta de enfermagem na atuação básica de saúde da mulher (LIMA; MOURA, 2005).

Atualmente, existem diversas propostas para a classificação da prática de enfermagem, que incluem os diagnósticos de enfermagem, as intervenções e os resultados esperados. Entre essas propostas, as mais utilizadas pelos pesquisadores e autores são a Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE), a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), a Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC) (GERK, 2003).

A classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA é aceita pela American Nursing Association (ANA) como sendo a classificação oficial de diagnósticos, e tem sido utilizada como ponto de partida para a elaboração do planejamento adequado da assistência por muitos pesquisadores (CARPENITO, 1999; ALFARO-LEFREVE, 2005; LIMA; PEREIRA; CHIANCA, 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Conhecer a ocorrência das vulvovaginites em gestantes, sintomáticas ou não, que realizam o pré-natal no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS com enfermeira obstetra e identificar os diagnósticos de enfermagem.

3.2 Específicos

1. Descrever o conhecimento das gestantes a respeito dos fatores predisponentes para as vulvovaginites.
2. Enumerar os microorganismos identificados na amostra da secreção vaginal.
3. Criar subsídios para a sistematização da assistência de enfermagem a partir dos diagnósticos de enfermagem identificados.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa

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

Os estudos descritivos têm a finalidade de informar, em termos quantitativos, a distribuição de um determinado agravo ou condições relacionadas à saúde, em uma população, em um determinado período de tempo (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003; HADDAD, 2004).

O estudo observacional é aquele em que o pesquisador apenas observa o indivíduo, as características e evolução da patologia ou transtorno, sem interferências nos aspectos estudados (CAMPANA et al., 2001).

Segundo Oliveira et al. (2007, p. 44), um estudo em que a “relação exposição-doença é avaliada numa população num determinado momento” é denominado transversal.

4.2 Referencial teórico metodológico

Foram adotados os Manuais Técnicos da Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, publicados a partir de 2000, como referencial teórico-metodológico.

Para o diagnóstico de vaginose bacteriana foram utilizados os critérios de Amsel et al. (1983).

Para o diagnóstico de enfermagem foi utilizada a taxonomia da NANDA (2008).

4.3 População

No período de junho a outubro de 2007, 34 gestantes realizaram pré-natal

com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS. Destas, 31 preencheram os critérios de inclusão e foram objeto do estudo.

4.3.1 Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão das participantes no estudo obedeceram aos requisitos previamente estabelecidos a saber: estar grávida; realizar consultas de pré-natal, com enfermeira obstetra, no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS; concordar em participar livremente do estudo após esclarecimentos sobre os objetivos e todos os procedimentos a serem realizados; assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A); com autonomia para tomada de decisão, conforme preconiza a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

4.3.2 Critério de exclusão

Não comparecer à consulta na data agendada para a coleta de material para os exames ou manifestar desejo de sair do estudo.

4.4 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto foi submetido à aprovação do Conselho Diretivo do NHU/UFMS (Anexo A), bem como ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos (Protocolo de Pesquisa nº 901/2007), da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e foi aprovado pelo CEP no dia 9 de maio de 2007 (Anexo B) por atender aos aspectos da Resolução CNS 196/1996, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

Uma das vias do TCLE ficou com a pesquisadora e a outra com a participante da pesquisa. Esse termo continha o número do telefone celular da pesquisadora para que a gestante pudesse entrar em contato sempre que necessitasse de esclarecimentos adicionais.

4.5 Local

A coleta de dados e de material para os exames, a medida do pH vaginal e o teste de Whiff foram realizados pela enfermeira obstetra, na sala de consulta de enfermagem, no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS, em dias úteis, no período matutino.

4.6 Instrumento da pesquisa

A partir de levantamento bibliográfico nacional e internacional sobre as vulvovaginites na gravidez, fatores de risco e conseqüências delas para a mulher na gestação, parto, puerpério e sobre o feto e recém-nascido, foi desenvolvido um instrumento para a coleta de dados (Apêndice B), do tipo formulário, que depois de testagem prévia e após as modificações pertinentes foi aplicado na população de estudo.

O instrumento-formulário foi preenchido pela enfermeira obstetra na primeira consulta, no momento da anamnese. Também participaram do preenchimento do formulário acadêmicos do 3º ano do Curso de Graduação em Enfermagem, devidamente treinados para fazê-lo.

Para que fosse preservado o sigilo das informações contidas no instrumento de coleta de dados desta pesquisa, foram registrados o número do prontuário, número de ordem (conforme as mulheres entraram na pesquisa), bem como a data de realização do exame.

4.7 Coleta do material

Para o diagnóstico das infecções vaginais foram realizados: levantamento de dados de interesse da pesquisa (anamnese), exame clínico ginecológico, medida do pH vaginal, exame de Papanicolaou, teste de Whiff, microscopia a fresco e microscopia corada pelo Gram, das amostras coletadas.

O tempo gasto em cada entrevista e coleta de material para exames foi de

aproximadamente 45 a 60 minutos, pois os procedimentos foram realizados durante a consulta de pré-natal.

Para a aferição de pH vaginal foi utilizada a fita colorimétrica fabricada pela MERCK®, com escala gradual de 0 a 14, que foi posta em contato com a parede vaginal lateral direita (Figura 2), por um minuto, sem tocar o colo do útero ou o muco cervical, pois ele tem um pH mais alcalino que a vagina, podendo provocar distorções na leitura do resultado. A leitura foi feita após um minuto, com o gabarito padrão por aproximação colorimétrica.



Fonte: GOMES, 2003

Figura 2. Colocação da fita de pH na parede vaginal

Para a realização do teste de Whiff foram adicionadas uma gota de secreção vaginal e uma gota de hidróxido de potássio (KOH) a 10% em uma lâmina. A seguir a lâmina contendo a mistura foi cheirada, imediatamente, para pesquisa de liberação das aminas voláteis, com odor fétido (peixe em decomposição) característico da vaginose bacteriana.

Posteriormente, foram coletadas duas amostras da secreção de fundo de saco, para a microscopia a fresco e corada pelo Gram, com swabs individuais (fornecidos pelo Laboratório de Análises Clínicas e pelo Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS). Imediatamente, após a coleta, os swabs foram

encaminhados ao laboratório para o processamento da análise das amostras. Atendendo a solicitação da bioquímica responsável¹ pela execução dos exames, um *swab* foi armazenado em tubo próprio, seco e outro em tubo contendo meio de transporte Stuart Agar Gel e, o encaminhamento das amostras foi feito sempre antes das 11 horas.

Ainda, no exame especular, foi realizada a coleta de material do fundo-de-saco vaginal posterior e da ectocérvice para o exame de Papanicolaou (ANDRADE et al., 2001). Seguindo a orientação do Instituto Nacional do Câncer, não foi coletada amostra da endocérvice por causa do risco de estimular contrações uterinas em gestantes (INCA, 2007).

Para a coleta foram utilizados os seguintes materiais: formulário próprio de solicitação do exame, espéculo, espátula de Ayre, lâminas com borda fosca e lâminas simples (sem borda fosca), lápis para identificação das lâminas, frascos recipientes e fixador celular em *spray* Kolpofix da Kolpast®.

A análise da lâmina para o exame de Papanicolaou foi realizada pelo professor Flávio Dantas dos Santos², e o processamento das amostras para a bacterioscopia e cultura foi realizado pelo Setor de Microbiologia do Laboratório de Análises Clínicas do NHU/UFMS.

4.8 Variáveis de estudos

Foram relacionadas algumas variáveis independentes e dependentes em relação à gestante, tais como:

a) variáveis sociodemográficas:

- ✓ escolaridade;
- ✓ situação conjugal – com relação à situação conjugal atual foram observados dois grupos: as gestantes com companheiro (cônjuge

¹ Nádya Cristina Pereira Carvalho – bioquímica, servidora da UFMS.

² Docente da UFMS e atual diretor do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

ou namorado) e aquelas sem companheiro;

b) variáveis ginecológicas:

- hábitos de higiene – uso de duchas externas, papel higiênico, e sentido da higiene com papel higiênico, se períneo-ânus ou ânus-períneo;
- frequência da atividade sexual - o número de intercursos sexuais praticados pela gestante, por semana. Categorizado como: nenhuma, 1 a 2, 3 ou mais;
- uso de preservativo - masculino ou feminino;
- existência de queixas ginecológicas atuais:
 - ✓ corrimento vaginal – foram questionadas quanto as seguintes características: coloração (branca, amarela, cinza, verde), consistência (leitosa, mucóide, homogênea, pastosa e bolhosa), odor (ausente, azedo e de peixe em decomposição) e quantidade da secreção vaginal (ausente, pequena, média e grande);
 - ✓ prurido genital - presença ou não de irritação pruriginosa vulvar ou vaginal;
 - ✓ disúria - presença de desconforto à micção, relatado pela gestante;
 - ✓ dispareunia - presença de dor durante o intercurso sexual;

c) variáveis do exame especular: observação das características do corrimento vaginal quanto à:

- quantidade: descrita como pequena, média e grande;
- consistência: descrita como leitosa, mucóide, homogênea, pastosa e bolhosa;
- coloração: descrita como branca, amarela, cinza, verde e acastanhada;

- teste de Whiff: descrito como positivo ou negativo;
- mensuração da acidez: teste de pH vaginal descrito pelo valor encontrado na leitura a fita colorimétrica.

d) variáveis diagnósticas para a determinação da microbiota vaginal das participantes do estudo:

- diagnóstico laboratorial – microscopia corada pelo método de Gram, microscopia a fresco e exame de Papanicolaou;
- para o estabelecimento do diagnóstico de vaginose bacteriana, foram utilizados critérios de Amsel et al. (1983), que considera o diagnóstico da doença quando estão presentes, no mínimo, três de quatro das seguintes características:
 - ✓ corrimento: homogêneo, leitoso, branco-acinzentado e aderido à parede vaginal;
 - ✓ pH do conteúdo vaginal maior que 4,5;
 - ✓ teste de Whiff positivo;
 - ✓ presença de células-alvo (*clue cells*) - é a presença de bacilos gram variáveis sugestivos de *Gardnerella vaginalis* e *Mobiluncus* sp. observadas na microscopia do esfregaço corada pelo Gram;
- o diagnóstico de candidíase vulvovaginal foi estabelecido por meio da anamnese, exame ginecológico e pela presença de leveduras e pseudohifas no esfregaço a fresco, e/ou pela presença de *Candida* sp. no exame de Papanicolaou, de acordo com a literatura atual (FERRACIN; OLIVEIRA, 2005; MARTINS et al., 2007);
- o diagnóstico de tricomoníase foi estabelecido, clinicamente, pelo corrimento esverdeado, de odor fétido, com pH elevado e, a partir da observação do parasita flagelado, móvel, no conteúdo vaginal, por microscopia a fresco (SILVA FILHO, 2004);

- o diagnóstico de corrimento fisiológico foi feito quando não havia hiperemia, a secreção vaginal era transparente ou branca, sem odor, em pequena quantidade, de aspecto mucóide, homogêneo ou pouco grumoso (MENEZES; FAÚNDES, 2004), com predomínio de BD na microbiota vaginal e sem agentes patógenos específicos nos resultados de exames laboratoriais.

e) variáveis dos diagnósticos de enfermagem:

Os diagnósticos de enfermagem no presente estudo foram resultantes do julgamento clínico, feito pela enfermeira, sobre as respostas da cliente diante dos problemas de saúde e/ou dos processos vitais. Eles foram classificados em reais ou potenciais, de acordo com as suas características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco.

A utilização da taxionomia da NANDA (2008) possibilitou uma forma de linguagem comum aos profissionais de enfermagem, além de nortear a atuação destes tanto na assistência como no ensino e pesquisa. A elaboração dos diagnósticos baseados nessa taxionomia proporciona a fundamentação para o planejamento das intervenções de enfermagem (ROSSI et al., 2000).

Todos os diagnósticos fazem parte da Taxionomia II da NANDA (2008), que se encontra estruturada em três níveis: domínios (13), classes (47) e diagnósticos (187).

Domínio: representa uma “esfera de atividade, estudo ou interesse” (ROGET, 1980, p.287). Classe: é “uma subdivisão de um grupo maior, uma divisão de pessoas ou coisas por qualidade, grau ou categoria” (Ibdem, p.157). Diagnóstico de enfermagem: “O diagnóstico de enfermagem constitui a base para a seleção das intervenções de enfermagem para o alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável” (NANDA, 2008, p.377).

4.9 Resultados

Os dados foram armazenados em planilhas do programa Excel 2003 (Microsoft®) para a construção do banco de dados e posterior análise deles com o Epi Info 6 (CDC, 2007).

Foram construídas tabelas de freqüência para as variáveis do estudo.

Os processos de tabulação e de análise dos dados coletados forneceram tipos de vulvovaginites, conhecimento das gestantes a respeito dos fatores predisponentes para as vulvovaginites, microorganismos identificados na amostra analisadas e subsídios para a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais freqüentes.

Os resultados estão apresentados por meio de tabelas e quadros de acordo com a natureza das variáveis de estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Distribuição das gestantes segundo as variáveis sociodemográficas

29 (93,5%) gestantes entrevistadas referiu ter uma relação conjugal estável (cônjuge ou namorado). Quanto à escolaridade, 22 (70,97%) gestantes referiram 9 a 11 anos e 4 (12,9%) referiram estar cursando ou ter concluído o nível superior (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo dados sociodemográficos. Campo Grande, MS (2007)

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	N	%
Situação Conjugal		
Com companheiro	29	93,5
Sem companheiro	2	6,5
Total	31	100
Escolaridade		
≤ que 8 anos	5	16,1
9-11 anos	22	70,9
12 ou mais	4	12,9
Total	31	100

No aspecto escolaridade, os resultados estão de acordo com diversos autores que descrevem a associação entre a 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 a maior escolaridade da gestante (OSIS et al., 1993; COIMBRA et al., 2003).

Segundo Travassos et al. (2002) e Neri e Soares (2002), a probabilidade de procurar serviços de saúde é maior em pessoas com um elevado nível de escolaridade. Na opinião de Noronha e Viegas (2002), as pessoas com maior escolaridade, possivelmente, têm melhor percepção dos benefícios de um

tratamento adequado sobre sua saúde. Segundo Nascimento (2003, p.40),

a instrução materna quando conta com até oito anos de escolaridade, que corresponde ao primeiro grau, pode ser causa de desinformação para a mãe e um fator de menor interesse ou de maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, em especial o pré-natal.

O nível de escolaridade está associado não somente no 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.

5.2 Distribuição das gestantes segundo as variáveis ginecológicas

Observou-se que todas as participantes do estudo utilizam papel higiênico na higiene da genitália após as eliminações e destas, 6 (19,4%) gestantes realizam também a lavagem externa da genitália. Quanto ao sentido da higiene com papel higiênico, 14 (45,2%) mulheres relataram que o fazem no sentido ânus-períneo e 17 (54,8%) no sentido períneo-ânus (Tabela 2). 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-ânus-cóccix e nunca no sentido ânus-períneo.

Segundo Sobel (1990), Kinghorn (1992) e Vasconcelos e Martins (2005), os hábitos de higiene íntima incorretos que mobilizam microorganismos da região anal para a perineal atuam como fatores predisponentes para algumas vulvovaginites. A contaminação vaginal, a partir do trato digestivo, por causa da higiene realizada no sentido do ânus para a vagina e uso de calcinha com resíduo de fezes, atua como fator desencadeante de episódios de candidíase vulvovaginal (CVV) (GEIGER, FOXMAN, 1996; ROSA; RUMEL, 2004).

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

Neste estudo (Tabela 2) foi observado que 3 (9,7%) gestantes referiram nenhum intercuro sexual atualmente, 12 (38,7%) referiram de 1 a 2 intercursos e 16 (51,6%) 3 ou mais. É sabido que a repetida alcalinização do meio vaginal resultante de intercursos sexuais freqüentes pode favorecer alteração na flora bacteriana vaginal (SOPER, 1998). Para certas mulheres, uma freqüência aumentada na atividade sexual pode desencadear “alterações imunes locais que propiciem a instalação de uma infecção quando exposta a um agente agressor, pois este vai encontrar um ambiente ideal para a sua proliferação” (FEITOZA, 2003, p.71).

Das gestantes entrevistadas nenhuma referiu ter usado o preservativo feminino, 20 (64,5%) gestantes relataram já ter feito uso de preservativo masculino em algumas relações sexuais, mas negaram usá-lo com freqüência. Estudos têm demonstrado que o preservativo feminino representa uma barreira efetiva contra o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), influenciando na evolução das vulvovaginites determinadas pela atividade sexual (DREW, 1990; VOELLER et al., 1991).

Quando indagadas sobre corrimento vaginal atual houve predominância da resposta afirmativa (83,9%) (Tabela 2). Após o estabelecimento do diagnóstico, observou-se que 85,7% das 7 gestantes com CVV e 71,4% das 7 que tinham VB haviam referido corrimento vaginal durante a anamnese (Tabelas 10 e 12).

Os resultados desta pesquisa foram compatíveis com o estudo observacional analítico de corte transversal realizado por Feitoza (2003) com mulheres com e sem queixa de corrimento vaginal, que freqüentaram o Ambulatório de Infecções Genitais do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Ambulatório da Mulher do Centro de Saúde Comunitário na cidade de Campinas, SP, em que 91% das mulheres com CVV e 88% das que tinham VB referiam corrimento vaginal atual. Na gravidez, a secreção vaginal fisiológica pode ser branca ou translúcida, sem odor fétido, com textura leitosa, mucóide, homogênea ou levemente grumosa, torna-se mais abundante em decorrência das alterações fisiológicas que ocorrem no organismo da gestante. Segundo Carvalho et al. (1993),

o corrimento com aspecto leitoso, mucóide, está presente em cerca de 20% das gestantes, pode tornar difícil o diagnóstico diferencial, o corrimento patológico.

Tabela 2 - Caracterização da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo as variáveis ginecológicas. Campo Grande, MS, 2007.

VARIÁVEIS GINECOLÓGICAS	N	%
Lavagem externa após as eliminações		
sim	6	19,4
não	26	83,9
Total	31	100
Sentido da higiene com papel		
períneo-ânus	17	54,8
ânus-períneo	14	45,2
Total	31	100
Freqüência da atividade sexual (por semana)		
nenhuma	3	9,7
1 a 2	12	38,7
3 ou mais	16	51,6
Total	31	100
Uso de preservativo masculino		
sim	20	64,5
não	11	35,5
Total	31	100
Queixas ginecológicas		
corrimento vaginal	26	83,9
prurido Vulvar	12	38,7
dispareunia	6	19,4
disúria	11	35,5
dor no baixo ventre	17	54,8
Total	*	-

* Ressalta-se que uma mesma gestante pode ter referido mais de uma queixa ginecológica.

Quanto às demais queixas ginecológicas, 12 (38,7%) gestantes referiram o

prurido vulvar, 6 (19,4%) a dispareunia e 11 (35,5%) a disúria. As vulvovaginites, em geral, se manifestam por sintomas que podem aparecer isolados ou associados, tais como: corrimento vaginal, prurido vulvar, disúria, sensação de desconforto ou dor no hipogástrio e dispareunia. No entanto, algumas mulheres não relatam a presença de corrimento, talvez pela vergonha em assumi-lo ou pela incapacidade em percebê-lo. Por outro lado, não é sempre que se pode considerar a queixa de corrimento vaginal como presença de um quadro infeccioso.

A causa dor no baixo ventre, referida por 17 (54,8%) gestantes participantes da pesquisa (Tabela 2), deve ser investigada, pois pode ser um indicativo de várias patologias ou condições, tais como: infecção urinária (HEILBERG; SCHOR, 2003), variações posturais (FRANCOSO, 2004), relaxamento das articulações da pelve (BIRD; CALGUNERI; WRIGHT, 1982), gravidez ectópica (BRASIL, 2005a), doença trofoblástica gestacional (BELFORT et al., 2004), abortamento (BRASIL, 2005c), leiomiomas (VELOSO; CARVALHO, 2004; SIMON et al., 2005), síndrome do cólon irritável, que acomete a maioria das pessoas com fibromialgia (FERNANDES, 2003) e apendicite (CARVALHO, 1999).

Tabela 3 – Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo os hábitos de higiene após eliminações, segundo a escolaridade. Campo Grande, MS (2007).

HIGIENE APÓS AS ELIMINAÇÕES	ESCOLARIDADE						TOTAL	
	Até 8 anos		9 a 11 anos		12 ou mais		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Lavagem externa								
sim	0	0	4	18,2	1	25	5	16,1
não	5	100	18	81,8	3	75	26	83,9
total	5	100	22	100	4	100	31	100
Sentido da higiene com papel								
períneo-ânus	3	60	11	50	3	75	17	54,8
ânus-períneo	2	40	11	50	1	25	14	45,2
Total	5	100	22	100	4	100	31	100

Todas as gestantes entrevistadas referiram o uso de papel higiênico após

as eliminações. Destas, 16,1% relataram também a prática de lavagem externa dos genitais. “Apesar da crença popular entre os ginecologistas de que duchas vaginais podem ser nocivas ao ecossistema vaginal,” estudo realizado por Cordeiro et al. (2003, p.18) não observou relação entre a prática de duchas vaginais e lavagem externa da genitália com o aumento do risco de vulvovaginites recorrentes.

Chamou a atenção o fato de 50% das mulheres com 9 a 11 anos de escolaridade e 20% das que estão cursando ou já concluíram o curso superior fazerem a higiene da genitália, após as eliminações, com papel higiênico, no sentido ânus-períneo. 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 maléficis, e isso traria melhorias para a saúde.

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, mas este é um espaço a ser discutido e defendido pelos profissionais de saúde e educação. O trabalho desses profissionais, em conjunto, só tende a trazer benefícios para a população-alvo.

Tabela 4 – Distribuição da amostra de gestantes sintomáticas ou assintomáticas que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo a escolaridade. Campo Grande, MS (2007).

GUPOS	ESCOLARIDADE						TOTAL	
	Até 8 anos		9 a 11 anos		12 ou mais		N	%
Sintomáticas	5	100	18	81,8	3	75	26	83,9
Assintomáticas	0	0	4	18,2	1	25	5	16,1
Total	5	100	22	100	4	100	31	100

Neste estudo optou-se por chamar de “sintomáticas” as gestantes que referiam corrimento vaginal e “assintomáticas” as que negavam a existência dele. A

maioria das 26 gestantes (83,9%) referiram presença de corrimento vaginal. Entre estas, 5 (100%) possuíam até 8 anos de escolaridade, 18 (81,8%) de 9 a 11 anos e 3 (75%) com 12 anos ou mais. Todas as 5 gestantes assintomáticas tinham 9 anos ou mais de escolaridade.

Ressalta-se que durante o exame clínico, as 5 gestantes (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 outra, encontrou-se secreção vaginal fisiológica.

Resultado semelhante foi obtido por Gomes (2003) em estudo feito com 124 mulheres nos ambulatórios de Infecções Genitais e de Ginecologia Geral do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no período de junho de 1997 a junho de 2002, onde 6 mulheres negaram ter corrimento e na inspeção vaginal observou-se a presença de corrimento. Destas seis pacientes, foram identificadas por exames laboratoriais: duas candidíases, uma vaginose bacteriana, um corrimento inflamatório e dois fluxos fisiológicos.

Simões et al. (1996) e Simões, Giraldo e Faúndes (1998) encontraram em gestantes assintomáticas, 19,3% de candidíase, 9,5% de vaginose bacteriana e 2,5% de tricomoníase. De acordo com Mitchel (2004), mais da metade das mulheres com vaginose bacteriana são assintomáticas.

5.3 Distribuição das gestantes segundo as características observadas no exame clínico e especular

O exame especular, os testes de Whiff e pH vaginal, incluindo a coleta de material para os exames laboratoriais e de Papanicolaou (Apêndice C), foram realizados pela enfermeira obstétrica responsável pela pesquisa, auxiliada pelos acadêmicos do 3º ano do Curso de Graduação em Enfermagem da UFMS. Segundo Brasil (2002a), a coleta de material para o exame de Papanicolaou pode ser feita por profissional médico ou enfermeiros devidamente treinados.

A higiene deficiente é considerada por Feitoza (2003) como um fator facilitador e predisponente para as vulvovaginites. Durante o exame clínico observou-se que em 3 (9,7%) gestantes havia sujidade na genitália (Tabela 5), e que em uma delas se percebia material fecal entre os pequenos lábios, fato que pode favorecer a colonização vaginal de *Candida*, comensal no trato intestinal (BASTOS et al., 2003).

Tabela 5 – Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo as características observadas na inspeção da vulva e do colo. Campo Grande, MS, 2007.

INSPEÇÃO	N	%
Aspectos da vulva		
Higiene deficiente	3	9,7
Edema acentuado	2	6,4
Hiperemia	7	22,6
Modificações fisiológicas	19	61,3
Total	31	100
Características do colo		
Sem alterações	8	25,8
Com cistos de Naboth	2	6,5
Hiperemiado	1	3,2
Hiperemiado, sangrante	2	6,5
Hiperemiado, pontilhado de vermelho	3	9,7
Hiperemiado, pontilhado de vermelho, com pólipos	1	3,2
Hiperemiado, pontilhado de vermelho, com ectopia	2	6,5
Com ectopia	12	38,7
Total	31	100

Na gestação, a vulva sofre algumas modificações fisiológicas que são: hiperpigmentação, hipertrofia e aumento da vascularização que lhe confere uma coloração violácea, chamado de sinal de Jacquemier (BRESSAN FILHO, 2000). Além dessas alterações esperadas para o período gravídico, foram observados: edema acentuado em 2 (6,5%) gestantes e hiperemia vulvar em 7 (22,6%).

Os cistos de Naboth, encontrados em 6,5% das gestantes, são alterações

na junção escamocolunar. São cistos de retenção, decorrentes da obliteração das glândulas endocervicais pelo epitélio escamoso metaplásico. O epitélio que se encontra encoberto continua secretando muco e, quando está cheio dessa secreção mucosa, leva à distensão do cisto, que assume a coloração branco-marfim a amarelada no exame visual (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004).

O colo uterino hiperemiado, pontilhado de vermelho com aspecto de framboesa, pode ser um indicativo de infecção por *Trichomonas vaginalis*, que agride o colo do útero levando a *Colpitis macularis* ou colo em framboesa (CUNNINGHAM et al., 2001; VELOSO; CARVALHO, 2004). Neste estudo, em 6 (19,4%) gestantes o colo estava hiperemiado, pontilhado de vermelho, e, entre elas, uma apresentava pólipo e duas, ectopia. No entanto, apenas uma gestante que apresentava colo com aspecto de framboesa tinha tricomoníase vaginal.

O sangramento do colo uterino ao toque da espátula pode ser indicativo de cervicite, pólipos ou carcinoma cervical (AZEVEDO; MEDEIROS, 2004). No entanto, é importante lembrar que na gestação existe uma maior vascularização no colo que pode favorecer a ocorrência de sangramentos (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004). A Tabela 5 demonstra que 2 (6,5%) gestantes tinham o colo hiperemiado e que sangrava ao toque suave da espátula.

O ectrópio ou ectopia caracteriza-se pela eversão do epitélio colunar sobre a ectocérvice, apresentando-se como uma extensa área avermelhada na ectocérvice ao redor do orifício cervical externo. Acontece quando o colo do útero sofre um aumento brusco no tamanho sob a influência hormonal (estrógeno) e o epitélio glandular fica exposto ao ambiente vaginal em casos de alterações inflamatórias e metaplásicas, mas que aparece também, com muita frequência, no período gestacional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

De acordo com Cavalcante et al. (2004, p.74), algumas alterações fisiológicas no sistema reprodutor da gestante podem dificultar a análise da lâmina no Papanicolaou, pois “a gravidez constitui um período de instabilidade do colo do útero com modificações epiteliais e estromais intercorrelacionadas e de dinamismo contínuo”. Observa-se na Tabela 6 que a maioria, 51,7% (32,3 e 19,4%) das

mulheres apresentava o pH vaginal elevado (≥ 5).

Tabela 6 – Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo as características do corrimento vaginal, observadas no exame especular. Campo Grande, MS. 2007.

CARACTERÍSTICAS DO CORRIMENTO	N	%
Quantidade		
pequena	4	12,9
média	21	67,7
grande	6	19,4
Total	31	100
Consistência		
leitosa	5	16,1
mucóide	2	6,5
homogênea	10	32,3
homogêneo/bolhosa	5	16,1
pastosa	7	22,6
bolhosa	2	6,5
Coloração		
branca	15	48,4
amarela	9	29
cinza	5	16,1
verde	1	3,2
castanha	1	3,2
Total	31	100
Teste de <i>Whiff</i>		
positivo	14	45,2
negativo	17	54,8
Total	31	100
Teste do pH vaginal		
3	3	9,7
4	12	38,7
5	10	32,3
6	6	19,4
Total	31	100

Sabe-se que o pH vaginal normal varia entre 3,8 e 4,5 e é determinado pela presença de *Lactobacillus* sp. Estes produzem o ácido lático por meio da glicólise e com isso mantêm o pH ácido.

Se há um desequilíbrio da microbiota vaginal, a quantidade de lactobacilos diminui, conseqüentemente, o pH aumenta, ou seja, o ambiente vaginal torna-se alcalino, favorecendo o crescimento das bactérias anaeróbias, algumas vezes associadas à outros microorganismos, fazendo com que essas mulheres passem a apresentar um quadro de vaginose bacteriana.

Nesta pesquisa, semelhantemente à realizada por Wanderley et al. (2001), não foram observados casos de pH falso-negativo, fato que leva a considerar o pH vaginal como um método diagnóstico barato, simples e eficaz.

O teste de Whiff deu positivo em 45,2% dos casos (Tabela 6). O hidróxido de potássio atua aumentando o pH e causando a volatilização das aminas: putrescina, cadaverina e trimetilamina (BATES, 2003).

Muitas mulheres referem acentuação do odor fétido após a relação sexual. Isso ocorre porque o líquido seminal, que tem o pH de 8, alcaliniza o meio vaginal fazendo com que as aminas sejam liberadas (KRAJDEN, 2005).

5.4 Distribuição das gestantes quanto às variáveis diagnósticas

Pelo método de Gram observou-se que os BDs estavam ausentes em 16 (51,6%) gestantes (Tabela 8). É sabido que a flora microbiana vaginal desempenha importante papel na proteção do TGI, assim como na eclosão das vulvovaginites.

Estudos têm demonstrado uma associação entre a ausência dos bacilos de Döderlein e a ocorrência de gonorréia, vaginose bacteriana e da contaminação pelo HIV (HAWES et al., 1996; ROYCE et al., 1999; GIRALDO et al., 2005).

A flora vaginal rica em lactobacilos representa um indicador de proteção contra a agressão de microorganismos, tanto externos como dos comensais ao trato

vaginal inferior (SILVA FILHO; BURLÁ, 2002).

Tabela 7 – Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo a quantidade de bacilos de Döderlein presentes na amostra vaginal. Campo Grande, MS. 2007.

QUANTIDADE DE BACILOS DE DÖDERLEIN	N	%
ausente	16	51,6
1+	1	3,2
2+	5	16,1
3+	9	29
Total	31	100

Nos exames laboratoriais (microscopia corada pelo gram e a fresco) e no Papanicolaou, além dos bacilos de Döderlein, foram encontrados também outros componentes da microbiota vaginal: cocos gram-positivos isolados e aos pares, bacilos gram variáveis sugestivos de *Gardnerella vaginalis*, bacilos gram-positivos tipo difteróide, diplococos gram-negativos extracelulares, diplococos gram-negativos intracelulares, células epiteliais e reação leucocitária (Apêndice D).

Para Silva Filho e Burlá (2002), em mulheres saudáveis, as bactérias mais freqüentes são os bacilos de Döderlein, *Streptococcus viridans* e *Staphylococcus epidermidis*.

Durante a análise das lâminas no Papanicolaou foram identificadas as floras vaginais: bacilar sugestiva de lactobacilos, mista (bacilar e cocóide), cocóide e sugestiva de *Gardnerella* e *Mobiluncus*. Os agentes etiológicos detectados foram *Candida* sp. e bacilos sugestivos de *Gardnerella* e *Mobiluncus* (Apêndice D).

Segundo Tristão et al. (2003), mesmo em gestantes sem vulvovaginites, é bastante comum o isolamento de *Gardnerella vaginalis*, *Difteroides*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* sp., *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealiticum*, *Streptococcus* do grupo B, *Escherichia coli*, *Peptoestreptococcus* e *Cândida albicans* em concentrações menores que 10^6 UFC/g de secreção vaginal.

5.5 Vulvovaginites diagnosticadas

Para o estabelecimento dos diagnósticos foram utilizados os resultados da anamnese, do exame clínico, dos testes de pH e de Whiff, da microscopia corada pelo Gram e a fresco e do Papanicolaou.

O diagnóstico de candidíase vulvovaginal, vaginose bacteriana, candidíase vulvovaginal associada à vaginose bacteriana e de tricomoníase vaginal foi estabelecido em 7 (22,6%), 7 (22,6%), 5 (16,1%) e 1 (3,2%) gestantes, respectivamente. Na gestante em que foi diagnosticado *Trichomonas vaginalis* foram encontradas também, na microscopia a fresco, leveduras (1+) e pseudohifas (2+) (Tabela 8).

Neste estudo, a ocorrência de CVV foi igual à de VB. No entanto, segundo a literatura pesquisada, a CVV ocupa o segundo lugar entre as vaginites, precedida apenas pela vaginose bacteriana (FRIEDRICH JUNIOR, 1988; SHIMP, 2002). Segundo Cavalcante et al. (2005, p.45), as “divergências entre as taxas encontradas por cada autor podem ser atribuídas não só ao tipo de população analisada, como aos diferentes métodos diagnósticos utilizados”.

A ocorrência de associações entre a CVV e VB ou CVV e TVV foi de 19,3% (16,1% + 3,2%), menor que a encontrada por Cavalcante et al. (2005), que foi de 23,5%, e maior que a ocorrência relatada por Tolo et al. (2001), de 13,2%. Estudo realizado por Sanches-Veja et al. (1993) demonstrou que, das oitocentas amostras de secreção vaginal coletadas, cerca de 14,4% dos casos era CVV, 3,14% era tricomoníase e, em 5 casos, houve associação entre os dois parasitas.

Em uma gestante, o resultado da microscopia (Gram) foi sugestivo de gonorréia, pois foram identificados diplococos gram-negativos extracelulares (1+) e intracelulares (raros). Durante a entrevista, ela referiu corrimento vaginal sem odor fétido e negou queixas como: prurido vulvar, disúria, dispareunia e dor em baixo ventre. No exame especular foi observado colo com ectopia, corrimento branco, em média quantidade, pastoso, com teste de Whiff negativo e pH igual a 4.

Segundo Brasil (2005b), o método ideal para o diagnóstico da cervicite

gonocócica é a cultura do gonococo em meio seletivo (Thayer-Martin modificado), pois, na mulher, a microscopia corada pelo Gram tem uma sensibilidade de 30% somente. Por essa razão foi solicitado que a gestante retornasse para coleta do material para cultura. Nesse caso, não houve tempo para esse procedimento, pois ela já estava com aproximadamente 37 semanas quando entrou para a pesquisa. No entanto, após o parto, ela foi orientada pela pesquisadora para procurar a unidade de saúde para novos exames. Ela negava queixas na ocasião.

Tabela 8 – Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo as vulvovaginites diagnosticadas. Campo Grande, MS. 2007.

VULVOVAGINITES	N	%
Candidíase vulvovaginal	7	22,6
Vaginose bacteriana	7	22,6
Candidíase vulvovaginal + vaginose bacteriana	5	16,1
Tricomoniase vaginal + candidíase vulvovaginal	1	3,2
Sugestivo de gonorréia	1	3,2
Sem vulvovaginite	10	32,3
Total	31	100

5.5.1 Candidíase vulvovaginal

A CVV é uma infecção da vulva e vagina causada pelo crescimento de fungos do tipo leveduras na mucosa vaginal (Figura 3). Essas leveduras, embora comensais, podem tornar-se agressivas quando o local de colonização se torna favorável para o seu desenvolvimento (LACAZ et al., 1991; CONSOLARO et al., 2004; MARTINS et al., 2007).

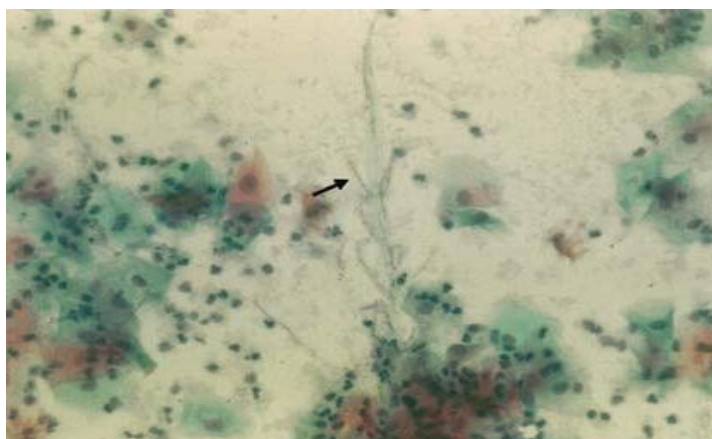
Neste estudo encontraram-se 7 (22,6%) gestantes com CVV (Tabela 8). No Figura 4 observa-se que a ocorrência de *Candida* sp., identificada no exame de Papanicolaou, foi de 28,6% dos casos.

Em 4 (57,1%) gestantes com CVV foram identificadas, por meio da

microscopia a fresco, leveduras e pseudohifas e, em uma o diagnóstico foi feito por meio de ambos os métodos diagnósticos. A cultura microbiológica não foi realizada em nenhum dos casos. Os resultados desta pesquisa estão próximos do referido por Lira Neto (1985), que identificou o fungo em 20,4% das 1.787 amostras cervicovaginais, utilizando o método de Papanicolaou.

A simples identificação de *Candida* sp. em um exame não pode ser considerada como uma patologia (BASTOS et al., 2003), pois ela pode estar presente na flora vaginal das mulheres assintomáticas. É preciso que ocorram variações locais e sistêmicas para que a levedura possa representar a função de microorganismo patogênico e oportunista.

O diagnóstico da CVV deve ser estabelecido por meio da anamnese e da microscopia do corrimento vaginal que revela a presença de leveduras e hifas (FERRACIN; OLIVEIRA, 2005), bem como pela análise das lâminas no exame de Papanicolaou. A cultura é realizada somente em casos de dúvida (KINGHORN, 1991; BASTOS et al., 2003).



Fonte: MARTINS et al., 2007.

Figura 3. Pseudohifas sugestivas de *Candida* sp. - aumento de 200X

Quanto às queixas referidas pelas gestantes com CVV, 6 delas (85,7%) referiam corrimento vaginal e uma, corrimento com odor fétido, que não se acentuava após os intercursos sexuais; 3 (42,9%) relataram prurido vulvar, 6 (85,7%) a disúria, 3 (42,9%) a dispareunia e 6 (85,7%) referiram dor na região

suprapúbica.

Tabela 9 – Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS com candidíase vulvovaginal segundo as queixas ginecológicas. Campo Grande, MS, 2007.

Queixas	Corrimento		Odor fétido		Prurido		Disúria		Dispareunia		Dor no baixo ventre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
sim	6	85,7	1	14,3	3	42,9	6	85,7	3	42,9	6	85,7
não	1	14,3	6	85,7	4	57,1	1	14,3	4	57,1	1	14,3
Total	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100

Sabe-se que são sintomas característicos da CVV o prurido vulvar (que se acentua à noite e à presença de calor local), eritema vulvar ou vaginal, disúria e dispareunia (BARBARO, 2003; MORABITO, 2005), corrimento vaginal branco e espesso (com aparência de leite coalhado) sem odor fétido. No entanto, nenhum desses sintomas são específicos para CVV (BASTOS et al., 2003).

Com relação à cor do corrimento vaginal dos casos de CVV, observou-se que 2 (28,6%) gestantes apresentavam corrimento branco, 4 (57,1%) corrimento amarelo e 1 (14,3%) corrimento castanho-escuro. Em relação à consistência, 1 gestante apresentava corrimento homogêneo, 1 corrimento homogêneo com bolhas na superfície e, em 5 (71,4%), corrimento pastoso. Em 3 (42,9%) gestantes encontrou-se corrimento em grande quantidade e, em 4 (57,1%), em média quantidade.

De acordo com Silva Filho (2004) e Ferracin e Oliveira (2005), a CVV caracteriza-se por corrimento vaginal branco, fluido, que se exterioriza pela fúrcula vulvar ou por secreção branca, espessa, semelhante à nata de leite, que se adere à parede vaginal e à microscopia a fresco; observa-se a presença de pseudohifas, estruturas alongadas e septadas e nas quais brotam esporos.

Bastos et al. (2003, p. 28) afirmam que no exame especular é possível observar o corrimento aderido à parede vaginal e colo uterino, sob a forma de placas micóticas, “com a consistência de leite coalhado”.

Ainda na Tabela 10, observa-se que o teste de Whiff foi negativo em 6 (85,7%) dos casos e positivo em 1. Nesse caso não se considerou como infecção mista (VB associada à CVV) porque ele não preencheu o mínimo de três dos critérios de Amsel et al. (1983).

Tabela 10 - Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS candidíase vulvovaginal, segundo as características da secreção vaginal. Campo Grande, MS, 2007.

CARACTERÍSTICAS DA SECREÇÃO VAGINAL	N	%
Cor		
branca	2	28,6
amarela	4	57,1
escura	1	14,3
Total	7	100
Textura		
homogênea	1	14,3
homogênea/bolhosa	1	14,3
pastosa	5	71,4
Total	7	100
Quantidade		
média	4	57,1
grande	3	42,9
Total		100
Teste de Whiff		
negativo	6	85,7
positivo	1	14,3
Total	7	100
pH		
3	3	42,9
4	2	28,6
5	2	28,6
Total	7	100

Quanto ao pH vaginal, observou-se que em 71,4% (42,9 e 28,6%) das gestantes o pH variou entre 3 e 4 e, em 2 casos (28,6%), o pH foi igual a 5 (Tabela 10).

Segundo Bastos et al. (2003), *Candida* é levedura vegetal gram-positiva, que se desenvolve melhor em meio ácido (com pH entre 3,9 e 5) e pode ser encontrada sob as formas de: hifa - vegetativa ou de crescimento (mais eficiente na adesão ao epitélio vaginal) e esporo - de reprodução.

5.5.2 Vaginose bacteriana

A vaginose bacteriana (VB) esteve presente em 7 (22,6%) gestantes. Quanto às características do corrimento vaginal, pôde-se observar (Figura 4) que 3 gestantes apresentavam corrimento de coloração branca, 3 cinza e, em 1, era amarela; a consistência homogênea com bolhas foi a mais freqüentemente observada (4) e, em apenas uma gestante, foi observado corrimento em pequena quantidade. Em todas as gestantes com diagnóstico de VB, o teste de Whiff foi positivo e o pH oscilou entre 5 e 6.

Um dos critérios de Amsel et al. (1983) é o corrimento vaginal fluido, branco-acinzentado, mas diversos autores relatam a possibilidade de corrimento amarelado (FETHERS, 2001; KRAJDEN, 2005; TANAKA et al., 2007) ou amarelo-esverdeado (CULLINS et al., 1999; SHIMP, 2002). Outras queixas, tais como o prurido vulvar, reação inflamatória local e irritação, podem se manifestar em cerca de 15% das mulheres (FERRACIN; OLIVEIRA, 2005).

O fluxograma do Ministério da Saúde adota apenas dois critérios de Amsel, para o diagnóstico e recomendação terapêutica da VB, a constatação do corrimento vaginal, independente do aspecto, associado a um dos seguintes critérios: teste das aminas positivo, pH acima de 4,5 ou presença de células alvo na microscopia (MENEZES, 2003, p. 45).

Apesar de muitos autores relatarem que o corrimento bolhoso indica a possibilidade de tricomoníase vaginal (SILVA FILHO, 2004), essa característica foi

observada, durante o exame especular, em quatro gestantes. Nesses casos, conforme os critérios preconizados para o diagnóstico de VB, estiveram presentes: pH vaginal elevado, teste de Whiff positivo e a presença de bacilos gram variáveis sugestivos de *Gardnerella vaginalis* pelo método de Gram.

A microscopia corada pelo Gram é considerada uma referência para o diagnóstico das VBs por ser um exame simples, de alta sensibilidade e de alto valor preditivo positivo (KRAJDEN, 2005; SANTOS et al., 2006).

Figura 4 – Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no ambulatório de ginecologia e obstetrícia do NHU/UFMS, com vaginose bacteriana, diagnosticadas segundo os critérios de Amsel et al. (1983). Campo Grande, MS, 2007.

Casos Nº	Aspecto do corrimento	pH	Teste de Whiff	Células-alvo
7	Branco, homogêneo bolhoso em média quantidade	5	positivo	Bacilos gram variáveis sugestivos de <i>Gardnerella vaginalis</i> (3+)
8	Cinza, homogêneo em média quantidade	5	positivo	Bacilos gram variáveis sugestivos de <i>Gardnerella vaginalis</i> (3+)*
11	Cinza, homogêneo bolhoso em grande quantidade	5	positivo	Bacilos gram variáveis sugestivos de <i>Gardnerella vaginalis</i> (3+)
12	Amarelo, homogêneo em média quantidade	6	positivo	Bacilos gram variáveis sugestivos de <i>Gardnerella vaginalis</i> (3+)
17	Cinza, homogêneo bolhoso em pequena quantidade	5	positivo	Bacilos gram variáveis sugestivos de <i>Gardnerella vaginalis</i> (3+)
18	Branco, homogêneo em média quantidade	6	positivo	Não identificadas
27	Branco, homogêneo bolhoso em grande quantidade	6	positivo	Bacilos gram variáveis sugestivos de <i>Gardnerella vaginalis</i> (3+)

* Durante a análise da lâmina no exame de Papanicolaou foi identificado agente etiológico específico sugestivo de *Gardnerella* e *Mobiluncus*.

Em duas gestantes foi possível identificar os quatro critérios de Amsel et al. (1983). Em outro caso, não houve identificação das células-alvo pela microscopia,

porém se observou a presença das seguintes características: corrimento vaginal branco, homogêneo, teste de Whiff positivo e pH vaginal igual a 6.

Durante a análise da lâmina de uma gestante, no exame de Papanicolaou, foi identificado um agente específico sugestivo de *Gardnerella* e *Mobiluncus*. Na opinião de Kradjén (2005, p. 16), “a presença de *Mobiluncus* associada à VB reflete a severidade da vaginose”.

Gardnerella vaginalis e *Mobiluncus*, assim como outras bactérias, se não forem diagnosticadas e tratadas convenientemente, principalmente na segunda metade da gravidez, associam-se com o parto pré-termo (PRIESTLEY; KINGHORN, 1996; GJERDINGEN et al., 2000; SILVA FILHO, 2004).

Tabela 11 – Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS com vaginose bacteriana, segundo as queixas ginecológicas. Campo Grande, MS, 2007.

Queixas	Corrimento		Odor fétido		Prurido		Disúria		Dispareunia		Dor no baixo ventre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
sim	5	71,4	5	71,4	4	57,1	0	0	0	0	1	14,3
não	2	28,6	2	28,6	3	42,9	7	100	7	100	6	85,7
Total	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100	7	100

Quanto às queixas referidas pelas gestantes com VB, observou-se que 5 (71,4%) referiam corrimento vaginal com odor fétido, 4 (57,1%) prurido vulvar, nenhuma referiu disúria e dispareunia e 1 (14,3) referiu dor no baixo ventre (Tabela 11). Embora mais de 50% das mulheres com VB sejam assintomáticas (MITCHEL, 2004), as queixas mais comuns entre as sintomáticas são: corrimento vaginal abundante, branco-amarelado, com odor fétido, podendo também estar presentes a disúria, o prurido vulvar e a dispareunia.

5.5.3 Vaginose bacteriana associada à candidíase vulvovaginal

A ocorrência de VB associada à CVV foi de 5 (16,1%) gestantes. Os

resultados foram coerentes com a literatura pesquisada, em que os autores têm relatado a freqüência das associações entre CVV e VB. Em estudo realizado por Barros et al. (2003), essa freqüência foi de 1,3%; Passos et al. (2003), 6,2%; Gomes (2003), 11,2% e Cavalcante et al. (2005), 22,1%.

Entre as gestantes com VB associada à CVV, observou-se que em 4 (80%) delas o diagnóstico de VB foi feito por meio da identificação dos bacilos gram variáveis sugestivos de *G. vaginalis* na microscopia corada pelo Gram e em 1 (20%), foram utilizados os critérios de Amsel et al. (1983), uma vez que não foram encontrados os bacilos gram variáveis sugestivos de *Gardnerella vaginalis*, mas estavam presentes o corrimento vaginal acinzentado, homogêneo, em média quantidade, com teste de Whiff positivo e pH igual a 5.

Nestas, para o diagnóstico de CVV, foram utilizados os resultados do exame de Papanicolaou que encontrou *Candida* sp. em três amostras e da microscopia a fresco, que identificou pseudohifas e/ou leveduras em duas amostras.

Tabela 12 – Distribuição da amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS com vaginose bacteriana associada à candidíase vulvovaginal, segundo as queixas ginecológicas. Campo Grande, MS, 2007.

Queixas	Corrimento		Odor fétido		Prurido		Disúria		Dispareunia		Dor no baixo ventre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
sim	4	80	2	40	3	60	3	60	0	0	2	40
não	1	20	3	60	2	40	2	40	5	100	3	60
Total	5	100	5	100	5	100	5	100	5	100	5	100

Quanto às características da secreção vaginal, observou-se que 1 (20%) gestante apresentava corrimento vaginal branco, 2 (40%), amarelo e 2 (40%) gestantes, o corrimento cinza.

Em 100% das gestantes com VB e CVV foi observado corrimento homogêneo. Quatro (80%) gestantes apresentavam corrimento em média quantidade e 1 (20%) em grande quantidade. Em todos os casos, o teste de Whiff

foi positivo e o pH foi maior ou igual a 5.

Tabela 13 – Distribuição da amostra das gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS com vaginose bacteriana associada à candidíase vulvovaginal, segundo as características da secreção vaginal. Campo Grande, MS, 2007.

CARACTERÍSTICAS	N	%
Cor		
branca	1	20
amarela	2	40
cinza	2	40
Total	5	100
Textura		
homogênea	5	100
Total	5	100
Quantidade		
média	4	80
grande	1	20
Total	5	100
Teste de Whiff		
positivo	5	100
Total	5	100
pH		
5	3	60
6	2	40
Total	5	100

5.5.4 Tricomoníase associada à candidíase vulvovaginal

O diagnóstico de TVV associada à CVV esteve presente em 1 gestante, e foi estabelecido a partir da observação do parasita flagelado, móvel, no conteúdo vaginal, e de leveduras e pseudohifas, por meio da microscopia a fresco. A

freqüência na associação da CVV à tricomoníase foi pequena, semelhante às detectadas por Pereira et al. (1988), Sanches-Veja et al. (1993), Bastos et al. (2003), Cavalcante et al. (2005) e Santos et al. (2006), e que foram de 1,6%, 3,1%, 0,5%, 1,2% e 0,95%, respectivamente.

A tricomoníase vaginal é uma vulvovaginite, sexualmente transmissível, causada por um protozoário flagelado chamado *Trichomonas vaginalis* (ARAÚJO; SANTOS, 1992; MENEZES, 2003), cujos reservatórios na mulher são a vagina e a uretra, e na gravidez pode estar associada com a amniorrexe prematura, parto pré-termo e retardo no crescimento intra-uterino (COTCH et al., 1997).

É possível que tanto homens como mulheres sejam portadores assintomáticos desse protozoário (MACIEL et al., 2004). Segundo a literatura, cerca de 25% a 50% das hospedeiras são assintomáticas (PETRIN et al., 1998) e um terço dessas assintomáticas passam a manifestar sintomas em um período de seis meses (LEHKER; ALDARETE, 2000).

Para Ferracin e Oliveira (2005, p.83), a via primária de transmissão de *Trichomonas vaginalis* “é o contato sexual, com um período de incubação entre quatro e 20 dias após a exposição ao protozoário”.

Pereira et al. (1988) afirmam que a baixa incidência de *Trichomonas vaginalis* em mulheres com CVV pode ser porque esses microorganismos necessitam de níveis de pH diferentes para seu desenvolvimento. Entretanto, de acordo com Sánchez-Veja et al. (1993) e Bastos et al. (2003), são comuns os trabalhos que não demonstram relação entre a candidíase e os níveis de pH, uma vez que a idéia de que a influência do pH sobre a CVV seja significativa está respaldada em um falso conceito de que cândida só floresceria em uma faixa estreita de pH, em contraste com *Trichomonas vaginalis*, que só se desenvolve em ambiente com pH entre 5 e 7,5.

A gestante com essa infecção mista apresentava corrimento vaginal de cor esverdeada, bolhoso, em média quantidade, com teste de Whiff negativo e pH

vaginal igual a 6. Suas queixas era: corrimento vaginal com odor fétido e disúria.

Durante o exame especular observou-se que o colo uterino se mostrava hiperemiado, pontilhado de vermelho. O resultado do exame de Papanicolaou, segundo a classificação de Bethesda, foi ASC-US sugerindo reatividade. Quando houver alterações morfológicas celulares, para avaliar se elas persistem, é necessário repetir a citologia após o tratamento da infecção (BRASIL, 2005b)

A literatura afirma que a presença de descarga vaginal fluida, em grande quantidade, de cor amarelo-esverdeada, 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 Michel 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 DSTs.

A colpíte, por causa da presença de petéquias, confere ao colo uterino um aspecto de morango, que pode ser observado a olho nu (LINHARES; MIRANDA; HALBE, 2000, FREITAS; 2003).

5.5.5 Gestantes com secreção vaginal fisiológica

Na Tabela 14 é possível verificar que em 10 gestantes, 32,2% das participantes do estudo, a secreção vaginal foi considerada como fisiológica. Entre essas, uma referiu corrimento vaginal com odor fétido, oito relataram corrimento sem odor fétido, duas o prurido vulvar, uma a disúria, duas dispareunia e oito queixaram-se de dor no baixo ventre. Apesar de uma gestante ter referido corrimento com odor fétido, esse fato não foi comprovado no exame especular.

Gomes (2003), em estudo realizado com 124 mulheres, constatou corrimento fisiológico em 43% delas. Entre estas, 26% referiam prurido, possivelmente atribuído a um quadro alérgico concomitante, 22% queixavam-se de dispareunia. Observou também que a disúria apareceu como um dado de baixa

sensibilidade (19%) e valor preditivo positivo de 16% para o diagnóstico de candidíase.

Tabela 14 – Distribuição da amostra de gestantes sem vulvovaginites que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo as queixas ginecológicas. Campo Grande, MS, 2007.

Queixas	N	%
corrimento	9	90
odor fétido	1	10
disúria	1	10
dispareunia	2	20
dor no baixo ventre	8	80
Total	*	-

* Ressalta-se que uma mesma gestante pode ter referido mais de uma queixa ginecológica.

Tabela 15 – Distribuição da amostra de gestantes sem vulvovaginites que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo os aspectos da vulva e do colo do útero. Campo Grande, MS, 2007.

INSPEÇÃO	N	%
Aspectos da vulva		
Hiperemia	1	10
Modificações fisiológicas	9	90
Total	10	100
Aspectos do colo		
Hiperemia	1	10
Cistos de Naboth	1	10
Ectopia cervical	5	50
Colo com aparência normal	3	30
Total	10	100

A gestante que apresentava hiperemia vulvar não referia prurido vulvar, tinha corrimento branco, leitoso em pequena quantidade, com teste de Whiff negativo e pH dentro da normalidade. Na bacterioscopia corada pelo Gram, observou-se a presença de grande quantidade de BD (3+) e de células epiteliais (3+). É possível que essa hiperemia represente somente uma irritação local

decorrente de agentes alergênicos, tais como: calcinhas de material sintético, uso de sabão ou amaciantes na lavagem da roupa íntima, entre outros.

De acordo com Quan (2000), mesmo que a anamnese ginecológica da cliente sugira a ocorrência de uma vulvovaginite, para o diagnóstico preciso e tratamento eficaz, é indispensável que seja feita, rotineiramente, a confirmação laboratorial, além dos testes de Whiff e do pH vaginal.

A gestante cujo pH vaginal foi igual a 5 apresentava ectopia, corrimento amarelo em pequena quantidade e de textura mucóide. Apesar da ausência dos BD pelo método de Gram, nesse caso, apenas um dos critérios de Amsel et al. (1983) para o diagnóstico de VB foi preenchido, pois o teste de Whiff foi negativo.

Segundo Gomes (2003, p.69-70), o “hiperdiagnóstico para a candidíase, vaginose bacteriana e tricomoníase” ocorre com bastante frequência, mas é o hipodiagnóstico feito para os casos possíveis de serem somente um “estado fisiológico (sem doença) da vagina e mesmo para as ocorrências de corrimento inflamatório sem causa infecciosa específica” que acarreta não somente a ausência de diagnóstico correto, mas também o tratamento desnecessário.

Ainda segundo o mesmo autor, o excesso de tratamentos inadequados de corrimentos vaginais não infecciosos acontece rotineiramente em consultórios ginecológicos, tanto na rede pública como privada.

Pelo método de Gram verificou-se BD em grande quantidade (3+) em 60% das gestantes sem vulvovaginites.

A flora vaginal é um ecossistema dinâmico e complexo, que pode contar com a presença de qualquer bactéria por um período curto de tempo, sem necessariamente significar um achado patológico (CARVALHO, 2001). Assim, fica difícil estabelecer um conceito de normalidade ou não para a flora vaginal por ser ela muito variada e rica em diversas espécies de microorganismos que podem habitar o meio vaginal sem que sejam desencadeados sintomas de infecção.

Os resultados da microscopia a fresco e do exame de Papanicolaou dessas

gestantes não apontaram a identificação de agentes etiológicos específicos.

Tabela 16 – Distribuição da amostra de gestantes sem vulvovaginites que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo as características da secreção vaginal. Campo Grande, MS, 2007.

CARACTERÍSTICAS	N	%
Cor		
branca	8	80
amarela	2	20
Total	10	100
Consistência		
homogênea	1	10
bolhosa	1	10
pastosa	1	10
mucóide	2	20
leitosa	5	50
Total	10	100
Quantidade		
pequena	2	20
média	8	80
Total	10	100
Teste de Whiff		
negativo	10	100
Total	10	100
pH		
4	9	90
5	1	10
Total	10	100

Na análise das lâminas durante o exame de Papanicolaou observou-se flora bacteriana vaginal bacilar sugestiva de lactobacilos em 80% das gestantes, em 10% a flora bacilar e em 10% a flora mista (bacilar e cocóide). Oitenta por cento das

gestantes apresentavam reações inflamatórias na amostra coletada da ectocérvice em 10%, amostra estava normal e em 10%, não foi possível a análise completa da lâmina porque o material estava hemorrágico.

5.6 Conhecimento das gestantes sobre fatores que possam favorecer o aparecimento das vulvovaginites

Durante a entrevista, as gestantes foram questionadas se acreditavam que existissem fatores de risco para o aparecimento de vulvovaginites. Vinte e quatro (77,4%) gestantes responderam afirmativamente e 7 (25,6%) negaram. Entre as gestantes que não acreditavam na existência de fatores de risco para as vulvovaginites, uma possuía até 8 anos de escolaridade e as demais de 9 a 11 anos.

O conhecimento das gestantes a respeito dos fatores predisponentes para as vulvovaginites foi analisado segundo a escolaridade das participantes e está demonstrado na Tabela 17, expressando o conhecimento descrito por 24 participantes como: uma gestante considera as infecções de trato urinário um fator que predispõe ao aparecimento das vulvovaginites.

Na opinião de Malheiros (2002, p.27), durante a micção é possível ocorrer o refluxo de urina para o intróito vaginal, “desencadeando a inflamação dos tecidos da vulva e vagina”, causando vulvovaginites inespecíficas, com corrimento vaginal castanho, amarelado ou esverdeado, com odor fétido e pH de 4,7 a 6,5.

Segundo Linhares et al. (2000) e Malanga (2005), a forma de transmissão mais freqüente de *Trichomonas vaginalis* é a sexual. No entanto, pode ocorrer de outras maneiras, pois o parasita é bastante resistente, mantendo seu poder patogênico mesmo fora do organismo, podendo sobreviver por mais de seis horas em ladrilhos de banheiro e por mais de 24 horas em toalhas infectadas por ele. Durante a entrevista, uma gestante apontou o uso de banheiro público e uma o uso de toalha de outras pessoas como fatores predisponentes.

Duas gestantes entrevistadas relacionaram o uso prolongado de calças jeans ou roupas muito justas como um fator de risco. De acordo com Patel et al. (2005), o uso freqüente de roupas íntimas justas e/ou sintéticas predispõe à CVV, pois dificulta a aeração na genitália e aumenta a umidade.

Tabela 17 – Distribuição dos fatores de risco para vulvovaginites apontados pela amostra de gestantes que realizaram pré-natal com enfermeira obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do NHU/UFMS segundo o nível de escolaridade. Campo Grande, MS. 2007.

FATORES DE RISCO	ESCOLARIDADE						TOTAL	
	≤ que 8 anos		9-11 anos		12 ou mais		n=31	
	n=5		n=22		n=4			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhum	1	20	6	22,3	0	0	7	22,6
Infecção de trato urinário	0	0	1	4,5	0	0	1	3,2
Usar banheiro público	1	20	0	0	0	0	1	3,2
Usar toalha de outras pessoas	1	20	0	0	0	0	1	3,2
Roupas	0	0	2	9,1	0	0	2	6,4
Higiene inadequada	2	40	1	4,5	1	25	4	12,9
Problemas emocionais	0	0	4	18,2	0	0	4	12,9
Baixo padrão socioeconômico	2	40	1	4,5	1	25	4	12,9
Número elevado de partos	0	0	6	27,3	0	0	6	19,4
Medicações	1	20	5	22,7	0	0	6	19,4
Freqüência aumentada de atividade sexual	4	80	5	22,7	3	75	12	38,7
Tipos de atividade sexual	3	60	9	40,9	1	25	13	41,9
Número aumentado de parceiros sexuais	3	60	10	45,4	4	100	17	54,8
DSTs	3	60	11	50	4	100	17	54,8
Dificuldade de acesso ao Serviço de Saúde	4	80	11	50	3	75	18	58,1
Má higiene sexual	4	80	15	68,2	3	75	22	71
Infecções vaginais não tratadas	4	80	15	68,2	4	100	23	74,2

Ainda na Tabela 17 verifica-se que 4 (12,2%) mulheres citaram, como risco para infecções vaginais, os hábitos incorretos de higiene corporal ou com roupas íntimas. De acordo com Rosa e Rumel (2004), os hábitos higiênicos inadequados

podem ser considerados como fatores predisponentes para as vulvovaginites, entre eles a contaminação vaginal por contigüidade, que ocorre quando a higiene genital é realizada no sentido inverso (do ânus para a vagina), pois, dessa forma, resíduos de fezes são carreados para a vagina e roupas íntimas, favorecendo o aparecimento da CVV.

Quanto aos cuidados com as roupas íntimas, Kinghorn (1992) e Sobel (1990) afirmam que a lavagem inadequada das roupas íntimas pode ser um fator predisponente à CVV, pois o sabão em pó em água fria não seria eficaz na eliminação das leveduras existentes na roupa íntima.

Cordeiro (2003) realizou um estudo analítico comparativo e concluiu que as vulvovaginites recorrentes (VVR) podem ser uma expressão psicossomática de conflitos e desajustes emocionais. Quatro (12,9%) gestantes citaram problemas emocionais como sendo um fator predisponente às infecções.

O baixo padrão socioeconômico foi apontado por 4 (12,9%) gestantes (Tabela 17). Em estudo realizado por Oliveira et al. (2005) foi observado que a maior prevalência de VB estava associada a mulheres com 1º grau incompleto e entre aquelas que exerciam atividades do lar (domésticas e donas de casa).

Em pesquisa feita por Cordeiro (2003, p.74) não se observou associação entre nível socioeconômico com a ocorrência de VVR, no entanto, entre as mulheres de nível universitário observou-se uma incidência três vezes maior de VVR, levando a crer que “as mulheres com maior grau de escolaridade e, conseqüentemente, com maior atividade intelectual, estariam submetidas a um maior estresse psíquico”. Sabe-se que o estresse pode causar interferência no sistema imunológico, favorecendo a instalação de infecções.

Nenhuma das mulheres participantes da pesquisa citou a gravidez como fator predisponente a vulvovaginites. Segundo Kinghorn (1994), o índice de colonização vaginal aumenta durante a gravidez, especialmente no terceiro trimestre, pois ocorre um aumento do glicogênio nas células vaginais por causa dos

altos níveis hormonais circulantes. Assim, a capacidade de proliferação, germinação e aderência de *C. albicans* também estarão aumentadas.

Quanto aos tipos de parto, apesar de todas as vantagens do parto normal, não se pode deixar de observar que a má assistência obstétrica a que está exposta à população mais carente é a responsável por muitas das alterações morfológicas cervicais. As lesões não corrigidas do colo do útero deixam a mucosa cervical exposta às agressões de microorganismos (TERREIRO, 1987). Seis (19,4%) mulheres acreditam que o número elevado de partos favorece o aparecimento das vulvovaginites.

O uso de medicamentos como fator de risco para as infecções vaginais foi citado por 6 (19,4%). Segundo Sobel (1990), o uso de antibióticos está, aparentemente, relacionado à destruição da microbiota vaginal, especialmente dos bacilos de Döderlein, favorecendo a instalação da CVV.

Para Bastos et al. (2003), os antibióticos, especialmente os de largo espectro, têm tendência em induzir a candidíase vaginal, pois reduzem a população de bactérias comensais que geralmente competem com as leveduras, podendo também ocorrer a colonização retal, que pode atuar como um reservatório para a infecção vaginal.

Os mesmos autores afirmam que mulheres em uso de corticosteróides também têm maior propensão à candidíase vaginal, pois são medicamentos que podem predispor à destruição das células do hospedeiro pela estabilização da membrana lisossômica, impedindo a liberação de enzimas catabólicas que habitualmente digerem os microorganismos fagocitados.

É sabido também que o uso de anticoncepcionais hormonais orais de altas doses, bem como da terapia de reposição hormonal, determina altos níveis de glicogênio por causa do aumento de estrogênio. O aumento de glicogênio resulta em aumento do substrato nutricional dos fungos e acaba por favorecer a infecção micótica da vagina (ROSA; RUMEL, 2004).

A frequência aumentada de atividade sexual foi citada por 12 (38,7%) das entrevistadas (Tabela 17). Os intercursos sexuais ocasionam alcalinização do meio vaginal. Essa alcalinização, quando freqüente, possibilita alterações na flora bacteriana vaginal. É certo que as mulheres com atividade sexual aumentada podem sofrer alterações imunes locais que favorecem a instalação das vulvovaginites (FEITOZA, 2003) e que os intercursos sexuais podem ocasionar traumas em mucosa vaginal, que é uma das barreiras contra infecções. Ainda segundo a mesma autora, a literatura não é unânime quanto à associação entre frequência aumentada de atividade sexual e a ocorrência de vulvovaginites.

Quanto aos tipos de atividade sexual, citados como fatores de risco para as vulvovaginites por 13 (41,9) gestantes, vale notar que, da mesma forma que a higiene inadequada da genitália pode acarretar a contaminação vaginal por contigüidade, o sexo anal antecedendo o vaginal, sem higiene prévia do pênis ou troca de preservativo, pode levar os microorganismos presentes na flora intestinal para a vagina, predispondo à infecção, especialmente por *Candida* sp., que é comensal no trato intestinal.

Estudos demonstram associação significativa entre a prática freqüente de ducha vaginal, sexo anal e história de uso de antibióticos com a presença de VB (KILIC et al., 2001; SANCHEZ et al., 2003; COTTRELL, 2006).

Hellberg et al. (1995) relatam a associação encontrada entre prática regular de sexo oral e anal com casos de vulvovaginite recorrente. No entanto, Otero et al. (1998), em seus estudos, não encontraram associação significativa entre a realização de sexo oral e as vulvovaginites recorrentes.

Segundo Cordeiro et al. (2003, p.19), “as divergências encontradas sobre as diferentes práticas sexuais e a recorrência de vulvovaginite apontam para a necessidade de esclarecer estes achados”.

Quanto ao uso de artefatos eróticos não foram encontrados dados na literatura que demonstrasse sua influência na ocorrência de vulvovaginites. Martins

(2006) cita a introdução de corpos estranhos na vagina como um fator que pode alterar a microbiota vaginal.

Com relação à prática sexual com vários parceiros, 17 (54,8%) das gestantes afirmaram que é um fator de risco para vulvovaginites. Simões et al. (2006, p.109) afirmam que, em diversos estudos realizados, se observou a ocorrência de VB mais elevada “em mulheres com múltiplos parceiros sexuais do que em mulheres sem atividade sexual”.

Dezessete (54,8%) gestantes citaram as DSTs como fatores predisponentes para as vulvovaginites. É sabido que a AIDS, o diabetes, as colagenoses e outras patologias crônicas interferem no sistema imunológico, diminuindo a resistência do indivíduo à infecção. Segundo Cordeiro et al. (2003, p.16), “a resposta imune inadequada de cada indivíduo é talvez o principal fator facilitador da instalação do processo infeccioso”.

A maioria (58,1%) das participantes do estudo concordou que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde acaba por contribuir para o aparecimento das vulvovaginites. A facilidade de acesso é um elemento importante a ser considerado na utilização de serviços de saúde (SAWYER et al., 2002).

Em estudo realizado por Brenna (2001), observou-se que muitas mulheres relatavam situações que dificultavam a procura por serviços de saúde, tais como: distância a ser percorrida, necessidade de deixar os filhos, impossibilidade de deixar o trabalho e dificuldades econômicas e com transportes.

Segundo Nogueira (1994), a saúde da população não está relacionada somente à disponibilidade de serviços de saúde, mas também ao nível de escolaridade que influencia diretamente a sua capacidade de autocuidado.

Molina e Alfaro (1993) relatam que a higiene inadequada da genitália após intercursos sexuais pode influenciar na ocorrência de *Trichomonas vaginalis*. Esse protozoário está associado à alcalinidade do meio vaginal e, talvez, por esse motivo, a prevalência de mulheres que utilizam duchas vaginais ácidas seja menor.

A literatura é controversa quanto aos benefícios e malefícios da ducha vaginal. Vinte e duas (71%) gestantes acreditam que a má higiene sexual pode favorecer o aparecimento de vulvovaginites.

Vinte e três participantes (74,2%) relataram que as infecções vaginais não tratadas favorecem a instalação de vulvovaginites. Por ser a vagina uma porta de entrada dos microorganismos para o TGI, a mucosa vaginal íntegra funciona como uma importante barreira anatômica e imunológica contra as infecções, pois é constituída por tecidos imunologicamente reativos, que se mostram capazes de produzir respostas locais contra os antígenos (Beckerman, 2000). Assim é possível afirmar que as infecções vaginais quando não tratadas adequadamente aumentam a probabilidade da mulher às vulvovaginites e à infecção pelo HIV.

5.7 Diagnósticos de enfermagem encontrados

Segundo Angerami (1991), a elaboração dos diagnósticos de enfermagem possibilita à enfermeira dar significado ao levantamento de dados realizado, analisar e interpretar os resultados, bem como planejar suas ações.

A classificação dos problemas de saúde da gestante à luz da Taxionomia II da NANDA (2008), utilizando uma linguagem padronizada, possibilitou uma comunicação formal desses problemas, orientou quanto à tomada de decisões. A identificação dos problemas de saúde das gestantes foi feita a partir da anamnese, exame físico e dos resultados dos exames laboratoriais.

Considerando os domínios da Taxionomia II da NANDA (2008) observou-se que, dos 13 domínios, 3 não foram representados por nenhum diagnóstico do seu grupo, a saber: Nutrição, Atividade/Repouso e Princípios de Vida. Os domínios Promoção da Saúde, Eliminação/Troca, Percepção/Cognição, Autopercepção, Relacionamento de Papel, Sexualidade, Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, Segurança/Proteção, Conforto e Crescimento/Desenvolvimento foram representados pela ocorrência de 1 a 3 diagnósticos (Figura 5).

Foram identificadas 14 categorias diagnósticas (Figura 5), sendo 8 diagnósticos de enfermagem reais e 6 potenciais. Os diagnósticos de enfermagem refletem o foco de atenção e cuidado da enfermeira na assistência pré-natal às mulheres participantes da pesquisa.

Figura 5 – Relação das categorias diagnósticas presentes nas gestantes, segundo o domínio e classe. Campo Grande, MS, 2001.

DOMÍNIO	CLASSE	CATEGORIA DIAGNÓSTICA	N	%
Promoção da Saúde	Consciência da Saúde	Comportamento de busca de saúde	31	100
	Controle da Saúde	Manutenção ineficaz da saúde	14	45,2
Eliminação/Troca	Função Urinária	Eliminação urinária prejudicada	11	35,5
Percepção/Cognição	Cognição	Conhecimento deficiente	14	45,2
Autopercepção	Auto-estima	Risco de baixa auto-estima situacional	31	100
Relacionamento de Papel	Papéis de Cuidador	Risco de maternidade prejudicada	5	16,1
Sexualidade	Função Sexual	Disfunção sexual	6	19,4
Enfrentamento/Tolerância ao Estresse	Respostas de Enfrentamento: processo de controlar o estresse ambiental	Comportamento de saúde propenso a risco	14	45,2
Segurança/Proteção	Infecção	Risco de infecção materna	21	67,7
		Risco de infecção fetal	21	67,7
	Lesão Física	Risco de integridade da pele prejudicada	31	100
		Integridade tissular prejudicada	12	38,7
Conforto	Conforto Físico	Dor aguda	17	54,8
Crescimento/Desenvolvimento	Crescimento	Risco de crescimento desproporcional fetal	13	41,9

5.7.1 Categorias diagnósticas segundo a taxionomia II da NANDA

Foram identificados 8 diagnósticos de enfermagem reais (Figura 6), e destes, 7 tiveram frequência maior que 30%, a saber: Comportamento de busca de saúde, Dor aguda, Manutenção ineficaz da saúde, Conhecimento Deficiente, Comportamento de saúde propenso a risco, Integridade tissular prejudicada e Eliminação urinária prejudicada.

Comportamento de busca de saúde, definido como “busca ativa (por uma pessoa com saúde estável) de caminhos para alterar hábitos pessoais de saúde e/ou o ambiente a fim de mover-se a um nível mais elevado de saúde” (NANDA, 2008, p.248), foi observado em todas as gestantes, tendo como característica definidora o desejo expresso de maior controle sobre as práticas de saúde ao buscar o serviço de saúde para realizar o pré-natal.

Dor aguda, caracterizada por relato verbal do problema, esteve presente em 54,8% das gestantes que relataram dor no baixo ventre, 35,5% com relato de disúria e 19,4% que referiram dispareunia.

Manutenção ineficaz da saúde tem como definição “incapacidade de identificar, controlar e/ou buscar ajuda para manter a saúde” (Id., p.249).

Esse diagnóstico esteve presente em 14 (45,2%) das 31 gestantes, caracterizado pela falta demonstrada de conhecimento com relação às práticas básicas de saúde (higiene inadequada da genitália) .

Conhecimento deficiente é definido como “ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico (Id., p. 68). Esse diagnóstico foi identificado em:

- a) 14 (45,2%) gestantes que verbalizaram a higiene inadequada da genitália após as eliminações;
- b) 7 (22,6%) mulheres não demonstraram conhecimento sobre os fatores de risco para vulvovaginites.

Comportamento de saúde propenso a risco é a “incapacidade de modificar estilo de vida/comportamentos de forma compatível com mudanças no estado de saúde” (Idem). Esse diagnóstico teve como característica definidora as gestantes que não conseguem agir de forma a prevenir problemas de saúde, e esteve presente em 14 (45,2%) gestantes que realizavam higiene inadequada da genitália.

Integridade tissular prejudicada é o “dano a membranas mucosas, córnea, pele ou tecidos subcutâneos” (Id., p.176) e foi caracterizada por tecido lesado (ectopia do colo uterino) observada em 12 (38,7%) gestantes.

Eliminação urinária prejudicada definida como “distúrbio na eliminação da urina” (Id., p.114), caracterizada pelo relato verbal de disúria presente em 11 (35,5%) participantes da pesquisa.

Figura 6 – Distribuição das categorias diagnósticas, caracterizadas como reais, segundo as características definidoras e os fatores relacionados. Campo Grande, MS, 2007.

CATEGORIA DIAGNÓSTICA	SUJEITO DO DIAGNÓSTICO	CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	FATORES RELACIONADOS	N	%
Comportamento de busca de saúde	Gestante	Desejo expresso de maior controle sobre as práticas de saúde	Busca pelo serviço de saúde para realizar o pré-natal	31	100
Manutenção ineficaz da saúde	Gestante	Falta demonstrada de conhecimento com relação à práticas básicas de saúde	Higiene inadequada da genitália	14	45,2
Eliminação urinária prejudicada	Gestante	Disúria	Vulvovaginite	11	35,5
Conhecimento deficiente	Gestante	Verbalização do problema	Higiene inadequada da genitália após as eliminações	14	45,2
			Fatores de risco para vulvovaginites	7	22,6
Comportamento de saúde propenso a risco	Gestante	Não consegue agir de forma a prevenir problemas de saúde	Higiene inadequada da genitália	14	45,2
Disfunção sexual	Gestante	Verbalização do problema	Falta de pessoa significativa	2	6,4
		Limitações percebidas impostas pela doença	Dispareunia	6	19,4
Integridade tissular prejudicada	Gestante	Tecido lesado (mucosa do colo)	Ectopia	12	38,7
Dor aguda	Gestante	Relato verbal de dor	Disúria	11	35,5
			Dor no baixo ventre	17	54,8
			Dispareunia	6	19,4

Entre os seis diagnósticos potenciais identificados, destacam-se os que tiveram frequência maior que 30%, a saber: Risco de baixa auto-estima situacional, Risco de integridade da pele prejudicada, Risco de infecção materna, Risco de infecção fetal e Risco de crescimento desproporcional (Figura 7).

Risco de baixa auto-estima situacional, que é definido como o “risco de desenvolver uma percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual” (NANDA, 2008, p. 48), manifestou-se nos seguintes fatores de risco:

- a) distúrbio na imagem corporal por mudanças corporais próprias da gravidez, com frequência de 100%
- b) doença física: vulvovaginites presentes em 67,7% das gestantes.

Risco de integridade da pele prejudicada, definido como “risco de a pele ser alterada de forma adversa” (Id., p. 175), relacionado ao aumento da umidade da vulva, secundário às adaptações do organismo materno à gravidez, esteve presente em 100% das gestantes.

Risco de infecção é a situação em que se tem “risco aumentado de ser invadido por microrganismos patogênicos” (id., 169), e encontra-se descrito de acordo com os fatores de risco presentes. As gestantes com os fatores de risco mais frequentes foram:

- a) 100% das gestantes, por alterações fisiológicas próprias da gestação - O aumento da circulação sanguínea, que leva à elevação da temperatura no TGI e o estímulo do estrógeno e progesterona sobre a mucosa cervical, ocasiona maior produção de muco, aumentando a umidade vaginal (FOGEL et al, 2002);
- b) 67,7% das gestantes com vulvovaginites;

Ribeiro-Filho (2000), estudando a vulnerabilidade das mulheres suscetíveis à contaminação pelo HIV, sugere que a presença da vulvovaginites possa aumentar consideravelmente as chances de contágio pelo HIV, pelo aumento da vulnerabilidade da genitália destas pacientes (GOMES, 2003, p.25).

- c) 51,6% tinham o pH da secreção vaginal maior ou igual a 5 - A elevação do pH vaginal aumenta a vulnerabilidade das gestantes às vulvovaginites fungicas (FOGEL et al, 2002);
- d) 51,6% das mulheres referiram freqüência aumentada da atividade sexual (3 ou mais/semana) - A freqüência aumentada dos intercursos sexuais podem levar à alcalinização vaginal, favorecendo alteração na microbiota vaginal (SOPER, 1998), tornando a vagina propícia para a instalação de quadros infecciosos (FEITOZA, 2003);
- e) 45,2% gestantes com hábitos inadequados de higiene - Segundo Kinghorn (1992) e Sobel (1990), a higiene íntima incorreta após as eliminações, no sentido póstero-anterior, trazendo microorganismos da região anorretal para a vulva, constitui um fator e predisponente para as vulvovaginites.

O diagnóstico **Risco de infecção fetal** aplicou-se a 67,7% dos fetos pela possibilidade de ocorrer rotura prematura de membranas, e conseqüente infecção fetal, como complicação da maioria das vulvovaginites diagnósticas.

Romero et al. (1988, p. 97) esquematizaram o trajeto percorrido pelos microorganismos, na infecção ascendente da vagina até o feto, em quatro estágios (vagina, junção coriodesidual, disseminação para o líquido amniótico e invasão no feto), e o microorganismo “pode percorrer este trajeto atravessando a membrana íntegra, ou após a rotura da mesma” (p. 97).

A freqüência do diagnóstico **Risco de crescimento desproporcional** do feto relacionado à infecção materna (VB e TVV associadas ou não a CVV) foi de 41,9%.

Para Simões et al. (1998, p. 438), “algumas infecções cervicovaginais durante a gestação podem representar uma importante causa de rotura prematura de membranas e de prematuridade”. Tanto a vaginose bacteriana quanto a tricomoníase na gestação podem estar associadas com a ROPREMA,

prematuridade e retardo no crescimento intra-uterino (SOBEL, 1997).

A partir dos diagnósticos levantados, foram adotadas condutas de resolutividade própria, ou de encaminhamento ao profissional ou serviço competente, no caso de a intervenção fugir do âmbito de atuação do profissional de enfermagem (COFEN, 2007; MACIEL; ARAÚJO, 2003).

Figura 7 - Diagnósticos de enfermagem potenciais, segundo os fatores de risco. Campo Grande, MS, 2007.

CATEGORIA DIAGNÓSTICA	SUJEITO DO DIAGNÓSTICO	FATORES DE RISCO	N	%
Risco de infecção	Gestante			
		Hábitos inadequados de higiene	14	45,2
		Genitália com sujidade	3	9,7
		Mudança (elevação) de pH das secreções determinando o aumento da acidez vaginal	16	51,6
		Bacilos de Döderlein ausentes	16	51,6
		Umidade vaginal aumentada relacionada à gravidez	31	100
		Aumento do fluxo sangüíneo e da temperatura no TGI	31	100
		Ectopia	12	38,7
		Freqüência aumentada da atividade sexual (3 ou mais/semana)	16	51,6
		Edema acentuado de vulva	2	6,4
		Hiperemia da vulva	7	22,6
		Colo uterino hiperemiado	1	3,2
		Colo uterino hiperemiado, sangrante	2	6,4
		Colo hiperemiado, pontilhado de vermelho	4	12,9
		Colo hiperemiado, pontilhado de vermelho, com ectopia	2	6,4
		Vulvovaginites	21	67,7
Risco de infecção	Feto	Risco de rotura prematura de membranas relacionado às vulvovaginites em geral.	21	67,7

continua

continuação

Risco de integridade da pele prejudicada	Gestante	Fatores mecânicos (ato de coçar as áreas de prurido)	12	38,7
		Secreções e umidade (corrimento vaginal)	31	100
Risco de baixa auto-estima situacional	Gestante	Distúrbio na imagem corporal	31	100
		Vulvovaginite	21	67,7
Risco de maternidade prejudicada	Gestante	Baixo nível educacional	5	16,1
		Mãe solteira	2	6,5
		Pai da criança não envolvido	2	6,5
Risco de crescimento desproporcional	Feto	Infecção materna (vulvovaginites: VB, TVV associadas ou não à CVV)	13	41,9

TGI=Trato genital inferior; VB=Vaginose bacteriana; TVV=Tricomoníase vulvovaginal; CVV=Candidíase vulvovaginal.

6 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Concluiu-se que:

1. Em 10 (32,3%) gestantes a secreção vaginal foi considerada fisiológica
2. Das participantes, 83,9% eram sintomáticas. Entre estas, em 85,7% foi diagnosticada CVV e, em 71,4%, VB. No grupo das 5 gestantes (16,1%) assintomáticas, em 3 delas foi diagnosticada a vaginose bacteriana pelos critérios de Amsel et al. (1983), em 1, a candidíase vulvovaginal e, em outra, encontrou-se a secreção vaginal fisiológica.
3. A ocorrência de *Candida* sp. foi de 7 (22,6%) gestantes. E 28,6% foram identificados por meio do exame de Papanicolaou, por microscopia a fresco em 4 (57,1%) gestantes; leveduras e pseudohifas em 1 (16,7%) por meio de ambos os métodos diagnósticos. Quanto às queixas referidas por essas participantes, 6 (85,7%) referiam corrimento vaginal e uma delas referia corrimento com odor fétido que não se acentuava após os intercursos sexuais; 3 (42,9%) relataram prurido vulvar, 6 (85,7%) a disúria, 3 (42,9%) a dispareunia e 6 (85,7%) referiram dor na região suprapúbica.
4. A vaginose bacteriana esteve presente em 7 (22,6 %) gestantes. O teste de Whiff foi positivo e o pH oscilou entre 5 e 6. A microscopia corada pelo Gram para o diagnóstico das VBs é um exame simples, de alta sensibilidade e de alto valor preditivo positivo.
5. A ocorrência de VB associada à CVV foi de 5 (16,1%) gestantes; em 4 (80%) delas o diagnóstico de VB foi feito por meio da identificação dos bacilos gram variáveis sugestivos de *Gardnerella vaginalis* na microscopia corada pelo Gram e em 1 (20%) foram utilizados os critérios de Amsel et al. (1983).
6. A freqüência na associação da CVV à tricomoníase esteve presente em 1 (3,2%) gestante. Ela apresentava corrimento vaginal de cor esverdeada, bolhoso, em média quantidade, com teste de Whiff negativo e pH vaginal igual a 6. Suas queixas eram: corrimento vaginal com odor fétido e disúria.

7. Das gestantes entrevistadas, 77,4% demonstraram conhecimento sobre os fatores de risco para as vulvovaginites, entre eles destacam-se: infecções vaginais não tratadas (74,2%), hábitos de higiene sexual (71,9%), dificuldade de acesso ao Serviço de Saúde (58,1%), DST e número aumentado de parceiros sexuais (54,8%), tipos de atividade sexual (41,9%), freqüência aumentada de atividade sexual (38,7%).
8. Todas as gestantes estudadas (100%) desconhecem a importância do hábito de higiene como fator de risco para vulvovaginites. A higiene da genitália após as eliminações é realizada com papel higiênico e destas, 19,4% realizam também a lavagem externa; 54,8% relataram que fazem uso do papel higiênico no sentido períneo-ânus e 45,2% no sentido ânus-períneo. Entre estas, 78,6% possuem 9 a 11 anos de escolaridade e 7,1% estão cursando ou já concluíram o curso superior; bom nível socioeconômico e alta escolaridade, como as que caracterizaram a amostra do presente estudo, demonstram alguns hábitos que podem ser considerados pouco adequados. Ainda, 80% afirmam que fazem higiene após intercurso sexual, 10% o faz esporadicamente e 10% nunca realizam a higiene pós-coital.
9. Nos exames laboratoriais (microscopia corada pelo Gram e a fresco) foram encontrados os seguintes componentes da microbiota vaginal: bacilos de Döderlein, cocos gram-positivos isolados e aos pares, bacilos gram variáveis sugestivos de *Gardnerella vaginalis*, bacilos gram-positivos tipo difteróide, diplococos gram-negativos extracelulares, diplococos gram-negativos intracelulares, células epiteliais e reação leucocitária; no Papanicolaou foram identificadas as floras vaginais: bacilar sugestiva de lactobacilos, mista (bacilar e cocóide), cocóide e sugestiva de *Gardnerella* e *Mobiluncus*. Os agentes etiológicos detectados foram *Candida* sp. e bacilos sugestivos de *Gardnerella* e *Mobiluncus*.
10. Foram identificadas 14 categorias diagnósticas de enfermagem, sendo 8 reais e 6 potenciais. Os diagnósticos reais com freqüência maior que 30%, segundo as categorias definidoras, foram:

- a) Comportamento de busca de saúde caracterizado pela busca do serviço de saúde para realizar o pré-natal em 100% das gestantes;
- b) Dor aguda caracterizada por relato verbal de dor no baixo ventre em 54,8% gestantes, disúria em 35,5% e dispareunia em 19,4%;
- c) Manutenção ineficaz da saúde caracterizada pela falta demonstrada de conhecimento com relação às práticas básicas de saúde entre as gestantes que realizam a higiene da genitália após as eliminações de forma inadequada (45,2%);
- d) Conhecimento deficiente sobre a higiene adequada da genitália após as eliminações foi verbalizado por 45,2% da gestantes e sobre os fatores de risco para vulvovaginites, demonstrado por 22,6%;
- e) Comportamento de saúde propenso a risco, caracterizado pelas gestantes que não conseguem agir de forma a prevenir problemas de saúde, relacionado à higiene inadequada da genitália (45,2%);
- f) Integridade tissular prejudicada caracterizada por tecido lesado (ectopia do colo uterino) em 38,7%;
- g) Eliminação urinária prejudicada caracterizada pelo relato verbal de disúria em 35,5% das participantes da pesquisa.

11. Os diagnósticos de enfermagem potenciais com freqüência maior que 30%, segundo os fatores de risco foram:

- a) Risco de baixa auto-estima situacional que teve como fatores de risco: distúrbio na imagem corporal (100,0%), vulvovaginites (67,7%);
- b) Risco de integridade da pele prejudicada relacionados a: secreções e umidade (corrimento vaginal) (100%), fatores mecânicos (ato de coçar as áreas de prurido) (38,7%);
- c) Risco de infecção materna foi identificado pelos seguintes fatores de

risco: umidade vaginal aumentada relacionada à gravidez (100%), aumento do fluxo sangüíneo e da temperatura no TGI (100%), vulvovaginites (67,7%), bacilos de Döderlein ausentes (51,6%), freqüência aumentada da atividade sexual (3 ou mais/semana) (51,6%), mudança (elevação) no pH das secreções determinando o aumento da acidez vaginal (51,6%), hábitos inadequados de higiene (45,2%), ectopia (38,7%), hiperemia da vulva (22,6%), colo hiperemiado, pontilhado de vermelho (12,9%), genitália com sujidade (9,7%), edema acentuado de vulva (6,4%), colo uterino hiperemiado sangrante (6,4%), colo hiperemiado, pontilhado de vermelho, com ectopia (6,4%), colo uterino hiperemiado (3,2%);

- d) Risco de infecção fetal presente em 67,7% dos casos, por causa do risco de rotura prematura de membranas, relacionado à presença de vulvovaginites;
- e) Risco de crescimento desproporcional fetal relacionado com a infecção materna (vulvovaginites: VB, TVV associadas ou não à CVV) (41,9%).

Portanto, o diagnóstico adequado das vulvovaginites e a identificação dos diagnósticos de enfermagem são fundamentais para nortear a conduta de enfermagem na consulta de pré-natal.

Uma das dificuldades encontradas para o desenvolvimento deste trabalho foi o pequeno número de publicações sobre a identificação dos diagnósticos de enfermagem na área da saúde da mulher. É fundamental que outras pesquisas sejam realizadas a fim de contribuir para o fomento científico da profissão e fornecer subsídios para o planejamento e a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem à mulher em seus diferentes ciclos de vida.

A aplicação da SAE, no pré-natal, direciona as ações de enfermagem, possibilitando assistência contínua e holística à gestante e incentiva os enfermeiros a buscarem conhecimentos científicos para uma assistência de qualidade.

Uma das intervenções de enfermagem no pré-natal é a atividade educativa. A enfermeira obstetra exerce importante função de educar para a saúde. Portanto, é fundamental que, durante a consulta de enfermagem, seja recomendado o uso de preservativo, mesmo no período gravídico, assim como a mudança de atitudes e hábitos de higiene.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. Tradução de Regina Garcez. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2005.

ALMEIDA, A. B. Higiene feminina. In: HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. p. 109.

AMARAL, A.L.P. et al. Corrimento genital. In: HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 1993. p.501-511.

AMSEL, R. et al. Non specific vaginitis, diagnostic criteria and microbial and epidemiologic associations. **Am J Med**, v. 74, n. 1, p.14-22, 1983.

ANDRADE, J.M et al. **Diretrizes para rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer do colo do útero**. Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira. São Paulo: Associação Médica Brasileira/Conselho Federal de Medicina, 2001. (Diretrizes para condutas).

ANGERAMI, E.L.S. O que é diagnóstico de enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1., 1991, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 1991. p. 233.

ARANTES, S.L. **Ocorrência de corrimento vaginal em gestantes atendidas por enfermeira obstetra, no Serviço de Pré-Natal do Amparo Maternal, São Paulo, SP**. 1992. 125 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica)- Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1992.

ARAUJO, M.C.K. et al. Infecção neonatal, rotura prematura de membranas amnióticas e corioamnionite. **Pediatria (USP)**, v. 16, n. 3, p. 94-101, 1994.

AZEVEDO, K.S.; MEDEIROS, F. das C. Sangramento uterino anormal, uma introdução. In: MEDEIROS, F. das C.; ALMEIDA, F.M.L. de; OLIVEIRA FILHO, M. (Orgs.). **Manual de ginecologia da maternidade-Escola Assis Chateaubriand**. Fortaleza, CE: Universidade Federal do Ceará/Departamento de Saúde Materno-Infantil, Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, 2004.

BARBARO, L. Vulvovaginite micotica e batterica. **La Colposcopia in Itália**, ano 19, n. 2, p. 18-27, 2003.

BARROS, D. S. et al. Aspectos biológicos, socioeconômicos e culturais de mulheres com corrimento vaginal. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, v.15, n.1, p. 4-15, 2003.

BARROS, S.M.O. **Qualidade da assistência de enfermagem prestada pela enfermeira obstetra no amparo materno**. 1990, 100 f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem)- Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1990.

BARROS, S.M.O.; COSTA, C.A.R. Nursing care to pregnant women with iron deficiency anemia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 105-111, 1999.

BASTOS, A.M.C. et al. Perfil das mulheres com processo inflamatório por candida em resultados de colpocitologia oncológica numa clínica de DST. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, v.15, n.2, p.26-38, 2003.

BATES, S. Vaginal discharge. **Curr. Obstet. Gynaecol.**, v.13, n. 4, p.218-23, 2003.

BECKERMAN, K.P. Reprodução e sistema imunológico. In: STITES, D.; TERR, A. I.; PARSLOW, T.G. **Imunologia médica**. 9. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. p. 473-486.

BELFORT, P. et al. Doença trofoblástica gestacional complicada por hemorragia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.26, n.7, p.551-556, 2004.

BERGER, M.C.; LEIGH, J. P. Schooling, self selection and health. **The Journal of Human Resources**, v. 24, n. 3, p. 433-455, 1989.

BIRD, H.A.; CALGUNERI, M.; WRIGHT, V. Changes in joint laxity occurring during pregnancy. **Ann Rheum Dis**, v. 41, n. 2, p.126-28, 1982.

BITTAR, D.B. et al. Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 617-22, 2006 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN-272/2002, de 27 de agosto de 2002**. Normatiza a sistematização da assistência de enfermagem como modelo assistencial privativo do enfermeiro. 2002b. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7100sectionID=34>> Acesso em: 20 out. 2007.

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

_____. _____. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002a.

_____. _____. 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.

_____. _____. _____. _____. _____. **Atenção humanizada ao abortamento:** norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. _____. _____. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas:** recomendações para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2006. 56 p.

BRENNNA, S.M.F. et al . Knowledge, attitudes, and practices related to the Pap smear among women with cervical cancer. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.909-914, 2001.

BRESSAN FILHO, N.P. Modificações gravídicas locais. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 37-42.

CAMPANA, A.O. et al. **Investigação científica na área médica**. São Paulo: Manole, 2001.

CAPONI, S. **Da compaixão à solidariedade:** uma genealogia da assistência médica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

CARPENITO L.J. **Planos de cuidados de enfermagem e documentação:** diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos. Tradução Ana Maria Vasconcellos Thorell. 2. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 1999.

CARRARA, H.H.A. et al. Semiologia ginecológica. **Medicina, Ribeirão Preto**, v.29, n.1, p.80-87, jan./mar. 1996.

CARVALHO, E.C.; GARCIA, T.R. Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM UBERLÂNDIA, 3., 2002, Uberlândia. **Anais...** Uberlândia, MG: UFU, 2002. p. 29-40.

CARVALHO, M.H.B. de et al. Associação da vaginose bacteriana com o parto prematuro espontâneo. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** , Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 529-533, 2001.

CARVALHO, N.; NAUD, P.; MARTIM, E. DSTs na gestação. In: NAUD, P. et al. **DST & AIDS**. Porto Alegre. Artes Médicas, 1993. p.210-230.

CARVALHO, R. L. et al . Apendicite Aguda durante a gravidez. **Ginecologia Obstetricia Atual**, n. 10, p. 28-32, 1999.

CAVALCANTE, F.P. et al. Câncer de colo e gravidez. In: MEDEIROS, F. das C.; ALMEIDA, F.M.L. de; OLIVEIRA FILHO, M. (Orgs.). **Manual de ginecologia da maternidade-Escola Assis Chateaubriand**. Fortaleza, CE: Universidade Federal do Ceará/Departamento de Saúde Materno-Infantil, Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, 2004.

CAVALCANTE, V. L.N. et al. Rastreamento de candidose vaginal durante a prevenção do câncer cérvico-uterino. **DST – J Bras Doenças Sex Transm.**, v. 17, n. 1, p. 44-48, 2005.

CDC—Centers for Disease Control and Prevention. **Epi Info™ 6**. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/epiinfo/epi6/ei6dnjp.htm>> Acesso em: 20 out. 2007.

CODES, J.S. de et al. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p.101-106, 2002 .

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.

CONSOLARO, M.EL et al. Correlation of candida species and symptoms among patients with vulvovaginal candidiasis in Maringá, Paraná, Brazil. **Rev. Iberoam. Micol.**, v. 21, n. 8, p. 202-205, 2004.

CORDEIRO, S.N. **Fatores socioeconômicos, sexuais e psicológicos associados às mulheres com vulvovaginites recorrentes**. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia). Unicamp, Campinas, 2003.

_____. Hábitos de higiene e sexuais de mulheres com vulvovaginites recorrentes. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, v. 15, n. 2, p. 15-19, 2003.

COTTRELL, B.H. Vaginal douching practices of women in eight Florida panhandle counties. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, v. 35, n. 1, p. 24-33, 2006.

CREMESP. **Ética em ginecologia e obstetrícia**. Coordenador da Câmara Técnica de Saúde da Mulher: Cristião Fernando Rosas. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2002. 141p.

CUNNINGHAM, F.G. et al. **Williams obstetric**. 21. ed. New York: Mc Graw Hill, 2001. p.1485-1516.

DAVID, M. A.; Döderlein ,G. A critical view to the biographies of two german professors. **Zentralbl Gynakol.**, v. 128, n. 2, p. 56-59, 2006.

DONDERS, G.G.G. Definition and classification of abnormal vaginal flora. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 21, n. 3, p.355-373, 2007.

DREW, W.L. et al. Evaluation of the virus permeability of a new condom for a woman. **Sex Transm Dis**, v. 17, n. 2, p. 110-112, 1990.

EDUARDO, K.G.T. et al. Preparação da mulher para a realização do exame de Papanicolaou na perspectiva da qualidade. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 1, p. 44-48, 2007.

FAÚNDES, A. et al. Association of marital status and years of schooling with perinatal outcome: the influence of pre-natal care as an intermediate variable. **J. Perinat. Med.**, v. 10, n. 2, p. 105-13, 1982.

FEITOZA, S.B. do N. **Avaliação das células de defesa do conteúdo vaginal de mulheres com e sem vulvovaginites**. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2003.

FERNANDES, A.M.C. **Representação Social da dor por doentes de fibromialgia**. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

FERRACIN, I.; OLIVEIRA, R.M.W. de. Corrimento vaginal: causa, diagnóstico e tratamento farmacológico. **Infarma**, v. 17, n. 5-6, p. 82-86, 2005.

FETHERS K. Is bacterial vaginosis a sexually transmitted infection. **Sex Transm Infect.**, v. 77, n. 5, p. 63-68, 2001.

FOGEL, C.I. Problemas Comuns de Saúde. In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E; BOBAK, I.M. **O cuidado em Enfermagem Materna**. 5ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002: p.106-35.

FRANCOSO, L. de O. **Tipos posturais: variações anatômicas e seus efeitos sobre a gravidez**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

FREITAS, C.B. dos S. de. **A bacterioscopia na rotina do exame ginecológico das mulheres assistidas pelo PSF Silvia Regina, Campo Grande/MS**. 2003. 58 f. Monografia (Especialização)- Escola de Saúde Pública "Dr Jorge David Nasser", Campo Grande, 2003.

FREITAS, S.L.F. de; ARANTES, S.L.; BARROS, S.M.O. Role of the obstetric nurse in the Anhanguera community, Campo Grande (MS), for the prevention of cervical uterine cancer. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 57-64, 1998.

FRIEDRICH JUNIOR, E.G. Current perspectives in candidal vulvovaginitis. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 158, n. 4, p. 985, 1988.

GALVÃO, C.M. et al. A prática baseada em evidências: considerações teóricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 690-695, 2002.

GEIGER, A.M.; Foxman, B. Risk factors for vulvovaginal candidiasis: a case-control study among university students. **Epidemiology**, v. 7, n. 2, p. 182-7, 1996.

GERK, M.A. de S. **Intervenções de enfermagem em ginecologia**. 2003. 203 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Obstétrica)- Universidade Federal de São Paulo,

São Paulo, 2003.

GIRALDO, P.C. et al. A pertinência do *Lactobacillus* sp. na flora vaginal durante o trabalho de parto prematuro. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, v. 18, n. 3, p. 199-202, 2006.

_____. Influence of frequency of vaginal intercoursés 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. de A.M. **Valor do exame clínico especular e da anamnese para o diagnóstico do corrimento vaginal**. Tese (Doutorado em Tocoginecologia)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2003.

GUERREIRO, H.M.N. et al. Vaginal flora and correlation with cytological aspects. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 6, p. 415-420, 1986.

GUIMARAES, H.C.Q.C.P.; BARROS, A.L.B.L. de; RIVERO DE GUTIERREZ, M.G. Identification of defining characteristics of the nursing diagnosis fluid volume excess. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 68-73, 2000.

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

HALBE, H. W. O exame ginecológico: generalidades. In: _____. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. p. 435-436.

HAWES, S.E. et al. Hydrogen peroxide-producing lactobacilli and acquisition of vaginal infections. **J Infect Dis.**, v. 174, n. 5, p. 1058-1063, 1996.

HEILBERG, I.P.; SCHOR, N. Diagnosis and clinical management of urinary tract infection. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 109-116, 2003.

HELLBERG, D. et al. Sexual behavior in women with repeated bouts of vulvovaginal candidiasis. **Eur J Epidemiol**, v. 11, n. 5, p. 575-579, 1995.

HERNÁNDEZ, M.S. et al. Factores de riesgo de infección por *Trichomonas vaginalis* en un área de salud de la provincia Ciego de Ávila, Cuba. **Rev Mex Patol Clin**, v. 52, n. 3, p. 145-150, 2005.

HOLANDA, A.A.R. et al. Vulvovaginal candidiasis: symptomatology, risk factors and concomitant anal colonization. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 3-9, 2007.

INCA. **Câncer do colo do útero**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=326>. Acesso em: 13 out. 2007.

KILIC, A.O. et al. Comparative study of vaginal *Lactobacillus* phages Isolated from women in the United States and Turkey: prevalence, morphology, host range, and DNA homology. **Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology**, v. 8, n. 1, p. 31-9, 2001.

KINGHORN, G.R. Vulvovaginal Candidosis. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. v. 28, supl. A, p. 59-66, 1991.

_____. Medical Overview of vaginal candidiasis. **Int. J. Ginecol. Obstet**, v. 37, p. 3-8, 1992. Suplemento.

KRAJDEN, M.L. **Vaginose bacteriana, história obstétrica e antecedentes sexuais como fatores preditivos para o trabalho de parto prétermo**: um estudo caso-controle. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna)- Setor de Ciências da Saúde, Pós-Graduação em Medicina Interna, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.

LACAVA, R.M. do V. B.; BARROS, S.M.O. Prática de enfermagem durante a gravidez. In: BARROS, S.M.O.; MARIN, H. de F. F.; ABRÃO, A.C. de F.V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2002. p. 116-141.

LAPARGNEUR, J.P.; ROUSSEAU, V. Protective role of the Duoderlein flora. **J Gynecol Obstet and Biol Reprod.**, v. 31, n. 5, p. 485-494, 2002.

LIMA, D.N.O. et al. Cytological diagnosis of Ascus: its importance in clinical conduct. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, p. 45-49, 2002.

LIMA, L.R.; PEREIRA, S.V.M.; CHIANCA, T.C.M. Diagnósticos de enfermagem em pacientes pós-cateterismo cardíaco: contribuição de Orem. **Rev Bras Enferm.**, v. 59, n. 3, p. 285-290, maio/jun. 2006.

LIMA, Y.M.S.; MOURA, M.A.V. Consulta de enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente. **R. de Pesq.: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, ano 9, n.1-2, p. 93-99, 2005.

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.

LIRA NETO, J.B. Achados colpocitológicos em 1.787 casos de vaginite. **J Bras Ginecol**, v. 95, n.11-12, p. 529-534, 1985.

LOPES, M.H.B. de M. Experiência de implantação do processo de enfermagem utilizando os diagnósticos de enfermagem (taxionomia da NANDA), resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**

Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, p. 115-118, 2000.

MACIEL, G. de P. et al. Aspectos clínicos, patogênese e diagnóstico de *Trichomonas vaginalis*. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, v. 40, n. 3, p.152-160, jun. 2004.

MALANGA, M.A. **Saúde da mulher: vulvovaginite**. 21. ed. [S.l.]: Avimed Saúde, abr. 2005. Informático eletrônico. Disponível em: <http://www.avimed.com.br/news/ed21/ed21_mt10.htm> Acesso em: 10 jan. 2005.

MARTINS, E.C. **Papel da prevenção na saúde íntima da mulher**. Rio de Janeiro: Diagrafic, 2006. 8p.

MARTINS, M.C.L. et al . Avaliação do método de Papanicolaou para triagem de algumas infecções cérvico-vaginais. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 39, n. 1, p. 217-222, 2007.

MENEZES, M.L.B. **Prevalência de infecções cérvico-vaginais e validação do fluxograma de corrimento vaginal em gestantes**. 2003. 112f. Tese (Doutorado em Ginecologia)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 2003.

MENEZES, M.L.B.; FAÚNDES, A.E. Validação do fluxograma de corrimento vaginal em gestantes. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**. v. 16, n. 1, p. 38-44, 2004.

MICHEL, R.V. et al. Prevalência da tricomonose em mulheres residentes na Vila dos Papeleiros em Porto Alegre, RS. **RBAC**, v. 38, n. 2, p.127-130, 2006.

MILLER, E. **How to make nursing diagnosis work: administrative and clinical strategies**. Norwalk/San Mateo: Appleton & Lange, 1989. 366 p.

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

MODOTTI, M.T.C. da F. et al. As defesas do trato genital inferior feminino contra os microrganismos patógenos. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 7, p. 497-506, jul. 2005.

MOLINA, L.; DALBEN, I.; DE LUCA, L.A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 2, p. 185-190, 2003.

MOLINA, S.; ALFARO, M. Frecuencia de *Trichomonas vaginalis* en citologias procedentes de diferentes centros de salud, Costa Rica 1986-1990. **Rev Med Costa Rica**, v. 60, n. 523, p. 53-55, 1993.

MORABITO, I. Vaginiti micotiche: risultati ottenuti dopo trattamento con un nuovo prodotto a lento rilascio di clorexidina, clotrimazolo, acido beta-glicirretico. **La Colposcopia in Itália**, ano 20, n. 2, p. 22-25, out. 2005. Disponível em <<http://www>.

colposcopiailaliana.it/Morabito-%20colposcopia_anno_XXn2-4.pdf> Acesso em: 5 dez. 2007.

NANDA-North American Nursing Association. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed, 2008. 386 p.

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.

NERI, M.; SOARES, W. Social inequality and health in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 77-88, 2002. Suplemento.

NISWANDER, K.R.; EVANS, A.T. Doenças ginecológicas durante a gravidez. In: **MANUAL DE OBSTETRÍCIA**. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994. p. 354-381.

NOGUEIRA, M. **Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida**. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.

NORONHA, K.V.; VIEGAS, M. Desigualdades sociais em saúde: evidências empíricas sobre o caso brasileiro. **Revista Econômica do Nordeste**, v. 32, p. 877-897, 2002. Especial.

OLIVEIRA, A.B. et al. Estudo da prevalência de vaginose bacteriana associada a condições sócio-econômico-culturais de mulheres atendidas no Hospital Amazônia de Tomé-Açu, Pará - Brasil, através de exame preventivo de câncer de colo do útero. In: CONGRESO VIRTUAL HISPANOAMERICANO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA, 7. 2005. Ciudad Real, España. **Anais eletrônicos...** Acesso em: <http://www.conganat.org/7congreso/final/vistalmpresion.asp?id_trabajo=192>. Acesso em: 10 out. 2007.

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

OSIS, M.J.D. et al. Factors associated with pre-natal care among low income women, State of S. Paulo, Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 49-53, 2003.

OTERO, L. et al. Vulvovaginal candidiasis in female sex workers. **Int J STD AIDS**, v. 9, n. 9, p. 526-530, 1998.

PASSOS, M. R. L. et al. O atendimento de gestantes numa clínica de DST. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, v. 15, n. 1, p. 23-29, 2003.

PATEL, D.A. et al. Risk factors for recurrent vulvovaginal candidiasis in women receiving maintenance antifungal therapy: results of a prospective cohort study. **Am J Obstet Gynecol.**, v. 190, n. 3, p. 6644-6653, 2005.

PERÉZ, N.P. Bacilos de Döderlein y su rol en la prevención y tratamiento probiótico de la infección vaginal. **Diagnostico**, v. 45, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2006/julio-set/indice.html>>. Acesso em: 7 nov. 2007.

PIRES, M.R.G.M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 729-736, set./out. 2005.

PORTO, A.G.M. **Infecções sexualmente transmissíveis na gravidez**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2000.

PRIESTLEY, C.J.; KINGHORN, G.R. Bacterial vaginosis. **Br J Clin Pract**. v.50, n.6, p.331-4, 1996.

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

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

ROCHA, L.A.; MAIA, T.F.; SILVA, L.F. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 3, p. 321-326, 2006.

ROMERO, R. et al. Infection in the pathogenesis of preterm labor. **Smin. Perinatol.**, v. 12, n. 4, p. 262-279, 1988.

ROSA, M.I. da; RUMEL, D. Fatores associados à candidíase vulvovaginal: estudo exploratório. **RBGO**, v. 26, n. 1, p. 65-70, 2004.

ROSSI, L. A. et al. Diagnósticos de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. **Rev.Esc.Enf.USP**, v. 34, n. 2, p. 154-164, jun. 2000.

ROYCE, R.A. et al. Bacterial vaginosis associated with HIV infection in pregnant women from North Carolina. **J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.**, v. 20, n. 4, p. 382-386, 1999.

SANCHES-VEJA, J.T. et al. Frequency of vaginal trichomoniasis and candidiasis and its relation to the clinical profile. **Rev Latinoam Microbiol.**, v. 35, p. 211-216, 1993.

SANCHEZ, J. et al. Prevention of Sexually Transmitted Diseases (STDs) in female sex workers: prospective evaluation of condom promotion and strengthened STD services. **Sex Transm Dis**, v. 30, n. 4, p. 273-279, 2003.

SANTOS, R.C.V. et al. Prevalência de vaginoses bacterianas em pacientes ambulatoriais atendidas no Hospital Divina Providência, Porto Alegre, RS.

NewsLab, v. 75, p.160-164, 2006.

SAWYER, D.O. et al. Profiles of health services utilization in Brazil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 757-776, 2002.

SCARPA, K.P. **Prevalência de sintomas do trato urinário inferior no terceiro trimestre da gestação**. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

SELLORS, J.W.; SANKARANARAYANAN, R. **Colposcopia e tratamento da neoplasia intra-epitelial cervical: manual para principiantes**. Washington, D.C.: OPAS, 2004.

SHIMP, L.A. Vaginal and vulvovaginal disorders. IN: BERAID, M. et al. **Handbook of nonprescription drugs**. 13. ed. Washington: American Pharmaceutical Association, 2002. p.129-147.

SILVA FILHO, A.R. da. Fresh wet mount in pregnancy: correlation with Pap smears. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 509-515, 2004.

SILVA FILHO, A.R. da; BURLÁ, J.M. Citologia vaginal a fresco: importância e limitações. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 377-380, jul. 2002.

SIMÕES, J. A. et al. Perinatal complications in pregnant women with and without bacterial vaginosis. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 20, n. 8, p. 437-441, 1998.

_____. Prevalência e fatores de risco associados à infecções cérvico vaginais durante a gestação. **Rev. Bras. Ginec. Obstet.**, v. 18, n. 6, p. 459-467, 1996.

SIMÕES, J.A.; GIRALDO,P.C.; FAÚNDES, 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 Doenças Sex Transm**, v. 18, n. 2, p. 108-112, 2006.

_____. Prevalence of cervicovaginal infections during gestation and accuracy of clinical diagnosis. **Infect. Dis. Obstet. Gynecol.**, v. 6, n. 3, p. 129-133, 1998.

SIMON, S.M. et al. Leiomiomas uterinos e gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** , v. 27, n. 2, p. 80-85, 2005.

SOBEL JD. Vulvovaginal candidiasis. **Medical Clinics of North America**, v. 74, n. 6, p. 1573-1602, 1990.

SOPER, D.E. Infecções geniturinárias e doenças sexualmente transmitidas. In: BEREK, J.S.; ADASHI, E.Y.; HILLARD, P.A. **Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 309-319.

SOUZA, D.F.L. et al. SITEG-Sistema Interativo de Treinamento em Exame

Ginecológico. In: **SIMPÓSIO BRASILEIRO DE REALIDADE VIRTUAL, 2006, Belém. Anais...** Belém, 2006. p. 445-456.

SPERANDIO, D.J.; MARTINEZ ÉVORA, Y.D. Proposal for implementation of the nursing process in semi-intensive therapy. In: BRAZILIAN NURSING COMMUNICATION SYMPOSIUM, 8., 2002, São Paulo. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v1/v1a011.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2007.

TANAKA, V. d'Andretta et al. Epidemiological profile of women with bacterial vaginosis treated at a clinic for sexually transmitted diseases in the city of São Paulo, SP. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 1, p. 41-46, 2007.

TEDESCO, J. J. A.; BRITTO, I. S. W.; RODRIGUES, L. P. Vulvovaginites na gestação. **Revista da SOGESP**, v. 63, n. 2, p.1-2, abr. 2006.

TERREIRO, L.M. Câncer do colo uterino: conceito, importância, incidência e fatores de risco. In: HALBE, H.W. **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Roca, 1987. p. 1494-1504.

TOMIOKA E.; BASTOS A.C. Infecções do trato genital inferior feminino. In: VERONESI R., FOCACCIA R. **Tratado de infectologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1996. p. 1600-1606.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, n. 5, p. 365-373, 2002.

TREVISAN, M. do R. et al. Pré-natal care profile among Public Health Service ("Sistema Único de Saúde") users from Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.

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

VASCONCELOS, S.A.M.; MARTINS, L.A. Correlação entre as alterações microbiológicas e o conhecimento das alterações presentes no laudo do exame colpocitológico pelas mulheres do município de Douradina em 2004. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 9, n. 3, p. 167-173, 2005.

VELOSO, M.M.X.; CARVALHO, F.H.C. Complicações ginecológicas durante a gestação. In: MEDEIROS, F. das C.; ALMEIDA, F.M.L. de; OLIVEIRA FILHO, M. (Ed.) **Manual de ginecologia da maternidade-escola Assis Chateaubriand**. Fortaleza, CE: Universidade Federal do Ceará/Departamento de Saúde Materno-Infantil, Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, 2004.

VIEIRA, M.A.S. et al. Fatores Associados ao uso do preservativo masculino em adolescentes do gênero feminino no município de Goiânia. **DST. Jornal Brasileiro**

de Doenças Sexualmente Transmissíveis, v. 16, n. 3, p. 77-83, 2004.

VOELLER, B.; COULTER, S.L.; MAYHAN, K.G. Letters to the editor: gas, dye and viral transport through polyurethane condoms. **J Am Med Assoc**, v. 266, n. 21, p. 2966-2967, 1991.

WANDERLEY, M. da S. et al . Bacterial vaginosis in menopausal women and in women with infertility. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 641-646, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer (IARC). **Colposcopy and Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: a beginners' manual**. Editado por John W. Sellors e R. Sankaranarayanan. Lyon, France, 2003. Disponível em: <<http://screening.iarc.fr/colpo.php?lang=1>>. Acesso em: 12 dez. 2007.

ZDANUK, J.L. Avaliação de saúde. In: LOWDERMILK, D.L. et al. **O cuidado em enfermagem materna**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

ANEXOS

ANEXO A

Aprovação do Conselho Diretivo do NHU/UFMS



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão outubro/99)

1. Projeto de Pesquisa: PREVALÊNCIA DAS INFECÇÕES CERVICO-VAGINAIS NA GESTAÇÃO				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) ENFERMAGEM		3. Código: 4.04	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4) (D) Diagnóstico	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()	
8. Unitermos: (3 opções) Enfermeira obstetra, vulvovaginites, gestação				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos No Centro : Total: 100		10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica (x)		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome: Sandra Luzinete Felix de Freitas				
12. Identidade: 15.460.877 SSP/SP		13. CPF.: 059.422.918-96	19. Endereço (Rua, n.º): Av Mato Grosso, 4527, BL 14 Apto. 1-4	
14. Nacionalidade: Brasileira		15. Profissão: Enfermeira Obstetra	20. CEP: 79.031-000	21. Cidade: Campo Grande
16. Maior Titulação: Especialista		17. Cargo: Auxiliar de Ensino IV	23. Fone: 3026-6778	22. U.F. MS
18. Instituição a que pertence: Departamento de Enfermagem/CCBS/UFMS		24. Fax:		25. Email: sifelix@terra.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 28/03/2007				
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO				
26. Nome: Hospital Universitário Rosa Pedrossian/UFMS		29. Endereço (Rua, n.º):		
27. Unidade/Órgão: Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia		30. CEP:	31. Cidade:	32. U.F.
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (x)		33. Fone:	34. Fax:	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (x) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)				
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) :Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: _____ Cargo: _____ Data: 27/03/2007 Prof. Pedro Rippel Salgado Assinatura				
PATROCINADOR				
36. Nome:		39. Endereço		
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:	42. UF
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP				
45. Data de Entrada: ____/____/____	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado () Data: ____/____/____	48. Não Aprovado () Data: ____/____/____	
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: ____/____/____ Data: ____/____/____				
Encaminhado a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: ____/____/____		53. Coordenador/Nome _____ Assinatura		Anexar o parecer consubstanciado
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP				
54. Nº Expediente :		56. Data Recebimento :		57. Registro na CONEP:
55. Processo :				
58. Observações:				

ANEXO B

Carta de Aprovação do Comitê de Ética



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS

*Carta de Aprovação*

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 901 da Pesquisadora Sandra Luzinete Felix de Freitas intitulado “Prevalência das infecções cervico-vaginais na gestação”, e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião Extraordinária no dia 03 de maio de 2007, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. Odair Pimentel Martins

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 08 de maio de 2007.

ANEXO C**DECRETO Nº 94.406, DE 08 DE JUNHO DE 1987¹**

Regulamenta a Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem, e dá outras Providências.

Art. 1º - O exercício da atividade de enfermagem, observadas as disposições da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e respeitados os graus de habilitação, é privativo de Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem e Parteiro e só será permitido ao profissional inscrito no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva Região.

Art. 2º - As instituições e serviços de saúde incluirão a atividade de enfermagem no seu planejamento e programação.

Art. 3º - A prescrição da assistência de enfermagem é parte integrante do programa de enfermagem.

Art. 4º - São Enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as respectivas leis, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos itens anteriores, obtiveram título de Enfermeiro conforme o disposto na letra "d", do art. 3º, do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 5º - São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado no órgão competente;

¹ Publicado no Diário Oficial da República Federativa do Brasil em 09/06/1987. Disponível em <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=26§ionID=32>>. Acesso em dez 2007.

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 6º - São auxiliares de Enfermagem:

I - o titular de certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei, e registrado no órgão competente;

II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de julho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o item III, do art. 2º, da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV - o titular do certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-Lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 7º - São Parteiros:

I - o titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-Lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

II - o titular do diploma ou certificado de Parteiro, ou equivalente conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as respectivas leis, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil até 26 de junho de 1988, como certificado de Parteiro.

Art. 8º - Ao Enfermeiro incumbe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de

enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

e) consulta de enfermagem;

f) prescrição da assistência de enfermagem;

g) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

h) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.

II - como integrante de equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;

f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de enfermagem;

g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;

h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;

i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;

j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;

m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;

n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;

o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;

p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;

q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;

r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal técnico e Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º - Às profissionais titulares de diploma ou certificados de Obstetrix ou de Enfermeira Obstétrica, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

II - identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

III - realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 10 - O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I - assistir ao Enfermeiro:

a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem;

b) na prestação de cuidados diretos de enfermagem a pacientes em

estado grave;

c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;

d) na prevenção e no controle sistemático da infecção hospitalar;

e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;

f) na execução dos programas referidos nas letras "i" e "o", do item II, do art. 8º.

II - executar atividades de assistência de enfermagem, excetuadas as privativas do enfermeiro e as referidas no art. 9º deste Decreto;

III - integrar a equipe de saúde.

Art. 11 - O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe:

I - preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como:

a) ministrar medicamentos por via oral e parenteral;

b) realizar controle hídrico;

c) fazer curativos;

d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enterocisma, enema e calor ou frio;

e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;

f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;

g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnóstico;

h) colher material para exames laboratoriais;

i) prestar cuidados de enfermagem pré e pós-operatórios;

j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;

l) executar atividades de desinfecção e esterilização.

IV - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:

a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;

b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependências de unidades de saúde.

V - integrar a equipe de saúde;

VI - participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas;

b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;

VIII - participar dos procedimentos pós-morte.

Art. 12 - Ao Parteiro incumbe:

I - prestar cuidados à gestante e à parturiente;

II - assistir ao parto normal, inclusive em domicílio; e

III - cuidar da puérpera e do recém-nascido.

Parágrafo único. As atividades de que trata este artigo são exercidas sob supervisão de Enfermeiro Obstetra, quando realizadas em instituições de saúde, e, sempre que possível, sob controle e supervisão de unidade de saúde, quando realizadas em domicílio ou onde se fizerem necessárias.

Art. 13 - As atividades relacionadas nos artigos 10 e 11 somente poderão ser exercidas sob supervisão, orientação e direção de Enfermeiro.

Art. 14 - Incumbe a todo o pessoal de enfermagem:

I - cumprir e fazer cumprir o Código de Deontologia da Enfermagem;

II - quando for o caso, anotar no prontuário do paciente as atividades da assistência de enfermagem, para fins estatísticos.

Art. 15 - Na Administração Pública Direta e Indireta, Federal, Estadual, Municipal, do Distrito Federal e dos Territórios será exigida como condição essencial para provimento de cargos e funções e contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, a prova de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem da respectiva região.

Parágrafo único. Os órgãos e entidades compreendidos neste artigo promoverão, em articulação com o Conselho Federal de Enfermagem, as medidas necessárias à adaptação das situações já existentes com as disposições deste Decreto, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 16 - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 17 - Revogam-se as disposições em contrário.

DOU 09/06/1987

APÊNDICES

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.” (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,, tendo sido convidada a participar como voluntária do estudo **PREVALÊNCIA DAS INFECÇÕES CÉRVICO-VAGINAIS NA GESTAÇÃO**, recebi da professora **Sandra L. Felix de Freitas**, enfermeira obstetra, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo se destina a investigar a causa do meu corrimento vaginal;
- Poderão participar deste estudo as gestantes que estejam fazendo pré-natal no Hospital Universitário;
- Que a importância deste estudo é a de evitar complicações futuras para a minha gestação, parto, pós-parto e para o meu bebê;
- Que os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: orientar-me quanto ao tratamento adequado e encaminhar-me ao pré-natal de alto risco sempre que for necessário;
- Que este estudo começará no início do meu pré-natal e terminará no final da minha gravidez, e que a minha participação se dará durante as consultas de pré-natal;
- Que o estudo será feito da seguinte maneira: a pesquisadora me fará algumas perguntas relacionadas ao corrimento vaginal e colherá amostras do mesmo para enviar ao laboratório para a análise, bem como coleta de material para o exame preventivo de câncer de colo de útero;
- Que eu participarei das seguintes etapas: entrevista e coleta de material da secreção vaginal e do exame preventivo;

- Que estes são os meios conhecidos para se saber qual é a causa do corrimento vaginal;
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação são os seguintes: posso experimentar constrangimento ao responder algumas perguntas, desconforto devido à posição em que preciso ficar para o exame ginecológico e o tempo gasto para isso;
- Que a pesquisa não trará riscos à minha saúde física e mental nem ao meu bebê;
- Que o benefício que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente é o tratamento adequado para o corrimento vaginal;
- Que, sempre que desejar, me serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo e que eu serei informada do surgimento de informações significativas sobre o assunto da pesquisa;
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;
- Que eu não receberei pagamento pela minha participação, exceto os benefícios do tratamento adequado e não terei despesas para com as análises do material coletado do meu corrimento vaginal;

Tendo compreendido bem tudo o que me foi informado sobre a minha participação neste estudo e estando consciente dos meus direitos, minhas responsabilidades, dos riscos e benefícios que a minha participação implica, concordo em participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Endereço da participante-voluntária

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Nº: Bloco: Complemento:

Bairro: CEP Cidade: Telefone:

Ponto de referência:

Contato de urgência: Sr(a).

Domicílio: (rua, praça, conjunto):

Nº: Bloco: Complemento:

Bairro: CEP Cidade: Telefone:

Ponto de referência:

Endereço da responsável pela pesquisa:

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Universitário ou no

Departamento de Enfermagem (Unidade 9) Cidade: Campo Grande, MS

Telefone da pesquisadora para contato: (67) 9258-2453

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul ou pelo telefone: 3345-7187.

Campo Grande, MS, _____ de _____ de 200__

Assinatura da voluntária

Nome e assinatura da responsável pelo estudo

Obs.: rubricar a primeira folha

APÊNDICE B

PROTOCOLO PARA COLETA DE DADOS

Prontuário: _____ Data da entrevista: ___/___/07 N° de ordem: _____

I. Identificação

1. Situação conjugal: () com companheiro fixo () sem companheiro fixo
2. Escolaridade: () Nenhuma () I Grau ___ anos completos () II Grau ___ anos completos () III Grau ___ anos completos

II. Hábitos de higiene

5. Após as eliminações faz higiene com: () papel higiênico () ducha () ambos
() Outros: _____
6. Sentido da higiene com papel: () de trás para frente () de frente para trás
7. Faz higiene da genitália após relações sexuais? () não () sim – como?

8. E o parceiro faz higiene da genitália após relações sexuais? () não () sim – como?

III. Antecedentes pessoais ginecológicos e obstétricos:

9. Você já usou o preservativo feminino? () não () sim
10. Em suas relações sexuais o preservativo masculino é usado: () sempre () às vezes () nunca
11. Qual é a frequência de suas atividades sexuais? () Vez(es) por dia () vez(es) por semana () vez(es) por mês
12. Está apresentando corrimento vaginal? () Não () Sim (caso responda não, pule para a questão 19)
13. Há quanto tempo apresenta corrimento vaginal? _____ (em meses)
14. Qual é a cor do corrimento vaginal? _____
15. Qual é o aspecto (consistência) do corrimento vaginal? _____
16. E qual a quantidade do corrimento?
a. () pequena b. () média c. () grande

17. O corrimento vaginal possui cheiro fétido? () Não () Sim (caso responda não, pule para a questão 19)
18. Se sim, a dor piora após as relações sexuais? () Não () Sim
19. Acredita que existam fatores que possam contribuir para o aparecimento desta doença?
() Não () Sim (caso responda não, pule para a questão 21).
20. Se afirmativo - Quais?
- a. () Número grande de parceiros sexuais b. () Número grande de partos
c. () Freqüência aumentada de atividade sexual
d. () Tipos de atividade sexual – Explique: _____
e. () Doenças sexualmente transmissíveis f. () Infecções vaginais não tratadas
g. () Má higiene sexual h. () Baixo padrão socioeconômico
i. () Dificuldade de acesso ou de utilização dos serviços de saúde
j. () Problemas de origem emocional l. () Medicacões
m. () Outros: _____
21. Está apresentando coceira na genitália? () Não () Sim
22. Tem dor na relação sexual? () Não () Sim (caso responda não, pule para a questão 24)
23. Se sim: () de entrada () à penetração profunda
24. Sente dor na parte inferior da barriga? () Não () sim
- IV. Exame ginecológico: observações da pesquisadora durante o exame especular:**
25. Vulva: () hiperemia () escoriação () edema () corrimento () sem alterações
() Outros: _____
26. Higiene da genitália: () satisfatória () com sujidade
27. Vagina: () sem alterações () com alterações: _____
28. Corrimento: Quantidade: () ausente () pequena () moderada () grande
Cor: () translúcida () branca () amarela () cinza () verde () escura
Consistência: () leitosa () homogênea () pastosa () bolhosa () mucóide
Odor: () ausente () com odor fétido: () azedo () peixe () outro
29. Colo: () sem alterações () hiperemiado () pontilhado de vermelho () esbranquiçado () ectopia () pólipos () outras: _____

30. Outras anotações: _____

V. Resultados de exames:

1. pH vaginal: _____ 2. Teste de Whiff : () positivo () negativo

3. Exames laboratoriais:

BACTERIOSCOPIA		raros	+	++	+++
Bacilos de Duoderlain					
Bacilos gram-negativos					
Bacilos gram-positivos					
Células epiteliais					
Cocos gram-negativos					
Cocos gram-positivos	Agrupados				
	Em cadeia				
	Isolados e aos pares				
Diplocos gram-negativos	Extracelulares				
	Intracelulares				
Reação leucocitária					
Cocos gram-positivos					

Observações: Gram: _____

A Fresco: _____

4. Papanicolaou

● Flora bacteriana vaginal: _____

● Agente específico: _____

● Conclusão: OPAS: _____

BETHESDA: _____

5. Outras Observações:

 Assinatura/carimbo da pesquisadora

APÊNDICE C

TÉCNICA PARA O EXAME ESPECULAR EM GESTANTES

- Lavagem das mãos;
- Preparo dos materiais a serem utilizados em mesinha auxiliar, próximo à mesa de exame, que são:
 - ✓ Espéculo no tamanho adequado à mulher, freqüentemente o médio;
 - ✓ Luvas descartáveis;
 - ✓ Espátula de Ayre;
 - ✓ *Swabs* estéreis com e sem meio de transporte;
 - ✓ Lâminas de vidro com borda fosca devidamente identificada;
 - ✓ Lâminas de vidro sem borda fosca para o teste de Whiff;
 - ✓ Solução fixadora em *spray* Kolpofix da Kolpast® para os esfregaços;
 - ✓ Pacotes de compressa de gaze estéril;
 - ✓ Fitas pH e escala colorimétrica;
 - ✓ Solução de hidróxido de potássio a 10% (em frasco com conta-gotas);
 - ✓ Pinça Cherron;
 - ✓ Frascos recipientes para as lâminas;
 - ✓ Solução de lugol a 2% para o teste de Schiller;
 - ✓ Foco auxiliar;
 - ✓ Solução salina estéril;
 - ✓ Banquinho para o examinador.
- Explicação do procedimento para a cliente, mostrando todo o material que será utilizado;
- Solicitação à cliente que:

- ✓ Retire toda a roupa, vista a camisola oferecida pelo hospital e esvazie a bexiga;
 - ✓ Fique em posição de litotomia na mesa de exame, com as pernas e quadris fletidos, pés ou pernas apoiados nos estribos da mesa e as nádegas sobre a borda da mesa para facilitar a introdução e manipulação do espécuro (SELLORS; SANKARANARAYANAN, 2004);
 - ✓ Permaneça relaxada e que faça a manobra de esforço, ou seja, a prensa abdominal (CARRARA et al., 1996; ZDANUK, 2002), fazendo força para baixo no momento da introdução do espécuro;
 - ✓ Faça perguntas sempre que tiver dúvidas.
- Cobrir a mulher com um lençol, respeitando o seu pudor natural. Arrumar o lençol de forma que mantenha o contato visual entre o(a) examinador(a) e a pessoa que será examinada;
 - Examinar a genitália externa – para este procedimento sentar-se no banquinho, aos pés da mesa de exame e arrumar o foco auxiliar de forma a fornecer iluminação direta à área a ser examinada e calçar as luvas. Durante inspeção observar os seguintes itens:
 - ✓ Distribuição dos pêlos;
 - ✓ Pequenos e grandes lábios: verificar simetria, coloração, sinais de inflamação, edema, irritação ou escoriações;
 - ✓ Tamanho do clitóris;
 - ✓ Meato uretral: investigar presença de secreções ou lesões;
 - ✓ Vestíbulo vaginal: corrimento, restos himenais ou carúnculas mirtiformes, pólipos, lesões ou fístulas;
 - ✓ Périneo (área situada entre a vagina e o ânus): presença de cicatrizes, fístulas, escoriações, lesões e massas;

- ✓ Percepção de odor fétido que pode ser indicativo de infecção ou de má higiene (ZDANUK, 2003);
- Ordenhar as glândulas de Skene inserindo um dedo na vagina e comprimindo a área da uretra. Em caso de exsudato de uretra ou da glândula, o mesmo deverá ser encaminhado ao laboratório para cultura (Id);
- Examinar as glândulas de Bartholin com o dedo indicador dentro da vagina e o polegar por cima dos grandes lábios realizando compressão na área das glândulas, localizadas na posição de 8 e 4 horas, observando a presença de edema, dor e saída de secreção (Id);
- Iniciar o exame especular da seguinte forma:
 - ✓ Com os dedos indicador e médio de uma das mãos entreabrir os grandes e pequenos lábios (NEME, 2000);
 - ✓ Orientar a mulher para fazer força para baixo no momento da introdução do espécuro (ZDANUK, 2003);
 - ✓ Inserir delicadamente o espécuro fechado, sem lubrificantes oleosos, de forma oblíqua, apoiando-o sobre a fúrcula e o períneo, com uma inclinação de aproximadamente 75° (NEME, 2000);
 - ✓ Após a introdução de um terço do espécuro, girá-lo suavemente (cerca de 15°), deixando-o na posição em que será realizado o exame (ARANTES, 1992; OLIVEIRA et al., 2000);
 - ✓ Observar a presença de corrimento e características dele;
 - ✓ Mensurar o pH vaginal, colocando a fita colorimétrica na parede lateral da vagina, tomando o cuidado para não encostá-la no colo. Verificar o resultado após 1 minuto;
 - ✓ Com a parte arredondada da espátula de Ayre, coletar, aproximadamente, uma gota da secreção vaginal e colocá-la na lâmina simples, sem borda fosca, adicionando 1-2 gotas de hidróxido de potássio a 10% para o teste de Whiff. Observar se houve liberação de

aminas voláteis e anotar o resultado;

- ✓ Colher duas amostras da secreção do fundo-de-saco vaginal com os *swabs* e, encaminhá-los, imediatamente, ao laboratório;
 - ✓ Retirar o excesso de corrimento e muco cervical utilizando a pinça Cherron e gazes estéreis umedecidas em solução salina;
 - ✓ Observar a coloração, posição, presença de lesões e tamanho do colo, forma do orifício cervical externo (puntiforme ou em fenda), corrimento e características deste;
 - ✓ Com a extremidade bifurcada da espátula de Ayre, realizar movimento de 360°, em sentido horário, na junção escamocolunar;
 - ✓ Espalhar, suavemente, esfregaço sobre a lâmina identificada;
 - ✓ Realizar a fixação do esfregaço com fixador celular em *spray*, em distância de cerca de 20 centímetros;
 - ✓ Realizar o teste de Schiller;
 - ✓ Retirar o espéculo, tomando cuidado para não tracionar o colo.
- Auxiliar a gestante a se levantar, orientando-a para permanecer sentada por alguns minutos a fim de evitar a hipotensão ortostática;
 - Informar a gestante sobre os exames que foram realizados;
 - Registrar os achados no prontuário da cliente e no protocolo da pesquisa.

APÊNDICE D

Composição da microbiota vaginal das gestantes, segundo os exames laboratoriais e exame de Papanicolaou. Campo Grande, MS, 2007.

Nº	EXAMES LABORATORIAIS		EXAME DE PAPANICOLAOU	
	Microscopia corada pelo Gram	A fresco	Flora bacteriana vaginal	Agente específico
01	BD(3+), CEpit (3+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado
02	BDA, CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(1+), RL(3+), BG variáveis sugestivos de <i>G. vaginalis</i> (3+)	-	Mista (bacilar e cocóide)	<i>Candida</i> sp.
03	BD(2+), CEpit (1+), CGP isolados e aos Pares(1+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado
04	BD(3+), CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(1+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado
05	BDA, BGN(3+), CEpit (2+), CGP isolados e aos Pares(1+), RL(3+)	-	Mista (bacilar e cocóide)	<i>Candida</i> sp.
06	BDA, CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(1+), RL(3+), BG variáveis sugestivos de <i>G. vaginalis</i> (3+)	-	Mista (bacilar e cocóide)	<i>Candida</i> sp.
07	BDA, CEpit (3+), RL(1+), BG variáveis sugestivos de <i>G. vaginalis</i> (3+)	-	Cocóide	Não visualizado
08	BDA, CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(2+), RL(2+), BG variáveis sugestivos de <i>G. vaginalis</i> s(3+)	-	Mista (bacilar e cocóide)	sugestiva de <i>Gardnerella/ Mobiluncus</i>
09	BD(3+), BGN(1+), CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(1+), RL(2+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado
10	BD(3+), CEpit (3+), RL(1+)	Leveduras (raras) Pseudohifas (raras)	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado
11	BDA, CEpit (3+), BG variáveis sugestivos de <i>G. vaginalis</i> (3+)	-	Cocóide	Não visualizado
12	BDA, CEpit (2+), CGP isolados e aos Pares(2+), RL(3+), BG variáveis sugestivos de <i>G. vaginalis</i> (3+)	-	Sugestiva de <i>Gardnerella</i>	Não visualizado

continua

continuação

13	BDA, CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(3+), RL(2+), BGP tipo differóide(1+)	-	Cocóide	<i>Candida sp.</i>
14	BD(3+), CEpit (3+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado
15	BD(3+), BGN(1+), CEpit (2+), CGP isolados e aos Pares(1+), DGN Extracelulares(1+), DGN intracelulares (raros), RL(3+) ¹	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado
16	BD(2+), BGN(1+), CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(1+), RL(3+), BGP tipo differóide(1+)	Leveduras(1+) Pseudohifas (1+)	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado
17	BDA, CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(1+), RL(2+), BG variáveis sugestivos de <i>G. vaginalis</i> (2+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado
18	BD(2+), BGN(1+), CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(1+), DGN Intracelulares(raros), DGN Extracelulares(2+), (raros RL(3+) ²	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado
19	BD(3+), CEpit (2+), RL(3+)	-	Bacilar	
20	BDA, BGN(1+), BGP(1+), CEpit (2+), RL(2+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado
21	BDA, BGN(2+), BGP(2+), CEpit (3+), RL(3+)	Leveduras (raras) Pseudohifas (raras)	Bacilar	Não visualizado
22	BDA, BGN(1+), BGP(2+), CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(1+), RL(3+)	-	Mista (bacilar e cocóide)	Não visualizado
23	BD(1+), BGN(1+), BGP(2+), CEpit (2+), CGP isolados e aos Pares(1+), RL(3+)	Leveduras (1+) Pseudohifas (1+)	Mista (bacilar e cocóide)	Não visualizado

continua

- 1 A gestante foi orientada a comparecer na próxima consulta para a coleta de material para cultura de secreção vaginal. No entanto, em todas as consultas ocorreram fatos que impediram a realização do exame. Na ocasião da adesão da gestante ao projeto de pesquisa ela se encontrava com aproximadamente 37 semanas de gestação. Foi esclarecida quanto à necessidade de realização de novos exames, mas não foi dito que a suspeita seria de blenorragia na intenção de evitar transtornos familiares.
- 2 Neste caso foi realizada nova coleta da secreção vaginal e a Microscopia corada pelo Gram não demonstrou diplococos gram-negativos, mas apontou a presença de *Trichomonas vaginalis*. A gestante foi orientada a agendar consulta para o pré-natal de alto risco para avaliação e conduta.

continuação

24	BD(3+), BGN(1+), CEpit (3+), RL(3+)	Leveduras (2+) Pseudohifas (2+)	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado
25	BD(2+), BGN(2+), CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(1+), RL(3+)	<i>Trichomonas</i> sp. (3+) Leveduras (1+) Pseudohifas (2+)	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado
26	BD(2+), BGN(2+), CEpit (2+), CGP isolados e aos Pares(1+), RL(2+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado
27	BDA, CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(1+), RL(1+), BG variáveis sugestivos de <i>G. vaginalis</i> (3+)	-	Cocóide	Não visualizado
28	BD(3+), BGN(1+), CEpit (3+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado
29	BDA, BGN(1+), CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(2+), RL(3+)	Leveduras (1+) Pseudohifas (2+)	Mista (bacilar e cocóide)	<i>Candida</i> sp.
30	BDA, CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(1+), RL(1+), BG variáveis sugestivos de <i>G. vaginalis</i> (3+)	Leveduras(1+)	Mista (bacilar e cocóide)	Não visualizado
31	BDA, CEpit (2+), CGP isolados e aos Pares(1+), BG variáveis sugestivos de <i>G. vaginalis</i> (3+)	-	Mista (bacilar e cocóide)	<i>Candida</i> sp.

APÊNDICE E

Resultados de Exames Laboratoriais e o exame de Papanicolaou das gestantes sem vulvovaginites. Campo Grande, MS, 2007.

Nº	Whiff	pH	EXAMES LABORATORIAIS		PAPANICOLAOU			
			Bacterioscopia corada pelo GRAM	À Fresco	Flora Bacteriana Vaginal	Agente Específico	Conclusão	
							OPAS	BETHESDA
1	negativo	4,0	BD(3+), CEpit (3+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado	Alterações inflamatórias	Negativo para LICM
3	negativo	4,0	BD(2+), CEpit (1+), CGP isolados e aos Pares(1+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado	Alterações inflamatórias	Negativo para LICM
4	negativo	4,0	BD(3+), CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(1+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado	Alterações inflamatórias	Negativo para LICM
9	negativo	4,0	BD(3+), BGN(1+), CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(1+), RL(2+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado	Alterações inflamatórias	Negativo para LICM
14	negativo	4,0	BD(3+), CEpit (3+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado		Negativo para LICM
19	negativo	4,0	BD(3+), CEpit (2+), RL(3+)	-	Bacilar	*		
20	negativo	5,0	BDA, BGN(1+), BGP(1+), CEpit (2+), RL(2+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado	Alterações inflamatórias	Negativo para LICM
22	negativo	4,0	BDA, BGN(1+), BGP(2+), CEpit (3+), CGP isolados e aos Pares(1+), RL(3+)	-	Mista (bacilar e cocóide)	Não visualizado	Alterações inflamatórias	Negativo para LICM
26	negativo	4,0	BD(2+), BGN(2+), CEpit (2+), CGP isolados e aos Pares(1+), RL(2+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado	Alterações inflamatórias	Negativo para LICM
29	negativo	4,0	BD(3+), BGN(1+), CEpit (3+)	-	Bacilar sugestiva de lactobacilos	Não visualizado	Alterações inflamatórias	Negativo para LICM

*Amostra insatisfatória - material extremamente hemorrágico.