

Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco

Sexually transmitted diseases symptoms in adults: prevalence and risk factors

Maria Laura Vidal Carret, Anaclaudia Gastal Fassa, Denise Silva da Silveira, Andréa D Bertoldi e Pedro C Hallal

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil

Descritores

Doenças sexualmente transmissíveis.
Epidemiologia. Estudos transversais.
Adultos e idosos.

Resumo

Objetivo

Medir a prevalência de sintomas de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e seus fatores de risco em uma população adulta.

Métodos

Estudo transversal de base populacional. A amostra foi constituída de adultos com 20 anos ou mais de idade, da zona urbana de Pelotas, RS. Utilizou-se questionário auto-aplicado para obtenção de informações de comportamento sexual e de sintomatologia para DST. A análise ajustada foi realizada por regressão logística.

Resultados

A prevalência de sintomas de DST foi de 13,5%. Pessoas do sexo feminino, mais jovens e cor não branca, bem como aquelas que não usaram preservativo na última relação sexual e que tiveram maior número de parceiros apresentaram maior risco para DST. Após estratificar por sexo, idade precoce de iniciação sexual e prática de sexo anal, as DST mostraram-se associadas com o desfecho apenas para os homens, e a menor escolaridade mostrou-se associada com o desfecho apenas para as mulheres.

Conclusões

Este estudo mostrou uma prevalência importante de sintomas de DST. Levando-se em conta que muitas DST são assintomáticas e casos sintomáticos freqüentemente não são percebidos como patológicos pelos doentes e/ou não são diagnosticados pelos serviços, considera-se que o problema é ainda maior. Os resultados contribuíram também para aprofundar a discussão sobre o fato de viver com companheiro sexual não ser fator de proteção para a presença de sintomas dessas doenças e indicaram diferenças nos fatores de risco entre os sexos, sendo necessário considerar estas peculiaridades na abordagem deste assunto.

Keywords

*Sexually transmitted diseases.
Epidemiology. Cross-sectional studies.
Adults and elderly.*

Abstract

Objective

To evaluate the prevalence of sexually transmitted disease (STD) symptoms and associated risk factors in an adult population.

Methods

A population-based cross-sectional study was conducted among residents of the metropolitan area of Pelotas, Brazil. Subjects were 20 years old or more. A self-administered questionnaire was used to gather information about sexual behavior

Correspondência para/ Correspondence to:

Maria Laura Vidal Carret
Rua Laura de Souza Lang, 76
96085-630 Pelotas, RS, Brasil
E-mail: lcarret@ig.com.br

Trabalho financiado pela Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar de Pelotas, RS.
Artigo baseado em dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, em 2002.
Recebido em 31/1/2003. Reapresentado em 25/7/2003. Aprovado em 12/8/2003.

and STD symptoms. Multivariate analysis was undertaken using logistic regression.

Results

The prevalence of STDs was 13.5%. A higher risk of STDs was found in non-white younger women with more sexual partners and who did not use condoms in their last sexual relationship. Among men, early initiation of sexual activity and anal sex were positively associated with the outcome. Higher risks were found among women with lower schooling.

Conclusions

The present study identified a significant prevalence of STD symptoms in this population and showed differences in risk factors according to gender. Since many STDs are asymptomatic and symptomatic cases are often either not perceived as disease by patients or not diagnosed in health services, the actual prevalence may be even greater. The study results suggest that cohabitation with a sexual partner does not reduce the risk of STDs in this population and showed sex differences for risk factors, both of which should be taken into account while approaching this issue.

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) estão entre as cinco principais causas de procura por serviço de saúde¹⁶ e podem provocar sérias complicações, tais como infertilidade, abortamento espontâneo, malformações congênitas e até a morte, se não tratadas.^{4,10} Além disso, aumentam a chance, em pelo menos dez vezes, de contaminação pelo HIV.¹¹ São doenças de difícil detecção, uma vez que acarretam poucos sintomas visíveis e, muitas vezes, apresentam-se de forma assintomática.⁹

O problema é agravado pela grande quantidade de indivíduos que se automedica com tratamentos inadequados, resultando em aumento da resistência antimicrobiana e podendo levar a quadros subclínicos que os mantêm transmissores.⁹ Outro aspecto relacionado à alta prevalência das DST é que freqüentemente as orientações dadas aos pacientes não contemplam atitudes capazes de prevenir a reincidência da doença e o tratamento dos parceiros.^{4,10,12}

O acometimento principalmente de adultos em idade reprodutiva, com disseminação entre parceiros, e a possibilidade de transmissão vertical contrastam com um tratamento fácil e de baixo custo.⁹

Poucas referências de base populacional sobre DST foram identificadas. A maioria dos estudos encontrados se concentram em grupos de alto risco, como trabalhadores do sexo, e/ou em clínicas especializadas em DST.^{2,15} Nos países em desenvolvimento, o grande percentual de jovens, o rápido aumento da urbanização e o baixo status da mulher são alguns dos fatores contribuintes para o crescimento dessas doenças.¹⁶ Em adolescentes escolares da cidade de Pelotas, a prevalência referida de doença transmitida pela relação sexual, nos 30 dias anteriores à entrevista, foi de

2% para os meninos e de 5% para as meninas.³ Os jovens de ambos os sexos apresentam comportamento de maior risco para DST, sendo a faixa etária dos 15 aos 24 anos aquela com as mais altas taxas de infecção na maioria dos países.⁸

Vários autores associam menor idade de iniciação sexual, baixa escolaridade e baixa renda a maior risco para DST e Aids.^{3,4,9} A prevalência de relação anal é subestimada, porém, quando presente, é um marcador de comportamento de risco para DST.⁵ As mulheres são especialmente vulneráveis às DST por características biológicas e de papéis sociais (gênero).^{4,12}

As dificuldades na coleta de amostras biológicas e os custos deste procedimento dificultam a realização de estudos de base populacional sobre DST. No entanto, a abordagem sindrômica proposta pelo Ministério da Saúde vem sendo utilizada na clínica com sucesso, uma vez que define o tratamento pelo conjunto de sinais e sintomas e não a partir dos exames complementares, possibilitando uma maior cobertura e interrompendo a cadeia de transmissão. Fluxogramas específicos, já desenvolvidos e testados, são instrumentos que auxiliam o profissional na determinação do diagnóstico sindrômico e na implementação do tratamento.⁹ Este tipo de abordagem, embora não permita o diagnóstico etiológico, apresenta-se como uma alternativa viável e de baixo custo para estudos epidemiológicos de DST, uma vez que possibilita a identificação dos casos sintomáticos.

Assim, o presente artigo objetiva caracterizar a freqüência de sintomas referidos de DST e seus fatores de risco na população adulta. Estas informações serão úteis para a definição de políticas de saúde adequadas à redução dessas doenças, uma vez que a morbidade em questão apresenta grande vulnerabilidade.

MÉTODOS

Realizou-se um amplo inquérito de saúde com delineamento transversal, de base populacional, no período de fevereiro a maio de 2002, na população de 20 anos ou mais, residente na zona urbana da cidade de Pelotas, RS. Um dos temas analisados foi a prevalência e os fatores associados aos sintomas de DST. A cidade de Pelotas possui aproximadamente 320.000 habitantes, 93,2% em área urbana.⁶

A seleção da amostra consistiu em listagem dos 281 setores censitários urbanos da cidade e estratificação destes em quatro níveis de acordo com a escolaridade média dos chefes de família.⁷ Foram sorteados, sistematicamente e com probabilidade proporcional ao tamanho do estrato, 80 setores. Nestes, procedeu-se uma amostragem sistemática para definição dos 20 domicílios a serem incluídos na amostra, totalizando 1.600 residências e 3.372 pessoas elegíveis.

A amostra obtida (n=3.153), permitiu estimar a prevalência de sintomas de DST com um erro aceitável de 1,5 pontos percentuais para a amostra total, de 2,0 pontos percentuais para homens e de 1,5 pontos percentuais para as mulheres. Permitiu ainda detectar razões de *odds* de 1,7 ou maiores com poder de 80%, utilizando-se um nível de confiança de 95%, prevalências de exposição entre 15 e 85%, com acréscimo de 15% para fatores de confusão e um efeito de delineamento de 1,17.

A abordagem sindrômica prevê que se considere “caso” sempre que pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas estiver presente: corrimento uretral em homens, corrimento mucopurulento cervical ou corrimento vaginal associado a hiperemia, e/ou edema da mucosa vaginal, úlcera genital de origem não traumática e dor pélvica à descompressão ou defesa muscular abdominal ou dor a mobilização do colo ou anexos ao toque vaginal combinado.⁹ O presente estudo concentrou-se na análise dos sintomas utilizados nesta abordagem, excluindo-se a dor pélvica, por seu caráter extremamente subjetivo.

As perguntas foram incluídas em questionário com uma linguagem mais adequada à realidade dos entrevistados. Portanto, definiu-se como “caso” pessoas que referiram a presença de um ou mais dos seguintes sintomas no último ano: feridinha, verruga e corrimento. Para as mulheres, considerou-se apenas o corrimento esbranquiçado, acompanhado de prurido e/ou odor fétido, corrimento amarelado, esverdeado e sanguinolento.

As variáveis independentes foram idade, sexo, cor

da pele (branca e não branca, com base na observação do entrevistador), escolaridade (em anos completos de estudo), status socioeconômico, religião (praticante e não praticante), situação conjugal atual (viver ou não com companheiro), idade da primeira relação sexual, uso de preservativo e prática de sexo anal na última relação sexual, e número de parceiros nos últimos três meses.

Para classificação de status socioeconômico, utilizou-se àquela preconizada a partir do “Critério de Classificação Econômica Brasil”,¹ baseada na acumulação de bens e escolaridade do chefe da família e dividida em cinco grupos.

O questionário utilizado, após ser submetido a um estudo piloto, foi composto de três partes: a primeira, com variáveis domiciliares e socioeconômicas, respondida por apenas uma pessoa do domicílio (preferencialmente a dona de casa); a segunda e terceira partes, aplicadas a todas as pessoas com 20 anos ou mais, consistiram de um questionário individual com questões sociodemográficas e sobre religião, e de um questionário auto-aplicado, com dados sobre comportamento sexual e história de sintomas de DST. O instrumento auto-aplicado possuía apenas o número de identificação, era respondido individualmente de forma a evitar que a presença de outros membros da casa provocasse constrangimentos e fornecimento de informações incorretas. Após, o questionário auto-aplicável era colocado pelo próprio entrevistado em um envelope lacrado. Quando necessário (analfabetos ou indivíduos que apresentaram dúvidas no preenchimento), as entrevistadoras tendo em mãos uma cópia do instrumento, liam as perguntas, “mostrando” cada uma das possíveis respostas, garantindo que o entrevistado marcasse a resposta de forma confidencial.

As entrevistadoras eram mulheres, com pelo menos ensino médio completo, treinadas por 40 horas para preenchimento e aplicação do questionário e desconheciam os objetivos e hipóteses do estudo. Em casos de perda ou recusa, procedeu-se pelo menos a duas tentativas extras de visita pela entrevistadora e outra por um dos supervisores da pesquisa. O controle de qualidade foi realizado pelos supervisores em 10% da amostra e consistiu na aplicação de perguntas selecionadas do questionário original.

O questionário foi codificado e, posteriormente, revisado. Os dados tiveram dupla digitação no programa Epi Info 6.04d (CDC, Atlanta, 2001) e, após compará-las, uma delas foi corrigida com base no questionário original. A limpeza dos dados incluiu avaliação da amplitude das variáveis e verificações

de inconsistências. A análise foi realizada através do programa Stata 7.0 (StataCorp, College Station, Tx, 2001), levando-se em consideração o efeito de delineamento necessário para análise de inquéritos baseada em amostras complexas.

A análise bruta caracterizou as associações entre os fatores de risco estudados e a prevalência de sintomas de DST. A análise ajustada foi realizada mediante regressão logística, obedecendo a um modelo conceitual hierarquizado, onde no nível mais distal encontravam-se as variáveis demográficas (idade, sexo e cor da pele), no segundo nível aquelas de ordem socioeconômicas (escolaridade e status socioeconômico) e no terceiro, as variáveis religião, situação conjugal atual e idade da primeira relação sexual. O nível mais proximal foi constituído por uso de preservativo e prática de sexo anal na última relação sexual e número de parceiros nos últimos

três meses, determinando dessa forma o desfecho. Como se entendeu que poderia haver variabilidade de fatores de risco para DST em homens e mulheres, realizou-se também análise ajustada estratificada por sexo.

Durante a modelagem estatística, a significância de cada preditor foi calculada com ajuste para as variáveis do mesmo nível e de níveis superiores respeitando o modelo conceitual,¹⁴ sendo que aquelas que apresentaram testes estatísticos com valor p menor ou igual a 0,20 foram mantidas na análise para controle de fatores de confusão.

O protocolo do estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas e considerado de risco mínimo. Solicitou-se consentimento informado para a realização das entrevistas.

Tabela 1 – Descrição da amostra conforme variáveis independentes, análise bruta e ajustada de cada preditor com o desfecho. Pelotas, RS, Brasil, 2002.

| Variável | N | Prevalência desfecho(%) | RO Bruta (IC 95%) | Valor p | RO Ajustada (IC 95%) | Valor p |
|--|--------------|-------------------------|--------------------|----------|----------------------|----------|
| Primeiro nível | | | | | | |
| Idade (N=3071) ^a | | | | <0,001** | | <0,001** |
| 20-29 | 687 | 20,3 | 6,53 (3,18; 13,43) | | 7,44 (3,60; 15,37) | |
| 30-39 | 663 | 17,7 | 5,54 (2,65; 11,61) | | 6,24 (2,95; 13,23) | |
| 40-49 | 655 | 12,0 | 3,49 (1,71; 7,11) | | 3,73 (1,82; 7,65) | |
| 50-59 | 520 | 9,5 | 2,71 (1,38; 5,33) | | 2,81 (1,42; 5,54) | |
| 60-69 | 267 | 6,4 | 1,76 (0,70; 4,39) | | 1,80 (0,71; 4,55) | |
| 70 ou mais | 279 | 3,8 | 1 | | 1 | |
| Sexo (N= 3.071) ^a | | | | <0,001* | | <0,001* |
| Masculino | 1.347 | 7,1 | 1 | | 1 | |
| Feminino | 1.724 | 18,3 | 2,92 (2,23; 3,83) | | 3,22 (2,42; 4,28) | |
| Cor da pele (N=3.071) ^a | | | | 0,01* | | 0,03* |
| Branca | 2.605 | 12,8 | 1 | | 1 | |
| Não branca | 466 | 17,3 | 1,43 (1,08; 1,89) | | 1,36 (1,03; 1,79) | |
| Segundo nível | | | | | | |
| Escolaridade - anos de estudo (N=3.069) ^b | | | | 0,23** | | 0,04** |
| 0 | 210 | 8,4 | 0,61 (0,36; 1,03) | | 1,12 (0,65; 1,93) | |
| 1-4 | 631 | 14,0 | 1,08 (0,77; 1,53) | | 1,49 (1,02; 2,18) | |
| 5-8 | 1.047 | 13,5 | 1,04 (0,75; 1,43) | | 1,13 (0,80; 1,61) | |
| 9-11 | 741 | 14,9 | 1,17 (0,84; 1,61) | | 0,94 (0,66; 1,34) | |
| 12 ou mais | 440 | 13,0 | 1 | | 1 | |
| Terceiro nível | | | | | | |
| Idade 1ª relação sexual (N=3.046) ^c | | | | 0,45** | | 0,03** |
| 20 anos ou mais | 691 | 11,4 | 1 | | 1 | |
| 14 a 19 anos | 1.987 | 14,2 | 1,29 (0,97; 1,72) | | 1,30 (0,95; 1,78) | |
| 6 a 13 anos | 286 | 11,1 | 0,98 (0,63; 1,50) | | 1,66 (1,01; 2,71) | |
| Quarto nível | | | | | | |
| Uso de preservativo (N=3.046) ^d | | | | 0,22* | | 0,002* |
| Sim | 818 | 12,1 | 1 | | 1 | |
| Não | 2.228 | 14,0 | 1,19(0,90; 1,56) | | 1,69 (1,22; 2,34) | |
| Prática de sexo anal (N=3.034) ^d | | | | 0,02* | | 0,04* |
| Sim | 159 | 20,4 | 1,71(1,09; 2,68) | | 1,80 (1,04; 3,10) | |
| Não | 2.875 | 13,1 | 1 | | 1 | |
| Nº parceiros últimos 3 meses (N=3.059) ^d | | | | <0,001** | | 0,001** |
| Nenhum | 548 | 10,0 | 1 | | 1 | |
| Um | 2.295 | 13,6 | 1,42(1,00; 2,03) | | 1,11 (0,74; 1,68) | |
| Dois | 130 | 18,6 | 2,05(1,16; 3,62) | | 2,57 (1,39; 4,74) | |
| Três ou mais | 86 | 24,4 | 2,90(1,56; 5,41) | | 3,88 (1,78; 8,44) | |
| Total da amostra | 3.153 | 13,4 | | | | |

RO: Razão de odds.

*Teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

**Teste do qui-quadrado para tendência linear.

^aModelo ajustado para as variáveis do primeiro nível.

^bModelo ajustado para as variáveis do primeiro e segundo níveis.

^cModelo ajustado para as variáveis do primeiro, segundo e terceiro níveis.

^dModelo ajustado para as variáveis do primeiro, segundo, terceiro e quarto níveis.

RESULTADOS

Das 3.372 pessoas com 20 anos de idade ou mais, elegíveis para o estudo nos domicílios sorteados, obteve-se uma amostra de 3.153 indivíduos que responderam as três partes do questionário (6,5 % de perdas e recusas). Entre estes, 146 questionários apresentaram alguma informação ignorada nas variáveis necessárias à caracterização do desfecho e 82 indivíduos nunca tiveram relação sexual, sendo excluídos da análise de associações.

A Tabela 1 mostra que mais da metade da população estudada (56,8%) foi constituída de mulheres. Houve predomínio da cor de pele branca (84,7%) e 65,4% tinham idades entre 20 e 49 anos, com média de 44 (dp=16). Quanto à situação socioeconômica, aproximadamente um terço dos entrevistados pertenciam aos status econômicos D e E e completaram quatro anos ou menos de escolaridade. Pouco mais da metade praticava alguma religião, sendo a católica a predominante (26,7%), seguida da evangélica (12,6%). Aproximadamente 60% das pessoas viviam com companheiro.

Com relação ao comportamento sexual, a maior parte da população teve sua iniciação sexual entre 14 e 19 anos (65,2%), com uma média de 15,6 para o sexo masculino (dp=2,8) e 19,1 para o feminino (dp=4,1), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Dos entrevistados, 73,2% não usou preservativo na última relação sexual. Entre as mulheres, o percentual de não uso de preservativo foi de 74,7%, sendo significativamente maior do que entre os homens onde este percentual foi de 71,1% ($p = 0,03$). A prática de sexo anal na última relação sexual foi referida por 5,2% dos indivíduos, sendo que os homens referiram esta prática 2,5 vezes mais do que as mulheres ($p < 0,001$) (Tabela 2).

A maior parte dos indivíduos da amostra referiu ter apenas um parceiro nos últimos três meses (72,8%)

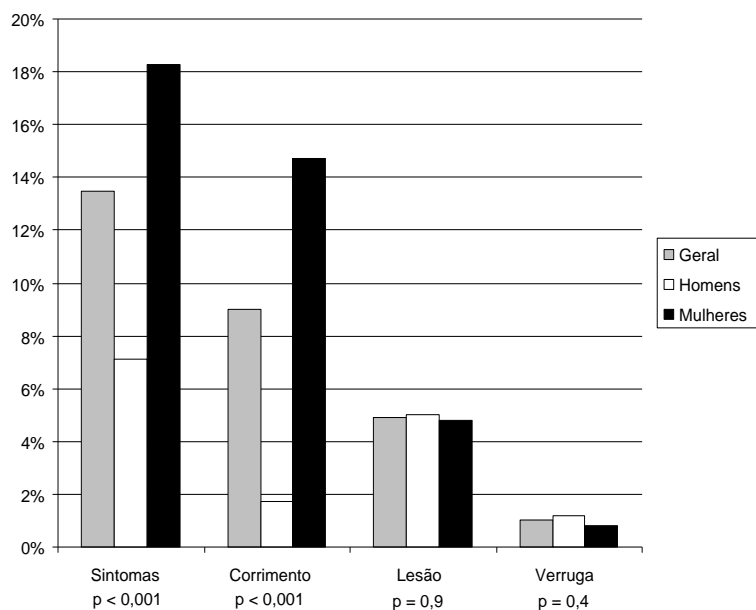


Figura – Prevalência de sintomas de DST no último ano na população de 20 anos ou mais. Pelotas, RS, Brasil, 2002.

(Tabela 1). Cerca de 7% tiveram dois ou mais parceiros nos últimos três meses e esta prevalência foi significativamente maior nos homens (13,1%) do que nas mulheres (2,1%) ($p < 0,001$) (Tabela 2).

No último ano, a prevalência de lesão em órgãos genitais foi de 4,9%, de verrugas, 1,0%, e de corrimento com características patológicas, 9,0%, enquanto a prevalência de pelo menos um sintoma de DST foi de 13,5% (Figura). A prevalência de corrimento com características patológicas no último ano foi significativamente maior em mulheres (14,7%) do que em homens (1,7%), enquanto que a prevalência de lesão em órgãos genitais e verrugas não esteve associada com sexo.

A probabilidade de sintomas de DST, no último ano, na análise ajustada, aumenta marcadamente com a diminuição da idade, sendo sete vezes mais elevada no grupo com menos de 30 anos comparado ao grupo com mais de 70 anos. Mulheres tiveram três vezes mais chance de desenvolver sintomas de DST do que homens, enquanto pessoas de pele não branca apresentaram uma razão de *odds* de 1,4 quando comparadas com as de pele branca (Tabela 1).

Tabela 2 – Comportamento sexual conforme sexo. Pelotas, RS, Brasil, 2002. (N=3.153)

| Variável | Prevalência (%) | | RO (IC95%) Femin/ Masc | Valor p* |
|---|-----------------|--------|---------------------------|----------|
| | Masc. | Femin. | | |
| Idade 1ª relação sexual | | | | |
| Nunca teve | 1,2 | 3,8 | 3,16 (1,65; 6,07) | 0,001 |
| 20 anos ou mais | 7,0 | 34,4 | 7,31 (5,66; 9,44) | <0,001 |
| Não uso de preservativo | 71,2 | 74,7 | 1,20 (1,01; 1,41) | 0,03 |
| Prática de sexo anal | 8,0 | 3,1 | 0,37 (0,27; 0,52) | <0,001 |
| Dois ou mais parceiros nos últimos três meses | 13,1 | 2,1 | 0,14 (0,10; 0,21) | <0,001 |

*Teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções

As variáveis socioeconômicas não estiveram significativamente associadas com o desfecho. Após ajuste para idade, escolaridade mostrou uma associação inversa com sintomas de DST. A maior razão de *odds* concentrou-se na categoria de um a quatro anos de escolaridade. Assim, pessoas desse grupo apresentaram quase 50% mais sintomas de DST do que aquelas com 12 anos ou mais de estudo (Tabela 1).

Não se evidenciou diferença estatisticamente significativa na presença do desfecho entre as pessoas que viviam ou não com companheiro. Na análise bruta, a prática da religião católica teve algum efeito de proteção com relação aos que não praticavam religião, mas o efeito não se manteve após controle dos fatores de confusão.

Entre as variáveis de comportamento sexual, todas se

mantiveram significativamente associadas com o desfecho. Assim, quem teve sua iniciação sexual mais cedo, ou seja, entre seis e 13 anos, teve 1,7 vezes mais chance de desenvolver sintomas de DST quando comparados com quem se iniciou com 20 anos ou mais. As pessoas que não usaram preservativo na última relação sexual tiveram 69% mais probabilidade de sintomas de DST. A prática de sexo anal na última relação sexual esteve associada ao desfecho com uma razão de *odds* de 1,8. Quanto maior o número de parceiros sexuais, maior a chance de apresentar sintomas de DST. As pessoas com três ou mais parceiros nos últimos três meses apresentaram quase quatro vezes mais chance para o desfecho estudado, quando comparado com quem não teve parceiro sexual nos últimos três meses ($p=0,001$).

Na análise ajustada estratificada por sexo, as principais diferenças encontradas foram que a baixa es-

Tabela 3 – Análise ajustada estratificada por sexo de cada preditor com o desfecho. Pelotas, RS, Brasil, 2002.

| Variável | Prevalência desfecho (%) | Sexo feminino RO Ajustada (IC 95%) N=1.610 | Valor p | Prevalência desfecho (%) | Sexo masculino RO Ajustada (IC 95%) N=1.195 | Valor p |
|---|--------------------------|---|----------|--------------------------|--|----------|
| Primeiro nível | | | | | | |
| Idade ^a | | | | | | |
| 20–29 | 28,1 | 7,81 (3,66; 16,67) | <0,001** | 11,3 | 5,78 (1,31; 25,62) | <0,001** |
| 30–39 | 26,7 | 7,29 (3,30; 16,10) | | 7,2 | 3,58 (0,82; 15,59) | |
| 40–49 | 14,9 | 3,46 (1,61; 7,44) | | 8,2 | 4,10 (0,99; 17,08) | |
| 50–59 | 13,9 | 3,22 (1,60; 6,47) | | 3,1 | 1,48 (0,28; 7,89) | |
| 60–69 | 8,0 | 1,74 (0,64; 4,69) | | 4,0 | 1,86 (0,27; 12,73) | |
| 70 ou mais | 4,7 | 1 | | 2,1 | 1 | |
| Cor da pele | | | | | | |
| Branca | 17,6 | 1 | 0,10* | 6,6 | 1 | 0,07* |
| Não branca | 22,2 | 1,29 (0,95; 1,74) | | 10,4 | 1,58 (0,96; 2,61) | |
| Segundo nível | | | | | | |
| Escolaridade anos de estudo ^b | | | | | | |
| 0 | 10,3 | 1,12 (0,17; 7,32) | 0,04** | 4,5 | 1,57 (0,17; 7,32) | 0,50** |
| 1-4 | 17,3 | 2,15 (0,91; 5,08) | | 8,9 | 2,15 (0,91; 5,08) | |
| 5-8 | 19,6 | 1,29 (0,62; 2,70) | | 6,6 | 1,29 (0,62; 2,70) | |
| 9-11 | 19,7 | 1,57 (0,72; 3,41) | | 8,3 | 1,57 (0,73; 3,41) | |
| 12 ou mais | 19,2 | 1 | | 5,3 | 1 | |
| Status socioeconômico ^b | | | | | | |
| A | 14,1 | 1 | 0,10** | 7,4 | 1 | 0,08** |
| B | 20,5 | 1,57 (0,73; 3,41) | | 7,2 | 0,93 (0,31; 2,79) | |
| C | 18,4 | 1,29 (0,62; 2,70) | | 4,2 | 0,52 (0,20; 1,36) | |
| D | 18,5 | 2,15 (0,91; 5,08) | | 9,6 | 1,26 (0,47; 3,34) | |
| E | 10,9 | 1,12 (0,17; 7,32) | | 17,8 | 2,65 (0,86; 8,17) | |
| Terceiro nível | | | | | | |
| Idade 1ª relação sexual ^c | | | | | | |
| 20 anos ou mais | 12,9 | 1 | 0,17** | 1,2 | 1 | 0,05** |
| 14 a 19 anos | 20,9 | 1,24 (0,89; 1,72) | | 6,9 | 5,23 (0,66; 41,72) | |
| 6 a 13 anos | 25,6 | 1,45 (0,61; 3,47) | | 8,4 | 6,76 (0,83; 54,78) | |
| Quarto nível | | | | | | |
| Uso de Preservativo ^d | | | | | | |
| Sim | 17,0 | 1 | 0,009* | 6,4 | 1 | 0,02* |
| Não | 18,8 | 1,62 (1,13; 2,31) | | 7,5 | 2,27 (1,16; 4,45) | |
| Prática de sexo anal ^d | | | | | | |
| Sim | 24,0 | 0,98 (0,45; 2,17) | 0,97* | 18,6 | 3,10 (1,51; 6,39) | 0,003* |
| Não | 18,0 | 1 | | 6,2 | 1 | |
| Nº parceiros últimos 3 meses ^d | | | | | | |
| Nenhum | 10,7 | 1 | 0,03** | 6,7 | 1 | 0,006** |
| Um | 20,2 | 1,22 (0,76; 1,94) | | 6,0 | 0,63 (0,22; 1,80) | |
| Dois | 48,0 | 4,15 (1,64; 10,48) | | 11,1 | 1,19 (0,36; 3,95) | |
| Três ou mais | 50,0 | 3,44 (0,82; 14,49) | | 19,7 | 2,28 (0,77; 6,78) | |

*Teste do qui-quadrado para heterogeneidade de proporções

**Teste do qui-quadrado para tendência linear

Variáveis com nível de significância entre 5 e 20% foram mantidas para controle de confusão

Variáveis com nível de significância >20% que saíram do modelo de análise

^aModelo ajustado para as variáveis do 1º nível

^bModelo ajustado para as variáveis do 1º e 2º níveis

^cModelo ajustado para as variáveis do 1º, 2º e 3º níveis

^dModelo ajustado para as variáveis do 1º, 2º, 3º e 4º níveis

colaridade se apresentou como fator de risco para o desfecho, em mulheres; enquanto idade precoce de iniciação sexual e prática de sexo anal estiveram associadas a sintomas de DST em homens (Tabela 3).

Quanto à idade, observou-se que a razão de *odds* nas mulheres em diferentes grupos etários, quando comparadas às de 70 anos ou mais, variou entre 1,7 e 7,8, enquanto que nos homens variou entre 1,9 e 5,8 (Tabela 3). Não foi encontrada associação entre escolaridade e sintomas de DST em homens. Entretanto confirmou-se esta associação linear inversa entre as mulheres.

No que se refere a comportamento sexual, homens que começaram a vida sexual com 13 anos ou menos tiveram quase sete vezes mais chance de desenvolver sintomas de DST do que aqueles que se iniciaram sexualmente com 20 anos ou mais. Para eles, os sintomas de DST foram inversamente associados à idade da primeira relação sexual, enquanto que, para as mulheres, não se obteve tal associação. Ambos os sexos apresentaram uma chance maior do que 1,6 para o desfecho comparando quem não usou preservativo na última relação com aqueles que usaram. Os homens que praticaram sexo anal apresentaram três vezes mais chance de ter sintomas de DST do que aqueles que não praticaram, mas para as mulheres não se observou tal associação com o desfecho. O número de parceiros nos últimos três meses teve associação linear direta com sintomas de DST em ambos os sexos. Porém, em mulheres, mais de um parceiro mostrou uma razão de *odds* de 4,2; enquanto em homens, mais de dois parceiros apontou uma razão de *odds* de 2,3.

Foram comparadas as informações obtidas mediante questionário auto-aplicado com aquelas prestadas aos supervisores durante o controle de qualidade, encontrando-se um Kappa de 64,3% para a variável - presença de corrimento alguma vez na vida.

DISCUSSÃO

O estudo aponta que uma proporção importante da população apresentou sintomas de DST no último ano. Os fatores que estiveram significativamente associados à maior prevalência de sintomas de DST foram menor idade, cor da pele não branca, sexo feminino, baixa escolaridade, iniciação precoce das atividades sexuais, não uso de preservativo, prática de sexo anal e maior número de parceiros sexuais.

Examinando a validade dos achados considerou-se que a amostra estudada é representativa da população adulta da zona urbana do município de Pelotas. O processo utilizado para selecionar a amostra foi adequado e o percentual de perdas e recusas foi pe-

queno. A distribuição por sexo e idade da amostra foi semelhante à encontrada no censo para a cidade.⁶

Causalidade reversa é um viés que pode afetar estudos transversais, uma vez que as informações sobre a doença e os fatores de determinação são coletados simultaneamente. Ao avaliar a possibilidade da existência desse viés no presente estudo, observou-se que a associação dos fatores sociodemográficos com os sintomas de DST provavelmente não estão afetados por este viés. Entretanto, o desfecho estudado pode modificar o comportamento sexual, aumentando o uso de preservativo, reduzindo a prática de sexo anal e diminuindo o número de parceiros sexuais nos últimos três meses. Neste caso, as associações entre as variáveis relacionadas a comportamento sexual e sintomas de DST apresentariam um viés em direção à unidade.

A dificuldade das pessoas relatarem experiências íntimas foi um desafio. Levando em conta o problema, optou-se pela utilização de um questionário auto-aplicado com questões fechadas. Este tipo de instrumento exige que o entrevistado saiba ler. No entanto, este não pareceu um problema importante, pois mais de 90% das pessoas tinham condições de ler e marcar a alternativa desejada. Nas situações em que foi necessária a intervenção da entrevistadora para leitura ou esclarecimento de alguma dúvida, na maioria das vezes foi possível garantir que as respostas fossem marcadas de forma confidencial.

O questionário auto-aplicado também pode apresentar problemas de preenchimento, como questões mal respondidas ou deixadas em branco. No presente estudo, essas perdas estiveram dentro do aceitável.

Outra limitação é o viés de memória, que pode ocorrer quando o desfecho não é atual. Com o objetivo de minimizar essa situação, as perguntas foram limitadas ao último ano. Mesmo assim, sintomas mais frequentes ou que podem ser confundidos com eventos não patológicos poderiam ser mais difíceis de lembrar como, por exemplo, corrimento em mulheres.

Os resultados também poderiam ter sido afetados pelo viés de informação do entrevistado. Supõe-se que mulheres subestimem mais o seu comportamento sexual, tanto com relação à prática de sexo anal, como com relação ao número de parceiros. O sexo masculino, ao contrário, poderia superestimar as informações de comportamento sexual, enviesando a associação com o desfecho em direção a unidade.

O índice Kappa apresentou uma concordância moderada. Uma vez que a pergunta do controle de qua-

lidade não foi auto-aplicada, considerou-se este um bom resultado.

Na revisão de literatura, não foi encontrada estimativa de prevalência de sintomas de DST na população geral. Os estudos apontam, mais comumente, soroprevalência de algumas DST específicas e poucos são de base populacional. Fernandes et al⁴ observou que mais de 90% das mulheres com 13 anos ou mais que consultavam no serviço público de saúde local negaram ter antecedentes de qualquer episódio de infecção transmitida sexualmente. Turner et al,¹³ em uma população norte-americana de ambos os sexos, com idade entre 18 e 35 anos, encontrou uma prevalência de 7,9% para uretrite por clamídia ou gonococo. Mesmo assim, os achados foram considerados consistentes, visto que as prevalências são menores do que aquelas encontradas em grupos de risco.

Ao contrário do esperado, a ocorrência de sintomas de DST foi maior do que a referida pelo estudo de Fernandes et al.⁴ Esta diferença pode dever-se a maneira de perguntar, ao entrevistador, ao local onde o questionário foi aplicado, entre outros aspectos metodológicos que não estão claros no citado artigo.

No presente estudo, há concordância com vários autores^{4,11,13,16} que apontam a associação inversa entre DST e idade, bem como o maior risco para as mulheres, o qual se justifica tanto por aspectos biológicos quanto culturais.¹⁶ Jovens de ambos os sexos costumam estar mais suscetíveis às DST, tanto pela necessidade de novas experiências que os levam a práticas sexuais de maior risco, como pela maior dificuldade de negociação de sexo seguro.^{3,16}

Em relação ao tipo de sintoma, observou-se que mulheres referiram mais corrimento do que os homens, possivelmente porque a maioria das DST que provoca esta situação é mais comumente assintomática em homens. Por outro lado, a presença de ulcerações e verruga genital passam mais despercebidas entre as mulheres do que entre os homens.^{4,9}

A idéia do baixo status da mulher como fator de risco para o desfecho é reforçada pelos achados que apontam maior chance de sintomas de DST para aquelas com menor escolaridade. Mulheres com mais estudo provavelmente são mais conscientes de seus direitos e têm mais poder para exigir sexo seguro.^{4,12}

Viver com companheiro não se mostrou um fator protetor para sintomas de DST. Este é um aspecto controverso na bibliografia e extremamente relevante para o estabelecimento de políticas de prevenção.¹³ Pessoas que têm companheiro, em geral, não são con-

sideradas de risco pelos serviços de saúde, não têm autopercepção de vulnerabilidade para DST e, conseqüentemente, não se protegem adequadamente.

A idade de iniciação sexual esteve de acordo com achado local existente, realizado entre adolescentes em 1996³, onde os meninos se iniciaram sexualmente aos 14 anos e meninas, em torno dos 15 anos. No presente estudo esta média de idade foi um pouco maior, provavelmente pela amostra estudada ser de uma faixa etária mais alta, com história de iniciação sexual diferente dos adolescentes atuais.

Em concordância com a bibliografia, o início precoce da atividade sexual esteve associado com sintomas de DST.^{3,4,11,16} Entretanto, ao se estratificar por sexo, apenas os homens mantiveram esta associação. É possível que o início precoce da atividade sexual esteja mais associado a outros comportamentos de risco para DST no sexo feminino do que no masculino.

A proporção de uso de preservativo na última relação sexual encontrada esteve de acordo com outras referências. Silveira et al¹² encontrou uma prevalência de uso de preservativos em mulheres de 15 a 49 anos em torno de 28%. O risco para quem não usou preservativo na última relação apresentou-se maior em ambos os sexos, estando de acordo com os achados da revisão.^{4,16}

A prevalência de prática de sexo anal em mulheres foi a mesma citada por Silveira et al.¹² A associação positiva entre prática de sexo anal na última relação sexual entre os indivíduos do sexo masculino e sintoma de DST também esteve de acordo com a bibliografia.⁵ O mesmo risco não se confirmou no sexo feminino, possivelmente pela existência de viés de informação, já que as mulheres em geral omitem mais essa prática.¹⁶

A frequência de mulheres com dois ou mais parceiros sexuais foi a mesma encontrada na literatura.¹² O maior número de parceiros sexuais nos últimos três meses está entre os principais fatores de risco para DST em ambos os sexos.¹⁶ Porém, dois ou mais parceiros sexuais foi um fator de risco mais importante para mulheres do que para homens. Isto pode dever-se ao fato da relação extraconjugal ser mais aceita socialmente para os homens, sendo comum para eles ter duas parceiras sexuais "fixas". As mulheres com mais de um parceiro, poderiam ser um marcador de freqüentes relações eventuais, bem como outros comportamentos de risco.

O conhecimento da frequência e dos fatores de risco associados aos sintomas de DST indicam a popu-

lação que poderá se beneficiar de intervenções. O presente estudo mostrou uma prevalência importante de sintomas de DST. Sabe-se que a magnitude do problema é ainda maior devido à grande quantidade de casos assintomáticos, bem como à tendência histórica de juvenilização e pauperização e às mudanças no comportamento sexual da população dos países em desenvolvimento. Casos sintomáticos freqüentemente não são percebidos como patológicos pelos doentes e/ou não são diagnosticados pelos serviços.

Sabe-se que a abordagem sindrômica é adequada para a identificação e o tratamento de pacientes com DST, principalmente em países em desenvolvimento.

Entretanto, sua aplicação depende de um exame clínico, dificultando a utilização desta estratégia na íntegra em estudos de base populacional. Adaptações, como as realizadas no presente estudo, necessitam ser desenvolvidas e validadas.

Assim, mesmo sem um estudo de validação, os resultados da presente pesquisa são consistentes com a literatura, tanto em relação à prevalência de sintomas quanto aos fatores de risco. Certamente contribuirão para aprofundar a discussão sobre o fato de ter companheiro sexual não ser fator de proteção para sintoma de DST. Além disso, diferenças nos fatores de risco para este desfecho entre os sexos devem ser levadas em conta no planejamento das ações de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica do Brasil. São Paulo; 2002.
2. Bachmann LH, Lewis I, Allen R, Schwebke JR, Leviton LC, Siegal HA, Hook EW 3rd. Risk and prevalence of treatable sexually transmitted diseases at a Birmingham substance abuse treatment facility. *Am J Public Health* 2000;90:1615-8.
3. Beria JU, editor. Ficar transar: a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS. Porto Alegre: Tomo Editorial; 1998.
4. Fernandes AM dos S, Antonio D de G, Bahamondes LG, Cupertino CV. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. *Cad Saúde Pública* 2000;16 Supl 1:103-12.
5. Halperin DT. Heterosexual anal intercourse: prevalence, cultural factors, and HIV infection and other health risks, Part I. *AIDS Patient Care STDS* 1999;13:717-30.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro; 2000.
7. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. Contagem populacional - 1996. Rio de Janeiro; 1996.
8. Ministério da Saúde. *Bol Epidemiol* 1998;(2).
9. Ministério da Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 3ª ed. Brasília (DF); 1999.
10. Penna GO, Hajjar LA, Braz TM. Gonorréia. *Rev Soc Bras Med Trop* 2000;33:451-64.
11. Piot P, Islam MQ. Sexually transmitted diseases in the 1990s. Global epidemiology and challenges for control. *Sex Transm Dis* 1994;21(2 Suppl):S7-13.
12. Silveira M F da. Comportamentos de risco para DST/ Aids em mulheres na cidade de Pelotas: prevalência, autopercepção e fatores associados [Tese]. Pelotas: Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas; 2000.
13. Turner CF, Rogers SM, Miller HG, Miller WC, Gribble JN, Chromy JR et al. Untreated gonococcal and chlamydial infection in a probability sample of adults. *JAMA* 2002;287:726-33.
14. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol* 1997;26:224-7.
15. Voeten HA, Egesah OB, Ondiege MY, Varkevisser CM, Habbema JD. Clients of female sex workers in Nyanza province, Kenya: a core group in STD/HIV transmission. *Sex Transm Dis* 2002;29:444-52.
16. World Health Organization. Sexually transmitted infections. Geneva; 2001.