

Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em ambientes clínicos e não clínicos na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil

Screening of sexually transmitted diseases in clinical and non-clinical settings in Salvador, Bahia, Brazil

José Santiago de Codes ¹
Deborah Ann Cohen ²
Neli Almeida de Melo ¹
Guilherme Gonzaga Teixeira ³
Alexandre dos Santos Leal ¹
Tiago de Jesus Silva ¹
Miucha Pereira Rios de Oliveira ¹

Abstract

The objectives were to study: (1) acceptance of STD screening in non-clinical settings for asymptomatic individuals; (2) risk factors and STD prevalence among individuals in non-clinical and clinical settings; and (3) non-clinical screening of asymptomatic populations as a feasible method for STD control. We recruited 139 males and 486 females between 18 and 30 years of age from a family planning clinic, schools, and community centers in low-income neighborhoods. We asked about STD symptoms and STD/HIV risk behaviors and tested the individuals for gonorrhea, Chlamydia, syphilis, and HIV. Except for HIV, women recruited directly from the community had higher STD rates than those who came in for care at the clinic. Screening in non-clinical settings in Brazil is feasible and has a high yield among young adults in low-income communities. Infected participants would likely never have otherwise sought care or been tested or treated. STD control efforts could be implemented in any site that can reach populations at risk and become a routine procedure in health care settings where people report for problems unrelated to STDs.

Sexually Transmitted Diseases; Risk Behavior; Sexual Behavior

Introdução

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) têm tremendo impacto na saúde da população mundial, causando um ônus desproporcional na população jovem de diversos países. A determinação dessa magnitude é dificultada pela inconsistência em se obterem notificações condizentes com a realidade. Calcula-se que, nos Estados Unidos, a taxa real de DST seja duas vezes maior do que a taxa reportada ¹.

Estudo comparativo dos níveis e tendências das DST bacterianas – sífilis, gonorréia e clamídia –, realizado durante a última década em 16 países desenvolvidos, revelou que a incidência declarada de todas as três doenças é geralmente mais alta entre as mulheres adolescentes do que entre os homens da mesma idade. Isso se aplica principalmente à clamídia, que é extremamente alta entre adolescentes ².

No Brasil, a incidência de DST/AIDS tem aumentado na população em geral, sendo o número de adolescentes contaminados também crescente. O índice de jovens que não põem em prática as medidas recomendadas para a prevenção das DST/AIDS é expressivo ³. Em adição, diversos estudos têm demonstrado a participação do nível sócio-econômico dos indivíduos como fator de risco para as DST ^{4,5,6}.

As limitações dos planos de saúde e dos programas preventivos, a que se justapõem fatores tais como o desconhecimento das doen-

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

² RAND Corporation, Santa Monica, U.S.A.

³ Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, Brasil.

Correspondência

J. S. Codes
Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Reprodução Humana, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia.
Rua Estácio Gonzaga 640, Salvador, BA
40295-020, Brasil.
josecods@uol.com.br

ças em geral e dos seus fatores de risco, levam as pessoas a procurarem os serviços de saúde somente quando se tornam sintomáticas. As DST, entretanto, são geralmente assintomáticas e, com frequência, silenciosas; assim, mesmo quando ocorrem sintomas dessas doenças, estes podem não despertar suspeita. Dessa forma, aqueles que estão infectados podem inadvertidamente disseminar doença por não saberem de sua condição.

De 30% a 80% das mulheres com gonorréia são assintomáticas, o mesmo ocorrendo entre os homens. As informações relativas a homens portadores assintomáticos de gonorréia variam, nos diversos estudos, entre pouco mais de 5% até 85%^{7,8,9}. Aproximadamente 85 milhões das infecções por clamídia em mulheres e 40% das infecções em homens podem ser assintomáticas e não identificáveis, senão por rastreamento^{9,10,11}.

Quando existe suspeita de DST, elas são mais difíceis de serem diagnosticadas em mulheres porque a anatomia do trato genital torna o exame clínico mais complicado¹². As mulheres com infecções por clamídia ou gonorréia frequentemente não são diagnosticadas até que surjam complicações, tais como a doença inflamatória pélvica (DIP). Mesmo assim, os sintomas de DIP causados por infecção por clamídia podem estar ausentes ou não ser específicos, aumentando o risco de complicações a longo prazo.

O rastreamento de indivíduos em risco, porém sem sintomas de DST, é parte importante de qualquer estratégia de controle dessas doenças. O aparecimento de métodos não invasivos para detecção da gonorréia e clamídia através da urina permite fazer o rastreamento de ambas em grande parcela da população jovem em risco, sem que seja necessário o exame pélvico nas mulheres. Os testes, feitos por meio da PCR (*polymerase chain reaction*) e da LCR (*ligase chain reaction*), são altamente específicos e sensíveis^{13,14}. Por sua vez, testes rápidos para o diagnóstico de sífilis e HIV podem ser efetuados com a simples punção de um dedo.

Em virtude de a maioria das infecções por clamídia serem assintomáticas e de a doença poder ser controlada apenas por meio de programas de rastreamento, o exame através da urina pode ser o único meio prático de se alcançar esse objetivo em larga escala. Desse modo, a implementação rotineira desses exames por mais de dez anos em algumas regiões dos Estados Unidos levou a um declínio significativo na prevalência de clamídia e gonorréia¹⁵.

Teoricamente, existe disponibilidade tecnológica para o controle das DST, que podem

ser tratadas com dose única de antibiótico. Na prática, entretanto, a capacidade de se atingirem as pessoas que não procuram os serviços de saúde por sua própria iniciativa não é conhecida. Também não se sabe se o grupo que não procura os serviços de saúde está no mesmo nível de risco para as DST daqueles que procuram esses serviços.

Em estudo entre alunos de três escolas públicas secundárias do Estado de Louisiana, Estados Unidos, utilizando a técnica do PCR/LCR, independente de sintomas ou de história sexual, Cohen et al.¹⁴ encontraram prevalência de clamídia mais de duas vezes mais alta em adolescentes do sexo feminino. Em novo estudo efetuado três anos mais tarde nas mesmas escolas e em mais cinco outras escolas comparáveis, que serviram de controle, concluíram que a prevalência de clamídia e gonorréia, já alta na população escolar, era duas vezes mais alta para o sexo feminino do que para o masculino, sendo as duas doenças geralmente assintomáticas entre os adolescentes de ambos os sexos, e que a testagem repetida, o tratamento e o aconselhamento dentro das escolas estão associados a reduções da prevalência dessas enfermidades entre os adolescentes do sexo masculino¹⁶.

Katz et al.¹⁵ constataram que, com frequência, a prevalência e incidência de infecção são mais altas entre as adolescentes, mesmo quando não é comum a presença de comportamento de alto risco. Concluíram, assim, que a escolha do parceiro e o comportamento deste podem ser elementos mais importantes do que o comportamento pessoal de alto risco no que diz respeito à alta prevalência de DST entre as mulheres adolescentes urbanas¹⁷.

A prevalência elevada de DST entre as mulheres nos países em desenvolvimento tem gerado clamor para a expansão dos métodos de prevenção¹⁸ e detecção^{19,20}.

No Brasil, recomenda-se a detecção de casos de DST assintomáticos, especialmente sífilis, gonorréia e clamídia, pelo rastreamento em gestantes ou adolescentes, em serviços de planejamento familiar, de atendimento pré-natal e de prevenção do câncer uterino. O diagnóstico definitivo da *Chlamydia trachomatis* deve ser feito através da cultura celular, por imunofluorescência direta, ELISA, PCR ou LCR, e o tratamento deve ser imediato²¹. A detecção das DST, contudo, não é um procedimento de rotina, sendo de modo geral efetuada apenas na clínica, quando aparecem sintomas e caso haja recursos disponíveis para o processamento dos espécimes. Existem presentemente poucos dados sobre a prevalência de DST no Brasil^{22,23}.

24,25, e menos ainda entre usuárias de clínicas de planejamento familiar²⁶.

Visando a adquirir melhor conhecimento acerca da prevalência das DST e HIV entre populações clínicas e não clínicas, bem como sobre o potencial dessas populações para o uso de rastreamento no controle de DST, foi efetuado um estudo para levantar a prevalência de gonorréia, clamídia, sífilis e HIV em três tipos distintos de populações clínicas e não clínicas em Salvador, Bahia, tendo sido questionada a presença de sintomas de DST e de comportamentos de risco para tais.

O objetivo deste estudo foi responder às seguintes questões: (1) Os indivíduos que fazem parte de um grupo de alto risco devido à idade e *status* sócio-econômico aceitariam o rastreamento para DST em um ambiente não clínico quando não apresentam sintomas de DST? (2) Os indivíduos em um ambiente não clínico têm os mesmos fatores de risco e prevalência de DST que as pessoas que procuram a assistência à saúde? (3) O rastreamento não clínico de populações assintomáticas é um método viável para o controle das DST?

Métodos

Entre maio e junho do ano 2000, em um período de 30-45 dias, foram recrutados os componentes de três setores, sendo convidados participar de um estudo de detecção de DST:

(1) Mulheres que freqüentavam uma clínica de planejamento familiar. Elas foram abordadas na sala de espera da clínica enquanto aguardavam a chamada para a consulta, sendo convidadas a participar de um inquérito sobre DST e recebendo, ao mesmo tempo, individualmente ou em pequenos grupos, informações sobre o assunto. (2) Alunos de três escolas públicas que freqüentavam cursos complementares a fim de concluir o nível secundário (cursos noturnos em duas escolas e vespertino na terceira). Uma das escolas visitadas à noite está localizada no centro da cidade e as outras duas estão localizadas em bairros periféricos populosos. (3) Pessoas adultas que viviam em três favelas. Todas as favelas escolhidas para o estudo tinham um Programa Saúde da Família (PSF) em plena atividade. O apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, através da chefia dos distritos onde o estudo foi efetuado, foi fundamental para a execução deste. Nas áreas de cada favela, escolheu-se um ponto central em cada subdistrito, e os membros das comunidades foram convidados por enfermeiras de saúde pública e agentes comunitários de saúde não

só a assistir a uma apresentação sobre DST, como também a participar no rastreamento. As apresentações e coletas foram também efetuadas por estudantes de medicina, no final da tarde e início da noite, para permitir a presença das pessoas no retorno dos seus trabalhos.

Os critérios para inclusão no estudo foram estar entre as idades de 18 a 30 anos, serem sexualmente ativos, terem assistido a uma palestra de trinta minutos sobre DST, suas causas, conseqüências e medidas preventivas, proferida por estudantes de medicina treinados, aceitarem participar do estudo e submeterem-se à coleta de amostra de sangue e urina.

Todos os participantes assinaram previamente um documento de consentimento informado para o rastreamento. A proposta de estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz.

Todas as amostras colhidas foram de conveniência, isto é, apenas as pessoas que se encontravam no local no exato momento em que se ofereceu o rastreamento foram elegíveis. Dessa forma, as amostras representam voluntários da população de usuários dos serviços dos quais eles foram recrutados.

A todos os participantes foi oferecida a oportunidade de serem testados para gonorréia e clamídia, usando o teste de urina baseado na amplificação do DNA (LCR), e de se submeterem a um exame de sangue para sífilis (VDRL) e HIV. Também a todos foi oferecido um tratamento grátis caso fossem positivos para clamídia, gonorréia e sífilis; se positivos para HIV, foram referidos para a clínica local de HIV para avaliação e tratamento.

Métodos de amplificação do ácido desoxirribonucléico (DNA), baseados na reação em cadeia da polimerase (PCR), ou reação em cadeia da ligase (LCR), detectam *C. trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* tanto em amostras urogenitais, como em urina após o primeiro jato, com alta sensibilidade e especificidade, não requerendo exames confirmatórios. Os testes de amplificação do DNA na urina foram efetuados no Laboratório de Cito-Genética da Maternidade Climério de Oliveira, da Universidade Federal da Bahia. Os exames de sangue para sífilis e HIV foram efetuados no Laboratório Central Gonçalo Moniz, da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. O diagnóstico de sífilis foi obtido através do método da floculação (VDRL), sendo fornecida a referida titulação; quando necessário, foi confirmado pelos métodos de hemaglutinação passiva (HTPA) e EIE (ELISA).

O diagnóstico de HIV foi efetuado através de dois testes ELISA, o primeiro efetuado em

bancada e o outro efetuado manualmente. Os casos positivos para qualquer um deles foram testados por meio da imunofluorescência, e as dúvidas remanescentes foram submetidas ao teste Western Blot. Todos os casos positivos foram submetidos a uma segunda coleta de sangue para confirmação do resultado, e os que permaneceram duvidosos foram submetidos a nova coleta para exame sessenta dias mais tarde.

Todos os participantes responderam a um questionário contendo perguntas fechadas sobre o seu nível de escolaridade; o seu comportamento de demanda dos serviços de saúde; a presença de sintomas de DST e o tipo de tratamento efetuado, ou não, na ocasião; o tipo de comunidade em que habitavam, o grau de solidariedade e coesão entre seus membros e a capacidade de resolução de problemas existentes na sua comunidade. Responderam, ainda, sobre comportamentos de risco já reconhecidos como associados a índices mais elevados de DST, tais como o número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses; o uso de preservativos, inclusive na última relação sexual; o uso de drogas lícitas ou ilícitas e o uso de bebidas alcoólicas ^{22,23,24,25}.

A fim de se saber a importância desses fatores de risco para a população de Salvador, foram calculadas as diferenças das taxas de infecções entre os participantes com e sem fatores de risco.

Os valores de p são procedentes do teste do qui-quadrado, usado para medir a diferença entre variáveis categóricas nas Tabelas 1 e 2. O teste de "t" de Student foi aplicado para a variável contínua "idade".

O grau de solidariedade e coesão dos membros da comunidade e a sua capacidade de solução de problemas existentes nela foi avaliado com base em estudos prévios nessa área ^{27,28}.

Como medida do fator de risco para o uso ou não de bebida alcoólica, aplicou-se o teste de CAGE para classificar os participantes como alcoolistas ou não. Desenvolvido em 1968, o teste de CAGE é composto por quatro perguntas, considerando-se como caso positivo aquele que responder afirmativamente a duas ou mais delas. As questões se referem: (1) aos usuários que já sentiram necessidade de reduzir a ingestão de bebidas alcoólicas, (2) ao fato de terceiros criticarem o modo como o sujeito usa o álcool, (3) aos sujeitos que se sentem culpados pelo modo como bebem e, por fim, (4) aos sujeitos que bebem pela manhã assim que acordam ²⁹. As razões de risco foram calculadas utilizando-se o Epi Info (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e/ou SPSS (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Resultados

Aproximadamente 75% das mulheres elegíveis que foram contactadas na clínica de planejamento familiar nos dias das coletas concordaram em participar do estudo. As mulheres que se recusaram, o fizeram por duas razões principais: ou não quiseram se submeter a uma punção venosa por acharem desagradável, ou estavam com muita pressa e não tinham tempo para responder ao questionário. Na ocasião em que o estudo foi efetuado, a clínica existia há pouco menos de dois anos e contava com cerca de 1.800 pacientes matriculadas.

Nos outros locais, os participantes constituíram uma amostra de conveniência e dessa forma não foi possível medir as taxas de recusa. Todos os que atenderam ao convite para assistir à palestra tinham grande interesse no assunto e se mostravam propensos a participar. As pessoas não incluídas não se enquadravam no grupo etário do estudo.

O número de participantes foi de 202 mulheres na clínica de planejamento familiar, 129 mulheres e 96 homens nas escolas secundárias e 155 mulheres e 44 homens na favela. Em virtude de o estudo nas favelas ter ocorrido na sua maior parte no fim da tarde de dias de trabalho, a quantidade de homens disponíveis para participar da pesquisa foi menor do que a de mulheres.

A Tabela 3 mostra as características demográficas dos participantes. As mulheres que frequentavam a clínica de planejamento familiar apresentaram nível de educação mais elevado do que os demais grupos estudados. Dessas mulheres, 32,7% tinham nível secundário completo, contra 22,7% dos homens e 19,4% das mulheres moradoras nas favelas. Os estudantes estavam naturalmente abaixo desse nível. Quatro indivíduos das escolas que tinham curso secundário completo eram seus funcionários. Entre as mulheres da clínica, 54% eram casadas ou tinham união estável. Os estudantes eram com maior frequência solteiros (87,5% dos homens e 67,4% das mulheres) e apresentavam média de idade mais baixa do que os participantes dos outros grupos. Os homens tinham emprego mais comumente do que as mulheres (respectivamente, 58,3% contra 28,7% nas escolas e 51,1% contra 34% nas favelas). Apenas 26,2% das mulheres da clínica trabalhavam fora de suas casas.

As mulheres recrutadas na clínica de planejamento familiar foram comparadas com as recrutadas nos ambientes não clínicos (Tabela 1). Ambos os grupos apresentaram níveis similares de sintomas sugestivos de DST ou tiveram

Tabela 1

Diferenças entre as mulheres recrutadas em ambientes clínicos e não clínicos.

	Mulheres no planejamento familiar		Mulheres em ambientes não clínicos		Valor de p
	n (N = 202)	%	n (N = 285)	%	
Idade média (anos)	23,28		23,44		0,66
Escolaridade					
Nível de escolaridade básico	49	24,3	107	37,7	0,000
Fundamental incompleto	87	43,1	144	50,7	
Fundamental completo	66	32,7	33	11,6	
Empregadas	53	26,2	90	31,6	0,05
Estado marital					
Solteira	90	44,6	163	57,2	0,000
Casada	43	21,3	53	18,6	
Parceiro estável	66	32,7	66	23,2	
Viúva/Divorciada	1	0,5	3	1,1	
Procurou um serviço de saúde no último ano	193	95,5	228	80,0	0,000
Não usuária de métodos anticoncepcionais	12	5,9	63	22,1	0,000
História de DST	15	7,4	20	7,0	0,96
Sintomas na última semana	73	36,5	111	38,9	0,59
Sintomas no último ano	103	51,0	159	55,8	0,30
Parceiros sexuais nos últimos 12 meses					
0-1	187	92,6	214	75,1	0,000
2	12	5,0	48	16,8	
3 ou mais	3	1,5	23	6,1	
Uso de preservativo na última relação	49	24,3	74	26,1	0,65
Uso de álcool	133	65,8	210	73,7	0,11
Uso de maconha	6	3,0	14	4,9	0,29
Uso de cocaína	3	1,5	9	3,2	0,24
Problemas com bebidas alcoólicas	3	1,5	22	7,8	0,002

doenças diagnosticadas na semana anterior ou no último ano decorrido ($p = 0,59$, $p = 0,30$, respectivamente), entretanto as mulheres da clínica de planejamento familiar tiveram menos parceiros sexuais. As mulheres provenientes de ambientes não clínicos não usaram preservativos comumente durante a última relação sexual ($p = 0,65$), foram as que mais fizeram uso de substâncias tais como álcool e maconha e as mais prováveis de referir problemas associados a bebida, quando comparadas com as mulheres da clínica de planejamento familiar ($p = 0,002$).

Os fatores de risco entre homens e mulheres em ambientes não clínicos foram comparados (Tabela 2). Os homens mostraram-se menos prováveis de procurar qualquer serviço de

saúde do que as mulheres. Cerca de 51% dos homens e 80% das mulheres informaram haver procurado nos últimos 12 meses algum tipo de assistência à saúde ($p < 0,001$). Os homens foram também os que mais comumente referiram história de DST ($p < 0,001$). Eles foram menos prováveis, em qualquer momento, de reportar sintomas relacionados com DST do que as mulheres ($p < 0,001$). Eles também referiram ter tido, no ano anterior, um número de parceiras sexuais significativamente maior do que as mulheres ($p < 0,001$). Uma proporção de 57% dos homens afirmou ter tido três parceiras sexuais ou mais, enquanto apenas 8% das mulheres relataram esse número ($p < 0,001$). Os homens referiram com maior frequência fazer uso

Tabela 2

Fatores de risco para DST entre homens e mulheres em ambientes não clínicos.

	Homens em ambientes não clínicos (%)	Mulheres em ambientes não clínicos (%)	Valor de p (homens x mulheres)
Procurou um serviço de saúde no último ano	51,1	80,0	0,000
História de DST	21,3	7,0	0,000
Sintomas na última semana	18,4	38,9	0,000
Sintomas no último ano	30,7	55,8	0,000
Parceiros sexuais nos últimos 12 meses			
0-1	24,1	78,1	0,000
2	18,4	16,8	
3 ou mais	57,3	8,1	
Uso de preservativo na última relação	37,6	26,1	0,01
Uso de álcool	83,0	73,7	0,009
Uso de maconha	28,4	4,9	0,000
Uso de cocaína	12,8	3,2	0,000
Problemas com bebidas alcoólicas	10,1	7,8	0,44

Tabela 3

Média de idade, nível de escolaridade, número de participantes empregados e estado marital dos participantes, segundo o local da coleta e o sexo.

	Clínica de planejamento familiar		Escolas				Favelas			
	Mulheres		Homens		Mulheres		Homens		Mulheres	
	n (N = 202)	%	n (N = 96)	%	n (N = 129)	%	n (N = 44)	%	n (N = 155)	%
Média de idade (anos)	23,28		21,72		21,83		24,16		24,77	
Nível de escolaridade										
Básico incompleto	49	24,3	37	38,5	36	27,9	16	36,4	71	45,8
Secundário incompleto	77	43,1	58	60,5	90	69,7	18	41,0	54	34,9
Secundário completo e acima	66	32,7	1	1,0	3	2,3	10	22,7	30	19,4
Empregados	53	26,2	56	58,3	37	28,7	23	51,1	53	34,0
Estado marital										
Solteiro(a)	90	44,6	84	87,5	87	67,4	30	66,7	76	48,7
Casado(a)	43	21,3	4	4,2	26	20,2	8	17,8	27	17,3
Parceiro(a) estável	66	32,7	8	8,3	16	12,4	5	11,1	50	32,1
Viúvo(a)/Divorciado(a)	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	3	1,9

de substâncias como álcool, maconha (*Cannabis sativa*) e cocaína ($p < 0,001$), mas não houve diferença entre o percentual daqueles que reportaram algum problema com bebida ($p = 0,44$).

Nenhum dos fatores tipicamente associados a infecções de transmissão sexual, tais como a falta de uso de preservativos, o alto número de parceiros sexuais e o uso de substâncias, foi associado à infecção de transmissão

sexual na população recrutada em ambientes não clínicos.

Entre as mulheres recrutadas na clínica de planejamento familiar, apenas 9% afirmaram usar preservativos todas as vezes que mantinham relações sexuais. Cerca de um terço das usuárias de pílula e DIU e 20% das usuárias de injetáveis também usavam preservativos. Das mulheres infectadas, 5% afirmaram sempre fa-

zer uso de preservativo, 8% usavam algumas vezes e 25% nunca o faziam, fato este que não causou surpresa ²⁶.

A Tabela 4 demonstra a prevalência de infecção para cada grupo. A prevalência de clamídia encontrada entre as mulheres foi de 11,4% na clínica de planejamento familiar, 17,1% nas escolas e 12,9% na comunidade, enquanto para os homens foi de 7,3% nas escolas e 7% na comunidade. Quanto à prevalência de gonorréia, as mulheres da clínica apresentaram 0,5%; as das escolas, 0,8%, e as da comunidade, 3,2%. Os homens das escolas apresentaram 1% e os da comunidade, 2,2%. A prevalência de sífilis na comunidade foi de 6,7% para homens e 5,1%, para as mulheres. A prevalência de HIV na clínica de planejamento familiar foi de 2,5%. Não foi encontrada infecção por HIV entre os homens tanto nas escolas como na comunidade, ao passo que a prevalência de HIV entre as mulheres foi de 1,6% nas escolas e 0,6% na comunidade.

As taxas mais altas de DST foram encontradas entre as mulheres, e com exceção para a prevalência de HIV, as que foram recrutadas diretamente da comunidade apresentavam taxas de clamídia, gonorréia e sífilis mais altas do que as mulheres que freqüentavam a clínica de planejamento familiar. Para todos os tipos de DST testados, os homens tinham taxas mais baixas do que as mulheres.

Discussão

Este estudo demonstra que o rastreamento das DST em ambientes não clínicos no Brasil não só é viável, como também apresenta rendimento relativamente alto entre os jovens em comunidades de baixa renda. Embora as altas taxas

de infecção sejam possivelmente explicadas parcialmente por auto-seleção, os homens e mulheres infectados que participaram deste estudo provavelmente nunca teriam, de outra forma, procurado assistência com esse propósito ou sido examinados e tratados das suas infecções. Os achados confirmam também as altas taxas de infecções assintomáticas entre as mulheres, procurem elas ou não os serviços de assistência à saúde. Embora as mulheres que procuram assistência possuam nível de escolaridade mais alto, elas não são menos passíveis de estarem infectadas do que as da comunidade, que são menos prováveis de procurar assistência.

Os homens menos provavelmente procuram assistência, não obstante sua admissão de comportamento de risco mais alto do que as mulheres, o que inclui maior número de parceiros sexuais e maior uso de substâncias. A taxa de DST mais baixa entre os homens, a despeito do seu comportamento de risco mais alto, pode ter várias explicações: (1) eles são mais prováveis de reportar o uso de preservativos; (2) fisiologicamente, eles são menos suscetíveis às DST e ao HIV, dado que o modo de transmissão parece ser mais eficaz de homens para mulheres do que de mulheres para homens; e (3) é possível que a amostra tenha captado um grupo de homens atípicos, uma vez que eles estavam disponíveis durante um dia de trabalho e podem não ser representativos da população geral. Outros estudos de prevalência, contudo, também mostram taxas mais altas de clamídia em mulheres do que em homens que pertencem ao mesmo nível sócio-econômico ^{30,31}.

De qualquer maneira, indivíduos que não procuram assistência para problemas médicos podem ser mais prováveis de adotar comportamentos de risco e de terem uma prevalência de infecção mais alta do que a população que pro-

Tabela 4

Prevalência de DST e HIV nas três populações estudadas.

	Clamídia (%)	Gonorréia (%)	Sífilis (%)	HIV (%)
Clínica de planejamento familiar				
Mulheres	11,4	0,5	2,0	2,5
Escola secundária				
Mulheres	17,1	0,8	3,9	1,6
Homens	7,3	1,0	0,0	0,0
Favela				
Mulheres	12,9	3,2	5,1	0,6
Homens	7,0	2,2	6,7	0,0

cura assistência. Na população clínica, não foi possível identificar os fatores de risco típicos para infecção por DST, incluindo falta do uso de preservativos e número maior de parceiros sexuais, que também não estavam presentes na amostra da população comunitária. A falta de fatores de risco nessa população pode refletir um nível de risco da população em geral para a infecção por DST e não um nível de risco individual.

A limitação mais importante deste estudo é o uso de uma amostra de conveniência na favela, que pode não ser verdadeiramente representativa da população. Todavia, embora os participantes fossem voluntários entre as pessoas que se encontravam presentes no momento em que se ofereceu o serviço de rastreamento, uma grande proporção de sujeitos elegíveis concordou em participar do mesmo. A direção do viés resultante do uso de uma amostra de conveniência é desconhecida. Por um lado, pessoas que cuidam bem da sua saúde provavelmente desejaram participar; por outro, pessoas que tinham um motivo para se preocupar com DST concordaram em participar. O fato é que o achado de altas taxas nos voluntários sugere que a oferta de serviços de DST em ambientes não clínicos pode ter alto rendimento, mesmo que seja mais baixo ou mais alto do que a verdadeira prevalência da população. O que resta ser demonstrado é qual a proporção da população total que pode ser alcançada por intermédio de tais estudos, ou se um rastreamento adicional atrairia outras pessoas de alto risco. O ambiente para a implementação de esforços adicionais para o controle das DST pode ser em qualquer lugar onde se alcancem as populações de risco. Dessa forma, o rastreamento dessas doenças pode potencialmente ser efetuado como procedimento de rotina nos serviços de saúde, quando as pessoas os procuram para problemas não relacionados com DST.

Estudos de custo-efetividade de exames para clamídia realizados nos Estados Unidos demonstraram que, para cada dólar desembolsado em um exame, existe uma economia de 12 dólares que seriam despendidos no tratamento das conseqüências de uma infecção a longo prazo³².

Outro estudo indica que o rastreamento universal é mais custo-efetivo do que o seletivo em clínicas de planejamento familiar quando a prevalência de clamídia é superior a 3,1%, e em

clínicas de tratamento de DST quando a prevalência é superior a 7%³³.

Em algumas regiões dos Estados Unidos onde foram instituídos exames de rotina por mais de dez anos, observou-se um declínio significativo na prevalência de clamídia e gonorréia¹⁵.

Conclusão

Ficou demonstrado que em ambientes não clínicos encontram-se indivíduos com os mesmos fatores de risco e prevalência de DST daqueles que procuram os serviços de saúde; que indivíduos que fazem parte de grupos de alto risco, devido a fatores como idade, *status* sócio-econômico e comportamentos de risco, aceitam o rastreamento para DST em ambientes não clínicos, mesmo quando não apresentam sintomas de doença; por fim, demonstrou-se que o rastreamento de populações assintomáticas fora das clínicas é um método viável para o controle das DST.

As altas taxas de doença assintomática na população e os graves riscos potenciais das infecções por clamídia e gonorréia não tratadas, como doença inflamatória pélvica, infertilidade e transmissão neonatal³⁴, justificam a implementação de rastreamento mais ativo das DST. É de fundamental importância que a todas as mulheres com menos de trinta anos que procuram serviços de planejamento familiar ou de assistência pré-natal na rede pública de saúde seja oferecida a detecção de DST/HIV.

Serviços de rastreamento de DST devem ser oferecidos em locais onde exista concentração de grupos de risco, tais como escolas para adultos, associações de moradores e outros, onde seja possível reproduzir as condições com que este estudo foi realizado, com jovens promotores de saúde oferecendo palestras e serviços rápidos de coleta, usando métodos não invasivos. O critério mais importante para se selecionarem as áreas não clínicas em que se deve fazer o rastreamento das DST é o nível de prevalência de clamídia e gonorréia na população – altas taxas justificam esses serviços; onde a infecção é rara os serviços não são necessários.

Maiores esforços devem ser dirigidos para a vigilância das populações de risco, para que a detecção dessas doenças e o seu tratamento imediato se traduzam na redução dos problemas por elas causados à comunidade.

Resumo

O objetivo deste trabalho foi avaliar (1) a aceitação de rastreamento para DST em ambientes não clínicos por indivíduos assintomáticos, (2) os fatores de risco e prevalência de DST em ambientes não clínicos e clínicos e (3) o rastreamento não clínico de populações assintomáticas como um método viável para controle das DST. Recrutamos 139 participantes masculinos e 486 femininos entre 18 e 30 anos em clínica de planejamento familiar, escolas e comunidades de baixa renda. Inquirimos os recrutados sobre sintomas de DST e comportamentos de risco para DST/HIV e os testamos para gonorréia, clamídia, sífilis e HIV. Exceto pelo HIV, as mulheres recrutadas diretamente da comunidade apresentavam maior prevalência de DST do que as que procuravam a clínica. O rastreamento das DST em ambientes não clínicos no Brasil é aceitável e vantajoso para jovens em comunidades de baixa renda. Participantes infectados provavelmente nunca teriam procurado assistência, sido testados ou tratados. Medidas para o controle das DST podem ser implementadas em qualquer lugar onde se alcancem as populações de risco e transformadas em rotina nos serviços de saúde, mesmo entre indivíduos com problemas não relacionados com DST.

Doenças Sexualmente Transmissíveis; Comportamento de Risco; Comportamento Sexual

Colaboradores

J. S. Codes participou integralmente ao longo do trabalho, desde a elaboração do desenho do estudo e a sua organização até a coleta dos dados e redação final. D. A. Cohen participou desde a elaboração do desenho do estudo e a organização do trabalho até a sua redação final. N. A. Melo participou da elaboração do desenho do estudo, organização do trabalho, montagem da técnica de PCR, execução dos exames, análise dos resultados do LCR e redação da pesquisa. G. G. Teixeira, A. S. Leal, T. J. Silva e M. P. R. Oliveira participaram na elaboração do desenho do estudo e na organização do trabalho, realizaram as visitas e efetuaram a coleta dos materiais para exame e participaram da centrifugação do sangue, da análise dos resultados e da redação da pesquisa.

Agradecimentos

A realização deste estudo contou com o apoio do Laboratório Abbott, Fulbright Foundation, Laboratório Central Gonçalo Moniz da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Pathfinder do Brasil e Maternidade Climério de Oliveira da Universidade Federal da Bahia, a quem expressamos o nosso reconhecimento.

Referências

1. Eng TR, Butler W, editors. The hidden epidemic: confronting sexually transmitted diseases. Washington DC: Institute of Medicine/National Academies Press; 1997.
2. Panchaud C, Singh S, Feivelson D, Darroch JE. Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. *Fam Plann Perspect* 2000; 32:24-32.
3. Bogaski NT, Schirmer J, Barbieri M. A prevenção das DST/AIDS entre adolescentes. *Acta Paul Enfermagem* 2000; 13:18-26.
4. Newbern EC, Miller WC, Schoenbach VJ, Kaufman JS. Family socioeconomic status and self-reported sexually transmitted diseases among black and white american adolescents. *Sex Transm Dis* 2004; 31:533-41.
5. Santelli JS, Lowry R, Brener ND, Robin L. The association of sexual behaviors with socioeconomic status, family structure, and race/ethnicity among US adolescents. *Am J Public Health* 2000; 90:1582-8.
6. Tanfer K, Cubbins LA, Billy JO. Gender, race, class and self-reported sexually transmitted disease incidence. *Fam Plann Perspect* 1995; 27:196-202.
7. Grosskurth H, Mayaud P, Mosha F, Todd J, Senkoro K, Newell J, et al. Asymptomatic gonorrhoea and chlamydial infection in rural Tanzanian men. *BMJ* 1996; 312:277-80.
8. Hook EW III, Handsfield HH. Gonococcal infections in the adult. In: Holmes KK, Mårdh PA, Sparling PF, Weisner PJ, Cates Jr. W, Lemon SM, et al., editors. Sexually transmitted diseases. 2nd Ed. New York: McGraw-Hill; 1990. p. 149-65.
9. Judson FN. Gonorrhoea. *Med Clin North Am* 1990; 74:1353-67.
10. Fish AN, Fairweather DV, Oriel JD, Ridgeway GL. *Chlamydia trachomatis* infection in a gynecology clinic population: identification of high-risk groups and the value of contact tracing. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1989; 31:67-74.
11. Stamm WE, Holmes KK. *Chlamydia trachomatis* infections in the adult. In: Holmes KK, Mårdh PA, Sparling PF, Weisner PJ, Cates Jr. W, Lemon SM, et al., editors. Sexually transmitted diseases. 2nd Ed. New York: McGraw-Hill; 1990. p. 181-93.
12. Aral SO, Guinan ME. Women and sexually transmitted diseases. In: Holmes KK, Mårdh PA, Sparling PF, Weisner PJ, editors. Sexually transmitted diseases. New York: McGraw-Hill; 1984. p. 85-9.
13. Cook RL, St. George K, Lassak M, Tran N, Anhalt JP, Rinaldo CR. Screening for *Chlamydia trachomatis* infection in college women with a polymerase chain reaction assay. *Clin Infect Dis* 2000; 28:1002-7.
14. Cohen D, Nsuami M, Bedimo R, Tropez-Sims S, Abdalian S, Farley T, et al. A school-based chlamydia control program using DNA amplification technology. *Pediatrics* 1998; 101:E1.
15. Mosure DJ, Berman S, Fine D, Delisle S, Cates Jr. W, Boring 3rd JR. Genital chlamydia infections in sexually active female adolescents: do we really need to screen everyone? *J Adolesc Health* 1997; 20:6-13.
16. Cohen DA, Nsuami M, Martin DH, Farley TA. Repeated school-based STD screening: a feasible

- strategy for reaching adolescents. *Pediatrics* 1999; 104:1281-5.
17. Katz BP, Fortenberry JD, Tu W, Harezlak J, Orr DP. Sexual behavior among adolescent women at high risk for sexually transmitted infections. *Sex Transm Dis* 2001; 28:247-51.
 18. Knijnik J, Bernardi C, Duncan BB, Canani LH, Eidt LM, Eidt OR. Necessidades educativas de jovens sobre doenças sexualmente transmissíveis. *An Bras Dermatol* 1990; 65:289-92.
 19. Temmerman M, Kidula N, Tyndall M, Rukaria-Kaumbutho R, Muchiri L, Ndinya-Achola JO. The supermarket for women's reproductive health: the burden of genital infections in a family planning clinic in Nairobi, Kenya. *Sex Transm Infect* 1998; 74:202-4.
 20. Wilkinson D, Ndovela N, Harrison A, Lurie M, Connolly C, Sturm AW. Family planning services in developing countries: an opportunity to treat asymptomatic and unrecognised genital tract infections? *Genitourin Med* 1997; 73:558-60.
 21. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis. 3ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
 22. Taquette SR, Vilhena MM, Paula MC. Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: um estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:282-90.
 23. Carret ML, Fassa AG, Silveira DS, Bertoldi AD, Hallal PC. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: prevalência e fatores de risco. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:76-84.
 24. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Auto-percepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:670-7.
 25. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E, Victora CG. Factors associated with risk behaviors for sexually transmitted disease/AIDS among urban Brazilian women: a population-based study. *Sex Transm Dis* 2002; 29:536-41.
 26. Codes JS, Cohen DA, Melo NA, Santos AB, Codes JJ, Silva-Júnior JC, et al. Detecção de doenças sexualmente transmissíveis em clínica de planejamento familiar da rede pública no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24:101-6.
 27. Cohen DA, Farley TA, Mason K. Why is poverty unhealthy? Social and physical mediators. *Soc Sci Med* 2003; 57:1631-41.
 28. Cohen DA, Spear S, Scribner R, Mason K, Kissinger P, Wildgen J. Broken windows and the risk of gonorrhoea. *Am J Public Health* 2000; 90:230-6.
 29. Masur J, Monteiro M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian psychiatry inpatient hospital setting. *J Biol Res* 1983; 16:215-8.
 30. Marrazzo JM, White CL, Krekeler B, Celum CL, Lafferty WE, Stamm WE, et al. Community-based urine screening for *Chlamydia trachomatis* with a ligase chain reaction assay. *Ann Intern Med* 1997; 127:796-803.
 31. Mehta SD, Rompalo A, Rothman RE, Londner MS, Zenilman JM. Generalizability of STD screening in urban emergency departments: comparison of results from inner city and urban sites in Baltimore, Maryland. *Sex Transm Dis* 2003; 30:143-8.
 32. Howell MR, Quinn TC, Brathwaite W, Gaydos CA. Screening women for *Chlamydia trachomatis* in family planning clinics: the cost-effectiveness of DNA amplification assays. *Sex Transm Dis* 1998; 25:108-17.
 33. Marrazzo JM, Celum CL, Hillis SD, Fine D, De Lisle S, Handsfield H. Performance and cost-effectiveness of selective screening criteria for *Chlamydia trachomatis* infection in women. Implications for a national Chlamydia control strategy. *Sex Transm Dis* 1997; 24:131-41.
 34. Centers for Disease Control and Prevention. *Chlamydia trachomatis* genital infections – United States, 1995. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1997; 46:193-8.

Recebido em 06/Mai/2004

Versão final reapresentada em 12/Abr/2005

Aprovado em 11/Jul/2005