

Veridiano

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE BIOLOGIA
CURSO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Freqüência de *Trichomonas vaginalis* (DONNÉ, 1836) em pacientes atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia- UFU no período de 1993 a 2003

Kelly Veridiany do Nascimento

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Ciências Biológicas, da Universidade Federal de Uberlândia para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Biológicas

Uberlândia – MG
Dezembro –2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE BIOLOGIA
CURSO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

Freqüência de *Trichomonas vaginalis* (DONNÉ, 1836) em pacientes atendidas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia- UFU no período de 1993 a 2003

Kelly Veridiany do Nascimento

Prof^a. Ms^a. Idessania Nazareth da Costa

Orientadora

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Ciências Biológicas, da Universidade Federal de Uberlândia para a obtenção do título de Bacharel em Ciências Biológicas

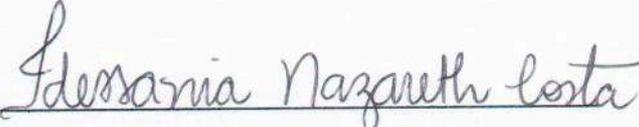
Uberlândia- MG
Dezembro-2003

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE BIOLOGIA
CURSO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

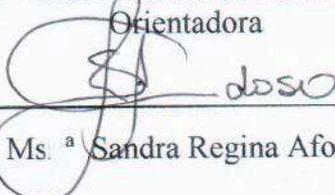
**Frequência de *Trichomonas vaginalis* (DONNÉ, 1836) em pacientes
atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de
Uberlândia- UFU no período de 1993 a 2003**

Kelly Veridiany do Nascimento

Aprovada pela banca examinadora em 03/12/2003 Nota 100,0

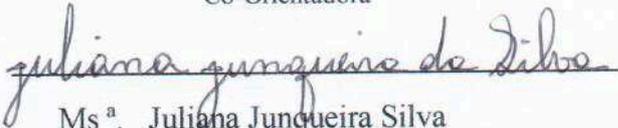


Prof.^a. Ms.^a. Idessania Nazareth da Costa
1º membro da banca examinadora
Orientadora



Prof.^a. Ms.^a. Sandra Regina Afonso Cardoso
2º membro da banca examinadora

Co-Orientadora



Ms.^a. Juliana Junqueira Silva

3º membro da banca examinadora


Universidade Federal de Uberlândia
Prof.^a Dra. Ana Angélica Almeida Barbosa
Coordenadora do Curso de Ciências Biológicas

Uberlândia- MG
Dezembro-2003

“ Que ninguém se vanglorie do seu saber nem despreze os humildes, pois estes sabem muitos segredos que Deus não revelou aos que têm fama de sábio”.

Roger Bacon

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer em primeiro lugar à Deus que acima de tudo me presenteou com o Dom da vida e me deu asas fortes para alçar vôo em direção ao meu sonho, o qual hoje se torna realidade.

Aos meus pais que neste momento tão difícil da minha vida em que a depressão tomou conta da minha alma e do meu ser e por vezes não quis mais viver eles me mostraram a luz... e tantas coisas que às vezes consideramos banais, mas que são a essência e o perfume mais doce da nossa existência.

Também ao meu querido tio Elton pelo carinho, carisma e "puxões de orelha" os quais ajudaram-me levantar... cair de novo e novamente levantar. Também ao meu tio Élio e à minha tia Vânia por muitas vezes deixarem de sair para ficar comigo e me contaminarem de alegria.

E à você Ms^a. Idessania Nazareth da Costa que foi muito mais que uma orientadora...foi uma... amiga, que acreditou em mim, me apoiou e me fez acreditar que eu era capaz e mesmo com minha auto estima baixa me ensinou a ter coragem de buscar forças naquele ser que achamos que está tão distante... mas está sempre pertinho de nós e às vezes as vendas de nosso egoísmo e tristeza não nos deixam o ver, Deus, o qual muitas vezes nem cobra muita fé da gente pois, como o maior psicólogo existente, sabe das angústias da nossa alma

À Sirlene que me ajudou a enfrentar e acreditar um pouco mais em mim. Também queria agradecer à Ana Angélica pelo apoio e consideração.

Também à grande professora Dr^a. Márcia Cury que me fez descobrir essa área tal maravilhosa que é a parasitologia e que sempre com um sorriso nos lábios, contagiava o meu ser, pois dava brilho aos meus olhos, música à meus lábios e pulos aos meus pés.

À técnica Maria das Graças e à Bióloga Maria do Rosário e a todos os técnicos da Parasitologia.

Não poderia esquecer de duas pessoas muito especiais à Sandra Regina Afonso Cardoso e à Juliana Silva Junqueira por terem aceitado a participar da banca examinadora, aumentando ainda mais o meu orgulho de vê-las presentes neste momento tão encantado da minha vida.

Obrigada á minha grande amiga e irmã Luciana de Souza Barbosa pela paciência, respeito, consideração e amizade nesse momento tão difícil da minha vida. Continue sempre assim, pois a nossa vida é como uma gota num oceano de águas e por ser fugaz e efêmera a nossa passagem pela terra devemos fazer como você: espalhar amor e alegria em cada passo, pois se assim fizermos não será em vão à nossa existência. E não só a sua existência, mas a tua presença não foi em vão na minha vida. Sempre presente em todos os momentos, alegres e tristes...acho que foi isso que desde o primeiro dia de faculdade no qual eu não quis conversar com você com medo de você me pedir uma bolacha e atrapalhar meu almoço te fez para mim mais que especial.

Também à minha amiga Gislaine Bernardes pelos conselhos, "lição de moral" e pela confiança que depositou em mim e na minha capacidade não só como Bióloga, amiga e como pessoa. À minha querida Ana Lúcia pelo carinho com o qual me ajudou neste trabalho deixando seus afazeres e abrindo mão de seu domingo para ficar comigo, doando um não só um pouco do seu tempo, mas também seu encanto, carisma e amizade.

À minha grande amiga Brasiely Martins de Souza por estar comigo não só nos momentos alegres, mas também naqueles momentos que ninguém queria minha presença, pois estava muito chata, e nestes dias lá estava Brasiely segurando a minha mão e limpando minhas lágrimas ... obrigada minha irmãzinha !!! Também à minha segunda mamãe Geiza Ferreira pelo carinho e por sempre acreditar em mim e me fazer descobrir que para crescermos e conseguirmos atingir nosso objetivos as nossas ações são imprescindíveis. Sendo assim, hoje estou aqui tornando um sonho realidade....depois de descobrir que só tornaremos reais nossos sonhos se os corporificarmos em atitudes práticas. Também ao

professor Ednaldo Carvalho Guimarães pelas orientações na estatística.

E a todos aqueles que não foram citados neste trabalho, mas de alguma forma, agora mais do que nunca fazem parte da minha vida.

RESUMO

O agente etiológico da tricomoníase, *T. vaginalis* pode ser encontrado no trato genitourinário de mulheres quanto de homens, provocando casos clínicos de: vulvovaginites, uretrites e tricomoníases não especificadas. O objetivo deste trabalho foi analisar por meio de estudos retrospectivo de prontuários todos os casos de tricomoníase encontrados no período de 1993 a 2003 de pacientes atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Dos 105.197 pacientes atendidos, 2944 (3%) apresentara-se positivos para casos de tricomoníase. Sendo que 2426 eram pertencentes ao sexo feminino (99%) e 32 (1%) ao sexo masculino. Foi encontrada maior freqüência de casos de vulvovaginite/vaginite 2426 (83%) seguido por casos de tricomoníase não especificada 471 (15%) e urogenital 47 (2%). A procedência dos pacientes submetidos ao atendimento no HC-UFU no período analisado foi de 91% de bairros distantes do centro de Uberlândia e 9% de regiões vizinhas. Poucos trabalhos demonstram a infecção por *T. vaginalis*, principalmente no Brasil, especificamente em nossa região. Além disso, são praticamente nulas pesquisas deste parasito nos indivíduos do sexo masculino, fazendo-se necessário maior atenção dos pesquisadores e profissionais da área para o assunto.

Palavras- Chaves: *Trichomonas vaginalis*, estudo retrospectivo, tricomoníases,

ÍNDICE

1- INTRODUÇÃO	01
2- MATERIAL E MÉTODOS	08
2.1- Local de estudo	08
2.2- População de estudo	08
2.3- Análise estatística	08
3- RESULTADOS	09
4- DISCUSSÃO	17
5- CONCLUSÃO	21
6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
7- ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

A Tricomoníase é uma das doenças mais prevalentes do mundo, sendo freqüente em todas as raças e continentes, cujo agente etiológico é o protozoário flagelado *Trichomonas vaginalis* (COSTAMAGNA et al., 2000). *T. vaginalis* pertence ao filo Sarcomastigophora; Família Trichomonadidae. Possui distribuição cosmopolita e seu habitat pode ser tanto o trato geniturinário da mulher quanto o do homem (IGLÉSIAS, 1997).

Segundo Rivero et al. (2002), em mulheres atendidas em hospitais e que participam de programas de planejamento familiar, a freqüência de *T. vaginalis* é de 11% em países Asiáticos, 12% em países latino-americanos e 60 % nos Africanos.

Os problemas de saúde na adolescência são caracterizados por uma carga psicossocial elevada e um nível de dano relativamente baixo. Neste sentido, a diminuição da idade da menarca e o início precoce da atividade sexual são fatores de risco para as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). As taxas de incidência oscilam segundo a população e a região analisadas. Em consequência dos grandes conglomerados urbanos, do início mais precoce da atividade sexual, da maior divulgação dos métodos anticoncepcionais e do próprio

apelo sexual que a sociedade impõe, observa-se, atualmente a manutenção da incidência dos altos níveis das principais DST, em especial as uretrites e vaginites (OLIVEIRA; LEMGRUDER, 2001a).

Dentre os processos infecciosos que ocorrem no trato genital feminino, as vulvovaginites são as mais comuns, sendo caracterizadas por dor vulvovaginal, ardor, prurido e uma tríade de sintomas pelos quais as mulheres freqüentemente procuram ajuda médica. Seus agentes causadores podem ser principalmente bactérias, fungos, protozoários e vírus (AZZAM et al., 2002). Pode-se dizer que $\frac{3}{4}$ das mulheres adultas sexualmente ativas terão pelo menos um episódio de vulvovaginite durante sua vida. É uma patologia que se inicia com fase aguda, apesar de poder estabelecer um estado evolutivo crônico, uma vez que mantém sua presença constante no decorrer de toda uma vida reprodutiva. A alta freqüência de vulvovaginite está relacionada à vários fatores intervenientes como o número de parceiros sexuais, número de relacionamentos sexuais por semana e presença de agentes de transmissão sexual, como, por exemplo o *T. vaginalis* (GIRALDO et al., 1997).

Em meninas antes da puberdade a vulvite é a forma inicial habitual da vaginite podendo ou não evoluir para tal, isto se deve à presença de corpos estranhos como oxiurose, micoses e uso abusivo de antibióticos. Os genitais femininos da menina desde o nascimento até a puberdade são suscetíveis a processos infecciosos como vulvovaginites devido a uma pequena quantidade de estrógeno e um pH neutro tornando a vagina um meio excelente para o cultivo bacteriano (JIMÉNEZ et al., 2001).

A forma clínica da tricomoníase varia de uma infecção totalmente assintomática à uma vaginite severa, podendo ocorrer lesões ectocervicais máculo-eritomasas, secreção vaginal purulenta e espumosa, eritema vulvo- vaginal, com pH vaginal superior a 4,5 e odor

característico presente (BARROS et al., 2002). Tanto mulheres quanto nos homens é necessário a intervenção de uma droga para a eliminação do parasito (TASCA; CARLI, 2002). A mulher, portanto pode queixar-se de corrimento vaginal, prurido e dor localizada durante o ato sexual (dispareunia) (IGLÉSIAS, 1997). Nos casos de gravidez, a tricomoníase está associada à feto de baixo peso e à ruptura prematura de membranas (OLIVEIRA; LEMGRUDER, 2001b). Os casos crônicos são de grande duração, podem ser encontradas lesões dermatológicas e piodermites nas partes altas das coxas (IGLÉSIAS, 1997).

Em alguns casos podem ser observadas lesões nas mucosas superficiais da vagina ou uretra. O infiltrado inflamatório nesses locais é de polimorfonucleares com poucos eosinófilos. A produção dessas lesões depende da cepa do parasito, como também do grau de imunidade do parasitado, pois pacientes com baixa imunidade devido à carcinoma, diabetes, Síndrome da Imunodeficiência Aquirida (AIDS), stress, desnutrição, uso do Dispositivo Intra Uterino (DIU) e de imunossuppressores, apresentam um campo fértil para a colonização do *Trichomonas* (GIRALDO et al., 1997). As trocas histopatológicas estão ausentes ou insignificantes em um terço dos casos. O epitélio escamoso afetado apresenta espongiocelose, hiperplasia irregular e deficiência de glicogênio (OLIVEIRA; LEMGRUDER, 2001b).

Nos homens o elo mais importante na disseminação da patologia ocasionada pelo parasito, é a ausência de sintomas, já que estes raramente se submetem ao tratamento e continuam a infectar as parceiras sexuais. Quando presente a sintomatologia do homem é de uma uretrite, prostatite ou vesiculite, com secreção uretral matutina, prurido uretral e disúria (IGLÉSIAS, 1997).

O risco da infertilidade é consequência de infecção tubária que pode estar relacionada com a infecção provocada por *T. vaginalis*. A participação do parasito como causa da

infertilidade, é devido à secreção tóxica eliminada pelo mesmo. Estudos recentes revelaram, *in vitro*, que a viabilidade e motilidade dos espermatozoides humanos em cultivo são afetados pelas proteínas secretadas por *T. vaginalis*, pois estas são capazes de imobilizar e matar espermatozoides (RIVERO et al., 2002).

Para o diagnóstico clínico é importante ser feita anamnese, a análise da existência ou não de corrimento, exame ginecológico sempre com atenção voltada para as lesões anatomopatológicas já descritas. No homem, deve ser investigada história de secreção uretral matutina, prurido e disúria. Para o diagnóstico laboratorial no caso das mulheres, é feito a pesquisa do parasito, tendo o cuidado de não deixar a paciente fazer a higiene vaginal por no mínimo 24 horas. No homem, pode-se proceder a uma massagem prostática e examinar o líquido prostático ao microscópio, ou utilizar o sedimento urinário para a pesquisa do parasito. A busca é realizada na secreção uretral ou vaginal, entre lâmina e lamínula ao microscópio. A coloração da secreção varia de amarelo-acinzentado, verde-amarelado, verde-claro ou cinza. É feito por exame a fresco com solução salina, demonstrando-se protozoários móveis ou pseudocistos. Para facilitar a visualização dos parasitos, a utilização de uma gota de azul cresil brilhante, diluída em uma gota de secreção vaginal, faz com que o material fique violeta e os protozoários brancos. Se necessário, a cultura deve ser realizada (NOWACK et al., 1999).

Imunologicamente a mucosa vaginal humana é formada por um epitélio estratificado e uma lâmina basal, rica em macrófagos, linfócitos, plasmócitos, eosinófilos, mastócitos e células de Langerhan's. Entre o lúmen vaginal e a lâmina basal, um sistema de canais intercelulares permite que uma resposta imunológica localizada ocorra através da migração dessas células e também de IgG e IgA, presente em grande quantidade na sua forma secretória (MORAES et al., 1996).

Pesquisa realizada com Imunofluorescência Indireta têm demonstrado a existência de IgG e IgA antitricomonas nas secreções vaginais de mulheres. No homem, ainda não foram evidenciados anticorpos em secreções uretrais de infectados pelo parasito. A sensibilidade do exame a fresco depende da concentração do parasito. O exame a fresco é menos sensível que o Papanicolau e cultura (OLIVEIRA; LEMGRUDER, 2001b).

Existem estudos para a utilização da hemaglutinação para o diagnóstico de *Trichomonas*, como também do método de ELISA, na rotina laboratorial (IGLÉSIAS, 1997).

O tratamento comumente preconizado emprega o metranidazol, com 95% de cura. Casos de resistência foram raramente reportados e a falha do tratamento está mais associada à reinfeção. O parceiro sexual deve ser igualmente tratado (BARROS et al., 2002).

Estudo realizado na cidade de Bolívar, Venezuela, avaliando o quadro clínico de 200 mulheres atendidas no Complexo Hospitalar Universitário teve como objetivo a determinação da prevalência de *Candida* sp e *T. vaginalis* em pacientes com sintomatologia clínica de vulvovaginite. Os resultados revelaram que o quadro clínico de vulvovaginite representavam 20 a 30% das enfermidades ginecológicas freqüentes em mulheres entre os 20 e 30 anos que faziam uso de contraceptivos orais (AZZAM et al., 2002).

Pesquisas feitas na Califórnia com o objetivo de determinar a probabilidade de tricomoníase apresentaram uma revisão retrospectiva de visitas ginecológicas à clínica e comparação médica de dados sobre tricomoníase durante 6 anos. A prevalência da infecção por *T. vaginalis* das 450 mulheres que apresentaram-se à clínica médica para ser feita a avaliação ginecológica foi de 37%. A maioria das infecções foram diagnosticadas precocemente, nenhuma mulher desenvolveu uma infecção nova após o tratamento adequado (KLAUSNER et al., 1999).

Trabalho executado no Instituto Nacional de Endocrinologia, Cuba, entre junho de 1999 e junho de 2000, objetivou conhecer a frequência de infecção por *T. vaginalis* e determinar sua interação com diferentes variáveis clínicas e fatores de risco em 172 pessoas. Das 172 pessoas submetidas ao estudo, detectou-se 10,5% de positividade para o parasito, sendo encontrado, leucorréia nas mulheres, e nos homens, 96,6%, de casos assintomáticos. Este estudo demonstrou ser altamente significativo conhecer antecedentes patológicos pessoais que pudessem estar relacionados com as causas de infertilidade e a presença do parasito. As associações mais frequentes destes protozoários foram com *Candida sp* e agentes causadores de vaginose bacterianas nas mulheres e com *Haemophilus influenza* nos homens (RIVERO et al., 2002).

Trabalho de Cardoso et al. (2000) teve como objetivo analisar a prevalência de vaginites específicas ou não em mulheres na pós-menopausa. Foram analisadas amostras de 533 mulheres portadoras de vaginites atendidas no Serviço de Citologia do Departamento de Análises Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte- Brasil, às quais se enquadravam na faixa etária compreendida entre 40 e 65 anos de idade, cujas amostras foram obtidas através de colheita tríplice (ectocérvice, endocérvice e fundo de saco vaginal), com posterior coloração pela técnica de Papanicolau. Os resultados demonstraram que em mulheres examinadas, houve predomínio de vaginites inespecíficas determinadas por flora mista, em 44,5 % das pacientes, seguida por infecções ocasionadas pela *Gardnerella vaginalis* em 10 % das pacientes. As vaginites específicas por sua vez, tiveram como predomínio, as infecções provocadas pela *Candida sp* em 156 casos (27,3%) seguidas pelo *T. vaginalis* observada em 72 pacientes (12,6%), tendo sido observada uma maior incidência destes agentes em mulheres com faixa etária variando entre 40 a 49 anos, seguidas por aquela com idade variando entre 50 a 59

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Local de estudo

O trabalho foi realizado no setor de protocolo Hospital da Universidade Federal de Uberlândia através de análise de prontuários e buscas de dados via computador.

Para a realização da pesquisa foi concedida autorização local dos profissionais da área.

É necessário informar que nenhum dado dos pacientes participantes do trabalho será divulgado.

3.2. População de estudo

Pacientes atendidos no Hospital de Clínicas da UFU no período de 1993 a 2003 e que apresentaram algum sintoma ocasionado pela presença de *Trichomonas vaginalis*.

3.3. Análise Estatística

O método utilizado foi a estatística descritiva por meio de cálculos de proporção; análise gráfica através de gráfico de setores e visualização e condensação dos dados em tabelas para melhor compreensão dos dados considerando suas alterações e permanências

(ARANGO, 2001).

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização da População de Estudo

Foram atendidos, nas clínicas de ginecologia e urologia do HC-UFU, no período de 1993 a 2003, 107.297 indivíduos. Destes, 2944 (2,7%) apresentaram casos clínicos caracterizados pela presença da infecção por *T. vaginalis* (Figura 1).

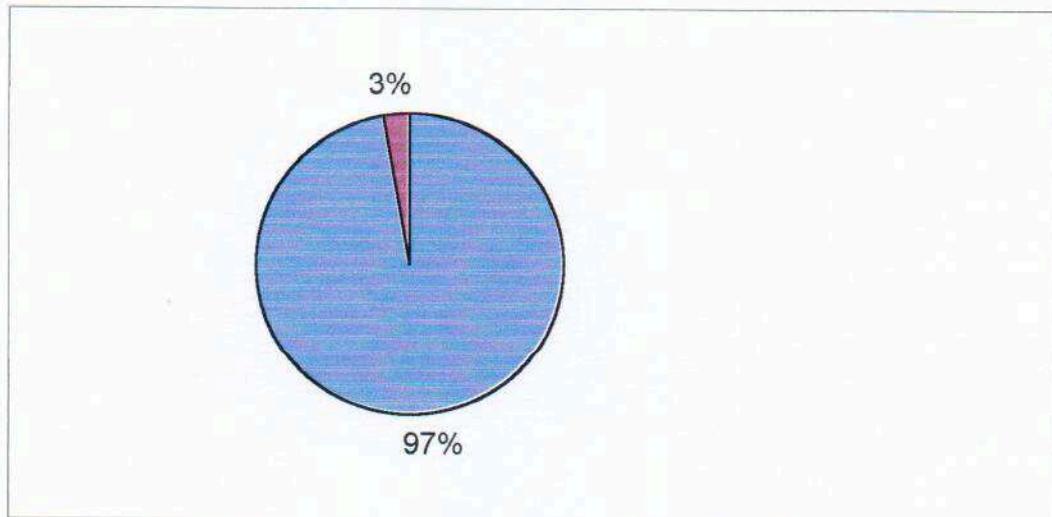


Figura 1. Frequência dos casos de tricomoníase em pacientes atendidos no HC-UFU no período de 1993 a 2003

Dos 2944 pacientes com tricomoníase, 99% eram pertencentes ao sexo feminino e 1% ao sexo masculino (Tabela 1), com média de idade variando de 30 a 36 anos.

Tabela 1. Distribuição por sexo dos 2944 pacientes com tricomoníase atendidos no HC-UFU no período de 1993 a 2003

Sexo	Total (%)
Masculino	32 (1,0%)
Feminino	2.912 (99,0%)
Total	2.944 (100%)

Dente os casos clínicos de tricomoníase, três se destacaram: vulvovaginite/ vaginite, não especificada e urogenital. A distribuição total dos casos segundo o sexo dos pacientes e a demonstração da porcentagem de cada caso dentro do período de estudo correspondente estão representados nas tabelas 2 e figura 2, respectivamente.

Tabela 2. Distribuição dos casos de tricomoníase segundo o sexo dos pacientes

Casos de Tricomoníase	Feminino (%)	Masculino (%)	Total
Tricomoníase não especificada	442 (93.8 %)	29 (6.2%)	471 (15%)
Urogenital	44 (93.6%)	3 (6.4%)	47 (2%)
Total	2912 (99%)	32 (1%)	2944 (100%)

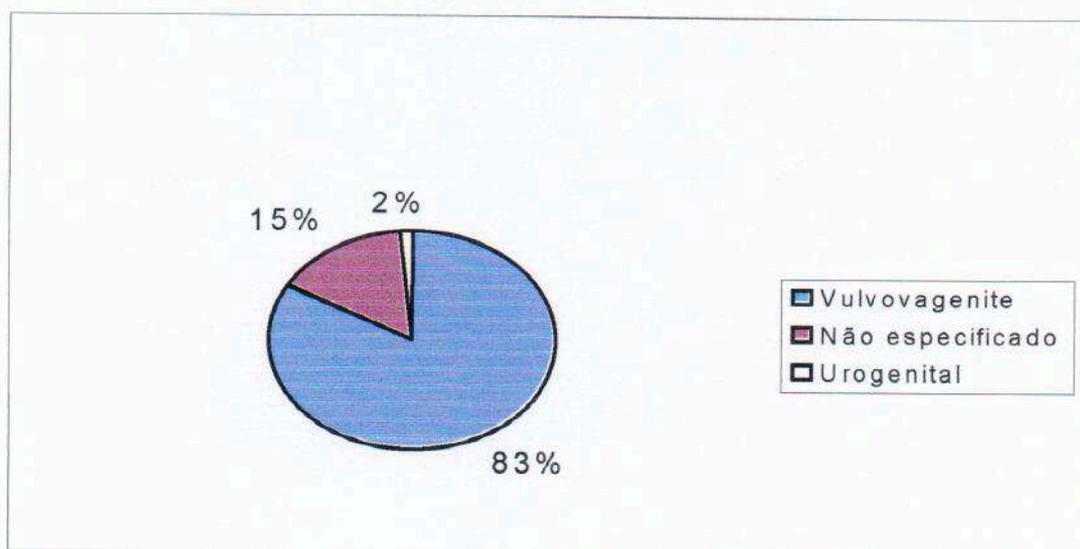


Figura 2. Porcentagem de indivíduos apresentando casos clínicos provenientes da infecção por *T. vaginalis* no período de 1993 a 2003

Pela análise retrospectiva dos prontuários, foi visto entre os 10 anos de estudo, uma maior detecção de casos nos anos de 1997 e 1998, sendo para ambos, vulvovaginite/vaginite as manifestações clínicas mais frequentes. A análise da figura 3, permite melhor comparação dos dados clínicos dentro de cada ano analisado. O mesmo foi feito, separadamente, para cada manifestação clínica de tricomoníase e variações no período correspondente (Figuras 4, 5 e 6). O anexo 1 demonstra a relação de casos encontrados e respectivos anos.

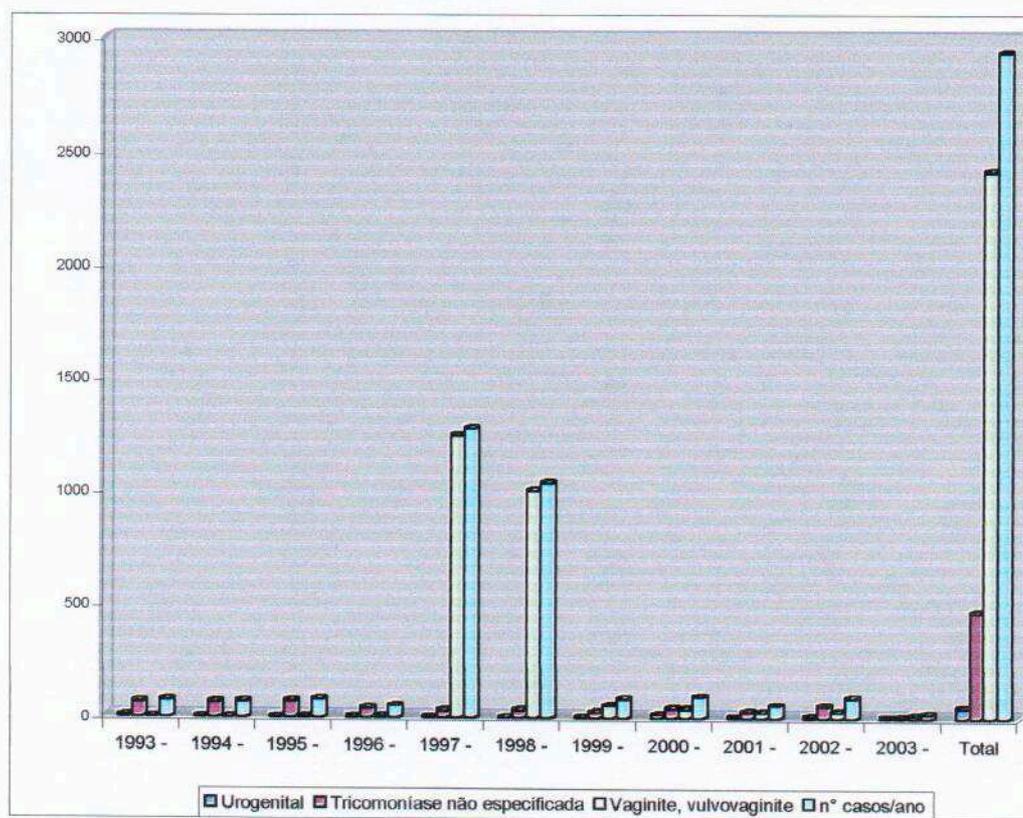


Figura 3. Número de casos provenientes da infecção por *T. vaginalis* nos pacientes atendidos no HC-UFU no período de 1993 a 2003

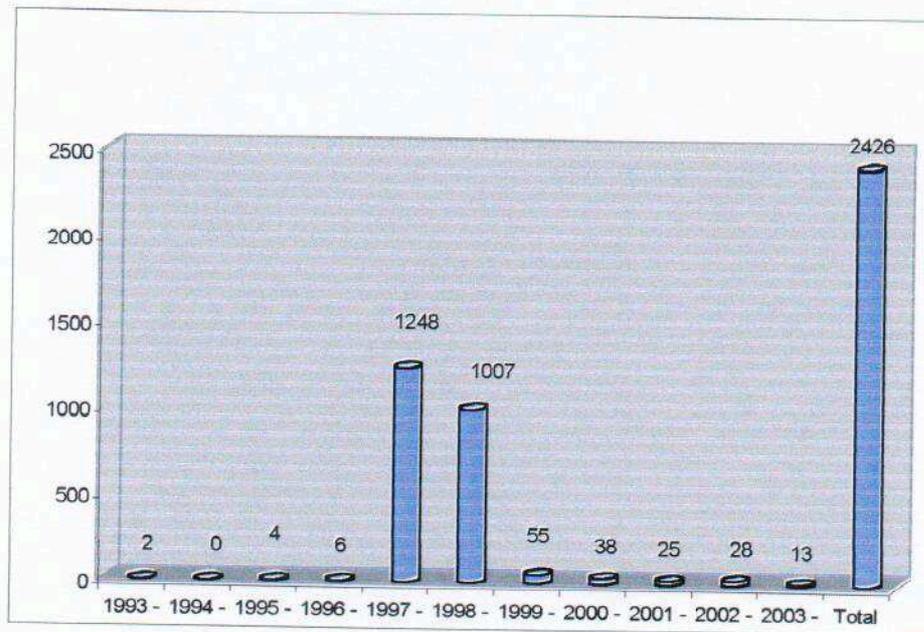


Figura 4. Número de casos de tricomoníase vaginite-vulvovaginite nos pacientes atendidos no HC-UFU no período de 1993 a 2003

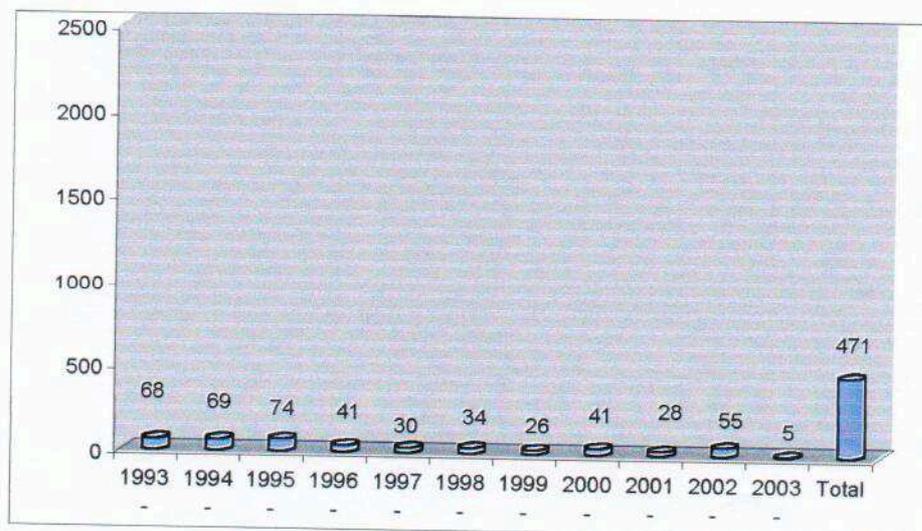


Figura 5. Número de casos de tricomoníase não especificada nos pacientes atendidos no Hospital de Clínicas no período de 1993 a 2003

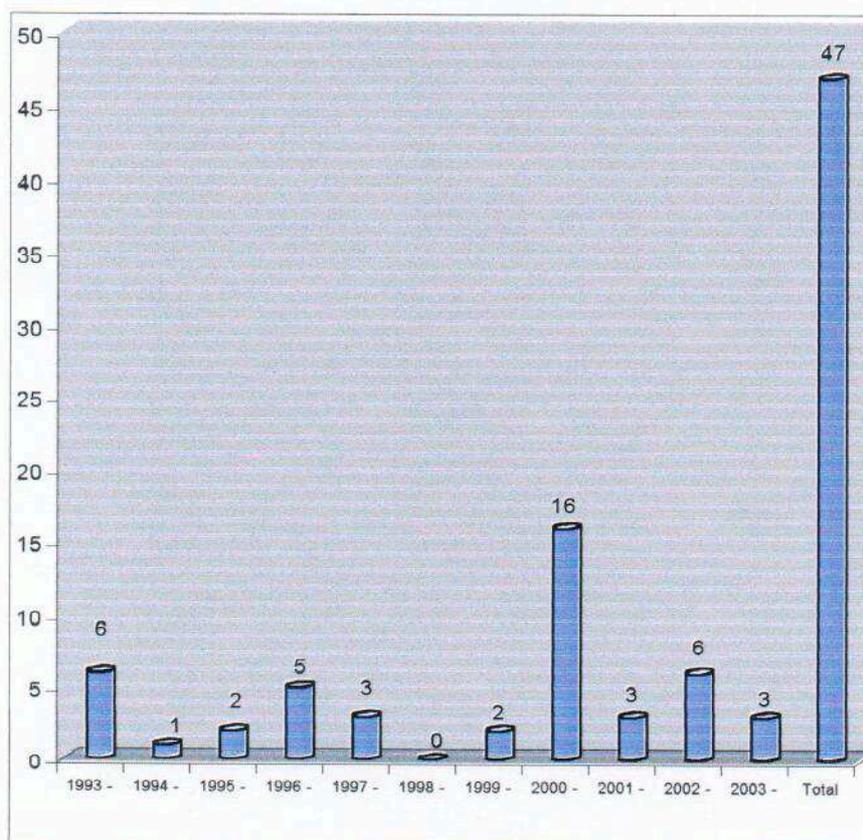


Figura 6. Número de casos de tricomoníase Urogenital nos pacientes atendidos no HC-UFU no período de 1993 a 2003

Dos pacientes que apresentaram-se positivos para as infecções provocadas pela presença de *T. vaginalis*, 2673 (91%) eram provenientes de bairros afastados da região central de Uberlândia e 271 (9%) de regiões vizinhas (figura 7). O anexo 2 apresenta a relação de bairros e quantidade de casos positivos.

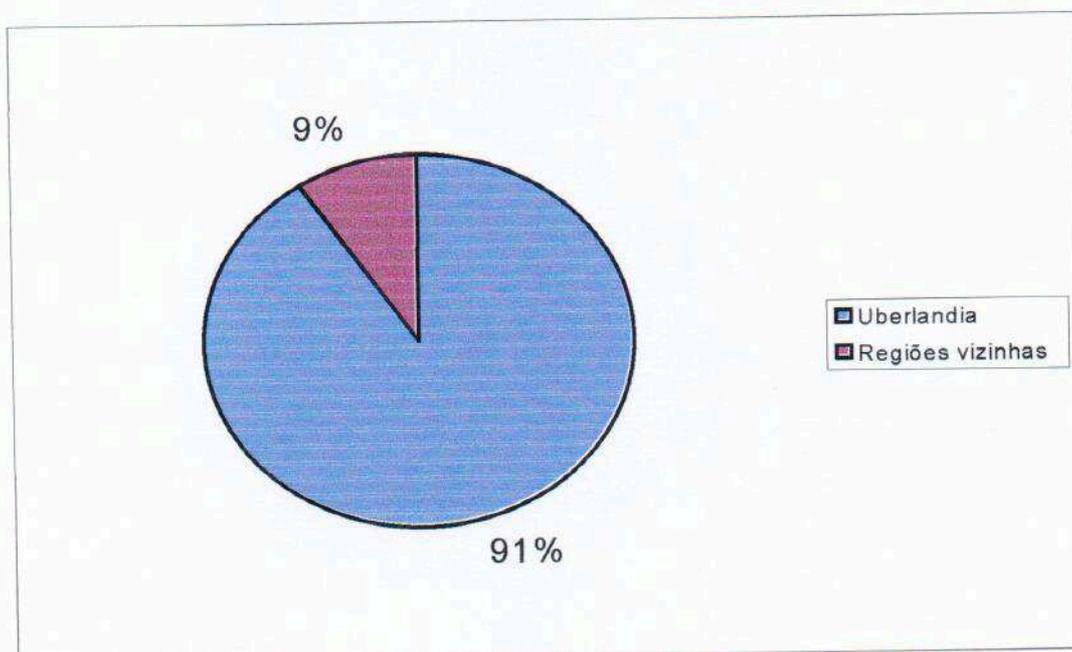


Figura 7. Porcentagem de pacientes de Uberlândia e regiões vizinhas infectados com *T. vaginalis* atendidos no HC-UFU no período de 1993 a 2003

5. DISCUSSÃO

Tricomoniase, entre outras infecções do trato geniturinário, constitui um dos mais comuns problemas na medicina clínica e um dos principais motivos das visitas aos hospitais, principalmente em clínica de ginecologia, no caso das mulheres (AZZAM et al., 2002).

Neste estudo a frequência de *T. vaginalis* foi de 3 %. Resultados compatíveis foram descritos por ADAD et al. (2001), em estudo na Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro durante os anos de 1969, 1978, 1988 e 1998 quando encontraram 3,4 % de positividade para *T. vaginalis*. Da mesma forma, HART (1993) detectou baixos índices de tricomoniase (1,8%) avaliando 5365 mulheres entre os anos de 1988 e 1991.

Acredita-se que o decréscimo na frequência de infecções provocadas por *T. vaginalis* quando comparado à outros patógenos do trato geniturinário, possivelmente sejam devido à mudanças nos hábitos de higiene da população, ausência de diagnóstico confirmatório como rotina laboratorial ou pela introdução de potentes e diferentes medicamentos (ADAD et al., 2001).

A elevada frequência, neste estudo, de pacientes positivos pertencentes ao sexo feminino (99%) quando comparada ao masculino (1%) pode ser explicada pelo fato de que na maioria dos homens, a infecção pelo protozoário é assintomática, o que faz com que a maioria destes não procurem uma clínica específica para avaliação adequada (ADAD et al., 2001).

Neste trabalho, a média da faixa-etária dos pacientes afetados variou de 30 a 36 anos, achado este condizente com afirmações de outros autores (COSTAGMA et al., 2000; AZZAM et al., 2002), os quais preconizam que este agente tem sua incidência mais elevada em mulheres

agente tem sua incidência mais elevada em mulheres com faixa-etária variando entre 30 e 50 anos, e declinando depois, dependendo do grau de desenvolvimento e atrofia do epitélio vaginal e também pelo fato destas mulheres se encontrarem sexualmente ativas (DELCROIX, 1998).

No presente estudo, dos 3 quadros clínicos provenientes da infecção por *T. vaginalis* (vulvovaginite/vaginite, não especificada e urogenital), o mais prevalente foi o de vulvovaginite nas mulheres, 2426 (83%).

A sua alta frequência está relacionada a vários fatores tais como o número de parceiros sexuais, número de coitos por semana, vestimentas, hábitos alimentares e de higiene (GIRALDO et al., 1997), fase pré-menstrual, implantação de dispositivos intra-uterinos, diabetes e antibioticoterapia prolongada as quais eliminam a flora normal da vagina, tornando-a mais susceptível à colonização por microorganismos como *T. vaginalis* dentre outros (AZZAM et al., 2002). Recentes publicações indicam que o parasito não é encontrado somente em infecções como vaginite mas também é um fator preponderante nos HIV positivos, causando também perda de peso e nascimento prematuro em bebês (LECKE et al., 2003).

Em relação aos casos de tricomoníase não especificada 471 (15%) e urogenital 47 (2%), existe uma dificuldade em fazer comparações com outros trabalhos da literatura, pois a maioria dos autores geralmente não apresentam detalhes dos seus achados, focando tão somente os casos de vaginite e vulvovaginite em mulheres. No entanto, acredita-se que os casos de tricomoníase não especificada estejam relacionados às dificuldades de diagnóstico já que na maioria das vezes é feita com base somente nos aspectos clínicos e pelas características da sintomatologia. Entretanto, várias técnicas laboratoriais têm e devem ser empregadas para confirmar a presença do parasito nos líquidos e secreção do trato-geniturinário, bem como teste de cultura e técnicas imunológicas (LEKHER; ALDERETE, 2000). Segundo AZZAM et al (2002) as manifestações clínicas somente conduzem a um diagnóstico preventivo, sendo

necessária a demonstração do agente mediante métodos laboratoriais, pois um diagnóstico adequado é essencial para a instalação totalmente eficaz, controle e não disseminação da infecção.

No homem, as infecções urogenitais que se manifestam pela presença de *T. vaginalis*, na maioria dos casos tornam-se uma uretrite que tende a desaparecer espontaneamente depois de duas semanas (LECKE et al., 2003).

Entre os dados encontrados neste trabalho, fato importante deve ser destacado quanto à quantidade de casos de tricomoníase urogenital em mulheres sendo de 44 (93.6%) e para homens, 3 (6.4%). Isso pode ser explicado pela própria estrutura anatômica do trato geniturinário, contribuindo para a instalação do parasito em órgãos na maioria das vezes, considerados erroneamente como existentes somente em um dos sexos, estando presentes nestes de forma atrofiada dificultando a detecção do parasito. Neste estudo é claro a existência de tal fato, considerado um alerta à população e profissionais da área para os cuidados e precauções que devem existir com relação ao assunto.

Segundo PASSOS (1995), a incidência das infecções de tricomoníase variou em relação às classes econômicas pesquisadas predominando em meio economicamente desfavorável, corroborando estas informações com nossos achados, visto que da população analisada neste estudo, 9% eram de regiões próximas à municípios de Uberlândia e os demais (91%) eram constituídos por indivíduos provenientes de bairros afastados do centro da cidade, alguns caracterizados pela baixa condição sócio-econômica o que provavelmente justifique a alta incidência destes agentes nestes pacientes.

Apesar das bases teóricas, poucos trabalhos tem sido realizados no intuito de apresentar dados ou mesmo esclarecer esta patologia em si, principalmente na nossa região, onde sem dúvida, tais pesquisas contribuirão, em muito, para o auxílio e compreensão da

doença já que esta acomete grande parte da população lesando de diversas formas os indivíduos que a apresentam.

Poucos trabalhos relatam a presença destas infecções nos homens. Para maior compreensão desta doença, necessita-se de muitos outros estudos esclarecedores, os quais com certeza trarão entendimentos suficientes e necessários para tentar sanar definitivamente esta patologia (GIRALDO et al., 1997).

6. CONCLUSÕES

- A frequência de tricomoníase encontrada em Uberlândia no período de 1993 a 2003 foi de 3%
- A variação da média para a faixa-etária dos pacientes infectados foi de 30 a 36 anos nos diferentes anos pesquisados
- O número de casos positivos de tricomoníase nas mulheres foi superior ao encontrado nos homens
- A manifestação clínica mais detectadas nas mulheres infectadas foi de vulvovaginite/vaginite
- A frequência dos pacientes positivos provenientes de regiões vizinhas à cidade de Uberlândia foi de 9%
- Recomenda-se a realização de técnicas de diagnóstico específicas para *Trichomonas vaginalis*, e principalmente a exatidão de dados nos prontuários com intuito de informar e complementar resultados úteis não só para os pacientes mas também para pesquisas na área

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS *

ADDAD, J. S. et al. Frequency of *Trichomonas vaginalis*, *Candida* sp and *Gardnerella vaginalis* in cervical-vaginal smears in four different decades. **Medical Journal**, São Paulo, v.119, n. 6, p. 200-5, jul. 2001.

ARANGO, H. G. **Bioestatística Teórica e Computacional**. Rio de Janeiro: Guanabara e Koogan, 2001, p. 235.

AZZAM-W, M, et al. Vulvovaginitis por *Candida* spp. Y *Trichomonas vaginalis* en mujeres sexualmente activas.(Venezuela). **Investigación Clínica**, Maracaibo, v. 43, n. 1, mar. 2002.

BARROS et al. Aspectos biológicos, sócio-econômicos e culturais de mulheres com corrimento vaginal. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v.15, n. 1, p. 4-15, 2002.

CARDOSO, R, S. M. et al. Prevalência de vaginites específicas e inespecíficas em mulheres na pós-menopausa. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, v. 32, n. 4, nov. 2000.

COSTAMAGNA , R. S. et al. La coloración fluorescente com naranja de acridina y el PAP: validación de ambas técnicas para la detección de *Trichomonas vaginalis*. **Parasitologia al dia**, Santiago, v. 24, n. 3-4, jul. 2000.

Segundo Normas da ABNT 2002*

DELCROIX, M. **Infecções Ginecológicas**, São Paulo: Editora Andrei, 1998, cap. 5.

GIRALDO, P. C. et al. Vulvovaginitis: aspectos habitualmente não considerados. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v.107, n. 4, p.89-93, Abr. 1997.

HART, G. Factors associated with trichomoniasis, candidiasis and bacterial vaginosis. **Sexually Transmitted Diseases Aids**, v. 4, p.- 21-5. 1993.

IGLÉSIAS, D. F. **Aspectos médicos das parasitoses humanas**. Rio de Janeiro: Médica e científica, 1997, p.66-86.

JIMÉNEZ, M. P; LEE, L. H; TALAVERA, N. S. Vulvovaginitis en niñas de 0 a 8 anos en una zona rural del Estado Falcón. **Revista de Obstetrícia e Ginecologia**, Venezuela, v. 61, n. 4, p. 245-249, 2001.

KLAUSNER, J. D et al. Investigation of a suspected outbreak of vaginal trichomoniasis among female inmates. **Sexually Transmitted Diseases**; San Francisco, v. 26, n.6, p. 335-8, July. 1999.

LECKE, B. S. et al. Perspective of a New Diagnostic for Human Trichomonosis. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 98, n. 2, p. 273-276, marc. 2003.

LEHKER , M . W; ALDERETE, J. F. Biology of trichomonosis. **Curring Poopin Infected Disease**, lugar, Editora, 2000, v. 13, p. 37-4.

- MORAES, A. P, S. Vulvovaginites Alérgicas. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, Rio de Janeiro, v. 106, n. 7, p. 243, july. 1996.
- NOWACK, L, D. et al. ESTUDO OS Aspectos Clínicos, Epidemiológicos e Atualização Terapêutica das Vulvovaginites por *Candida* sp., *Trichomonas vaginalis* e Vaginoses Bacterianas por *Gardnerella vaginalis*. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v. 77, n. 5/6, nov-dez.1999.
- OLIVEIRA, C.H; LEMGRUBER, I. Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: _____. **Tratado de Ginecologia**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2001a. v. 1 p. 731-744.
- OLIVEIRA, C.H; LEMGRUBER, I. Vulvovaginites. In: _____. **Tratado de Ginecologia**. Rio de Janeiro: Editora Revinter., 2001b. v. 1, p. 767-777.
- PASSOS, M, R. L. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 1995.
- RIVERO, R. L.; et al. Frecuencia de infección por *Trichomonas vaginalis* en parejas con transtornos de la fertilidad. **Revista cubana de Medicina Tropical**, Havana, v. 54, n. 2, ago. 2002.
- SAGUA, H., et al. Trichomonosis en adolescentes embarazadas de Antofagasta, Chile. **Parasitologia al dia**, Chile, v.23, (½): 9-14, ene-jun. 1999.
- TASCA, T; CARLI, A. G. Shape variations of *Trichomonas vaginalis* in presence of different substrates. **Parasitologia Latinoamericana**, Santiago, v. 57, n. 1-2. ene, 2002.

ANEXO I

Número de casos clínicos de tricomoníase encontrados nos pacientes atendidos no hospital de Clínicas no período de 1993 a 2003

Períodos	Urogenital	Tricomoníase não especificada	Vaginite, vulvovaginite	n° casos/ano
1993 -	6 (12,7 %)	68	2	76
1994 -	1 (2,12 %)	69	0	70
1995 -	2 (4, 25%)	74	4	80
1996 -	5(10,63%)	41	6	52
1997 -	3 (6,38%)	30	1248	1281
1998 -	—	34	1007	1041
1999 -	2 (4,25%)	26	55	83
2000 -	16 (34%)	41	38	95
2001 -	3(6,38%)	28	25	56
2002 -	6(12,7%)	55	28	89
2003 -	3(6,38%)	5	13	21
Total	47(100%)	471	2426	2944

ANEXO 2

Relação da quantidade de bairros com número de casos dos pacientes afetados por tricomoníase no período de 1993 a 2003

Bairros de Uberlândia relacionados com a quantidade de tricomoníase	Nº /Casos
Aclimação	46
Altamira	1
Alvorada	9
Aparecida	48
Aruanan	1
Aurora	4
Bandeirante	2
Bom Jesus	51
Brasil	168
Buritis	6
Canaã	14
Carajás	6
Cazeca	11
Centro	30
Cidade Jardim	27
Copacabana	6
Cruzeiro do Sul	12
Custódio Pereira	75
Daniel Fonseca	14
Dom Almir	12
Dona Zulmira	13
Erlan	3
Esperança	3
Gramado	13
Granada	23
Guarani	27
Higino Guerra	1
Industrial	29
Jaraguá	39
Jd Brasília	32
Jd Califórnia	19
Jd das Acácias	2
Jd Ipanema	40
Jd. América	3
Jd. Finotti]	4
Jd. Gravatás	7
Jd. Palmeiras	8
Jd. Patrícia	10
Lagoinha	22
Laranjeiras	3
Liberdade	21