

AS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS SÃO PROBLEMAS ENTRE GESTANTES NO CEARÁ?

ARE SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES A PROBLEM TO PREGNANT WOMEN IN CEARÁ?

MENÇÃO HONROSA – PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO, CATEGORIA: EPIDEMIOLOGIA

Telma A Martins¹, Pierre Y-Bello², Martha D Bello³, Lígia Regina SK Pontes⁴,
Lúcia V Costa⁵, Iracema S Miralles⁶, Telma Régia BS Queiroz⁷

RESUMO

Introdução: é reconhecido na literatura mundial o papel das DST na gravidez ectópica, abortos espontâneos e nascimento de natimortos, prematuridade, infecções congênitas e perinatais, e infecções materno puerperal. No Brasil, embora se reconheça este problema, são poucos os estudos que têm como foco esta população, embora os efeitos destas doenças na gravidez sejam notórios. **Objetivo:** estimar a prevalência de sífilis, gonorréia, *Chlamydia* e tricomoníase em gestantes de dois municípios do Ceará. Identificar fatores de risco associados às DST. **Método:** realizou-se um estudo transversal em que 1.019 gestantes foram entrevistadas individualmente, realizando-se exame físico e laboratoriais, a saber: PCR, RPR e Gram. **Resultado:** a prevalência de *C. trachomatis* foi de 11,0%, em Fortaleza e 6,4% em Aracati; de *N. gonorrhoeae* foi de 1,3% nos dois municípios, de *T. vaginalis* foi de 6,2% em Fortaleza e 4,4% em Aracati; e de sífilis, 2,1% em Fortaleza e 0,3% em Aracati. Os fatores de risco associados às DST entre as gestantes em Fortaleza foram: não estar em união conjugal, não possuir renda pessoal e ter tido mais de dois parceiros nos últimos 12 meses. Para Aracati, estes fatores foram: analfabetismo, início precoce da vida sexual e mais de três parceiros sexuais na vida. **Conclusão:** a prevalência de DST nas gestantes foi alta nos dois municípios, e os diferentes fatores socioculturais identificados requerem estratégias preventivas distintas e adequadas à realidade de cada município.

Palavras-chave: DST, prevalência, gestantes, fatores de risco

ABSTRACT

Introduction: the complications of STD (Sexually Transmitted Diseases) include ectopic pregnancy, spontaneous abortions, stillbirth, prematurity, congenital perinatal and puerperal infection. In Brazil, studies in pregnant women are scarce, although STD have an important impact in pregnancy outcome. **Objective:** to estimate the prevalence of syphilis, gonorrhea, chlamydeous, and trichomoniasis in pregnant women in two municipalities of Ceará and to identify risk factors related to STD in this population. **Method:** cross-sectional study with the application of questionnaires, physical examination and laboratory diagnosis (PCR, RPR and Gram staining). The study population consisted of 1.019 women attending clinics in Fortaleza and Aracati. **Results:** the prevalence in Fortaleza and Aracati were, respectively: *C. trachomatis* - 11.0% and 6.4%; *N. gonorrhoeae* - both 1.3%; *T. vaginalis* - 6.2% and 4.4%; *T. pallidum* - 2.1% and 0.3%. The risk factors related to the STD in Fortaleza were: not living with partner, no personal income, and more than 2 partners in the last twelve months. In Aracati, the following risk factors were identified: illiteracy, early sexual debut, and more than three sexual partners in life. **Conclusion:** high prevalences of STD were found in Fortaleza and Aracati. The different risk factors identified in these two different social-cultural setting require distinct STD control.

Keywords: sexuality transmitted diseases, prevalence, pregnant, risk factors

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3): 50-58, 2004

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde estima que 36 milhões de novos casos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) tenham ocorrido na América latina e Caribe em 1999¹. Esta mesma instituição estimou para o Brasil a ocorrência anual de 12 milhões de casos

de algumas DST curáveis (sífilis, gonorréia, tricomoníase e *Chlamydia*)². Mesmo que ainda possa haver um grande percentual de casos em sub-registro, esta estimativa nos alerta para a alta magnitude que têm estas doenças. Ocorre, no entanto, que na maioria das vezes estas doenças não são percebidas pelos doentes, ou ainda não são adequadamente diagnosticadas e tratadas pelos profissionais de saúde. Mesmo não sendo as DST de notificação compulsória no país, os registros de 15 serviços de referência no Ceará nos revelam que as DST se constituem em uma parcela importante de todos os problemas que chegam à rede de saúde pública. No período de 1999-2000, apenas nestes 15 serviços, foram registrados 11.058 casos de DST³. Pesquisa realizada com mulheres que procuraram um serviço para realizar a prevenção anual de câncer ginecológico, apontou uma importante taxa de prevalência de DST entre esta população, sendo 5,6% para o herpes genital, 3,7% para *Chlamydia trachomatis*, sífilis, HPV e gonorréia, e de 2,8% para gonorréia no Ceará⁴. Vale ressaltar que a maioria destas mulheres era assintomática no momento da consulta, tendo procurado o serviço apenas para fazer a prevenção.

¹ Coordenadora do Programa Estadual de DST/Aids do Ceará, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará, Secretária de Saúde do Estado do Ceará

² Mestre em Epidemiologia pela Universidade de Bordeaux II, Médico do Observatório Francês Contra as Drogas

³ Doutora pela Universidade de Bordeaux II, bióloga

⁴ PhD, Professora Adjunta do Departamento de Saúde Comunitária pela Universidade Federal do Ceará

⁵ Enfermeira do Núcleo de Vigilância Epidemiológica na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

⁶ Gerente da Unidade de Bacteriologia, Especialista em Saúde Pública, Bióloga do Laboratório Central de Saúde Pública do Ceará

⁷ Assessora do Comitê Assessor de DST do PN-/DST/Aids no Ministério da Saúde, Médica Infectologista do Hospital São José de Doenças Infeciosas no Ceará

Muitos estudos mostram que as DST ocupam um importante espaço no desenvolvimento de patologias no ciclo grávido-puerperal, podendo causar gravidez ectópica, abortos, nascimentos de natimortos, prematuridade, infecções congênicas e perinatais, e infecções puerperais⁵. Se estas doenças são diagnosticadas e tratadas precoce e adequadamente, as conseqüências das DST para a mãe e o bebê podem ser minimizadas. Mas isto, na prática não acontece comumente. O que se observa é que, na maioria das vezes, não se realiza uma avaliação de risco para DST no pré-natal. Avalia-se apenas a evolução da gravidez, havendo uma preocupação apenas com as doenças mais comuns do período gestacional, dando-se atenção apenas para as possíveis intercorrências que podem acontecer neste tão delicado período.

OBJETIVO

Com o objetivo de aumentar o número de diagnósticos precoces de casos assintomáticos de DST em mulheres, e quebrar a cadeia de transmissão, a equipe do Programa Nacional de DST/HIV-Aids, do Ministério da Saúde do Brasil, têm sugerido a busca de casos de DST em serviços de atendimento ginecológico, em especial os de planejamento familiar, pré-natal e prevenção do câncer cérvico uterino⁶.

A Organização Mundial de Saúde sugere estudos de prevalência de DST com mulheres grávidas, caracterizadas como uma população sexualmente ativa de baixo risco, por isso, semelhante à população em geral. Populações de baixo risco são caracterizadas por apresentarem taxas de parceiros sexuais e de relacionamentos simultâneos relativamente baixos, menor número de vínculos sexuais e contatos relativamente limitados com outros subgrupos da população⁷.

Este estudo tem por objetivo estimar a freqüências de algumas DST curáveis (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* e sífilis) e os fatores de risco associados a estas doenças, entre mulheres grávidas do Ceará, para que, a partir do conhecimento da realidade nos diferentes municípios, possamos desenhar estratégias e ações que venham a contribuir para a melhora da saúde de gestantes, e, porque não dizer, de todas as mulheres em idade reprodutiva no Ceará, que são atendidas no Sistema Único de Saúde.

MÉTODO

Foi realizado um estudo transversal, durante o ano 2000, cuja população foi composta por mulheres atendidas em primeira consulta do pré-natal, em dois serviços da rede pública do Sistema Único de Saúde, nos municípios de Fortaleza e Aracati. A sede do estudo em Fortaleza (capital do estado) foi o Hospital Gonzaga Mota de Messejana, cujas gestantes atendidas residiam no bairro de Messejana ou adjacências (45 bairros) com população estimada em aproximadamente 693.226 habitantes. Geralmente estas mulheres chegavam à unidade por demanda espontânea. Em Aracati (município da zona litorânea do Ceará com 62.384 hab.), a sede do estudo foi o Serviço de Assistência a Mulher de Aracati (SAMA), onde as gestantes eram provenientes da área urbana ou rural, e atendidas na

unidade por demanda espontânea ou referenciadas pelas equipes do Programa de Saúde da Família do município.

Foi utilizada uma amostra constituída de 1.019 mulheres grávidas, sendo 630 residentes em Fortaleza e 389 em Aracati. Utilizaram-se como critérios de seleção a confirmação do teste de gravidez e a residência nos municípios da pesquisa. Uma exigência para a participação da gestante foi à assinatura de um termo de consentimento. Quando a mesma era analfabeta, o profissional de saúde procedia a leitura do texto que era carimbado pela gestante. Este documento permitiu à gestante conhecer a finalidade da pesquisa, os exames a que seria submetida, o tratamento instituído para a mesma e o(s) parceiro(s), no caso de um exame positivo para DST. Um estudo piloto foi realizado nas duas unidades para verificar o nível de adesão das gestantes e dificuldades na aplicação do instrumento.

Os dados foram coletados em entrevista individual realizada por enfermeiras, durante um período de seis meses. Foi utilizado um questionário semi-estruturado contendo as variáveis: idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, renda individual, número de pessoas no domicílio, última regra, número de gestação, parto e aborto, peso e altura, gravidez desejada, uso de antibióticos, aborto, prevenção de câncer, planejamento familiar, uso de preservativo, gravidez desejada, idade de início da vida sexual, número de parceiros na vida, número de parceiros nos últimos 12 meses, relações sexuais violentas na vida, relações sexuais violentas nos últimos 12 meses, antecedentes de DST, parceiro sexual nos últimos três meses, idade do parceiro, vida sexual do parceiro e resultados de exames laboratoriais para DST.

A análise dos dados compreendeu uma descrição detalhada da população estudada, seguida de uma análise bivariada entre a variável dependente (DST)* e as variáveis independentes (idade, escolaridade, estado civil, renda familiar, renda individual, aborto, prevenção de câncer, planejamento familiar, preservativos, idade de início da vida sexual, número de parceiros sexuais na vida e nos últimos 12 meses, relações sexuais violentas na vida, relações sexuais violentas nos últimos 12 meses, tem parceiro, diferença da idade da gestante e parceiro).

Considerou-se portadora de uma DST a gestante cujo exame foi positivo para sífilis, gonorréia, *Chlamydia trachomatis* e tricomoníase. Segundo a Organização Mundial da Saúde, essas doenças e a infecção pelo HIV têm sido classificadas como alta prioridade para inclusão nas pesquisas de prevalência de DST. As quatro primeiras são curáveis, causam considerável morbidade e mortalidade em adultos e crianças, são disseminadas principalmente por transmissão sexual, e são freqüentemente assintomáticos na mulher⁷. As gestantes cujos exames foram positivos para uma DST, foram tratadas adequadamente, assim como foi garantido o tratamento de todos os parceiros, convidados a comparecer à unidade.

Na discussão deste estudo consideraram-se três faixas etárias de referência para a gestante. Na descrição da gestante e na identificação dos fatores de risco para DST, utilizou-se como referência a faixa etária maior ou menor de 18 anos de idade, por ser a faixa em que se encontrou significância, sendo este o mesmo motivo pelo qual foi utilizada a idade de 16 anos como referência para o início da vida sexual. Além disso, mesmo considerando algumas variações regionais, um grande número de pesquisas na literatura têm

apontado que, adolescentes do sexo feminino iniciam a vida sexual mais precocemente (em torno dos 16 anos) que os adolescentes do sexo masculino (em média, aos 15 anos).

Na análise estatística bivariada foi utilizado o teste de Pearson e o exato de Fisher para as proporções. Para comparação de variáveis contínuas, utilizou-se o teste t de Student ou Wilcoxon. As variáveis que se mostraram associadas à variável dependente ($p < 0,15$) foram incluídos na análise multivariada pela regressão logística, para a qual se utilizou o STATA 7.0.

Foram realizadas coletas de material para o diagnóstico de *Chlamydia trachomatis*, gonorréia, sífilis, tricomoníase, candidíase, vaginose bacteriana e infecção pelo HIV, e realizados os seguintes exames:

- Para Sífilis: RPR (*rapid plasma reagin*), teste não-treponêmico cuja sensibilidade varia de varia de 72% a 100% e a especificidade de 93% a 98%⁸.
- Para gonorréia e *Chlamydia*: biologia molecular com ampliação do material genético, PCR (*Polymerase Chain Reaction*). A sensibilidade desta técnica para *Chlamydia* varia entre 87% e 100% para os homens e 82 e 93% para as mulheres, com alta especificidade (acima de 99%) para ambos os sexos⁹. Para gonorréia o teste também apresenta sensibilidade entre 89 e 97% e especificidade entre 94 e 100%⁸.
- Para *Trichomonas vaginalis*: exame direto a fresco cuja sensibilidade varia de 50 a 70% e especificidade de 100%¹⁰. Gram com sensibilidade e especificidade de 98% e 99% respectivamente⁸.

A escolha destes exames foi baseada na sensibilidade e especificidade das técnicas, mas principalmente na viabilidade de execução e na capacidade laboratorial instalada do Laboratório Central de Saúde do Ceará (LACEN-Ce). Todos os exames foram processados neste laboratório que padronizou as técnicas de coleta junto às equipes locais, e estabeleceu com estas uma rotina para o acondicionamento e envio das amostras. Uma ficha de laboratório contendo dados sobre os exames foi utilizada, e definido um fluxo para o envio das amostras, que após serem recebidas pela coordenadora operacional da pesquisa eram acondicionadas no LACEN-Ce. As unidades foram supervisionadas a cada quinze dias pelo coordenador operacional, e ocasionalmente pelo coordenador do laboratório do LACEN-Ce.

O estudo recebeu aprovação pelo Comitê de Ética do Hospital São José de Doenças Infecciosas, no ano de 2001.

RESULTADO

Características sociodemográficas

Observa-se na **Tabela 1** que treze por cento das entrevistadas em Fortaleza e 17% em Aracati tinham menos de 18 anos de idade. A maioria das mulheres entrevistadas (80% em Aracati e 70% em Fortaleza) tinha, no máximo, oito anos de escolaridade, era casada ou vivia com um parceiro (85% em Fortaleza e 81% em Aracati), e não possuía uma renda pessoal (68% em Aracati e 69% em Fortaleza). Das que tinham renda pessoal, a média da renda era de aproximadamente US\$ 13 nos dois municípios. A renda familiar

média em Fortaleza foi de US\$ 79 (mediana 61; desvio-padrão 67; amplitude 0-716), enquanto que as de Aracati tiveram renda de US\$ 106 (mediana 77; desvio-padrão 115; amplitude 0-1235). Cerca de 1/3 das gestantes em Aracati e Fortaleza estavam no primeiro trimestre da gestação, porém 9% das entrevistadas em Aracati e 11% em Fortaleza já estavam no terceiro trimestre da gestação quando foram à primeira consulta no pré-natal. O número médio de gestação por mulher em Aracati foi de 2,3 (mediana 2; amplitude 1-4) e em Fortaleza a média foi 2,8 (mediana 2,5; amplitude 1-4). O número médio de partos por gestante em Aracati foi 1,2 (mediana 1; amplitude 0-13), e em Fortaleza foi de 1,4 (mediana 1; amplitude 0-13).

Comportamento/Atitudes

O aborto foi referido por 31% das gestantes em Fortaleza e 29% destas mulheres em Aracati. Um alto percentual de mulheres (46% em Fortaleza e 40% em Aracati) referiu não ter feito prevenção de câncer uterino no último ano. As técnicas de planejamento familiar foram adotadas por 27% e 47% das entrevistadas, em Fortaleza e Aracati, respectivamente. A maioria das mulheres, 67% em Fortaleza e 55% em Aracati, afirmou nunca ter feito uso de preservativo na vida, e apenas 3% em Fortaleza e 6% em Aracati referiram fazer uso sempre (**Tabela 1**).

Prevalência de DST

Dezoito por cento das mulheres em Fortaleza e 11% de Aracati tiveram um diagnóstico de DST confirmado por laboratório (**Tabela 2**). Os resultados dos exames de biologia molecular (PCR) mostraram uma prevalência de *Neisseria gonorrhoeae* (1,3%) semelhante para os dois municípios, e uma prevalência de *Chlamydia trachomatis* significativamente mais alta ($p = 0,002$) entre as mulheres de Fortaleza (11,0%), com relação às mulheres de Aracati (6,4%). Das 107 mulheres com exames positivos pelo PCR, 3,7% delas tinham uma co-infecção pelas duas bactérias. O resultado da sorologia para sífilis por RPR mostrou uma maior proporção de exames positivos em Fortaleza (2,1%) que em Aracati (0,3%), sendo a prevalência significativamente mais alta ($p = 0,002$) no primeiro município. A proporção de exames de microscopia (fresco e Gram) positivos para tricomoníase foi maior entre as mulheres de Fortaleza (6,2%) que em Aracati (4,2%), porém esta diferença entre os dois municípios não foi significativa.

Comportamento sexual

A idade média de início da vida sexual das mulheres de Fortaleza foi de 16,8 anos (mediana 16; desvio-padrão 3,3; amplitude 11-32), e em Aracati foi de 17,3 anos (mediana 17; desvio padrão 3,7; amplitude 10-35). Setenta e um por cento das mulheres em Fortaleza e 75% em Aracati declararam ter tido menos de três parceiros na vida, e 90% em ambos municípios afirmou ter tido apenas um parceiro sexual nos últimos 12 meses. Cerca de 60% das gestantes, nos dois municípios, afirmaram que seus parceiros

Tabela 1 – Distribuição das entrevistadas segundo as características sociodemográficas e de comportamento/attitudes, Ceará, 2002.

Variáveis	Aracati (%)	Fortaleza (%)
Sociodemográficas		
Idade	n = 389	n = 630
> 18 anos	87,4	83,5
= 18 anos	12,6	16,5
Dif. idade	n = 327	n = 545
< 5 anos	68,5	70,7
5 — 10 anos	16,8	18,5
< 10 anos	14,7	10,8
Escolaridade	n = 387	n = 626
Analfabeta	4,6	5,3
1º grau	69,8	79,5
2º grau e superior	25,6	15,2
Estado civil	n = 384	n = 629
Solteira /Viúva/Divorciada	19,3	14,9
Casada/ Junta	80,7	85,1
Renda familiar	n = 343	n = 567
< 2 U\$86	47,3	56,4
= U\$86 M	52,7	43,6
Renda individual	n = 306	n = 476
Sem renda	67,6	68,7
Com renda	32,4	31,3
Comportamento/attitudes		
Aborto	n = 389	n = 630
Sim	28,5	26,3
Não	71,5	73,7
Prevenção de câncer	n = 388	n = 630
Sim	60,3	54,4
Não	39,7	45,6
Planejamento familiar	n = 385	n = 625
Sim	47,5	27,5
Não	52,5	72,5
Uso de preservativo	n = 343	n = 579
Nunca	55,4	67,4
Às vezes	26,6	24,3
Freqüentemente	12,2	6,3
Sempre	5,8	2,6

Tabela 2 – Distribuição dos microorganismos causadores de DST em mulheres grávidas, Ceará, 2002.

DST	Aracati N (%)	Fortaleza N (%)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	17 (4,4)	39 (6,2)
<i>Neisseria Gonorrhoeae</i>	5 (1,3)	8 (1,3)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	25 (6,4)	69 (11,0)
<i>Treponema pallidum</i>	1 (0,3)	13 (2,1)
Total	48*	129*

*O número de mulheres com DST é diferente dos resultados de exames, porque algumas mulheres apresentaram mais de uma DST.

sexuais não tinham outra parceira. Um alto percentual de mulheres (57% em Fortaleza e 73% em Aracati) afirmou ter tido um antecedente de DST (**Tabela 3**).

Fatores de risco associados as DST

Os dados da **Tabela 4** mostram que ter menos de dezoito anos foi associado ao risco para DST em Aracati ($p = 0,020$), e não em Fortaleza ($p = 0,820$) (**Tabela 4**). O analfabetismo apresentou uma associação positiva com DST em Aracati ($p = 0,018$), mas não em Fortaleza ($p = 0,149$). Ser solteira/viúva ou divorciada tornou as mulheres mais propensas a contrair uma DST em ambas as cidades ($p < 0,001$). As mulheres sem renda individual em Fortaleza apresentaram mais DST do que aquelas que tinham alguma renda ($p = 0,034$); em Aracati, não houve associação significativa ($p = 0,583$).

Comportamento/atitudes e comportamento sexual

O fato de a mulher ter abortado não foi associado ao risco para DST em qualquer dos municípios ($p < 0,713$). Não ter feito prevenção de câncer não tornou as mulheres mais propensas a ter DST em Fortaleza ($p = 0,533$) ou em Aracati ($p = 0,208$), assim como não

ter feito planejamento familiar também não mostrou uma associação positiva com DST em Aracati ($p = 0,717$) ou em Fortaleza ($p = 0,622$). A frequência do uso de preservativo não foi associada significativamente ao risco para DST em qualquer dos dois municípios ($p < 0,264$). Iniciar a vida sexual com menos de 16 anos mostrou associação positiva com DST em Aracati ($p = 0,012$), o mesmo não ocorrendo em Fortaleza ($p = 0,474$). Ter tido três ou mais parceiros na vida esteve associado ao risco de contrair uma DST em ambos os municípios ($p < 0,018$), assim como ter tido mais de dois parceiros nos últimos doze meses ($p < 0,032$). As mulheres que sabiam ou desconfiavam que o parceiro tinha outra parceira sexual foram mais propensas a ter DST nos dois municípios ($p < 0,010$). Ter antecedentes de DST não foi associado à presença de DST em Fortaleza ou Aracati ($p < 0,412$).

Análise multivariada dos fatores associados à presença de DST

A regressão logística permitiu identificar, ajustando para os outros fatores incluídos no modelo, fatores de riscos parcialmente diferentes nos dois municípios (**Tabela 6**). Em Fortaleza, as mulheres que tiveram mais de dois parceiros nos últimos 12 meses (OR: 3,53; CI 95%: 1,69-7,12), as que não tinham renda pessoal (OR:

Tabela 3 - Distribuição das entrevistadas segundo o comportamento sexual, Ceará, 2002.

Variáveis	Aracati (%)	Fortaleza (%)
Comportamento sexual		
Início da vida sexual	n = 389	n = 630
< 16 anos	35,0	38,1
= 16 anos	65,0	61,9
Parceiro na vida	n = 380	n = 630
= 3 parceiros	23,7	29,4
< 3 parceiros	76,3	70,6
Parceiros em 12 meses	n = 389	n = 630
1 parceiro	90,2	92,1
+ de 2 parceiros	9,8	7,9
Tem parceiro	n = 389	n = 624
Sim	90,2	95,2
Não	9,8	4,8
Parceiro teve outro	n = 364	n = 551
Sim/Talvez	19,5	12,7
Não	66,2	68,2
Não sei	14,3	19,1
Violência sexual na vida	n = 316	n = 553
Sim	7,9	4,9
Não	92,1	95,1
Violência em 12 meses	n = 340	n = 579
Sim	4,4	1,0
Não	95,6	99,0
Antecedente de DST	n = 387	n = 625
Sim	73,1	56,5
Não	26,9	43,5

Tabela 4 - Características sociodemográficas das entrevistadas segundo a presença de DST. Ceará 2002.

Variáveis	Aracati n	DST n(%)	p-valor(*)	Fortaleza N	DST n(%)	p-valor(*)
Sócio demográficas						
Idade						
> 18 anos	340	32 (9,4)	0,020	526	93 (18,0)	0,820
= 18 anos	49	10 (20,4)				
104	19 (18,3)					
Dif idade da gestante e parceiro						
< 5 anos	224	22 (9,8)	0,908	385	71 (18,4)	0,229
5 —10 anos	55	6 (10,9)				
101	12 (11,9)					
= 10 anos		48	4 (8,3)			
59	8 (13,6)					
Educação						
Analfabeta	42	5 (27,8)	0,018	33	9 (27,3)	0,149
Não analfabeta	345	37 (10,0)				
593	103 (17,4)					
Estado civil						
Solt./ viuva/ divorciada	74	16 (21,6)	0,001	94	30 (31,9)	0,000
Casada/ junta	310	26 (8,4)				
535	82 (15,3)					
Renda familiar						
< U\$ 86	162	14 (8,6)	0,224	320	67 (20,9)	0,005
= U\$86	181	23 (12,7)				
247	36 (14,6)					
Renda individual						
Sem renda	207	23 (11,1)	0,583	327	63 (19,3)	0,034
Com renda	99	9 (9,1)				
149	17 (11,4)					

1,85; CI 95%: 1,22-4,13) e as que não conviviam com seus parceiros (OR: 2,58; CI 95%: 1,10-4,29) tiveram mais risco de ter uma DST. Em Aracati, o fato de ser analfabeta (OR: 3,45; CI 95%: 1,05-9,79), de ter mais de três parceiros sexuais na vida (OR: 2,19; CI 95%: 1,06-4,15), como também de iniciar a vida sexual antes dos 16 anos de idade (OR: 2,24; CI 95%: 1,05-3,93) tornou estas mulheres mais propensas a ter uma DST (**Tabela 5**).

DISCUSSÃO

A taxa de prevalência de DST nas mulheres grávidas nos dois municípios foi alta, considerando que esta é uma população tida como de baixo risco para estas doenças⁸. A maioria das mulheres vive maritalmente e referiu um único parceiro nos últimos 12 meses. Isto significa que provavelmente as mulheres foram infectadas através de relações sexuais com o parceiro. Possivelmente estas não têm muitas informações sobre estas doenças, ou são pouco comprometidos com a própria saúde, e conseqüentemente com a saúde de suas parceiras(os). Outro ponto importante observado é que as mulheres atendidas na pesquisa, em geral as solteiras mais que as casadas, não fazem uso consistente de preservativo com o(s)

parceiro(s). Talvez isto venha explicar as altas taxas de DST encontradas nesta população.

Analfabetismo

O analfabetismo foi identificado como fator de risco somente entre as mulheres de Aracati. Dados oficiais do estado do Ceará mostram que na faixa etária de 10 a 49 anos, a taxa de analfabetismo entre mulheres em Aracati foi duas vezes maior (15,1%) que em Fortaleza (6,8%)¹¹. As instituições de saúde pública geralmente têm uma grande dificuldade em produzir programas educativos voltados para a população que não têm educação formal. Desta maneira, este segmento da população, pelas barreiras naturais impostas por suas condições, não concretiza o aprendizado, não detém as informações indispensáveis à prevenção, nem os meios para isto, tornando-se mais vulneráveis a contrair muitas doenças, incluindo nestas as que se relacionam à própria sexualidade e a saúde. As estatísticas no Brasil têm apontado que há uma maior tendência de infecção pelo HIV-aids nos indivíduos com menor grau de escolaridade, o que por sua vez, seria indicativo da propagação da epidemia entre os seguimentos mais desfavorecidos da população brasileira, descrita como pauperização¹². A falta de informação com relação à

Tabela 5 - Comportamento/attitudes da entrevistada segundo a presença de DST. Ceará 2002.

Variáveis	Fortaleza N	DST n (%)	p-valor(*)	Aracati N	DST n (%)	p-valor(*)
Comportamento/attitudes						
Aborto						
Sim	111	13 (11,7)	0,713	166	36 (21,7)	0,125
Não	278	29 (10,4)		464	76 (16,4)	
Prevenção de câncer						
Sim	234	21 (9,0)	0,208	343	58 (16,9)	0,533
Não	154	20 (13,0)		287	54 (18,8)	
Planejamento familiar						
Sim	183	18 (9,8)	0,622	172	29 (16,9)	0,717
Não	202	23 (11,4)		453	82 (18,1)	
Uso de preservativo						
Nunca	190	21 (11,0)	0,264	390	70 (17,9)	0,201
Às vezes	91	6 (6,6)		141	31 (22,0)	
Freqüentemente	42	6 (14,3)		33	6 (18,2)	
Sempre	20	4 (20,0)		15	0 (0,0)	
Comportamento sexual						
Início da vida sexual						
< 16 anos	136	22 (16,2)	0,012	240	46 (19,2)	0,474
= 16 anos	253	20 (7,2)		390	66 (16,9)	
Parceiros na vida						
= 3 parceiros	99	17 (17,2)	0,018	185	48 (25,9)	0,001
< 3 parceiros	290	25 (8,6)		445	64 (14,4)	
Parceiros nos últimos 12 meses						
1 parceiro	351	34 (9,7)	0,032	580	92 (15,9)	0,000
= 2 parceiros	38	8 (21,0)		50	20 (40,0)	
Teve parceiro nos últimos 3 meses						
Sim	373	37 (9,9)	0,004	594	97 (16,3)	0,001
Não	15	5 (33,3)		30	12 (40,0)	
Parceiro teve outro parceiro						
Sim	71	14 (19,7)	0,002	70	18 (25,7)	0,010
Não	241	17 (7,0)		376	51 (13,6)	
Violência sexual na vida						
Sim	25	4 (16,0)	0,310	27	9 (33,3)	0,044
Não	325	34 (10,5)		526	94 (17,9)	
Violência sexual (12 meses)						
Sim	15	2 (13,3)	0,724	6	1 (16,7)	0,925
Não	325	34 (10,5)		573	104 (18,1)	
Antecedente de DST						
Sim	283	33 (11,7)	0,399	353	66 (18,7)	0,412
Não	104	9 (8,6)		272	44 (16,2)	

Tabela 6 - Análise multivariada das variáveis relacionadas com a presença de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Ceará, 2002.

Variável/Município	Odds Ratio Bruto	IC* 95%	Odds Ratio Ajustado**	IC* 95%
Fortaleza				
Ser solteira/viúva/divorciada/separada	2,58	1,58-4,24	2,18	1,10-4,29
Ter mais de 2 parceiros (em 12 m)	3,53	1,92-6,49	3,47	1,69-7,12
Não ter renda individual/pessoal	1,85	1,04-3,29	2,25	1,22-4,13
Aracati				
Não ter escolaridade (analfabeta)	3,45	1,16-10,2	3,20	1,05-9,79
Iniciar vida sexual <16 anos de idade	2,24	1,17-4,28	2,03	1,05-3,93
Ter tido mais de 3 parceiros na vida	2,19	1,13-4,26	2,10	1,06-4,15

*IC - Intervalo de confiança.

**OR – ajustado para todas as variáveis da tabela.

transmissão do HIV, a multiplicidade de parceiros e a falta de preservativo podem aumentar o risco individual de as mulheres contraírem a infecção pelo HIV e outras DST¹³.

Início da vida sexual com menos de 16 anos

Retornando à **Tabela 2** observamos que a prevalência de DST é bem menor (7%) nas mulheres que iniciaram a vida sexual com 16 anos ou mais, do que entre aqueles que iniciaram com menos de 16 anos. Isto pode ser atribuído a fatores socioculturais, e no nosso entender merecem estudos mais aprofundados a esclarecer.

Multiplicidade de parceiros

O fato de a gestante ter tido um maior número de parceiros sexuais, seja nos últimos 12 meses (em Fortaleza) ou na vida (em Aracati) aumentou a chance de esta mulher contrair uma DST. Estudo desenvolvido em ambulatório no Rio de Janeiro, mostrou resultado bastante diferente, em que nas grávidas que apresentaram uma DST, somente um percentual muito baixo referiu ter múltiplos parceiros¹⁴. Na literatura muitos estudos que comparam o número de parceiros sexuais na vida de pessoas HIV com pessoas não-infectadas do mesmo grupo, homens homossexuais ou homens heterossexuais e mulheres, os indivíduos que têm tido um maior número de diferentes parceiros sexuais são mais prováveis de estar infectados¹⁵. Análise realizada em banco de dados de aids no Ceará mostrou que nos cinco anos, o percentual de mulheres que contraíram o HIV e referiram múltipla parceria é em média de 40%¹⁶. A falta de controle de uma grande parte das mulheres sobre as condições de suas vidas em geral, e em especial as condições nas quais elas fazem sexo, aumenta o risco de contrair uma DST.

União conjugal

Não estar em união conjugal com o parceiro foi fator de risco muito alto para DST em Fortaleza. É provável que isto se deva ao fato de que em cidades do interior exista um controle social fami-

liar especialmente muito forte sobre a mulher, o que poderia explicar esta diferença. Na capital, ao contrário do interior, a mulher solteira estaria livre para manter relacionamentos e assim estaria mais vulnerável a riscos ligados à sua vida sexual¹⁷. Pesquisa realizada com mulheres, nas cinco regiões brasileiras, mostrou que mulheres sem parceiro fixo têm uma menor percepção quanto ao risco de contrair o HIV¹⁸. Mas será que apenas a percepção de risco seria importante na determinação do risco de um indivíduo? Os modelos comportamentais mais tradicionais defendem que a percepção de risco é o único pressuposto básico de motivação para a mudança e manutenção de repertórios comportamentais adquiridos. Entretanto, as recentes discussões referentes a mulheres apontam que questões como a valorização do amor, confiança e alternativas de sobrevivência podem ser mais importantes do que o nível de informação para a percepção de risco na determinação da mudança comportamental¹⁸.

Renda individual

Não ter uma renda pessoal foi um fator de risco considerável para as mulheres em Fortaleza, o mesmo não ocorrendo para as mulheres em Aracati. Sendo a renda média das famílias em Fortaleza significativamente menor que as de Aracati, isto pode ser um obstáculo ao apoio financeiro à gestante, caso esta necessite. Além disso, a cultura mais tradicional existente no interior faz com que as famílias sejam mais solidárias, apoiando a mulher em todos os aspectos, inclusive garantindo o sustento dos filhos, caso esta chegue ao fim de um relacionamento estável.

A maioria dos estudos afirma que os fatores econômicos influenciam bastante sobre o modo como as mulheres se protegem. O fato de a mulher ter que depender economicamente do parceiro para sobreviver, e garantir o sustento dela e dos filhos, com bastante frequência obriga a mulher a submeter-se a situações que a põe em perigo de contrair o HIV e demais DST. Mulheres casadas, que não possuem uma renda individual, mesmo sabendo que seus parceiros são infieis, aceitam a situação de infidelidade, ou fingem não saber que estão em situação de risco¹⁹.

CONCLUSÃO

A prevalência de DST foi alta nos dois municípios, numa população representativa da mulher gestante, supostamente considerada de baixo risco. Para algumas doenças, como *Chlamydia trachomatis* e sífilis, as taxas de prevalência foram significativamente mais altas em Fortaleza que em Aracati. Acreditamos que as condições que levam as DST a se diferenciarem significativamente de um município para o outro, provavelmente acontecem devido às diferenças socioeconômicas e culturais distintas das duas populações. Estes dados de prevalência, que são bastante preocupantes, levando-se em conta as possíveis conseqüências para a mãe e seu conceito, levamos a concluir que é extremamente importante dar uma maior visibilidade ao problema das DST no Ceará, dando-se a mesma prioridade que têm hoje as ações e estratégias de controle da infecção pelo HIV-Aids. Neste contexto é indispensável promover a integração das ações de DST/aids e saúde reprodutiva, em todos os níveis de atenção, em especial na atenção básica, em que são atendidas as gestantes no pré-natal, mas também não deixando de considerar as ações de controle no momento do parto e no puerpério.

Dados apresentados neste estudo mostram que é imprescindível e urgente o desenvolvimento de políticas de prevenção em DST e HIV-aids voltadas para adolescentes e jovens na comunidade escolar, ou fora dela, e para a população feminina de baixa renda nos serviços de saúde, e no movimento organizado de mulheres. Incluir nos momentos educativos as temáticas ligadas à sexualidade, relações de gênero, prevenção da violência, prevenção de DST e HIV-aids, prevenção de câncer, auto-estima e outros, que possam empoderar estas populações. Procedendo desta forma estaremos contribuindo para não só aumentar a informação, mas também a percepção de risco e o autocuidado. Também estaremos ajudando a promover uma reflexão e o debate sobre a necessidade da adoção do sexo seguro, e a responsabilidade de todos neste aspecto, assim como o respeito entre os parceiros.

O cuidado com as estratégias de ensino aprendizagem para os indivíduos sem educação formal não pode ser esquecido, tendo em vista que o risco de adquirir uma DST é maior para estas pessoas, dado este evidenciado em muitos estudos na literatura. Devemos buscar exemplos de estratégias de acesso a esse grupo populacional, nas áreas de educação e/ou comunicação, preparando as instituições de saúde para desenvolvê-las.

É imprescindível que se reflita sobre a necessidade de desenvolver estratégias de triagem sistemática para o diagnóstico e o tratamento de DST na gravidez, como forma de se intervir e evitar as graves conseqüências destas doenças para a gestante e o bebê.

Por fim, é muito importante que sejam previstos recursos para a realização de outros estudos, que examinem os fatores sociais, econômicos e culturais relacionados à sexualidade e relações de gênero e que tenham um forte foco na realidade em que estas pessoas vivem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted infections: Overview and Estimates. World Health Organization, Geneva (2001)
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica das DST por meio da notificação de casos: Uma nova abordagem. *Boletim Epidemiológico-AIDS XIII*. Brasília, p. 39-46, jul-set. Brasília, 2000.
3. CEARÁ UNIDO CONTRA AS DST. *Boletim Informativo do Projeto HIV/DST*. No3. Ceará, 1999
4. BELLO, P-Y; FRANCO, E.S; QUEIROZ, T.R.B.S et al. HIV and STD prevalence in women making prevention of the cervix cancer, in Fortaleza, Brasil. *XIII International AIDS Conference*. Durban, South Africa. WePeC4371. 9-14 July 2000.
5. SIMÕES JA, GIRALDO PCJ. O corrimento vaginal durante a gravidez. *J Bras Doenças Sex Transm* -10(5): 20-30, 1998.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis. *Manual de Bolso de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis*. Brasília, p.12-13, 2000
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Sexually Transmitted Infections. Guidelines for the implementation of STI prevalence surveys. Geneva, 1999. p 3-7
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Laboratory Testes for the detection of reproductive tract infections, Geneva, p. 3-17, 1999.
9. STAMM, W. E. Chlamydia trachomatis infections of the adult. In: *HOLMES, K. K. et al (Eds). Sexually Transmitted Diseases*. 3rd ed. United States: McGraw-Hill Companies, chap 29, p. 407-422, 1999.
10. KRIEGER, J. N.; ALDERETE, J. F. Trichomonas vaginalis and trichomoniasis. In: *HOLMES, K. K. et al (Eds). Sexually Transmitted Diseases*. 3rd ed. United States: McGraw-Hill Companies, chap 43, p.587-604, 1999.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: <>.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância Epidemiológica das DST por meio da notificação de casos: Uma nova abordagem. *Boletim Epidemiológico-AIDS*, ano XII, n.02, p. 39-46, jul-set, 2000.
13. VILLELA, W. Oficinas de Sexo Mais Seguro para Mulheres: abordagens metodológicas. São Paulo: NEPAIDS, cap. 2: A vulnerabilidade das mulheres ao HIV, p.21-33, 1996.
14. BASTOS L M, PASSOS M R, TIBÚRCIO A S, VARELLA R Q, PINHEIRO M S. Gestantes atendidas no setor de DST da Universidade Fluminense. *J Bras Doenças Sex Transm* 12 (2):5-12, 2000.
15. HOLMBERG S D. Risk factors for sexual transmission. In: Vicent T. De Vita, Jr., Samuel Hellman, and Steven A Rosenberg editors. *AIDS: Biology, Diagnosis, treatment and Prevention*, 4th ed. Atlanta: Raven Press; p.569-75, 1997.
16. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. *Boletim Epidemiológico. AIDS I*. Ceará, 2000.
17. KERR-PONTES LRS. Migration and AIDS: concerns about prevention in Northeast Brazil. In: *Internacional AIDS Conference, XIV*, 2002, Barcelona. Abstract on disk...Barcelona: IAS, 2002. [D11412].
18. SOCIEDADE CIVIL DO BEM ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. DST/AIDS e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: Uma análise do nível de Conhecimento e Comportamentos de Vulnerabilização. Rio de Janeiro, 1997.
19. SIMMONS J, FARMER P, SCHORPF B G. A Global Perspective. In: *Farmer P, Connors M, Simmons J (ed). Women, Poverty, and AIDS. Sex, Drugs, and Structural Violence*. Common Courage Press, Maine, p.39-89, 1996.

Endereço para correspondência:

TELMA ALVES MARTINS

Secretaria de Saúde do Estado

Av. Almirante Barroso 600,

Praia de Iracema, 60455-300 Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: telmaa@saude.ce.gov.br

Recebido em: 12/06/04

Aprovado em: 11/10/04