



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Bastos, Francisco I.; Cunha, Cynthia B.; Hacker, Mariana A.; Grupo de Estudos em
População, Sexualidade e Aids
Sinais e sintomas associados às doenças sexualmente transmissíveis no Brasil, 2005
Revista de Saúde Pública, vol. 42, núm. 1, junio, 2008, pp. 98-108
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240172012>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Francisco I Bastos^I

Cynthia B Cunha^I

Mariana A Hacker^{I,II}

Grupo de Estudos em
População, Sexualidade e Aids*

Sinais e sintomas associados às doenças sexualmente transmissíveis no Brasil, 2005

Signs and symptoms associated with sexually transmitted infections in Brazil, 2005

RESUMO

OBJETIVO: As doenças sexualmente transmissíveis (DST) constituem um dos principais determinantes da carga de doença das populações em todo o mundo. O objetivo do estudo foi avaliar a morbidade auto-referida associada à ocorrência de DST, segundo gênero.

MÉTODOS: Os dados analisados referem-se à pesquisa realizada em 2005 e foram obtidos a partir de amostra probabilística em múltiplos estágios de 5.040 entrevistados, com 16-65 anos de idade, moradores nas regiões urbanas do Brasil. Esses dados foram cotejados com aqueles de pesquisa anterior, de 1998. Realizaram-se análises bivariadas, utilizando teste qui-quadrado de Pearson e regressão linear simples, seguidas por regressão logística.

RESULTADOS: Tanto para homens quanto para mulheres as variáveis: testagem anterior para o HIV, crença pessoal de que pode haver amor sem fidelidade e número de pessoas com quem teve relações sexuais na vida mostraram-se significativamente associadas ao desfecho. Porém, somente entre as mulheres as covariáveis a seguir se mostraram independentemente associadas ao desfecho: renda familiar baixa, residência na Região Centro-Oeste, Sudeste e Sul, e relato de violência física. Para os homens, as variáveis independentemente associadas foram: faixa etária (35 anos ou mais), residência na Região Sul e Estado de São Paulo, e auto-avaliação de risco de se infectar com o HIV.

CONCLUSÕES: Sinais e sintomas associados às DST apresentam forte diferencial de gênero na população geral, devendo ser objeto de intervenções educativas claramente distintas.

DESCRITORES: Doenças Sexualmente Transmissíveis, epidemiologia. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, epidemiologia. Inquéritos de Morbidade. Saúde Sexual e Reprodutiva. Brasil. Estudos transversais. Estudos Populacionais em Saúde Pública.

^I Laboratório de Informações em Saúde. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Laboratório de Hanseníase do Departamento de Micobacterioses. Instituto Oswaldo Cruz. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

* Integrantes: Elza Berquó, Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos, Ivan França Junior, Regina Barbosa, Sandra Garcia, Vera Paiva, Wilton Bussab.

Correspondência | Correspondence:
Francisco I. Bastos
Laboratório de Informações em Saúde
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Av. Brasil, 4.365 - Pavilhão Haity Moussatché
21040-900 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: bastos@cict.fiocruz.br

ABSTRACT

OBJECTIVE: Sexually transmitted infections (STIs) are a major determinant of population disease burden worldwide. The objective of the study was to assess self-reported morbidity associated to STIs according to gender.

METHODS: The study data were obtained from a 2005 study consisting of a multistage probabilistic sample of 5,040 respondents, aged 16–65 years, living in urban areas in Brazil. These data were compared with those from a previous 1998 study. Bivariate analyses were carried out using Pearson's chi-square test and simple linear regression followed by logistic regression.

RESULTS: In both men and women, the variables: previous HIV testing, personal belief in unfaithful love, and number of sexual partners in a lifetime were significantly associated to STIs. In women only, the covariates: low family income, living in the Center-West, Southeast and South regions, and reporting of physical violence were independently associated to STIs. In men, the variables associated were: age group (35 years or more), living in the South region and in the state of São Paulo, and self-perceived HIV infection risk.

CONCLUSIONS: Signs and symptoms associated to STIs have strong gender differences in the general population and education interventions should be specifically targeted to either men or women.

DESCRIPTORS: Sexually Transmitted Diseases, epidemiology. Acquired Immunodeficiency Syndrome, Epidemiology. Morbidity Surveys. Sexual and Reproductive Health. Brazil. Cross-sectional studies. Population Studies in Public Health.

INTRODUÇÃO

Em diversos contextos em todo o mundo, e de forma especialmente relevante nos países em desenvolvimento, as infecções sexualmente transmissíveis constituem um dos principais determinantes da carga de doença das populações.^{8,17} Por se tratar de um complexo conjunto de infecções causadas por diversos microorganismos, com evoluções e expressões clínicas bastante específicas, faz-se necessário esclarecer alguns conceitos básicos.

A designação infecção sexualmente transmissível (IST) é preferível à designação habitual – doença sexualmente transmissível (DST), uma vez que diversas dessas infecções têm curso predominante ou integralmente assintomático. Contudo, em se tratando de inquéritos de morbidade auto-referida que não se fazem acompanhar de investigação laboratorial, cabe antes utilizar o termo DST, pois tais estudos capturaram informações exclusivamente referentes a quadros sintomáticos. Resta, no entanto, a questão pertinente a quaisquer inquéritos populacionais não acompanhados de investigação clínica e laboratorial: saber em que medida a morbidade auto-referida reflete ou não o efetivo estado de saúde das respectivas populações.¹²

Diferentes IST podem se manter assintomáticas por períodos dilatados, o que não impede sua eventual evolução para quadros de saúde graves, como infertilidade, dor pélvica crônica, além de diferentes cânceres. A característica de diversas IST de evoluírem por tempo

prolongado de forma assintomática faz com que elas, na expressão de Eng & Butler⁸ (1997), constituam uma “epidemia oculta” (*hidden epidemic*), apenas perceptível na sua real extensão e gravidade por meio de estudos de base populacional, que conjuguem a aplicação de questionários e testes laboratoriais.

As DST constituem cofatores essenciais à aquisição e transmissão do HIV, com papel fundamental na dinâmica de transmissão do HIV em todo o mundo.^{1,22} Revestem-se ainda de especial gravidade e relevância em saúde pública os cânceres secundários à infecção por dois vírus de transmissão sexual: o vírus da hepatite B (HBV), que pode conduzir a quadros de cirrose, insuficiência hepática e carcinoma hepático, e o papiloma vírus humano (HPV), que está associado a diversos cânceres, com destaque para o câncer de colo de útero e câncer anal, e, como recentemente evidenciado, ao câncer das amígdalas e outras regiões da cabeça e pescoço.¹⁶

As diferenças evidenciadas na prevalência, incidência e morbidade das DST podem ser compreendidas em função da disposição biológica em adquirir determinadas infecções/doenças, dos diferentes comportamentos sexuais que determinam aumento ou redução no risco de adquirir tais infecções e das dimensões culturais e sociais onde estão inseridos homens e mulheres.

As desigualdades de gênero reforçam esta vulnerabilidade ampliada das mulheres e compreendem o acesso diferencial a bens materiais e imateriais, como à educação e a uma remuneração adequada, bem como da adoção ou não de medidas preventivas relativas à manutenção e promoção da saúde e acesso aos serviços de saúde.^{10,20}

Especificamente quanto à infecção pelo HIV-1, as mulheres são mais suscetíveis devido: a mudanças hormonais, fisiologia e ecologia da microbiota vaginal e a maior prevalência de outras DST;²¹ regras de pareamento sexual e afetivo, que colocam em interação, habitualmente, homens mais velhos (com maiores prevalências de fundo para diferentes DST em diversos contextos) e mulheres mais jovens;¹⁴ além dos constrangimentos à adoção e manutenção das medidas de proteção por parte das mulheres, inseridas em contextos de franca desigualdade de gênero, quando não de violência.¹¹

Estudos de base populacional, raros no Brasil, servem a três propósitos essenciais: a) subsidiar a implementação de estratégias de manejo e tratamento das principais síndromes clínicas associadas às doenças sexualmente transmissíveis;¹⁸ b) subsidiar as políticas públicas, os estudos epidemiológicos e a modelagem matemática em HIV/Aids, uma vez que as infecções/doenças sexualmente transmissíveis constituem um dos principais cofatores na disseminação do HIV por via sexual;^{1,22} e c) servir de marcadores potencialmente associados à prevalência de comportamentos sexuais de risco das populações, em estudos de linha de base e monitoramento.²²

O presente artigo teve por objetivo avaliar a ocorrência de morbidade auto-referida em relação às principais DST e variáveis associadas, segundo gênero.

MÉTODOS

Os dados analisados referem-se aos achados da pesquisa “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira Sobre HIV/Aids”, realizada em 2005,^a e cotejados com pesquisa similar realizada em 1998.^b Os dados foram obtidos por meio de uma amostra probabilística, em múltiplos estágios, de 5.040 entrevistados, a partir da aplicação de questionários padronizados individuais, com idades entre 16 e 65 anos de idade, moradores nas grandes regiões urbanas do Brasil. Em 1998, pesquisa similar havia sido realizada com 2.416 respondentes. A metodologia da pesquisa e seu respectivo plano amostral estão detalhadamente descritos em artigo deste suplemento.³

Ambas as pesquisas tomaram por base amostras representativas da população urbana brasileira, a partir

de microrregiões definidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O plano amostral, estratificado em quatro estágios, que se reduz a três nos estratos das capitais, sorteou, em cada microrregião, sucessivamente, setores censitários, domicílios particulares e indivíduos com idades entre 16 e 65 anos. Os dados analisados correspondem aos dos pós-estratos, definidos a partir de ponderações que corrigem a probabilidade de inclusão dos domicílios na amostra, como detalhado em Bussab & GEPSAIDS.³

As questões a respeito das DST abordaram sinais e sintomas auto-referidos sugestivos (morbidade percebida) e a história de DST de cada entrevistado, segundo diagnóstico que lhe tenha sido oportunamente comunicado por profissional de saúde autorizado (médico ou biomédico) (Tabela 1).

Inicialmente, realizaram-se análises bivariadas, com a utilização do teste qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas, e regressão linear simples para as variáveis discretas ou contínuas, para verificar se o coeficiente angular era significativamente diferente de zero. O objetivo foi selecionar possíveis marcadores de risco para o desfecho DST no modelo de regressão logística. As análises foram realizadas segundo gênero, ao nível de significância de 10% nas análises bivariadas e de 5% no modelo de regressão logística. Optou-se por utilizar um nível de significância mais conservador em função do tamanho da amostra, de efetiva base populacional e abrangência nacional. As variáveis selecionadas para análise encontram-se descritas na Tabela 1. Como os dados possuem estrutura complexa, fez-se necessária a utilização do comando “svy” do pacote estatístico Stata 8.0, que incorpora as ponderações pertinentes a amostras complexas à estimativa das variâncias.

Foram desenvolvidas análises adicionais, que excluíram o sintoma “corrimento vaginal” do conjunto de desfechos sob análise, uma vez que tal sintomatologia é sabidamente inespecífica e fracamente associada às DST *stricto sensu*.¹⁹

O projeto da pesquisa “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira Sobre HIV/Aids” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

RESULTADOS

Quando comparados com os dados da pesquisa realizada em 1998, a proporção de entrevistados que referiram conhecer uma ou mais de uma DST aumentou. Com relação às doenças mais conhecidas – Aids, gonorréia e sífilis (as duas últimas designadas habitualmente “DST bacterianas clássicas”), observou-se um aumento de 8,8%, 42,5% e 67,4%, respectivamente, na proporção

^a Pesquisa coordenada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap) e Ministério da Saúde.

^b Berquó E, coordenador. In: Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional DST e Aids; 2000 (Série avaliação, 4).

de entrevistados que declararam conhecê-las, comparando-se os achados de 2005 com os da pesquisa de 1998. Entretanto, os níveis anteriores de conhecimento acerca da existência dessas doenças eram expressivos já em 1998, com percentuais de 90,7, 62,1 e 47,6 para Aids, gonorréia e sífilis, respectivamente.

Com relação à infecção por clamídia, à hepatite B, ao linfogranuloma e à infecção pelo HPV, raramente referidas na pesquisa de 1998, aumentou a proporção de entrevistados que foram capazes de identificar tais agravos a partir da sua enumeração na pesquisa de 2005 (Figura).

A Tabela 2 apresenta os achados relativos a sinais e sintomas potencialmente associados às DST, estratificados segundo informações sociodemográficas e comportamentais dos entrevistados em 2005. A proporção de indivíduos que relataram não ter tido qualquer um dos sinais e sintomas que lhes foram perguntados (corrimento, úlceras, feridas ou verrugas genitais) foi significativamente menor entre as mulheres (40,8%) do que entre os homens (84,4%).

As proporções de entrevistados que relataram nunca ter tido quaisquer dos sinais e sintomas referentes às DST foram de 76,8% e 67,7% entre aqueles com 16-19 anos e 20-24 anos, respectivamente. Nas demais faixas etárias essa proporção variou de 54% a 62%.

Entre aqueles que cursaram o ensino fundamental e médio, as proporções de entrevistados que declararam nunca ter tido qualquer dos sinais e sintomas mencionados foram de, respectivamente, 61,7% e 64,7%. Essa proporção entre entrevistados com maior grau de escolaridade foi de 53,5% ($p=0,0001$). A proporção de indivíduos que relataram corrimento (uretral ou vaginal) foi de 16,2% entre os homens com graduação/pós-graduação e de 66,4% entre as mulheres com escolaridade equivalente.

Levando-se em conta a estratificação em função da renda familiar, as proporções de entrevistados que relataram nunca ter tido quaisquer dos problemas mencionados não variou entre os estratos avaliados ($p=0,2989$), correspondendo a 57,6% entre os de renda familiar inferior a um salário mínimo e 58,3% no estrato com renda superior a dez salários mínimos.

A proporção de indivíduos que disseram não ter tido qualquer dos sinais e sintomas mencionados foi de 78,9% entre os solteiros, e de 49,4% entre os separados e viúvos. Entre os casados ou que moram juntos, essa proporção correspondeu a 53,8%. Essas proporções foram estatisticamente diferentes ($p<0,000$). Esta proporção foi também mais elevada entre aqueles que declararam não ter tido relações sexuais nos 12 meses anteriores à entrevista, frente àqueles que referiram ter tido relações sexuais neste mesmo período. Porém, a diferença não se mostrou estatisticamente significativa (61,1% vs. 59,6%; $p=0,572$).

Tabela 1. Descrição das variáveis relacionadas à prevalência auto-relatada de doenças sexualmente transmissíveis. Brasil, 2005.

Nome	Codificação
Desfecho	
Doença sexualmente transmissível	0. "Nunca teve nenhuma doença deste tipo" (referência) 1. "Já teve, mas não tem mais" ou "Tem no momento alguma doença deste tipo"
Covariável	
Faixa etária (anos)	0. "16-34" 1. "35 ou mais"
Região de residência	0."Norte e Nordeste" (referência) 1. "Centro-Oeste e Sudeste" 2. "São Paulo" 3. "Sul"
Testagem para o HIV	0. "Não" (referência) 1. "Sim"
Crença pessoal: "Pode haver amor sem fidelidade"	0. "Não" (referência) 1. "Sim"
Risco do próprio entrevistado de contrair AIDS	0. "Alto/Médio" (referência) 1. "Nenhum/Baixo"
Renda familiar	0. "Maior que 2 SM" 1. "Até 2 SM"
Número de parceiros sexuais na sua vida	0. "1" (referência) 1. "2-5" 2. "6 ou mais"
Violência física	0. "Não" (referência) 1. "Sim"

SM: salário mínimo

* Optou-se por utilizar a forma binária no modelo

A proporção de entrevistados que relataram não ter tido quaisquer dos sinais e sintomas mencionados foi menor entre os entrevistados residentes em municípios localizados no Centro-Oeste (52,8%) e Nordeste (59,8%), comparados aos entrevistados residentes nas demais Regiões. Essas diferenças se mostraram estatisticamente significativas ($p=0,007$).

A Tabela 3 apresenta as covariáveis selecionadas na análise bivariada como potencialmente associadas ao desfecho, segundo gênero. Observou-se prevalência de DST auto-referida de 26% para indivíduos do sexo masculino nas faixas etárias a partir de 35 anos. Entre as mulheres, observou-se maior concentração dessas afecções entre 25 e 44 anos, com um percentual de 20,6%. Em ambos os sexos, a maior prevalência de DST auto-referidas foi observada para a faixa etária de 35 anos ou mais (20,9%), enquanto que para a faixa etária de 16 a 34 anos, este percentual foi de 14,5% (Tabela 3).

Tabela 2. Prevalência auto-relatada de sintomas de DST. Brasil, 2005.

Variável	Sintomas relatados				
	Corrimento uretral (homens)	Corrimento vaginal (mulheres)	Úlceras ou feridas nos órgãos genitais	Verrugas nos órgãos genitais	Não teve nenhum dos problemas mencionados
Sexo					
Masculino	13,6	-	1,2	1,2	84,4
Feminino	-	58,6	3,6	1,4	40,8
p			<0,000	0,632	<0,000
Idade (anos)					
16-19	3,6	44,0	0,5	0,9	76,8
20-24	5,7	56,8	2,6	1,1	67,7
25-34	9,7	66,0	1,9	1,1	59,3
35-44	20,1	63,7	4,1	1,9	54,1
45-54	20,0	55,6	3,1	1,4	58,0
55-65	21,1	48,8	1,8	1,3	62,0
p	<0,000	<0,000	0,004	0,595	<0,000
Escolaridade					
Ensino fundamental	14,7	57,2	2,4	1,2	61,7
Ensino médio	10,4	56,0	2,3	1,3	64,7
Graduação/pós-graduação	16,2	66,4	3,7	1,4	53,5
p	0,027	0,009	0,227	0,813	<0,000
Renda familiar (SM)					
Até 1	18,1	55,0	2,7	1,1	57,6
Mais de 1 até 2	12,0	54,3	1,7	0,9	63,0
Mais de 2 até 3	8,7	59,1	2,2	1,6	63,4
Mais de 3 até 5	13,5	60,7	3,0	1,3	61,1
Mais de 5 até 10	15,1	60,6	2,5	0,9	63,1
Mais de 10	16,9	63,7	4,6	2,3	58,3
p	0,061	0,191	0,110	0,512	0,299
Situação conjugal					
Solteiro(a)	7,1	49,0	1,5	0,9	78,9
Casado(a)	17,3	60,8	3,0	1,3	58,2
Separado(a)/viúvo(a)	16,9	58,1	2,5	1,9	49,4
Unido(a)/mora junto(a)	17,2	65,4	3,5	1,8	53,8
p	<0,000	<0,000	0,014	0,326	<0,000
Sexualmente ativo nos últimos 12 meses?					
Sim	14,7	62,8	2,8	1,4	59,6
Não	6,0	49,9	1,9	1,9	61,1
p	0,005	<0,000	0,258	0,424	0,572
Região de residência					
Norte	17,1	34,6	1,9	1,3	72,7
Nordeste	19,7	56,5	2,3	1,4	59,8
Sul	11,4	48,7	3,9	1,5	65,4
Sudeste	10,0	63,2	2,6	1,3	61,7
Centro-Oeste	23,4	64,2	0,3	1,3	52,8
p	<0,000	<0,000	0,054	0,958	0,007

Tabela 3. Prevalência de DST auto-relatadas, segundo covariáveis selecionadas. 2005

Variável	Sexo masculino %	n	Sexo feminino %	n	Ambos os sexos %	n
Faixa etária (anos)						
16-34	10,2*	1080	18,9	1014	14,5*	2152
35 ou mais	26,1	1128	16,5	1335	20,9	2507
Renda familiar						
Até 2 SM	22,4**	522	21,5**	677	21,8*	1228
Maior que 2 SM	17,1	1686	15,9	1672	16,6	3431
Região de residência						
Norte e Nordeste	23,4*	573	22,8**	612	22,9*	1220
Centro-Oeste e Sudeste	22,0	681	15,5	706	18,7	1422
Estado de São Paulo	10,4	649	16,9	671	13,6	1342
Sul	17,4	305	13,8	360	15,8	676
Número de parceiros "Sexualmente ativos nos últimos 12 meses"						
Nenhum	11,1**	134	14,3*	334	13,5*	478
1	17,8	1608	17,3	1914	17,6	3612
2 ou mais	22,3	465	32,2	101	23,9	570
Nº de parceiros com diferença de idade maior ou igual a 10 anos						
Nenhum	16,3*	1637	17,0**	1622	16,7*	3338
1 ou mais	28,3	436	22,7	393	25,5	843
Nº de pessoas com as quais o entrevistado teria tido relações sexuais na sua vida, aproximadamente						
1	2,6*	133	13,4*	1107	12,4*	1271
2-5	7,9	535	19,0	957	15,2	1535
6 ou mais	23,8	1395	33,0	240	25,0	1663
Tipo de relação						
Somente relações estáveis	19,8	1468	18,0**	1801	18,9**	3351
Relações estáveis e/ou eventuais	17,9	534	28,5	118	19,5	662
Sem relações sexuais nos últimos 12 meses	10,9	135	13,9	353	13,2	497
Parceiro estável/ eventual: uso de preservativo (sempre)						
Não	20,0**	1602	16,5**	1977	18,1	3652
Sim	14,1	601	23,7	360	17,7	989
Testagem para o HIV						
Não	16,8**	1546	15,6**	1372	16,2*	2975
Sim	22,1	655	20,6	965	21,1	1666
Crença pessoal: "Pode haver amor sem fidelidade"						
Não	17,2**	1633	16,4*	2004	16,8*	3717
Sim	22,5	535	24,2	322	23,1	879
Risco do próprio entrevistado de contrair Aids						
Alto/ médio	23,9	216	24,1**	273	23,5*	509
Nenhum/baixo	17,7	1978	16,6	2033	17,2	4094
Violência física						
Não	17,6**	2007	16,1*	2016	16,8*	4103
Sim	25,5	200	26,7	332	26,4	552

* p<0,005

** p<0,05

Observou-se uma maior prevalência de DST auto-referidas entre os entrevistados que relataram auferir renda de até dois salários mínimos ao mês, com 21,5% de prevalência entre as mulheres, 21,8% para ambos os sexos e 22,4% entre os indivíduos do sexo masculino. No estrato com renda familiar de dez salários mínimos ou mais, os percentuais foram muito próximos para as diferentes categorias, em torno de 20,0%.

Indivíduos de ambos os sexos residentes em municípios das Regiões Norte/Nordeste, Centro-Oeste/Sudeste apresentaram prevalências de DST auto-referidas de maior magnitude (22,9% e 18,7%, respectivamente) quando comparadas aos residentes na Região Sul (15,8%), para todos os grupos. As menores prevalências de DST auto-referidas foram observadas entre as mulheres residentes nas Regiões Centro-Oeste/Sudeste (15,5%) e Sul (13,8%).

Considerando-se os três grupos – homens, mulheres e população como um todo –, a prevalência de DST auto-referida foi, via de regra, mais elevada entre aqueles que mencionaram ter tido mais parceiros sexuais na vida e em contextos em que havia maior diferença entre as idades do entrevistado e seu(s) parceiro(s), ainda que com especificidades quanto ao gênero do entrevistado. Observou-se maior prevalência de DST auto-referida entre as mulheres que relataram ter tido dois ou mais parceiros sexuais nos 12 meses anteriores à entrevista. Entre os entrevistados do sexo masculino, a covariável associada à maior prevalência de DST auto-referida foi a diferença de dez anos ou mais de idade entre o entrevistado e seu parceiro sexual. Entrevistados que referiram ter tido relações sexuais com seis ou mais parceiros, na vida, referiram maior ocorrência de DST, com prevalência de 33,0% entre as entrevistadas, e de 23,8% para os entrevistados do sexo masculino.

As entrevistadas reportaram mais freqüentemente DST do que homens e entrevistados de ambos os sexos, no contexto de relações sexuais eventuais e estáveis nos 12 meses anteriores à entrevista, com 28,5% de prevalência auto-referida *versus* 17,9% entre os entrevistados do sexo masculino e 19,5% entre os entrevistados de ambos os sexos. Ao considerar os entrevistados que referiram não ter tido relações sexuais nos 12 meses anteriores à entrevista, os entrevistados do sexo masculino apresentaram prevalências auto-referidas de DST na vida mais baixas (10,9%), se comparados à prevalência de cerca de 14% para as mulheres e entrevistados de ambos os sexos.

A testagem anterior para o HIV foi menos freqüentemente relatada pelas entrevistadas (20,6%) e entrevistados de ambos os sexos (21,1%), se comparados aos homens (22,1%).

Solicitou-se aos entrevistados que se autoclassificassem como estando sob alto, médio ou nenhum/baixo risco de contrair Aids. Dentre os entrevistados de ambos os sexos, 23,5% se classificaram como sob alto risco de

Tabela 4. Modelos para DST auto-reportada. Brasil, 2005.

Covariável	OR (IC 95%)	
	Sexo masculino	Sexo feminino
Faixa etária de 35 anos ou mais	3,60 (2,62;4,95)	1,01 (0,79;1,29)
Renda familiar de até 2 SM	1,29 (0,93;1,78)	1,47 (1,06;2,02)
Região de residência:		
Centro-Oeste e Sudeste	0,80 (0,56;1,13)	0,63 (0,41;0,98)
Estado de São Paulo	0,35 (0,23;0,53)	0,72 (0,46;1,11)
Sul	0,63 (0,43;0,92)	0,52 (0,34;0,79)
Fez teste para HIV	1,52 (1,10;2,09)	1,35 (1,02;1,79)
Crença pessoal: “Pode haver amor sem fidelidade”	1,49 (1,05;2,10)	1,51 (1,05;2,16)
Risco classificado como nenhum ou baixo do entrevistado contrair Aids	0,54 (0,34;0,86)	0,78 (0,53;1,14)
Número de parceiros sexuais na vida:		
2-5 pessoas	2,83 (0,98;8,19)	1,32 (0,99;1,76)
6 ou mais pessoas	8,38 (3,14;22,32)	2,49 (1,67;3,70)
Violência física	1,56 (0,97;2,52)	1,62 (1,17;2,25)

pegar Aids. Observou-se diferença significativa quanto à prevalência auto-referida das DST tanto para os homens ($p=0,0495$), como para as mulheres ($p=0,0076$) que disseram estar sob risco elevado (23,9%, *versus* 24,1%, respectivamente).

A Tabela 4 summariza as estimativas do modelo de regressão logística, para homens e mulheres. As variáveis independentemente associadas ao desfecho foram: faixa etária mais elevada, com uma *odds ratio* (OR) ajustada de 3,60 (IC 95%: 2,62;4,95) para os entrevistados do sexo masculino; renda familiar de até dois salários mínimos, com uma OR ajustada de 1,47 (IC 95%: 1,06;2,02), para entrevistados do sexo feminino; testagem para o HIV, com OR ajustadas de 1,52 (IC 95%: 1,10;2,09) e 1,35 (IC 95%: 1,02;1,79), para entrevistados do sexo masculino e feminino, respectivamente; crença pessoal acerca de se pode ou não haver “amor sem fidelidade” com 1,49 (IC 95%: 1,05;2,10) e 1,51 (IC 95%: 1,05;2,16), para os indivíduos do sexo masculino e feminino, respectivamente; com quantas pessoas, aproximadamente, reportou ter tido relações sexuais na vida, com 8,38 (IC 95%: 3,14;22,32), para entrevistados do sexo masculino, considerando-se como ponto de corte “seis ou mais parceiros na vida”, enquanto para o sexo feminino foi de 2,49 (IC 95%:

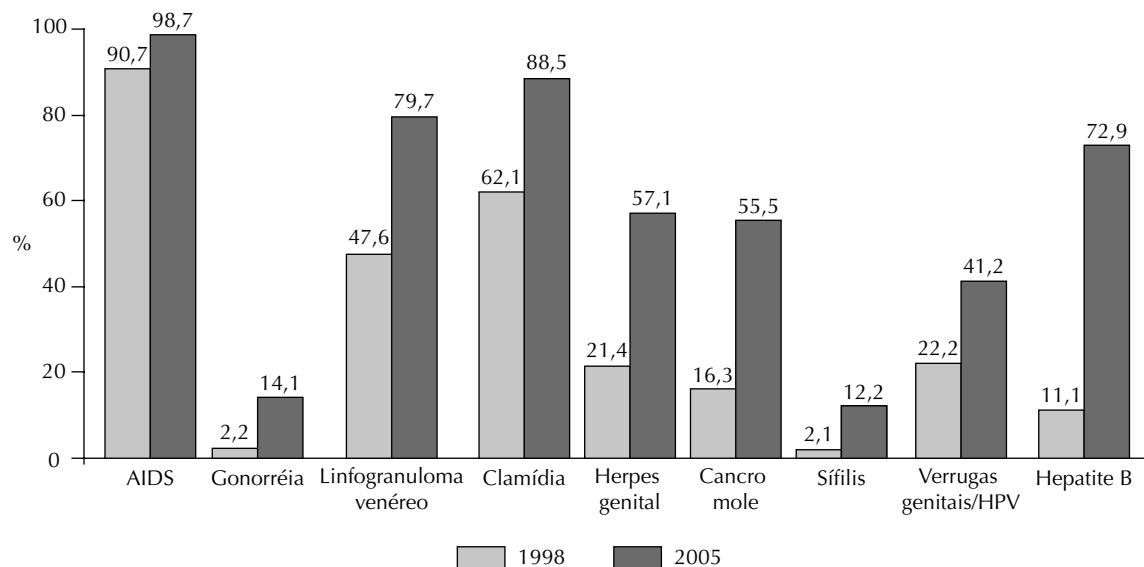


Figura. Proporção de indivíduos que conhecem as doenças sexualmente transmitidas. Brasil, 1998 e 2005.

1,67;3,70); além do relato de ter sofrido violência física, com 1,62 (IC 95%: 1,17;2,25) para indivíduos do sexo feminino.

Algumas covariáveis se mostraram associadas de forma independente, e inversamente proporcional, ao desfecho (variáveis protetoras). Essas variáveis incluem: região de residência, tendo como categoria de comparação os entrevistados das Regiões Norte e Nordeste, com a categoria “residir no estado de São Paulo”, com uma OR=0,35 (IC 95%: 0,23;0,53) entre os entrevistados de sexo masculino. Para os entrevistados da Região Sul, as OR estimadas foram de 0,63 (IC 95%: 0,43;0,92), para os entrevistados do sexo masculino, e de 0,52 (IC 95%: 0,34;0,79), para os indivíduos do sexo feminino. Comparando-se os indivíduos residentes em municípios situados nas Regiões Centro-Oeste e Sudeste, evidenciou-se OR de 0,63 (IC 95%: 0,41; 0,98) para os entrevistados do sexo feminino.

A variável autoclassificação quanto ao risco de contrair Aids “nenhum ou baixo risco” se mostrou associada ao desfecho, com OR ajustada de 0,54 (IC 95%: 0,34;0,86) para os entrevistados do sexo masculino.

Em nenhum modelo, as variáveis: utilização de preservativo com parceiro estável ou eventual, número de parceiros com diferença de idade maior ou igual a dez anos, e tipo de relação sexual nos 12 meses anteriores à entrevista se mostraram significativamente associadas à prevalência de DST auto-referidas; entretanto, tais variáveis referem informações de períodos de tempo dispare.

DISCUSSÃO

Embora a presente pesquisa não mensure a prevalência efetiva das DST, uma vez que sistematiza informações auto-referidas, é razoável supor que a morbidade auto-referida corresponda, em certa medida, à história de DST vivenciada pelos entrevistados. Cabe excluir, no entanto, as infecções assintomáticas e considerar os vícios de informação, que tendem a subenumerar informações referentes a temas que possam representar constrangimento para os entrevistados.^{9,15} Tais vícios de informação podem ter importantes diferenciais de gênero, cuja adequada compreensão exigiria estudos adicionais, que ganhassem em profundidade o que eventualmente perderiam em abrangência. Esta maior profundidade poderia ser buscada por meio da aplicação de instrumentos mais detalhados e estudos qualitativos, a serem triangulados com os achados epidemiológicos.

O relato de DST e problemas relacionados foi mais freqüente entre os entrevistados com maior escolaridade e maior renda familiar. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de opinião pública sobre Aids/DST realizada pelo Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope), por encomenda do Ministério da Saúde, entre 26 e 29 de janeiro de 2003, com amostra representativa da população brasileira sexualmente ativa e idade igual ou superior a 14 anos.^a Entre os entrevistados que haviam cursado o ensino fundamental, 38% relataram ter tido algum problema no órgão sexual/ao urinár, proporção inferior aos 43%

^a IBOPE. Brasil (2003). DST. Pesquisa com a população sexualmente ativa. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde; Programa Nacional de DST e Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/main.asp?View=%7BA62BDF6E-914A-4DF7-A10E-CE06AB4E26F%7D&Team=¶ms=ItemID=%7BAEAB8D56-0731-4276-A8B2-B7C2729EE8BB%7D%3B&UIPartUID=%7B585687B3-F650-459E-AC6E-23C0B92FB5C4%7D> [Acesso em 24/10/2007].

entre entrevistados que haviam completado o ensino médio e 45% entre entrevistados com ensino superior ou pós-graduação.

Diferentes fatores, tais como a incapacidade ou impossibilidade de traduzir um conjunto de sinais e sintomas em diagnóstico de DST, de demandar atendimento e a possível dificuldade quanto a lograr ser atendido por profissional de saúde uma vez que o diagnóstico empírico de DST se configure enquanto tal parecem ser mais freqüentes entre os mais pobres e menos escolarizados. Tais fatores poderiam explicar o relato mais freqüente de DST na vida entre aqueles entrevistados de maior escolaridade e maior renda familiar.

Haveria, portanto, uma dissonância entre o diagnóstico clínico-laboratorial das DST, por um lado, e a autopercepção e atribuição diagnóstica por parte dos indivíduos acometidos e dos profissionais que os assistem, por outro. Esta relação é mediada pela capacidade de autodiagnosticar tais agravos, pela demanda e acesso efetivo aos serviços de saúde, e pela capacidade destes serviços de diagnosticar de forma acurada tais agravos. Tal dissonância pode e deve ser revertida por meio de ações de educação em saúde, ampliação do acesso a serviços de saúde e treinamento de profissionais no diagnóstico e manejo apropriado das DST.

A dissonância referente à elevada prevalência do corrimento vaginal sobressai tanto no contexto das comunidades como das pacientes atendidas em serviços de saúde, a despeito da sua escassa correlação com quadros efetivos de DST.¹⁹ Por outro lado, quadros graves de infecção ginecológica podem evoluir, ao longo dos anos, de forma assintomática ou oligossintomática em fração substancial das mulheres, com desdobramentos graves a médio e longo prazo, como nas infecções pélvicas crônicas.⁶

Achados de pesquisas brasileiras de cunho clínico-laboratorial indicam resultados objetivos de natureza oposta, ou seja, maiores taxas de infecção por diferentes DST entre segmentos mais pobres. Entre essas pesquisas, cita-se o de Rodrigues et al,²³ que evidenciou taxas mais elevadas de sífilis entre 3.047 puérperas com renda familiar inferior a um salário mínimo, se comparadas às demais puérperas que compuseram a amostra, em 24 centros de referência, em todo o Brasil.

De forma similar, em estudo⁵ de avaliação da prevalência de DST compreendendo 200 mulheres, de 14 a 29 anos, que procuraram um centro de testagem para o HIV no Rio de Janeiro, evidenciou-se prevalência de 8% para a infecção pelo HIV, de 6,5% para sífilis, 8% para a infecção por clamídia e 9,5% para a gonorréia. A infecção pelo HIV se mostrou estatisticamente associada à baixa escolaridade.⁵

Em estudo realizado em Salvador, Bahia,⁷ comparou-se a prevalência de DST entre mulheres que freqüentam clínicas de atendimento familiar, alunos de escolas

públicas e moradores de comunidades de baixa renda. As mulheres que freqüentavam a clínica de planejamento familiar apresentaram nível de educação mais elevado do que os demais grupos estudados, e menor prevalência de DST, frente às mulheres recrutadas nas comunidades e escolas.

Na presente pesquisa, verificou-se que a prevalência auto-relatada dos problemas mencionados foi significativamente mais elevada entre as mulheres, corroborando dados da Pesquisa de Opinião Pública sobre Aids/DST realizada pelo Ibope, na qual se verificou que 21% dos homens já haviam tido algum problema nos seus órgãos genitais/ao urinar versus 62% entre as mulheres.^a

Em 1995, Tanfer et al²³ mostraram, a partir de duas pesquisas nacionais realizadas nos Estados Unidos, que o auto-relato de DST varia por gênero, raça e status socioeconômico, controlando-se as análises por diferenças no comportamento sexual e de cuidado da própria saúde, além de ressaltarem a importância do número de parceiros sexuais na vida e do status socioeconômico para a ocorrência de DST.²⁴ No presente estudo evidenciou-se diferença significativa quanto ao “número de parceiros sexuais na vida” entre homens e mulheres, sendo esta covariável de maior magnitude entre os primeiros quando estes referiam ter na vida seis ou mais parceiros.

Nas estimativas do modelo logístico final, a covariável região de residência se mostrou independentemente associada ao desfecho, tanto para os homens como para as mulheres. Porém, foi mais relevante para os homens residirem na Região Sul, enquanto para as mulheres sobressaiu o fato de residir no Estado de São Paulo. Não foi discutida a associação encontrada entre região de residência e ocorrência de DST pela falta de estudos adicionais que permitissem estabelecer comparações entre as Regiões brasileiras.

No presente estudo, as covariáveis “renda familiar mais baixa” e “história de violência física” se mostraram mais relevantes entre as mulheres, o que mostra, como pontuam Quinn & Overbaugh²¹ (2005), em contexto mundial, que pobreza/renda insuficiente e violência podem ser determinantes sociais da vulnerabilidade da mulher. Tais fatores se somam a outros fatores, como normas sexuais e culturais que fomentam a discriminação e a desigualdade.¹¹

A covariável faixa etária também se mostrou associada à maior ocorrência de DST, principalmente entre os entrevistados do sexo masculino. Bradner et al² (2000) reportaram, ao analisarem dados longitudinais de pesquisa nacional de adolescentes do sexo masculino, nos Estados Unidos, com indivíduos acompanhados desde os 15 anos, que os entrevistados do sexo masculino não-adolescentes apresentavam menor chance de receberem educação preventiva sobre Aids ou DST, se comparados aos adolescentes.

A autoclassificação do risco de contrair Aids e a testagem para o HIV se mostraram significativamente associadas ao relato de DST, principalmente entre os entrevistados do sexo masculino. Estas covariáveis podem ser consideradas como marcadores de percepção de risco, porém a percepção de vulnerabilidade nem sempre motiva a consequente adoção de comportamento de proteção.¹³

Em inquérito de saúde de base populacional realizado em 2002, com população de 20 anos ou mais, residente na zona urbana da cidade de Pelotas (RS), avaliou-se a prevalência e os fatores associados aos sintomas de DST. A prevalência de sintomas de DST foi de 13,5%, sendo maior entre as mulheres, entre os mais jovens e entre aqueles de menor escolaridade.⁴

Observa-se, portanto, uma consonância entre os resultados da presente pesquisa e da pesquisa de Carret et al,⁴ quanto à maior prevalência de sintomas entre as mulheres. Por outro lado, os achados do presente estudo, de abrangência nacional, se contrapõem aos de Carret et al⁴ quanto à maior prevalência de sintomas entre os mais jovens e os de menor escolaridade, verificado no estudo realizado em Pelotas. É possível atribuir tais diferenças ao fato de se tratar de populações com recorte distinto (população urbana de uma única cidade de porte médio *versus* população urbana do país como um todo), com utilização de instrumentos diversos, aplicados de

forma diferente (auto-aplicáveis *versus* aplicados por entrevistador) e, ainda, analisados segundo critérios de ponderação e ajuste distintos.⁴

No estudo realizado em Salvador,⁷ os homens referiram uma história de DST com maior freqüência do que as mulheres recrutadas em contextos similares. De forma semelhante aos achados do presente estudo, entretanto, os entrevistados do sexo masculino reportaram com menor freqüência sintomas que estariam associados às DST.

O presente estudo não evidenciou associação entre comportamentos e práticas sexuais nos 12 meses anteriores à entrevista e a ocorrência, na vida, de DST auto-referidas, achado freqüente em estudos seccionais, especialmente naqueles que capturam informações mediante a utilização de marcos temporais dissimilares entre si. Neste sentido, o que os inquéritos nacionais ganham em abrangência e representatividade, perdem em capacidade de compreender a dinâmica das mudanças comportamentais ao longo da trajetória de vida dos indivíduos e suas parcerias. A implementação e a análise integrada de estudos de natureza etnográfica ou epidemiológica, de maior abrangência ou profundidade, constituem estratégias essenciais à adequada compreensão das sutilezas da sexualidade humana e dos potenciais riscos postos à saúde sexual e reprodutiva.

REFERÊNCIAS

1. Boily MC, Anderson RM. Human immunodeficiency virus transmission and the role of other sexually transmitted diseases. Measures of association and study design. *Sex Transm Dis.* 1996;23(4):312-32.
2. Bradner CH, Ku L, Lindberg LD. Older, but not wiser: how men get information about AIDS and sexually transmitted diseases after high school. *Fam Plann Perspect.* 2000;32(1):33-8.
3. Bussab W de O, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Plano amostral da Pesquisa Nacional sobre Comportamento Sexual e Percepções sobre HIV/Aids, 2005. *Rev Saude Publica.* 2008;42(Supl 1):12-20.
4. Carret MLV, Fassa AG, Silveira DS, Bertoldi AD, Hallal PC. Sexually transmitted diseases symptoms in adults: prevalence and risk factors. *Rev Saude Publica.* 2004;38(1):76-84.
5. Cook RL, May S, Harrison LH, Moreira RI, Ness RB, Batista S, et al. High prevalence of sexually transmitted diseases in young women seeking HIV testing in Rio de Janeiro, Brazil. *Sex Transm Dis.* 2004;31(1):67-72.
6. Crossman SH. The challenge of pelvic inflammatory disease. *Am Fam Physician.* 2006;73(5):859-64.
7. Codes JS, Cohen DA, Melo NA, Teixeira GG, Leal AS, Silva TJ, et al. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2006;22(2):325-34.
8. Eng TR, Butler WT. The Hidden epidemic: confronting sexually transmitted diseases. Washington, DC: National Academy Press; 1997.
9. Fennema JS, van Ameijden EJ, Coutinho RA, van den Hoek JA. Validity of self-reported sexually transmitted diseases in a cohort of drug-using prostitutes in Amsterdam: trends from 1986 to 1992. *Int J Epidemiol.* 1995;24(5):1034-41.
10. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect.* 1999;75(1):3-17.
11. França Junior I, Calazans G, Zucchi EM, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. *Rev Saude Publica.* 2008;42(Supl 1):84-97.
12. Franks P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med.* 2003;56(12):2505-14.
13. Gerrard M, Gibbons FX, Bushman BJ. Relation between perceived vulnerability to HIV and precautionary sexual behavior. *Psychol Bull.* 1996;119(3):390-409.
14. Gregson S, Nyamukapa CA, Garnett GP, Mason PR, Zhuwau T, Carael M, et al. Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet.* 2002;359(9321):1896-903.
15. Harrington KF, DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby RA, Person S, Oh MK, et al. Validity of self-reported sexually transmitted diseases among African American female adolescents participating in an HIV/STD prevention intervention trial. *Sex Transm Dis.* 2001;28(8):468-71.
16. Hobbs CG, Sterne JA, Bailey M, Heyderman RS, Birchall MA, Thomas SJ. Human papillomavirus and head and neck cancer: a systematic review and meta-analysis. *Clin Otolaryngol.* 2006;31(4):259-66.
17. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al. editors. Disease control priorities in developing countries. Washington, DC: World Bank Publications; 2006.
18. Moherdau F, Vuylsteke B, Siqueira LF, dos Santos Junior MQ, Jardim ML, de Brito AM, et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of sexually transmitted diseases in Brazil: results from a multicentre study. *Sex Transm Infect.* 1998;74(Suppl 1):S38-43.
19. Moodley P, Sturm AW. Management of vaginal discharge syndrome: how effective is our strategy? *Int J Antimicrob Agents.* 2004;24(Suppl 1):S4-7.
20. Padian NS, Shibuski SC, Hitchcock PJ. Risk factors for acquisition of sexually transmitted diseases and development of complications. In: Wasserheit JN, Aral SO, Holmes KK, editors. Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era. Washington, DC: American Society for Microbiology; 1991.
21. Quinn TC, Overbaugh J. HIV/AIDS in women: an expanding epidemic. *Science.* 2005;308(5728):1582-3.
22. Quinn TC. Association of sexually transmitted diseases and infection with the human immunodeficiency virus: biological cofactors and markers of behavioural interventions. *Int J STD AIDS.* 1996;7(Suppl 2):17-24.
23. Rodrigues CS, Guimaraes MD; Grupo Nacional de Estudo sobre Sífilis Congenita. Positividade para sífilis em puérperas: ainda um desafio para o Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2004;16(3):168-75.
24. Tanfer K, Cubbins LA, Billy JOG. Gender, race, class and self-reported sexually transmitted disease incidence. *Fam Plann Perspect.* 1995;27(5):196-202.

Pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde, com recursos adicionais provenientes de doação da Fundação Ford e do Programa PAPES IV da Fiocruz.

Artigo baseado em dados da pesquisa "Comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/Aids", realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), com o apoio do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde (Processo n.º ED 213427/2004).

Este artigo seguiu o mesmo processo de revisão por pares de qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, sendo garantido o anonimato entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudessem afetar o processo de julgamento dos artigos. Os autores declaram não haver conflito de interesses.