

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS DOENÇAS SEXUALMENTE  
TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES QUE FAZEM SEXO COM  
MULHERES**

**VALDIR MONTEIRO PINTO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Departamento de Epidemiologia da  
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo  
para obtenção de título de Mestre em Saúde Pública  
Área de Concentração: Epidemiologia

**Orientador: Prof<sup>ª</sup> Dra. Cassia Maria Buchalla**

São Paulo

2004

**Aos meus pais Waldir e Yvette, pela amizade, carinho, dignidade e capacidade de amar, representados pelo incentivo na minha educação e formação.**

**Aos meus irmãos Tereza Cristina, Luiz Carlos (in memorian) e Carlos Augusto, deles recebi amor, carinho e amizade incondicional, na vida e além dela, dos quais jamais esquecerei.**

## AGRADECIMENTOS

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cássia Maria Buchalla, minha orientadora, pelo carinho, paciência, apoio e incentivo, que foram fundamentais para o meu aprendizado durante o mestrado.

Aos diretores do CRT-DST/AIDS, Dr. Artur e Dr<sup>a</sup> Clara, pelo apoio para que o estudo pudesse ser realizado neste serviço.

A Dra. Caritas, grande amiga, pelo seu jeito especial de ser e pelas sugestões, explicações e estímulos constantes.

A Dra. Regina Barbosa pela revisão deste estudo e pelas sugestões muito importantes na análise dos dados.

A Dra. Wilza Vilella pela revisão e dedicação com que transmitiu importantes sugestões que foram incorporadas neste estudo.

A todos os funcionários dos ambulatórios de HIV e de DST, do CRT-DST/AIDS, pela boa vontade e disposição em me auxiliarem independente de horário e agendamentos.

A Sônia e equipe da Biblioteca do CRT-DST/AIDS pelo cuidado e eficiência nos levantamentos bibliográficos.

As Dr<sup>a</sup> Naila e Dr<sup>a</sup> Leda da Vigilância Epidemiológica do CRT-DST/AIDS que sempre me ajudaram com o banco de dados e a Dr<sup>a</sup> Emily nas traduções de textos.

A equipe do Laboratório do CRT-DST/AIDS que sempre estiveram dispostos a me atender com todos exames necessários.

Ao grande amigo Adalberto Antunes, pelo estímulo oferecido durante todo esse período de estudo.

Ao amigo Dr. Rubens Rassi, pelas palavras de estímulo constantes.

A Mariza e Antonio pela disponibilidade, paciência e sugestões na análise dos dados.

Ao Coletivo Feminista Lésbico pelo incentivo na divulgação em várias etapas deste estudo.

A todas as MSM que voluntariamente participaram desta pesquisa viabilizando a conclusão deste estudo.

## Resumo

**Objetivo:** Analisar os aspectos epidemiológicos das DST em mulheres que fazem sexo com mulheres, em São Paulo.,

**Material e Método:** Estudo transversal, com entrevista e análise de exames clínico/ginecológico de mulheres, por procura espontânea e “snowball”. Foram levantadas suas características segundo idade, perfil sócio-comportamental, vida reprodutiva e algumas características relacionadas à sexualidade.

**Resultados:** Foram estudadas 145 mulheres que apresentaram início de atividade sexual com média de 16,9 anos, 23,4% delas tiveram relações heterossexuais no último ano com frequência relativamente baixa do uso de preservativos. Nas relações sexuais com mulheres apenas 54,5% trocam o preservativo quando compartilham acessórios sexuais. Trinta e oito por cento delas referiram DST prévia. Foram diagnosticados as seguintes DST: 3,8% de Trichomonas, 33,8% de Vaginose bacteriana, 25,6% de Fungos, 1,8% de Clamídia, 7% de Hepatite B, 2,1% de Hepatite C, 7,7% de Papanicolaou anormais, 6,2% de HPV e 2,9% de infecção pelo HIV, tendo sido a baixa escolaridade fator de risco para a infecção pelo HIV (RR=14,11,  $p<0,001$ ).

**Conclusões:** Neste estudo, as mulheres que fazem sexo com mulheres não formam um grupo homogêneo, portanto não se pode falar em risco baixo ou alto para DST/HIV e sim que têm comportamentos de riscos. Ficou evidente a necessidade de profissionais de saúde corretamente informados e sensíveis para o cuidado da saúde das mulheres que fazem sexo com mulheres.

**Palavras chaves:** MSM, Epidemiologia/DST/AIDS

## Summary

**Objective:** To analyze the epidemiological aspects of STD in women who have sex with women, in São Paulo.,

**Methods:** Cross-sectional study, with interviews and analysis of gynecological examination and clinical tests in women, by spontaneous demand and snowball sample. The author studied the characteristics of these women according to age groups, socio-behavioral profile, reproductive background and some features related to sexuality.

**Results:** The women had early sexual initiation, with a mean of 16.9 years; 23.4% had had heterosexual intercourse in the previous year with a relatively low frequency of condom utilization. Only 54.5% changed condoms when sharing sexual accessories when having sex with other women. 38.6% referred a previous STD. The following STD were diagnosed: 3.8% of Trichomonas, 33.8% of bacterial Vaginosis, 25.6% Yeast, 1.8% Chlamidia, 7% of Hepatitis B, 2.1% Hepatitis C, 7.7% of abnormal Papanicolaou, 6.2% de HPV and 2.9% HIV infection. Low schooling was a risk factor, RR=14.11 with  $p < 0.001$  and 95% confidence interval.

**Conclusions:** It cannot be assumed that women who have sex with women are a low risk “group” for STD/HIV but rather that they have risk behaviors. Correctly informed and sensitive health professionals are needed to deal with women who have sex with women.

**Key word:** WSW, Epidemiology/STD/AIDS

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AGUS	Alterações de Células Glandulares de Significado Indeterminado
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASCUS	Alterações de Células Escamosas de Significado Indeterminado
CA	Carcinoma/Câncer
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i> (Atlanta, EUA) Centro de Controle e Prevenção de Doenças
CO	Colpocitologia Oncótica
CMV	Citomegalovírus
CRT	Centro de Referência e Treinamento
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DIP	Doença Inflamatória Pélvica
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ELISA	<i>Enzyme Linked Immunosorbent Assay</i>
FSP	Faculdade de Saúde Pública
GLS	Gays Lésbicas e Simpatizantes
HBV	Vírus B da hepatite
HCV	Vírus C da hepatite
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV	<i>Human Papilloma Virus</i> Papiloma virus humano
HSV	Herpes simples vírus humano
MS	Ministério da Saúde do Brasil
MSM	Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
NIV	Neoplasia Intraepitelial Vulvar
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCR	<i>Polimerase Chain Reaction</i> Reação de Polimerase em Cadeia
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SM	Salário Mínimo
TPHA	<i>Treponema pallidum Hemo agglutination</i> Hemoaglutinação do <i>Treponema pallidum</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Usuários de drogas injetáveis
USP	Universidade de São Paulo
VB	Vaginose bacteriana
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratories Tests</i> Teste Laboratorial para pesquisa de Doença Venérea

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> .....	<b>43</b>
Número e porcentagem de MSM entrevistadas no CRT-DST/Aids, segundo as características sócio-demográficas, São Paulo, 2003	
<b>Tabela 2:</b> .....	<b>45</b>
Número e porcentagem de mulheres participantes deste estudo, segundo as características relacionadas à vida sexual e reprodutiva, São Paulo, 2003	
<b>Tabela 3:</b> .....	<b>47</b>
Número e porcentagem de mulheres participantes, segundo história prévia de DST, São Paulo, 2003	
<b>Tabela 4:</b> .....	<b>49</b>
Número e porcentagem de mulheres participantes do estudo, segundo prática de sexo seguro, São Paulo, 2003	
<b>Tabela 5:</b> .....	<b>52</b>
Número e porcentagem de mulheres que compõem o estudo, segundo práticas sexuais, São Paulo, 2003	
<b>Tabela 6:</b> .....	<b>54</b>
Número e porcentagem de mulheres participantes do estudo , segundo cuidados com a própria saúde, São Paulo, 2003	
<b>Tabela 7:</b> .....	<b>56</b>
Número e porcentagem de mulheres, segundo dados de preconceitos, São Paulo, 2003	

<b>Tabela 8:</b> .....	<b>57</b>
Número e porcentagem de mulheres que compõem este estudo, segundo violência sexual, São Paulo, 2003	
<b>Tabela 9:</b> .....	<b>58</b>
Número e porcentagem de mulheres participantes, segundo uso de drogas, São Paulo, 2003	
<b>Tabela 10:</b> .....	<b>60</b>
Número e porcentagem de mulheres, segundo necessidades referidas, São Paulo, 2003	
<b>Tabela 11:</b> .....	<b>62 e 63</b>
Número e porcentagem de mulheres participantes do estudo, segundo freqüência de DST observada, São Paulo, 2003	
<b>Tabela 12:</b> .....	<b>65</b>
Distribuição das mulheres com alguma DST e alguns fatores associados, São Paulo, 2003	
<b>Tabela 13:</b> .....	<b>66</b>
Distribuição das mulheres com inecção pelo HPV e alguns fatores associados, São Paulo, 2003	
<b>Tabela 14:</b> .....	<b>67</b>
Distribuição das mulheres com resultados de Papanicolou anormais segundo alguns fatores, São Paulo, 2003	
<b>Tabela 15:</b> .....	<b>68</b>
Distribuição das mulheres com diagnóstico de vaginose bacteriana, segundo alguns fatores associados, São Paulo, 2003	

**Tabela 16:**.....70

Distribuição das mulheres HIV positivo e alguns fatores associados, São Paulo, 2003

**Tabela 17:**.....71

Distribuição das mulheres HIV positivo segundo resultados de DST, São Paulo, 2003

## ÍNDICE

**RESUMO**

**SUMMARY**

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**LISTA DE TABELAS**

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
	1.1 DST e AIDS entre mulheres que fazem sexo com mulheres.....	3
	1.2 Vida reprodutiva e doenças.....	6
	1.3 Prevalência das DST/AIDS.....	11
	1.4 Prevenção de câncer ginecológico.....	15
	1.5 Atendimento médico para lésbicas e atitude dos profissionais de saúde.....	18
	1.6 Tema pouco abordado na literatura.....	22
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
<b>3.</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>26</b>
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>42</b>
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>72</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>97</b>
<b>7.</b>	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>100</b>
	<b>ANEXOS (1 e 2)</b>	

## 1. INTRODUÇÃO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os agravos à saúde mais comuns no mundo. Embora não se conheça a real magnitude do problema, estima-se que hoje, nos países em desenvolvimento, as DST estão entre as 5 causas mais freqüentes de procura por serviços de saúde.

Os agentes infecciosos transmitidos sexualmente podem ser classificados como: bactérias, vírus, fungos, protozoários ou ectoparasitas, segundo Naud (1993). Dentre os agentes bacterianos citamos *Neisseria gonorrhoeae*, *Clamídia trachomatis*, *Treponema pallidum*, *Haemophilus ducreyi*, *Ureaplasma urealyticum*, *Calymmatobacterium granulomatis*, *Shigella sp*, *Campylobacter sp*, *Estreptococo do grupo B*, *Gardnerella vaginalis* e organismos associados; dentre os agentes virais podemos citar Herpesvírus (alfa) 1 ou 2 humano (*Herpes simplex vírus humano - HSV*), Herpesvírus (beta) 5 humano (citomegalovirus), Vírus da hepatite B (HBV), *Papillomavirus humano* (HPV), Vírus *Molluscum contagiosum* e o Vírus da imunodeficiência humana (HIV). Entre os agentes protozoários, citamos o *Trichomonas vaginalis* e entre os agentes fúngicos a *Candida albicans*.

A Saúde Pública, nestes últimos anos, está enfrentando uma epidemia de aspectos graves, que vem atingindo o Brasil de forma intensa. Aproximadamente um ano após terem sido relatadas, em 1981, as condições clínicas relacionadas à aids<sup>1</sup> (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) em homossexuais masculinos, os CDC (Centers for Disease Control) descreveram os primeiros casos da doença em

---

<sup>1</sup> A Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde deliberou que a palavra *aids*, sigla do termo em língua inglesa, que foi incorporada em nosso vocabulário, deve ser considerada um substantivo comum.

mulheres. Desde então o tema tem adquirido relevada importância no atendimento às pacientes do sexo feminino, seja pelo fato do número crescente de mulheres atingidas ou pela possibilidade de complicações e dos riscos da transmissão materno infantil (CDC, 1982).

O impacto social e econômico produzidos pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida tem cobrado de governos e dos profissionais de saúde que trabalham com portadores de HIV/Aids, respostas mais rápidas e diferenciadas. Esta epidemia faz repensar conceitos morais e éticos por estar ligada principalmente ao sexo e ao uso de drogas.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) do final de 2001 estimam 40 milhões de pessoas portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) no mundo, sendo que deste total 1.800.000 estaria na América Latina e Caribe. Em muitos países em desenvolvimento, a maioria das novas infecções ocorre em adultos jovens, onde as mulheres são especialmente vulneráveis e grande parte desses adultos desconhece sua condição de portadores do vírus (UNAIDS, 2001). No Brasil, a estimativa para o ano 2000 foi de 597.443 indivíduos infectados pelo HIV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001); até o momento, há o registro de 237.580 casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida desde 1980, sendo que 65.360 casos (27,5%) são do sexo feminino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Dados do Ministério da Saúde do Brasil mostraram uma proporção de 4 homens com aids para cada mulher em 1992 e de 2 homens para cada mulher em 1999 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999a). Entre homens, no período de 1994-98, observou-se um percentual de crescimento de 10,2% de notificações de casos de aids, enquanto nas mulheres o crescimento foi da ordem de 75,3%, no mesmo período (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

2000a). Dados mais recente mostram que, no período acima citado, apesar do crescimento de casos em mulheres, a sobrevida em ambos os sexos tem aumentado consideravelmente a partir de 1995-96, reafirmando a importância do diagnóstico e tratamento precoces (MARINS et al., 2003).

Existe também uma estimativa de 340 milhões de casos novos de Doenças Sexualmente Transmissíveis curáveis por ano no mundo, sendo que deste total 36 milhões ocorreriam na América Latina e Caribe, segundo OMS (UNAIDS, 1997). Além destes dados existem as viroses causadas por HPV, HSV e HIV , que são doenças tratáveis, que se somam às DST curáveis e uma parcela de adultos são portadores desses agentes (NAUD et al., 1993; DALLABETTA et al., 1997).

Não é disponível o total real de casos de DST, existem apenas estimativas, porque em muitos países, essas doenças não são de notificação compulsória. No Brasil, as DST de notificação compulsória são apenas a aids e a sífilis congênita.

### **1.1 DST e Aids entre mulheres que fazem sexo com mulheres**

A infecção pelo HIV é a DST de maior importância em termos de morbidade, mortalidade, custos de assistência à saúde e consequências sociais associadas.

DST e HIV têm andado lado a lado desde o início da epidemia. O HIV facilita a aquisição de outras DST pelo profundo impacto no sistema imune ao mesmo tempo que a existência de algumas DST favorecem a infecção pelo HIV.

Estudos revelaram que as DST colaboram com a disseminação do HIV. Pessoas com infecções como, por exemplo, sífilis, cancro mole, herpes genital, gonorréia, clamídia, trichomonas e HPV apresentam maior probabilidade de se tornar

infectadas quando expostas ao HIV e, quando infectadas pelo HIV, apresentam maior probabilidade de transmiti-lo (WASSERHEIT, 1992). As úlceras genitais, particularmente, podem aumentar o risco de transmissão do HIV em até 18 vezes (WASSERHEIT, 1992; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000b; NIELSEN, 1999; ROTCHFORD et al., 2000).

Embora DST/Aids sejam tradicionalmente bastante relacionadas à população masculina, a aids tem aumentado entre as mulheres e passa a ser importante conhecer os aspectos da sexualidade feminina que favorecem a disseminação das DST e da aids. Estudos têm abordado a sexualidade e as questões de gênero, sempre focados na relação heterossexual. A maioria dos estudos não foi desenhado especificamente para a análise de mulheres que fazem sexo com mulheres<sup>2</sup> (MSM) (KRAL et al., 1997), realidade para qual raramente o profissional de saúde está atento (CHU et al., 1990, 1992).

Mulheres que fazem sexo com mulheres podem tornar-se infectadas com o HIV de várias maneiras, como as mulheres heterossexuais, incluindo: uso de drogas injetáveis, sexo com homens, uso de acessórios sexuais (dildos, chamados popularmente de “consolos” e vibradores), inseminação artificial, transfusão de sangue, exposição ocupacional, além do contato com sangue menstrual.

Os Centers for Diseases Control (CDC) também acreditam que a transmissão do HIV de mulher para mulher é possível e talvez já tenha ocorrido muito, uma vez que o HIV pode ser encontrado em fluídos vaginais e sangue menstrual e pode ser transmitido através de pequenos ferimentos localizados na boca, língua e nas mãos (ARNOLD, 1997). Já existem casos relatados de transmissão do

---

<sup>2</sup> Embora lésbica seja uma categoria de identidade sexual e não sinônimo de mulher que faz sexo com mulher, objeto deste estudo, o termo será mantido no texto sempre que utilizado pelos autores citados.

HIV entre mulheres parceiras sexuais (MARMOR et al., 1986; RICH et al., 1993; TRANCOSO et al., 1995).

A transmissão do HIV de mulher para mulher foi sempre presumida, na ausência de fatores de riscos mais específicos. Recentemente foi publicado o primeiro caso de transmissão do HIV, de mulher para mulher, comprovado genotipicamente; isto é, através da biologia molecular (teste de genotipagem para HIV) ficou evidenciado a similaridade entre a cepa viral da paciente fonte e a cepa viral da parceira sexual (KWAKWA et al., 2003).

A taxa de prevalência de infecção pelo HIV entre lésbicas e bissexuais não é disponível, pois não se conhece o denominador para calcular essa taxa, assim como, não se tem a taxa de prevalência entre homossexuais masculinos, a não ser entre populações restritas, limitadas, de estudo. Entretanto, estudos recentes realizados em New York e na Califórnia, citado por Saunders (1999), têm relatado que lésbicas sexualmente ativas têm prevalência mais alta de infecção pelo HIV do que mulheres que fazem sexo exclusivamente com homens. Esses estudos repudiam a forte crença, do início da epidemia de HIV/Aids, que lésbicas apresentavam baixo risco para infecção pelo HIV.

Apesar de vários estudos terem sugerido que o risco de transmissão do HIV entre mulheres é muito baixo (PETERSEN et al., 1992; COHEN et al., 1993; RAITERI et al., 1994), esta falsa crença persistiu por causa do estereótipo sobre MSM como um “grupo” e porque os comportamentos de riscos das lésbicas não foram investigados na maior parte das pesquisas (FORD et al., 1998; SAUNDERS, 1999). O estudo de Gonzales (1999) mostrou que mulheres que fazem sexo com

homens e mulheres apresentam comportamentos de riscos para adquirir DST e HIV maiores se comparadas a mulheres que fazem sexo somente com homens.

Robertson (1981) realizou “*screening*” em 148 mulheres com atividades exclusivamente lésbicas nos últimos 6 meses, das quais 13% tiveram atividade sexual com mulheres bissexuais. Foi mostrada uma baixa prevalência de DST neste grupo, embora o estudo tenha pesquisado apenas 4 doenças (gonorréia, sífilis, herpes e clamídia).

No estudo de Carroll (1997) em mulheres que negaram prática sexual com homens foram realizados diagnósticos de tricomoníase, verrugas ano-genitais e citologias oncóticas anormais. As práticas sexuais mais comumente relatadas, que podem facilitar a transmissão de infecções, foram a penetração digital vaginal, contato oral-oral, oral-genital e genital-genital. Apesar da verdadeira incidência de infecções específicas entre MSM ser desconhecida, uma rotina diagnóstica deve ser ofertada para MSM sexualmente ativas.

## **1.2 Vida reprodutiva e doenças**

Algumas MSM gostariam de ter a oportunidade de discutir contracepção e profilaxia de DST/HIV, visto que podem também ter relações heterossexuais e manifestar ou não vontade de ter filhos, portanto esses assuntos devem ser discutidos com seus médicos para que possam ser orientadas quanto à dupla proteção, isto é, prevenção da infecção pelo HIV e de outras DST assim como de uma gravidez não desejada.

Segundo Carroll (1999) 75-80% de lésbicas informam história de atividade heterossexual freqüentemente sem o uso de método de contracepção ou profilaxia para DST/HIV, como o preservativo.

Mulheres com história de intercurso sexual vaginal têm um risco maior para infecções ginecológicas e neoplasias malignas do que mulheres que nunca tiveram intercurso vaginal, e esses riscos aumentam quando os intercursos acontecem sem o uso de preservativo (DIAMANT et al., 1999).

Todos os tipos de DST são pouco entendidos e discutidos entre parceiras femininas. A negação sobre os riscos para HIV é defendido por um grupo circunscrito de lésbicas, como afirma Hollibaugh (1997). O mesmo grupo que recusa o conhecimento também não aceita determinados comportamentos como, por exemplo, que lésbicas se relacionem de várias maneiras, que são mais ou menos femininas, andróginas, que praticam sadomasoquismo e que também podem se relacionar sexualmente com homens.

Uma maioria, no entanto, afirma que não podem transmitir doenças umas para as outras e que se as DST são transmitidas entre parceiras sexuais, é, provavelmente, por causa de mulheres bissexuais. Para essas mulheres, em sua visão lésbica, homens são sujos, mulheres que praticam sexo com homens são contaminadas e somente lésbicas verdadeiras permanecem puras. Hollibaugh, entretanto, lembra que várias infecções estão se espalhando entre lésbicas e as taxas de DST estão aumentando entre elas, com risco de infecção pelo HIV, assunto ainda raramente discutido (HOLLIBAUGH, 1997).

Segundo Koh (2000) lésbicas têm taxas altas de nuliparidade e paridade tardia, aumentando o risco de câncer de mama, endométrio e ovário. Lésbicas e

bissexuais femininas têm taxas mais altas de consumo de álcool, tabagismo, uso de drogas ilícitas e sexo não seguro do que mulheres heterossexuais.

Somada aos fatores de risco acima citados há a subestimação de sintomas (fato comum entre mulheres) ou a crença de não necessitar de cuidados relativos a saúde da mulher e, também uma lamentável percepção, entre as lésbicas, que elas não apresentam riscos, ou este é baixíssimo, de adquirir DST. Entretanto, vários estudos têm identificado DST em lésbicas, adquiridas de suas parcerias sexuais, mesmo com remota ou nenhuma história de parceiros sexuais masculinos. Existe também a possibilidade de lésbicas e bissexuais femininas usarem menos os serviços de saúde do que mulheres heterossexuais e o fazerem somente após terem sintomas mais severos (CARROLL, 1999; MARRAZZO, 2000a). Talvez isso se explique por não precisarem de contracepção ou de consultas de pré natal, ou por medo de serem discriminadas pela sua orientação sexual.

Estudo citado por Koh (2000) e realizado em Michigan (USA), em 1980, revelou que 8% (141/1681) das lésbicas brancas e 17% (101/605) das lésbicas afro-americanas, recrutadas nacionalmente, relataram ter praticado sexo com homens nos últimos 12 meses. Cinquenta e quatro por cento das lésbicas participantes deste estudo tinham praticado sexo com homens e mulheres durante a vida e estudos similares apontam para proporções de 78 a 91% de mulheres que fazem sexo com mulheres apresentando essas características.

O autor chama atenção para a dificuldade de explicar as diferenças dessas proporções.

Infecção genital por Papillomavírus humano (HPV), determinado por reação de polimerase em cadeia (PCR), foi investigado em 149 mulheres que tinham vida

sexualmente ativa com mulheres. Os achados mostram que 20% apresentaram HPV tipo 31, 33, 35 e 39 (cepas de baixo risco para câncer de colo uterino); 18% apresentaram o tipo 16 (cepa de alto risco para câncer de colo uterino).

De 21 pessoas que relataram não ter praticado sexo com homens o HPV-DNA foi detectado em 19% e lesões escamosas intraepitelial cervical em 14%.

Infecção genital por HPV e lesão escamosa intraepitelial cervical são comuns entre mulheres que têm vida sexualmente ativa com mulheres e ocorre também entre aquelas que não referem sexo com homens (MARRAZZO et al., 1998).

A transmissão sexual da vaginose bacteriana (VB), uma síndrome comum entre mulheres sexualmente ativas, não foi previamente estabelecida porque não foi encontrada em nenhuma localização no homem. Por isso a população de lésbicas é ideal para testar a hipótese de VB ser transmitida sexualmente.

Foram estudadas 103 mulheres homossexuais em New York que foram atendidas em clínicas ginecológicas públicas e privadas. Às participantes foram feitas perguntas se referenciarão suas parceiras para avaliação. Todas participantes foram avaliadas para presença de VB e casais de parceiras monogâmicas foram analisados para a concordância entre suas secreções avaliadas em testes de laboratório.

Foi encontrado 28,7% de VB entre as 101 amostras de secreção vaginal satisfatórias para o exame. Entre essas, 21 eram casais monogâmicos; das 11 mulheres que apresentaram VB, 8 (72,7%) tinham parceiras que também apresentaram VB. Das 10 mulheres que não tinham VB, somente 1 (10%) tinha uma parceira com VB.

O estudo conclui, com respeito à VB, que lésbicas com relações monogâmicas usualmente têm secreções vaginais concordantes. Esta concordância

provavelmente reflete a transmissão sexual da VB entre lésbicas (BERGER et al., 1995).

Em estudo com 17 lésbicas atendidas no Hospital de Brighton, Inglaterra, foi achada VB em 6 mulheres (35%). Das 9 lésbicas que praticavam cunnilingus receptivo nas 4 semanas anteriores ao estudo, 6 (67%) tinham VB em contraste com todas as 8 mulheres que não praticavam cunnilingus receptivo e em quem não foi encontrada VB.

Em paralelo, em um estudo prospectivo com 256 mulheres heterossexuais atendidas na mesma clínica, 55 (21%) tiveram diagnóstico de VB. Das 111 mulheres que praticavam cunnilingus receptivo nas 4 semanas anteriores à pesquisa 41 (37%) tinham VB e das 145 mulheres que não praticavam sexo oral somente 14 (10%) tinham diagnóstico de VB. Nos 2 grupos houve forte associação entre VB e cunnilingus receptivo ( $p < 0,001$ ).

A evidência associando a VB com sexo oral é muito forte para ser ignorada e repetidamente descartada. A língua é cheia de organismos Gram (+) e Gram (-), incluindo *Bacteroides oralis*. Segundo Tchamouff et al. (2000), Blackwell descreveu o possível efeito da bioquímica e de anormalidades microbianas na vagina nos casos de VB recorrente. Este autor cita Berger na descrição de flora vaginal concordante em casais de lésbicas, sugestivo de transferência mecânica de agentes infecciosos.

Seria possível que organismos da língua ou enzimas da saliva hostis possam induzir anormalidades biológicas e microbianas na vagina?

Transferência mecânica de agentes infecciosos em casais de lésbicas é mais provável de ocorrer via sexo oral, uma prática comum entre lésbicas (TCHAMOUROFF et al., 2000).

Contradizendo os estudos acima, McCaffrey et al. (1999) estudaram 91 lésbicas atendidas em um serviço de medicina genitourinária para lésbicas, em Londres, e foi diagnosticada VB em 51,6% delas. No estudo, foi feita uma análise detalhada das práticas sexuais lésbicas. Várias práticas sexuais descritas, como masturbação mútua, penetração digital vaginal e penetração vaginal com acessórios sexuais, teriam maior probabilidade de transmitir alguma secreção vaginal de uma mulher para outra. Entretanto não houve diferença significativa entre a ocorrência de VB em mulheres que fizeram ou não essas práticas. Em relação ao cunnilingus, todas as mulheres do estudo faziam esta prática e somente 51% apresentou VB.

Mesmo tendo sido achado alta prevalência de VB entre lésbicas, isto não sugere que a transmissão seja via endógena, pois várias delas tinham prática de penetração anal com dedos ou acessórios sexuais, neste estudo.

### **1.3 Prevalência das DST/Aids**

A falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre as características de comportamento sexual e a indisponibilidade de dados sobre a prevalência de DST entre MSM, no Brasil, pode afetar negativamente os cuidados com a saúde dessa população.

Vários estudos têm demonstrado que o comportamento sexual, resultante da troca de secreção vaginal, por meio de contato dedo-vagina, contato genital-genital,

ou compartilhando objetos (brinquedos sexuais) sem uso de preservativos, pode transmitir infecção ginecológica bacteriana ou viral.

Mulheres lésbicas têm risco para doença inflamatória pélvica (DIP) advinda de anaeróbios associados com vaginose bacteriana (VB), ou de *Escherichia coli* adquirida de penetração anal-vaginal. Existe forte evidência que ocorra transmissão do HPV entre mulheres, bem como lesões cervicais associadas a esse vírus têm sido detectadas em MSM que negaram relações sexuais com homens anteriormente (O'HALAN, 1996; FERRIS et al., 1996; MARRAZZO et al., 1998; CARROLL, 1999; McCAFFREY et al., 1999; DIAMANT et al., 2000).

Dados de prevalência de infecção por HIV/Aids entre adolescentes lésbicas e bissexuais femininas são desconhecidos. No entanto, estudos de Bevier et al, 1995; Cohen et al, 1993; Einhorn & Polgar, 1994; conforme citado por Rosario et al. (1999), indicam maior prevalência de infecção pelo HIV entre lésbicas e bissexuais femininas adultas do que entre mulheres que fazem sexo somente com homens (SAUNDERS, 1999; FORD et al., 1998; ROSARIO et al., 1999). Para lésbicas e bissexuais femininas adultas o risco para infecção pelo HIV inclui comportamento sexual de risco com parcerias femininas e masculinas, uso de drogas injetáveis, crack ou cocaína e heroína.

Um estudo conduzido em New York (ROSARIO et al., 1999), no qual foi realizada entrevista com 80 adolescentes “gays” e bissexuais masculinos e 76 adolescentes lésbicas e bissexuais femininas, mostrou que um terço das adolescentes lésbicas e bissexuais relatou pelo menos um parceiro sexual masculino bissexual ou “gay”, o que inclui aumento do risco para infecção pelo HIV. Entre adolescentes mulheres, 17% (13/76) relataram ter tido pelo menos uma parceira feminina de risco

enquanto 21% (16/76) relataram história de pelo menos um parceiro masculino de risco.

Adicionalmente, 32% das adolescentes relataram ter tido sexo com pelo menos um parceiro “gay” ou bissexual masculino. Cinquenta e um por cento (39/76) das adolescentes lésbicas e bissexuais tiveram pelo menos um parceiro de risco durante a vida. Cinco por cento (4/76) das mulheres relataram DST e 44% (33/76) haviam se submetido 2 vezes ao teste HIV, porém não foi abordado, na entrevista, o resultado destes exames.

O comportamento sexual, nos três meses anteriores à pesquisa, indicou risco continuado para infecção pelo HIV pois 50% dos adolescentes relataram mais do que um parceiro sexual do mesmo sexo, durante o período, como também sexo desprotegido e uso de substâncias, como álcool e/ou drogas, antes e durante o episódio sexual. Dezoito por cento (14/76) das adolescentes relataram atividades homossexuais vaginal e anal recentes, durante o período menstrual. Apesar da transmissão da infecção pelo HIV de mulher para mulher ser considerado rara, não é biologicamente implausível.

Das 76 adolescentes entrevistadas, 84% (64/76) tiveram a iniciação sexual com pessoas do mesmo sexo aos 16 anos, em média, e 71% (54/76) com o sexo oposto, em média, aos 14 anos.

Um número maior de adolescentes do sexo feminino do que masculino usou álcool ou substâncias ilícitas antes e durante sexo oral ou anilingus recente com parceiros do mesmo sexo (COCHRAN et al., 1996; ROSARIO et al., 1999; MARRAZZO et al., 2001a).

Um estudo conduzido pelos Departamento de Medicina e Pediatria e Departamento de Serviços de Saúde da Universidade da Califórnia, Los Angeles, teve início com a publicação de um questionário na revista “The Advocate”, dirigida a homossexuais homens, lésbicas e bissexuais mulheres e homens (DIAMANT et al., 1999).

A pesquisa solicitava que o questionário fosse respondido e devolvido à Instituição que coordenava o estudo. Foram obtidas respostas de 6.935 mulheres de 50 estados americanos, que se identificaram como lésbicas.

As características apresentadas foram: 84,8% tinham entre 25 e 49 anos (média 35 anos), 87,5% eram brancas, 22,2% tinham nível universitário e 40,6% alguma graduação ou escola profissional, 54,5% tinham renda anual entre US\$ 20.000 e US\$ 50.000 e 35,3% viviam em cidades com mais de 1 milhão de habitantes.

Além disso, desse grupo, 77,3% relataram ter tido parceiro sexual masculino, 70,5% relataram terem tido, pelo menos, um intercurso sexual vaginal; a idade média do primeiro intercurso sexual foi de 18 anos e, do último intercurso, 25 anos, 5,7% relataram ter tido 1 ou mais contatos sexuais com homens no último ano; 88,2% das lésbicas que tinham intercurso sexual vaginal, com homens, relataram também história de intercurso anal sem preservativos.

O estudo aborda, ainda, algumas doenças: 17,2% relataram diagnóstico de DST e 17,3% história de citologia oncótica cervical anormal. As DST mais comuns relatadas foram tricomoníase (6,0%), verrugas genitais ou anais (4,8%), infecção por clamídia (4,6%), herpes genital ou anal (3,3%), doença inflamatória pélvica (DIP) (2,0%), gonorréia (1,62%), sífilis (0,3%) e infecção pelo HIV (0,1%).

Lésbicas que relataram 6 ou mais parceiros masculinos foram mais associadas a terem tido DST em algum momento de suas vidas. Aquelas que tiveram intercurso sexual foram mais associadas a terem relatado história de DST, do que as que nunca tiveram intercurso vaginal (21,4% versus 7,3%;  $p < 0,001$ ).

Mulheres jovens foram mais prováveis de terem tido sexo com homens durante o último ano.

Uma pesquisa realizada em New York sugeriu que, dentre aquelas que usam drogas injetáveis, as que fazem sexo com outras mulheres podem ter mais de 40% de aumento no risco de se infectarem pelo HIV (FORD et al., 1998).

#### **1.4 Prevenção de câncer ginecológico**

A infecção pelo HPV, vírus que está intimamente ligado ao câncer de colo uterino, tem sido classificado em dois grupos: baixo e alto risco para câncer de colo de útero. O HPV de baixo risco está relacionado à verruga genital e a lesões de baixo grau no trato genital; o HPV de alto risco está freqüentemente associado à neoplasia intra-epitelial de alto grau e a carcinoma invasivo.

A principal forma de transmissão do HPV é por relações sexuais, portanto o comportamento sexual é o maior determinante desta infecção genital (KATAJA et al., 1993; HIPPELÄINEN et al., 1993). Assim, o início precoce das relações sexuais, parcerias sexuais múltiplas, parceiros que tenham múltiplas parceiras sexuais, tabagismo e outras DST são fatores de risco para a infecção pelo HPV e, conseqüentemente, para o câncer de colo uterino. (KATAJA et al., 1993; BAUER et al., 1993; MARRAZZO et al., 1998). Além das características citadas, a história de

violência sexual ou primeiro contato sexual com idade baixa aumenta o risco de exposição ao HPV e subsequente neoplasia cervical. Citologia oncótica anual é recomendada para todas as mulheres, inclusive lésbicas (CARROLL, 1999; MARRAZZO, 2000a).

É comum achar-se que lésbicas não precisam de prevenção de câncer ginecológico por sua história natural. Estudos, particularmente nos Estados Unidos, têm descrito lésbicas com receio de serviços de saúde não solidários a elas e, conseqüentemente, com relutância em procurá-los, refletindo uma baixa demanda para citologia oncótica cervico-vaginal em comparação com mulheres heterossexuais (BAILEY et al., 2000).

Foram encontradas, nos estudos citados, citologias oncóticas cervico-vaginais anormais em amostras de um grupo de 624 lésbicas, incluindo algumas que nunca tiveram intercursos sexuais com homens.

Os autores (BAILEY et al., 2000) também encontraram evidências de HPV em um grupo de mulheres exclusivamente lésbico, indicando que a transmissão sexual do HPV pode ocorrer entre mulheres.

Entre as 624 mulheres do estudo, 57% informaram que haviam realizado citologia oncótica cervico-vaginal nos últimos 3 anos enquanto 25% haviam realizado há mais de 4 anos.

Observou-se também que, das lésbicas que nunca haviam realizado citologia oncótica cervico-vaginal, 42% eram exclusivamente lésbicas e 12% haviam tido relações sexuais com homens também.

Outro estudo (RANKOW et al., 1998) para avaliar possíveis fatores de risco para câncer cervical foi realizado com 576 mulheres que fazem sexo com mulheres,

por meio de questionário anônimo, distribuído nas organizações de comunidades de mulheres lésbicas e bissexuais, na Carolina do Norte (USA), de junho a dezembro de 1995.

Rankow et al. (1998) obtiveram como respostas que 80% tiveram intercurso heterossexual, 45% tiveram, pelo menos, 4 parceiros sexuais masculinos. Cinquenta por cento das mulheres eram menores de 18 anos, quando tiveram a primeira experiência sexual com homens e 55,8% relataram 4 ou mais comportamentos sexuais de risco, nos últimos 3 anos, com mulheres jovens. O comportamento de risco mais citado foi estimulação digital desprotegida ou penetração digital desprotegida da vagina (87,5%), contato oral-vaginal desprotegido (85,6%) e tribadismo (73,4%) ; 28% eram tabagistas.

Além de alguns profissionais de saúde, também as lésbicas acreditam não estarem sob risco de desenvolver neoplasias, não necessitando de colpocitologia oncótica (Papanicolaou) regularmente. Esta crença é reforçada pelo fato de não haver recomendação de intervalo de tempo para coleta de Papanicolaou para lésbicas (FERRIS et al., 1996; O'HANLAN et al., 1996). Somado a isto, algumas mulheres, por terem vivenciado experiências adversas prévias, deixam de procurar serviços de saúde (MARRAZZO et al., 2001b). Entretanto, em revisão de todas as colposcopias realizadas no Fenway Community Health Center, de 1992 a 1994, um terço das mulheres que se identificaram como lésbicas tinham citologia cervical anormal ou verrugas genitais (CARROLL, 1999).

Mulheres que negaram qualquer contato sexual prévio com homens foram diagnosticadas com HPV de alto risco para câncer. Isto pode ser explicado pelo

contato sexual com outras mulheres que tiveram relacionamentos sexuais prévios com homens (FERRIS et al., 1996).

### **1.5 Atendimento médico para lésbicas e atitude dos profissionais de saúde**

Não é prática, em nossa cultura, a discussão a respeito de diversidade sexual e além disso temos uma cultura machista e cheia de preconceitos. Assim, profissionais de saúde não estão imunes a desinformações ou informações errôneas recebidas no início de sua formação. Da mesma forma não são esclarecidos corretamente em suas escolas médicas sobre como abordar a saúde de “gays” e lésbicas.

Uma pesquisa de 1986, da San Diego County Medical Society, citado por O’Hanlan (1997), envolvendo a aceitação de indivíduos homossexuais em seu quadro, revelou aproximadamente 25%, de um total de 930 respostas, como altamente homofóbicas. Trinta por cento relataram que não aceitariam um candidato “gay” ou lésbica, ainda que altamente qualificado, para a escola médica; 40% declararam que desencorajariam esses estudantes de medicina a entrarem em cursos de residência médica em Pediatria ou Psiquiatria, 40% não indicariam pacientes para colegas “gays” ou lésbicas e 40% se sentiriam desconfortáveis cuidando de pacientes “gays” ou lésbicas (O’HANLAN, 1997).

O comportamento sexual dos pacientes raramente é investigado pelos médicos. Em geral, apenas os ginecologistas fazem perguntas em relação à atividade sexual e raramente perguntam o tipo de relacionamento de suas pacientes, assumindo que todas são heterossexuais, desconsiderando o fato de existirem identidades e

orientações sexuais diversas. Simkin, citado por Mathielson (1998), lembra que lésbicas não recebem cuidados de saúde de boa qualidade porque elas são invisíveis para seus cuidadores. Outros autores, como Trippet e Bain, também citados por Mathielson (1998), relatam que lésbicas não procuram os serviços de saúde preocupadas com a marginalização que sofrem. Não costumam ir a clínicas ginecológicas por medo de se expor ou por terem vivido experiências negativas em consultas médicas (KENNEDY et al., 1995; MATHIELSON, 1998).

O fato de não existir, até o momento, nenhuma doença unicamente de lésbicas ou de bissexuais femininas, o medo de discriminações ou de expor sua condição, são fatores que colaboram para que elas não se apresentem como mulheres que fazem sexo com mulheres.

O conhecimento da história sexual do paciente é importante para direcionar a investigação diagnóstica. Assim, o profissional pode definir as situações em que deverá pesquisar DST e gravidez, recomendar serviços de prevenção, realizar diagnóstico diferencial e disponibilizar aconselhamento para redução de riscos.

A MSM é uma mulher que tem atração física e/ou emocional por outra mulher. Entretanto sua história pregressa, as parcerias sexuais passadas ou presentes podem não ser limitadas a mulheres e devem ser conhecidas e avaliadas no processo de diagnóstico ou de exames de rotina para a prevenção de doenças.

Quando os médicos assumem que as mulheres que se identificam como lésbicas não têm nenhum contato sexual com homens, ou que esses contatos foram em um passado distante, podem deixar de fazer diagnósticos apropriados ou tratamentos recomendados.

Os CDC estabeleceram que intercurso anal desprotegido constitui a atividade de maior risco para a transmissão do HIV, no entanto o intercurso vaginal desprotegido também é uma atividade de alto risco (DIAMANT et al., 1999).

Cuidados primários, indicados para todas as mulheres, incluem “*screening*” para câncer de mama e do colo do útero, DST, HIV, avaliação ou rastreamento para problemas com álcool, informações com relação à gestação e ao parto.

Há um consenso, entre os poucos estudos realizados com essa população, que as MSM não têm adotado práticas de sexo seguro. Pode-se presumir que este fato esteja relacionado a uma falha nas informações sobre prevenção e riscos, dadas por profissionais de saúde.

Pesquisa realizada com 98 mulheres lésbicas e bissexuais, no Canadá (MATHIELSON, 1998), revelou que quase 70% delas consideravam que o médico de família seria o mais apto para cuidá-las, 49% relatavam ser este seu médico regular, 94% descreveram que o mais importante atributo do médico de família seria ter uma atitude positiva em relação a “*gays*”, isto é, ser sensível à realidade de ser lésbica ou bissexual em um mundo fundamentalmente heterossexista. Atitude positiva significa ter mente aberta, conhecimento sobre necessidades de saúde das lésbicas e bissexuais, dar suporte para o paciente assumir sua orientação sexual. A qualidade de ter uma atitude positiva em relação a “*gays*” foi citada com mais frequência como sendo uma característica ideal do médico de família e mais importante do que se o médico fosse mulher (71%), lésbica (20%) ou feminista (10%). Participantes desta pesquisa relataram receber informações inadequadas após assumirem sua orientação sexual, como: “lésbicas têm baixo risco para infecção pelo HIV porque sua relação é confinada a outra mulher”. Contudo algumas mulheres que

vivem como lésbicas nem sempre têm relacionamento exclusivamente com mulheres. A outras foi dito “que não precisariam exames ginecológicos ou Papanicolaou porque lésbicas não estariam sob risco de câncer cervical ou DST”.

No estudo citado, 15% das mulheres relataram terem sido informadas de que sua sexualidade era patológica sendo, algumas encaminhadas para serviços psiquiátricos e outras 4 recusadas para o atendimento médico. O contexto destas histórias irá refletir como, mais tarde, cada mulher decidirá procurar serviços de saúde.

Atitudes homofóbicas atribuídas a profissionais de saúde, como médicos, estudantes de medicina e enfermeiros, têm sido documentadas. Pessoas que foram discriminadas por qualquer motivo, podem se sentir desencorajadas a procurar serviços de saúde, o que as torna mais vulneráveis (IGARTUA, 1998; KOH, 2000; RISDON et al., 2000).

O primeiro contato da adolescente com o ginecologista deveria estimular a confiança neste profissional, para que não venha a fazer sexo desprotegido com homens ou mulheres, o que poderia acarretar alto risco para doenças sexualmente transmissíveis, vírus da imunodeficiência humana e gravidez não planejada, segundo Carroll (1999).

Mulheres que fazem sexo com mulheres, principalmente as mais jovens, tem risco aumentado para DST, talvez pelo fato de terem práticas bissexuais com mais frequência e maior número de parceiros sexuais masculinos. Tais mulheres não vêm as clínicas de DST como um local adequado para cuidados de saúde (MARRAZZO et al., 2001a).

A atitude de confiança no profissional, por parte da adolescente, induz à segurança de um tratamento adequado. A crença em sua capacidade, por sua vez, possibilita uma relação mais confiável. Por outro lado, o profissional deve entender as características da pessoa, respeitá-las e cuidar para que ela receba os melhores cuidados, independente de sua condição de raça, classe social ou orientação sexual.

Práticas padrão, que promovem heterossexismo, devem ser desafiadas e mudadas. Isto inclui auto-educação, revisão de como nós, profissionais de saúde, tivemos nossa formação básica, tanto como cidadãos quanto nas escolas médicas. A forma como realizamos a anamnese de história da saúde ou o grau de segurança que oferecemos para a paciente, isto é, os cuidados no contexto de um longo relacionamento médico – paciente devem ser avaliados (MATHIELSON, 1998).

Monitorando-se os formulários de clínicas de tratamento genitourinário verifica-se que não há espaços para que sejam anotadas DST adquiridas pelo contato entre mulheres homossexuais.

Essa desproporção em se registrar, monitorar e analisar dados de mulheres homossexuais, com relação às DST, deveria ser resolvido rapidamente. Os dados coletados deveriam ser utilizados, então, para melhorarem a qualidade de saúde das lésbicas (FORD et al., 1998).

## **1.6 Tema pouco abordado na literatura**

A pesquisa bibliográfica revelou que além de haver escassos estudos referentes à população de mulheres que fazem sexo com mulheres, eles, geralmente, têm populações reduzidas, são específicos para observar consumo de drogas, ou

prevalência de DST, ou prática sexual com o sexo oposto, ou discriminação, entre outros fatores. O texto com mais informações sobre o tema é de Carroll (1999) que aponta o fato que lésbicas sub-utilizam os serviços de saúde e demoram mais a procura-los do que as mulheres heterossexuais.

Outro estudo realizado no Sidney Sexual Health Centre, Austrália, (FETHERS et al., 2000) no período de março de 1991 a dezembro de 1998, com um total de 1.432 casos de mulheres que fazem sexo com mulheres e 1.423 controles selecionados que relataram nunca terem feito sexo com mulheres. A média de idade dos 2 grupos foi semelhante. Em análise multivariada, somente a VB foi significativamente mais comum entre MSM; entre as demais doenças pesquisadas (gonorrhoeae, clamídia, verrugas genitais, trichomonas., hepatite B e C e HIV) não houve diferença significativa de prevalência das infecções nem dos resultados de colpocitologia oncótica (CO) anormais, nos 2 grupos.

Um outro estudo realizado em clínica de medicina genitourinária, em Londres, (EVANS et al., 1992) onde foi aplicado questionário a 948 mulheres atendidas nessa clínica, relata que, entre elas, 16 (1,7%) eram lésbicas, sendo que 69% delas relatam intercursos heterossexuais prévios, e o diagnóstico mais comum, nesse grupo, foi de vaginose bacteriana (38%); a população, porém, foi muito reduzida.

O maior estudo sobre comportamento sexual de lésbicas, conduzido no Reino Unido (BAILEY et al., 2003), entrevistou 803 lésbicas e bissexuais femininas, em primeira consulta nas clínicas de saúde sexual de MSM, e 415 lésbicas e bissexuais femininas da comunidade, mostrou que a idade média da primeira experiência sexual com o sexo oposto foi 18 anos, já com o mesmo sexo, a média foi 21 anos. Ainda

mostrou que lésbicas e bissexuais femininas podem ter histórias sexuais variadas, com parceiros homens e mulheres; e que uma anamnese sem suposições ou julgamentos deve ajudar médicos a evitarem equívocos e oferecerem adequadas informações para elas.

Algumas populações específicas são mais vulneráveis a adquirir DST/HIV e seus agravos, portanto, estudos são necessários para que se obtenha a incidência em tais populações.

Trabalhando desde 1995, no Centro de Referência e Treinamento para DST/Aids (CRT), ligado à Secretaria de Estado da Saúde, temos observado uma pequena demanda de mulheres que fazem sexo com mulheres, na busca por cuidados de saúde (apenas 6 procuraram o serviço). Esta situação despertou-nos o interesse pelo estudo de tal população, permitindo, assim, o entendimento de suas características epidemiológicas, contribuindo, também, para melhorar a oferta de serviços e programas de saúde.

A realização deste estudo na população de mulheres que fazem sexo com mulheres é necessária para que se obtenha uma estimativa de morbidade, modos de transmissão e de comportamento destas infecções. Dados advindos deste estudo poderiam ser essenciais para a organização de ações de controle e prevenção voltados para essa população.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Conhecer as características epidemiológicas das DST em mulheres que fazem sexo com mulheres.

### **2.2 Objetivos específicos**

**2.2.1** Estimar a prevalência isolada das seguintes DST: HIV, HPV, gonorréia, clamídia, sífilis, hepatite B, hepatite C, trichomonas e vaginose bacteriana

**2.2.2** Determinar a associação da infecção por HIV com as demais DST pesquisadas.

**2.2.3** Identificar fatores comportamentais associados à presença de DST/HIV nesta população.

### **3. MATERIAL E MÉTODOS**

#### **3.1 Delineamento do estudo**

Estudo transversal, visando conhecer o perfil do grupo em relação à características demográficas e sociais assim como algumas outras relacionadas à sexualidade, vida reprodutiva e a prevalência de algumas DST no grupo estudado.

Neste trabalho não houve a preocupação com a identidade ou orientação sexual e sim com a prática sexual das mulheres. Os conceitos utilizados, neste estudo, para sexo, sexualidade, prática sexual, identidade sexual, orientação sexual e papel sexual são os recomendados pelo MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000b).

#### **3.2 População de estudo**

Mulheres que fazem sexo com mulheres, maiores de 18 anos, recrutadas em demanda estimulada tanto por anúncio, como por panfletagem.

O estudo foi divulgado pelo Coletivo Feminino Lésbico em listas de discussões de lésbicas na internet – “leslist, umas&outras, lesbicasbr” e também por meio de panfletos na “Parada do orgulho gay e lésbico/2002”.

Uma vez interessada em participar do estudo, após procura espontânea do serviço, cada mulher recebeu informação completa sobre o estudo e seus objetivos.

As que concordaram em participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e informado. Assim, o desejo em participar do estudo, e ter mais de 18 anos completos, foram os únicos critérios seletivos.

Todas as participantes foram entrevistadas e examinadas pelo responsável pelo estudo, no CRT-DST/AIDS, no período de 01 de março de 2002 a 31 de março de 2003.

Essa metodologia de participação por indicação ou contato com participante, que convida pessoas de seu grupo de relacionamento é um dos métodos especiais de amostragem denominados “amostragem em cadeia” (chain sampling), dentre esses o mais utilizado é a técnica de indicação sucessiva de entrevistados, denominado *snowball* ou “bola de neve” (BIERNACKI, 1981; BASTOS, 1996) e tem sido muito utilizado para estudos com populações específicas, como usuários de drogas injetáveis, travestis, entre outros grupos dos quais não se conhece a totalidade, o que impede que se faça uma amostragem. Esta técnica permite acesso rápido e a custo reduzido.

### **3.3 Critérios de inclusão**

Foram incluídas no estudo todas as mulheres que relataram fazer sexo com mulheres e que procuraram voluntariamente o serviço no período de março de 2002 a março de 2003, constituindo-se uma amostra de 145 mulheres.

### **3.4 Critérios de exclusão**

Foram excluídas do estudo as mulheres menores de 18 anos, as que não concordaram em participar do estudo e as que apresentaram câncer ginecológico e de

mamas ao primeiro exame médico realizado no momento do início da participação no estudo.

### **3.5 Instrumento de coleta de dados**

Foi utilizado um questionário com questões abertas e fechadas aplicado pelo investigador a todas as mulheres, logo após concordarem em participar no estudo.

Esse primeiro encontro consistia de uma entrevista, de um exame clínico e de coleta de amostras de sangue e secreções para análise em laboratório.

Assim a coleta de dados teve as seguintes etapas:

- Aplicação do questionário
- Exame clínico
- Exames de laboratório

### **3.6 Variáveis do estudo**

Foram levantadas, no estudo, as seguintes características:

a- informações sócio-demográficas: idade, escolaridade, ocupação, renda, estado marital, frequência a lugares para “*gays*”, lésbicas e simpatizantes (GLS).

b- informações sobre vida sexual: idade do primeiro intercurso sexual, se tem parceria fixa no momento, número de parcerias, tempo de parceria, tipo de parceria: com mulheres, homens ou com ambos, número de parceiros sexuais no último mês e no último ano.

c- informações sobre vida reprodutiva: número de gestações e abortamentos.

- d- informações relacionadas à história prévia de DST.
- e- informações sobre sexo seguro: orientação sexual dos parceiros sexuais, uso de preservativos.
- f- informações sobre práticas sexuais: sexo remunerado, tipo de prática sexual, uso de acessórios sexuais.
- g- informações relacionadas a cuidados de saúde: consultas médicas, prevenção de câncer ginecológico e de mamas, teste HIV.
- h- informações relacionadas a preconceitos: reação e conduta de profissionais de saúde frente a revelação da homossexualidade pela paciente.
- i- informações relacionadas a história de violência sexual.
- j- informações relacionadas ao uso de álcool e drogas: tabagismo, etilismo, adicção.
- k- informações relacionadas a necessidades das mulheres: quanto a existir serviço de saúde para lésbicas, a especialidade do profissional.

Algumas das informações coletadas com o auxílio do questionário foram analisadas segundo raça/cor.

A classificação das mulheres em 4 grupos - brancas, pretas, pardas e amarelas – foi feita a partir da renomeação da variável raça/cor que seguiu a classificação de IBGE: branca, preta, parda, amarela e indígena.

O tratamento dado a cada variável é apresentado nos itens a seguir

### 3.6.1 Variáveis sócio-demográficas

- **Idade.** Idade agrupada em 4 classes com intervalo de 10 anos (sendo a idade mínima para inclusão 18 anos) e uma classe aberta; categorizadas em 18 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos e 60 ou mais anos.

- **Escolaridade.** Averiguada em anos completos estudados e depois categorizada em nenhum (inclusive aquelas que nunca foram a escola mas sabem ler e escrever), primeiro grau incompleto (1<sup>a</sup> a 7<sup>a</sup> séries), primeiro grau completo (1<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> séries), segundo grau incompleto (1<sup>a</sup> a 2<sup>a</sup> séries), segundo grau completo (1<sup>a</sup> a 3<sup>a</sup> séries), superior incompleto e superior completo e mais.

- **Ocupação/Situação de emprego.** Para o estudo dessa variável foram criadas 2 categorias (ativas e inativas) que se dividiam em subcategorias. Foram consideradas ativas aquelas que relataram emprego fixo (trabalho formal); bico, prostituição (trabalho informal) e aquelas que se identificaram como autônomas. Foram consideradas inativas aquelas que relataram estar desempregadas, aquelas que realizavam trabalho exclusivamente doméstico e aquelas que se declararam estudantes.

- **Renda individual mensal.** Categorizada em até 1 salário mínimo (SM), mais de 1 a 4 SM, mais de 4 a 7 SM, mais de 7 a 10 SM, mais de 10 a 13 SM, mais 13 a 16 SM e mais de 16 SM. O valor do salário mínimo no momento da entrevista era de R\$200,00 (duzentos reais).

- **Estado civil.** Categorizada em solteira, casada, divorciada/separada e viúva.

- **Estado conjugal/situação atual.** Categorizada em solteira e união consensual (considerado a união consensual como um relacionamento estável com parceria fixa por um período igual ou superior a 12 meses ( com ou sem co-habitação).

- **Frequência a lugares GLS.** Variável dicotômica sim e não.

### 3.6.2 Variáveis relacionadas a vida sexual

- **Idade do primeiro intercuro sexual.** Em anos para se obter a média e mediana.
- **Idade do primeiro intercuro homossexual.** Em anos para se obter média e mediana.
- **Parceria fixa.** Variável dicotômica caracterizada em sim e não.
- **Número de parcerias fixas.** Caracterizada em números, válidas para parcerias fixas atuais.
- **Tempo de parcerias fixas.** Caracterizada em número de meses de parceria e analisado por período de 12 meses.
- **Tipo de parceria fixa.** Considerada as opções parceria fixa com mulheres, com homens ou com ambos.
- **Intercursos sexuais atuais.** Caracterizada em número de relações sexuais com homens no último mês, com homens no último ano, com mulheres no último mês, com mulheres no último ano, com ambos no último mês, com ambos no último ano.

### 3.6.3 Variáveis relacionadas à antecedentes obstétricos

- **Número de gestações.** Variável para se obter o total de mulheres que ficaram grávidas durante a vida e, destas gestações, qual o total de abortos espontâneos e provocados.

### 3.6.4 Variáveis relacionadas à história prévia de DST

- **Já teve DST.** Variável dicotômica sim e não. Em caso de resposta positiva, é investigada qual foi a DST e há quanto tempo, em meses, ela ocorreu. Pergunta-se também em que local ela foi tratada.

### 3.6.5 Variáveis relacionadas à sexo seguro

- **Identidade sexual do parceiro do sexo oposto.** Caracterizada em heterossexual, bissexual, homossexual, desconhecida, heterossexuais e bissexuais, heterossexuais e homossexuais, bissexuais e homossexuais, todas. Se houve intercursos sexuais com o sexo oposto nos últimos 3 (três) anos, pôde-se saber se ocorreu a prática bissexual recente entre as mulheres que fazem sexo com mulheres, interessando a prática sexual destes parceiros.

- **Uso de preservativos com homens.** Variável categorizada em função de frequência de uso (últimos 3 meses): sempre, às vezes, raramente, nunca e não se aplica para aquelas que não referiram sexo com homens nesse período. Com respostas às vezes, raramente ou nunca indagou-se o porquê, para se avaliar a prática de sexo seguro, e a preocupação com o risco de adquirir Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

- **Identidade sexual da parceira do mesmo sexo.** Caracterizada em heterossexual, bissexual, homossexual, desconhecida, heterossexuais e bissexuais, heterossexuais e homossexuais, bissexuais e homossexuais, todas. Se houve intercursos sexuais com o mesmo sexo no último ano, interessando a prática sexual destas parceiras.

- **Uso de preservativo com mulheres.** Variável categorizada em função de frequência de uso (últimos 3 meses): sempre, às vezes, raramente, nunca e não se aplica para aquelas que não referiram sexo com mulheres neste período. Com respostas às vezes, raramente ou nunca indagou-se o porquê, para se avaliar a prática de sexo seguro, e a preocupação com o risco de adquirir Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

- **Caso a mulher referisse mais de uma parceria sexual, foi perguntado se a parceria atual tinha conhecimento desta situação.** Variável categorizada em sim, não e não se aplica, para quem não tem mais de uma parceria.

- **Tem conhecimento se a parceira tem relações sexuais fora da união.** Variável categorizada em sim para certeza de ter, não para certeza de não ter e não sabe para possibilidade de ter desconfiança e/ou suspeita.

### 3.6.6 Variáveis relacionadas às práticas sexuais.

- **Faz sexo por dinheiro ou bens.** Variável dicotômica sim e não.

- **Tipo de relação sexual que pratica.** Variável categorizada em:  
1) com homens: penetração vaginal, oral ativa, oral passiva, anal ativa, anal passiva  
2) com mulheres: relação vaginal ativa, vaginal passiva, oral ativa, oral passiva, anal ativa, anal passiva.

Estes termos foram escolhidos para melhor entendimento embora esses atos possam não estar sendo realizados com o próprio corpo.

- **Penetração (digital ou acessórios) ou sexo oral com parceira menstruada.** Variável dicotômica sim e não.

- **Uso de acessórios sexuais.** Variável dicotômica sim e não. Se sim o uso é individual ou compartilhado e se com preservativos ou não. Se compartilhado se há troca do preservativo.

- **Tipo de acessório.** Variável categorizada em pênis de borracha vibrador, frutas/legumes e outros (bolinhas, objetos cilíndricos, etc.).

- **Sexo a três, “swing”.** Variável dicotômica sim e não. Se sim qual o tempo da última prática em meses e analisado por período de 12 meses, porque em relação às DST/HIV o interesse é maior nesse período.

- **Já teve relações sexuais com parceiro(a) sabidamente soropositivo para o HIV.** Variável dicotômica sim e não. Se sim, pergunta-se o sexo do parceiro.

### 3.6.7 Informações relacionadas a cuidados da saúde.

- **Consulta ginecologista anualmente.** Variável dicotômica sim e não.

- **Tempo da última consulta.** Variável categorizada em até 1 ano, mais de 1 a 3 anos, mais de 3 anos e não se aplica para aquelas que nunca se consultaram.

- **Tempo de realização do último Papanicolaou.** Variável categorizada em até 1 ano, mais de 1 a 3 anos, mais de 3 anos e não se aplica para aquelas que nunca realizaram.

- **Resultado de Papanicolaou.** Variável categorizada em negativo, alterações celulares benignas, ASCUS (alterações de células escamosas de significado indeterminado), AGUS (alterações glandulares de significado indeterminado), NIC I (neoplasia intraepitelial cervical leve), NIC II (neoplasia intraepitelial cervical moderada), NIC III (neoplasia intraepitelial cervical acentuada), Carcinoma *in situ*, Carcinoma invasor, não lembra.

- **Tempo da última mamografia.** Variável categorizada em nunca fez, até 1 ano, mais de 1 a 3 anos, mais de 3 anos.

- **Realizou teste anti HIV.** Variável dicotômica sim e não. Se sim há quanto tempo (em anos), e resultado em reagente, não reagente e indeterminado.

### 3.6.8 Variáveis relacionadas a preconceitos.

- **Falou com seu médico atual que mantém relações sexuais com mulheres.** Variável dicotômica sim e não. Se sim, qual foi a impressão do médico, categorizada em natural, surpresa, não deu atenção ao fato e reagiu negativamente. Se não, foi por inibição ou por algum desconforto causado pelo profissional. A impressão do médico, em relação a homossexualidade, fica sendo a percepção subjetiva da mulher naquele momento.

- **Falou com seu médico anterior que mantém relações sexuais com mulheres.** Variável dicotômica sim e não. Se sim, qual foi a impressão do médico, categorizada em natural, surpresa, não deu atenção ao fato e reagiu negativamente. Se não, foi por inibição ou por algum desconforto causado pelo profissional.

- **O médico te atendeu rapidamente ou sem olhar para você, depois que você mencionou o fato de fazer sexo com mulheres.** Variável categorizada em sim, não e não se aplica.

- **O médico deixou de te examinar ou pedir exames, quando voce mencionou o fato de fazer sexo com mulheres.** Variável categorizada em sim, não e não se aplica.

### 3.6.9 Variável relacionada à violência sexual.

- Variável dicotômica (explicado que não se tratava necessariamente de estupro, podendo ter sido abuso sexual, manipulação sexual ou forçá-la a manipular o abusador, etc) sim e não. Se sim qual a idade à época e se a violência foi praticada por homem ou por mulher.

### 3.6.10 Variáveis relacionadas a uso de álcool e drogas.

- **Ser tabagista.** Variável dicotômica sim e não. Se sim há quanto tempo (em meses) e quantos cigarros fuma por dia.

- **Usa bebidas alcoólicas.** Variável dicotômica sim e não. Se sim, com que frequência por semana. Pela dificuldade de mensuração, não foi verificado quantidade e qualidade de bebidas ingeridas.

- **Uso de drogas ilícitas.** Variável dicotômica sim e não. Se sim, categorizada em cheira cola, maconha, crack, cocaína, droga injetável, ácido, anfetamina, ecstasy e outras. Verificado a frequência de uso em vezes por semana, mês e ano; e há quanto tempo faz uso. Foram excluídas aquelas que não fizeram uso de drogas no último ano.

### 3.6.11 Características relacionadas às necessidades das mulheres.

- **Sente necessidade de serviço de saúde sensível às MSM.** Variável dicotômica sim e não.

- **Como descreveria o médico ideal para atender você.** Categorizada em ginecologista, clínico e médico de família. Após essa, uma questão relacionada ao sexo do médico, com resposta categorizada em homem, mulher e independente. Em

seguida foi perguntado se a mulher se sentiria mais confortável se o médico fosse heterossexual, não heterossexual ou se isto independe. Após essas resposta houve uma questão aberta para saber o que achariam necessário neste profissional.

### **3.7 Coleta de material para exames**

A identificação das participantes deu-se por um número, de ordem de entrada no estudo, anotado em uma etiqueta tanto nos questionários como no termo de consentimento e nos materiais para exame. A etiqueta continha as seguintes informações: número de ordem, data da consulta, iniciais do nome e idade da paciente, após as mesmas terem lido e assinado o Termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 2).

Todas as mulheres foram entrevistadas e examinadas de forma padronizada, pelo autor do estudo. O exame físico teve como objetivo detectar alterações clínicas e/ou subclínicas em órgãos genitais externos e internos. Foi obedecida a seguinte seqüência:

- a) observação da cavidade oral
- b) exame de palpação do abdômen
- c) exame de genitais externos
- d) exame especular da vagina e colo uterino
- e) coleta de espécime vaginal e endocervical para exame a fresco e Bacterioscopia pelo método de Gram
- f) coleta de espécime da junção escamo colunar do colo uterino, endocervical e fundo se saco vaginal para Citologia Oncótica (CO)

- g) coleta de espécime endocervical para pesquisa de Gonococos e Clamídia
- h) realização de colposcopias com ácido acético a 5% e teste de Schiller
- i) realização de vulvosopia com ácido acético a 5% e perineoscopia
- j) toque bimanual

### **3.7.1 Procedimentos laboratoriais**

Após exame clínico, foi coletada amostra de sangue para realização de sorologias para HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis. A coleta foi realizada por auxiliar de enfermagem capacitada do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids (CRT). Todos os exames, listado a seguir, foram realizados pelo laboratório do CRT.

#### **3.7.1.1 exame a fresco de secreção vaginal**

#### **3.7.1.2 bacterioscopia pelo método de GRAM de secreção endocervical**

#### **3.7.1.3 citologia cérvico vaginal**

**3.7.1.4 colposcopia com biópsia dirigida** quando foram observadas imagens atípicas. Os fragmentos foram colhidos utilizando-se pinças de biópsias de Gaylor Medina, para biópsias com diâmetros de 4 a 6 mm. O material biopsiado foi fixado imediatamente em solução de formol a 10%, identificado e encaminhado para exame histopatológico em local de referência do CRT

#### **3.7.1.5 cultura para Neisseria gonorrhoeae**

#### **3.7.1.6 pesquisa de Chlamydia trachomatis (Elisa) da secreção endocervical**

**3.7.1.7 sorologia para Sífilis.**(VDRL, TPHA). Foram considerados positivos para sífilis somente os resultados com VDRL positivo confirmados pelo TPHA que foram realizados no laboratório do CRT

**3.7.1.8 sorologia para Hepatite B** (HbsAg, Anti-HBs, Anti-HBc, Anti-HbcIgM, Anti-Hbe, HbeAg)

**3.7.1.9 sorologia para Hepatite C** (Anti-HCV)

**3.7.1.10 sorologia para HIV** (Elisa, para pesquisa de anticorpos anti-HIV e quando da necessidade de confirmação utilizado Imunofluorescência Indireta e Western Blot).

### **3.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS**

O questionário foi criado através do programa EPI-INFO que também foi utilizado como banco de dados e para análise estatística.

Os dados de DST foram estimados primeiro considerando todas as doenças do grupo (frequência absoluta e relativa) e depois considerando cada uma das DST específicas.

Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos contendo frequência absoluta e porcentagens, e foi realizado teste de associação entre as variáveis comportamentais e as DST/HIV.

### 3.9 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi inicialmente aprovada pela Comissão de Ética do CRT-DST/Aids, local de realização do estudo, e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP.

Todas as mulheres que chegaram ao serviço com informação sobre a existência da pesquisa tiveram explicação detalhada sobre a mesma, seus objetivos e procedimentos assim como sobre os riscos e vantagens da participação no estudo.

Àquelas que aceitaram participar foi solicitado a leitura e assinatura de um “termo de consentimento livre e informado” (anexo 2), confirmando sua aceitação em participar do estudo.

Todas que concordaram em participar do estudo foram entrevistadas e examinadas pelo autor do estudo. Foi oferecido a consulta médica com exame clínico e coleta de exames a todas que desejaram, independente de sua participação na pesquisa. Entretanto, com as voluntárias, foi realizado a entrevista seguida da coleta de exames para a pesquisa.

Foram respeitados os princípios éticos para a pesquisa em humanos, enunciados pela Declaração de Helsinque (WORLD MEDICAL ASSOCIATION, 1996) e Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CSN, 1996). Durante o processamento dos dados, cada caso foi identificado apenas com um número. A identificação pessoal ficou disponível num arquivo fechado cujo acesso é restrito ao pesquisador principal. Toda ou qualquer informação clínica e/ou laboratorial coletada foi mantida em sigilo, sendo fornecida, por qualquer motivo, somente com autorização expressa do participante.

Por se tratar de um estudo de prevalência das DST, todas as infecções diagnosticadas foram tratadas. Os voluntários passaram por uma nova consulta após resultado dos exames, na qual foi prescrito e oferecido os medicamentos indicados para o tratamento adequado, precedido de orientação e acompanhamento posterior quando necessário.

## **4. RESULTADOS:**

### **4.1 Descrição das características epidemiológicas da população**

Houve participação espontânea de 100% das mulheres, que chegaram ao Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Todas responderam ao questionário, sendo que 2,1% do total (3 mulheres) não puderam ser examinadas no momento da entrevista. Destas, uma realizou a coleta para os exames de sorologias; outra apresentou, no momento da consulta, candidose vaginal intensa, o que impossibilitou o exame, sendo prescrito medicamento. No entanto, ela não retornou. A terceira mulher apenas respondeu o questionário.

#### **4.1.1 Dados sócio-demográficos**

Com idade variando entre 18 e 61 anos (média de 31,9 anos com desvio padrão de 7,90 e moda 37 anos), mais da metade das mulheres era branca, com predominância de alta escolaridade. A maioria das mulheres era solteira, porém quase a metade delas estava vivendo em união consensual, 14% estava desempregada, no momento da entrevista, relatando nenhuma renda, e quase a totalidade frequenta lugares GLS (**tabela 1**).

**Tabela 1.** Número e porcentagem de MSM entrevistadas no CRT-DST/Aids, segundo as características sócio-demográficas, São Paulo, 2003.

VARIÁVEIS / CATEGORIAS	Número	%
<b>IDADE (em anos)</b>		
18 – 19	6	4,1
20 – 29	54	37,2
30 – 39	58	40,0
40 – 49	25	17,2
50 e mais	2	1,4
<b>COR / RAÇA</b>		
Branca	93	64,1
Preta	21	14,5
Parda	31	21,4
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Solteira	133	91,7
Casada	2	1,4
Divorciada/Viúva	10	6,9
<b>SITUAÇÃO CONJUGAL</b>		
Solteira	74	51,0
União consensual	71	49,0
<b>SITUAÇÃO DE EMPREGO</b>		
Ativa	124	85,5
Inativa	21	14,5
<b>RENDA (em salários mínimos)</b>		
Nenhuma	21	14,5
Até 1	2	1,4
> 1 – 4	56	38,6
> 4 – 7	22	15,2
> 7 – 10	22	15,2
> 10 – 13	9	6,2
> 13 – 16	4	2,8
> 16	9	6,2
<b>ESCOLARIDADE</b>		
1° Grau incompleto	9	6,2
1° Grau completo	6	4,1
2° Grau incompleto	13	9,0
2° Grau completo	50	34,5
Superior incompleto	22	15,2
Superior completo	45	31,0
<b>FREQÜENTA LUGARES GLS</b>		
Sim	128	88,3
Não	17	11,7
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>

#### 4.1.2 Vida sexual

As características relacionadas à vida sexual e reprodutiva da população estudada estão apresentadas, de forma resumida, na **tabela 2**.

Um número significativo de mulheres (56,5%) relatou iniciação sexual consentida, independentemente se com homem ou mulher, entre 13 e 17 anos (média 16,9 anos e desvio padrão de 3,22). Neste estudo, 66,2% das participantes relataram início de vida sexual com o sexo oposto, com média de idade de 16,7 anos, 33,8% com pessoas do mesmo sexo, com média de idade de 17,4 anos (dado não apresentado).

Mais da metade das mulheres (67,6%) tiveram a primeira experiência homossexual após os 18 anos de idade, com média de idade de 20,9 anos.

A maioria das mulheres (79,3%) afirmou ter parceira fixa, mesmo sendo essa parceria de apenas um mês, e quase um terço delas mantêm parceria fixa há mais de 3 anos. Quando considerado o número de parcerias fixas, 6,2% afirmaram ter 2 parcerias fixas, 4,8% (7 mulheres) relataram que esta parceira era com mulheres e 1,4% (2 mulheres) referiram ter como parceria fixa um homem e uma mulher.

Com referência ao tipo de relacionamento sexual atual, 23,4% (34 mulheres) mantêm relações bissexuais. Seis por cento (9 mulheres) são profissionais do sexo e, destas, uma não tinha parceria fixa, sete tinham parceria fixa com mulheres e uma tinha parceria fixa com ambos os sexos.

Quando considerado o número de parcerias sexuais no último mês, 68,3% tiveram apenas uma parceria; no entanto, ao se considerar o último ano somente 36,6% das mulheres, deste estudo, relataram uma única parceria sexual.

Um número significativo, 69,0% (100/145 participantes) nunca engravidou e 20,0% (29/145) das mulheres têm história de aborto espontâneo ou provocado.

**Tabela 2.** Número e porcentagem de mulheres participantes deste estudo, segundo as características relacionadas à vida sexual e reprodutiva, São Paulo, 2003

VARIÁVEIS / CATEGORIAS	Número	%
<b>INÍCIO SEXUAL (idade em anos) (n=145)</b>		
12 e menos	7	4,8
13 – 17	82	56,5
18 e mais	56	38,7
<b>INÍCIO HOMOSSEXUAL (idade em anos) (n=145)</b>		
12 e menos	3	2,1
13 – 17	44	30,3
18 e mais	98	67,6
<b>PARCERIA FIXA (n=145)</b>		
Sim	115	79,3
Não	30	20,7
<b>TEMPO DE PARCERIA FIXA (em meses) (n=115)</b>		
1 – 12	48	41,7
13 – 24	17	14,8
25 – 36	18	15,7
37 e mais	32	27,8
<b>Nº DE PARCEIROS(as) SEXUAIS (último mês) (n=145)</b>		
Nenhum	20	13,8
1	99	68,3
2 – 7	21	14,5
mais de 7	5	3,4
<b>Nº DE PARCEIROS (as) SEXUAIS (último ano) (n=145)</b>		
Nenhum	2	1,4
1	53	36,6
2 – 7	73	50,3
mais de 7	17	11,7
<b>NÚMERO DE GESTAÇÕES (n=145)</b>		
Nenhuma	100	69,0
1	22	15,2
2	8	5,5
3	7	4,8
4	5	3,4
5	3	2,1
<b>NÚMERO DE ABORTOS (n=29)</b>		
Espontâneo	16	34,0
Provocado	31	66,0

### 4.1.3 História Prévia de DST

Como pode se verificar na **tabela 3**, apesar de um número considerável das mulheres entrevistadas terem referido história prévia de DST, 38,6% (56), entre estas, a maioria, 44,6%, alegou história de candidíase. Sessenta e dois por cento referiram infecção por um único agente; 26,9% referiram infecção por 2 agentes; 5,3% referiram infecção por 3 agentes e 5,3% não souberam informar qual DST apresentaram. A DST mais frequentemente referida foi *Candida sp*, associada ou não; das 56 mulheres com história prévia de DST, 21,4% e 25,0% citaram diagnóstico de herpes e HPV/condiloma respectivamente, associados ou não a outras infecções.

Em relação ao local de tratamento a maioria das mulheres, 62,5% das 56 que referiram alguma DST no passado, utilizou serviços de saúde particulares/convênios.

**Tabela 3.** Número e porcentagem de mulheres participantes, segundo história prévia de DST, São Paulo, 2003

VARIÁVEIS / CATEGORIAS	Número	%
<b>HISTÓRIA PRÉVIA DE DST (n=145)</b>		
Sim	56	38,6
Não	89	61,4
<b>NÚMERO DE DST PRÉVIAS (n=56)</b>		
1	35	62,5
2	15	26,9
3	3	5,3
não souberam informar	3	5,3
<b>DST REFERIDA (n=56)</b>		
Candidíase	25	44,6
Tricomoníase	10	17,8
Vaginose bacteriana	5	8,9
Herpes	12	21,4
HPV/condiloma	14	25,0
Sífilis	2	3,6
Gonorréia	2	3,6
HIV	4	7,1
Não souberam informar	3	5,3
<b>LOCAL DE TRATAMENTO (n=56)</b>		
UBS	10	17,8
Particular/convênio	35	62,5
Hospital	7	12,5
Não tratou	4	7,2

#### 4.1.4 Sexo seguro

Conforme mostrado na **tabela 4**, 36,6% das mulheres entrevistadas mantiveram relações sexuais com homens, nos últimos 3 anos, e a frequência do uso de preservativos nas relações, com homens e mulheres, foi relativamente baixa nos últimos 3 meses.

Esse parceiro do sexo masculino foi identificado como sendo heterossexual na maioria dos intercursos sexuais (90,6%). O uso do preservativo relatado como tendo acontecido em todas as relações sexuais, nos últimos 3 meses, foi referido em 45,5% da amostra estudada. O não uso de preservativos teve como justificativa: “por opção”, “não viu necessidade”, “não pensou”, “inconseqüência”, “queria engravidar”, “para não engravidar”, “não no sexo oral”, “só com clientes”.

Relações sexuais com mulheres, no último ano, foram referidas pela quase totalidade (98,6%) delas. A parceira sexual feminina foi identificada como sendo homossexual em 83,2% dos intercursos sexuais, e foi referido o uso do preservativo em todas as relações sexuais, em 2,1%. Quase metade das mulheres (42,2%) justificou não ter visto necessidade do uso do preservativo

**Tabela 4.** Número e porcentagem de mulheres participantes do estudo, segundo a prática de sexo seguro, São Paulo, 2003

VARIÁVEIS / CATEGORIAS	Número	%
<b>RELAÇÕES SEXUAIS COM HOMENS</b> (n=145)		
Sim	53	36,6
Não	92	63,4
<b>ORIENTAÇÃO SEXUAL DO PARC. MASCULINO</b> (n=53)		
Heterossexual	48	90,6
Bissexual	12	22,6
Homossexual	5	9,4
Desconhecida	4	7,5
<b>USO DE PRESERVATIVO COM HOMENS</b> (n=22)		
Sempre	10	45,5
As vezes	8	36,4
Raramente	1	4,5
Nunca	3	13,6
<b>RELAÇÕES SEXUAIS COM MULHERES</b> (n=145)		
Sim	143	98,6
Não	2	1,4
<b>ORIENTAÇÃO SEXUAL DA PARC. FEMININA</b> (n=143)*		
Heterossexual	8	5,6
Bissexual	54	37,8
Homossexual	119	83,2
<b>USO DE PRESERVATIVO COM MULHERES</b> (n=143)*		
Sempre	3	2,1
As vezes	20	14
Raramente	5	3,5
Nunca	115	80,4
<b>PORQUE O NÃO USO COM MULHERES</b> (n=140)**		
Não viu necessidade	59	42,2
Confiança na parceira	24	17,3
Desconhecimento	23	16,5
Não para sexo oral	5	3,6
Quando usa acessório	5	3,6
Para relação anal	3	2,1
Não acha atraente	3	2,1
Como experiência	3	2,1
Não se vê em risco	2	1,4
Parceira não quer	2	1,4
Quando parceira menstruada	2	1,4
Não tem	2	1,4
Vergonha/Dificuldade	2	1,4
Tratamento de HPV	1	0,7
Desconfiança	1	0,7
Não respondeu	3	2,1

\* 2 mulheres não tiveram relações sexuais no período

\*\* 2 mulheres não tiveram relações sexuais no período e 3 usaram preservativos sempre

#### 4.1.5 Práticas sexuais

As características relacionadas às práticas sexuais da população estudada estão apresentadas, de forma resumida, na **tabela 5**.

Nove mulheres entrevistadas (6,2%) alegaram ser profissionais do sexo, porém 11 (7,6%) relataram trocar sexo por dinheiro ou bens.

Quase metade das mulheres entrevistadas alegou prática sexual com a parceira menstruada, 44,1% (64), sendo essa prática constituída de sexo oral e/ou penetração (digital e/ou acessórios sexuais).

O acessório sexual teve seu uso referido por 33,1% (48); a maior frequência de uso foi de pênis de borracha (70,8%) e o uso compartilhado do acessório foi referido por 45,8% das mulheres que faziam uso desse acessório. No entanto, pouco mais da metade (54,5%) delas fazem troca de preservativo para uso compartilhado do acessório sexual.

A penetração vaginal foi relatada por 100,0% das mulheres que referiram prática sexual com o sexo oposto, representado, neste estudo, por 22,8%, ou seja, 33 mulheres.

Quando consideradas as práticas sexuais com o mesmo sexo, 99,3% (144) referiram prática de sexo oral, vaginal e/ou anal com mulheres, apenas 1 (0,7%) mulher alegou a prática de fazer somente massagem corporal sem estimulação digital, penetração ou sexo oral.

Dentre as mulheres entrevistadas que alegaram parceria fixa (n=115), 12,7% (13) referiram a prática de sexo a 3 e/ou “*swing*” (troca de casais). Quando considerado o fato da entrevistada, independente de ter parceria fixa, já ter adotado

este tipo de prática durante sua vida, 44,8% (65) responderam afirmativamente, sendo que, entre estas, 46,1% (30) praticaram sexo a 3 e/ou “swing”, nos últimos 12 meses.

Neste estudo, 12% (18/145) das mulheres relataram terem tido relações sexuais com pessoas sabidamente soropositivo para o HIV, sendo que 44,5% destas relações foram com parceiros do sexo oposto, 50,0% do mesmo sexo e 5,5% tiveram prática sexual tanto com homens quanto com mulheres soropositivo para o HIV.

**Tabela 5.** Número e porcentagem de mulheres que compõem o estudo, segundo práticas sexuais, São Paulo, 2003

VARIÁVEIS / CATEGORIAS	Número	%
<b>TROCA DE SEXO POR DINHEIRO OU BENS</b> (n=145)		
Sim	11	7,6
Não	134	92,4
<b>SEXO COM PARCEIRA MENSTRUADA</b> (n=145)		
Sim	64	44,1
Não	81	55,9
<b>TIPO DE PRÁTICA SEXUAL</b> (n=145)		
Com homens	33	22,8
Com mulheres	144	99,3
<b>PRÁTICA SEXUAL COM HOMENS</b> (n=33)		
Penetração vaginal	33	100
Anal ativa	13	39,4
Anal passiva	11	33,3
Oral ativa	27	81,8
Oral passiva	23	69,7
<b>PRÁTICA SEXUAL COM MULHERES</b> (n=144)		
Vaginal ativa	137	95,1
Vaginal passiva	128	88,9
Anal ativa	65	45,1
Anal passiva	57	39,6
Oral ativa	135	93,8
Oral passiva	130	90,3
<b>USO DE ACESSÓRIOS SEXUAIS</b> (n=145)		
Sim	48	33,1
Não	97	66,9
<b>TIPO DE USO DOS ACESSÓRIOS SEXUAIS</b> (n=48)		
Uso individual	26	54,2
Uso compartilhado	22	45,8
<b>TIPO DE ACESSÓRIOS SEXUAIS</b> (n=48)		
Pênis de borracha	37	77,1
Vibrador	18	37,5
Frutas/legumes	6	12,5
Outros	3	6,3
<b>USO DE PRESERVATIVOS COM ACESSÓRIOS</b> (n=48)		
Sim	30	62,5
Não	18	37,5
<b>TROCA DE PRESERV. x ACESS. COMPARTILHADO</b> (n= 22)		
Sim	12	54,5
Não	10	45,5
<b>JÁ FEZ SEXO A 3 E/OU SWING</b> (n=145)		
Sim	65	44,8
Não	80	55,2
<b>TEMPO DO ÚLTIMO SEXO A 3 E/OU SWING (em meses)</b> (n=65)		
1 - 12	30	46,1
13 - 24	5	7,7
25 - 36	5	7,7
37 e +	25	38,5
<b>FAZEM SEXO A 3 E / OU SWING</b> (n=115)		
Sim	13	11,3
Não	102	88,7
<b>SEXO COM PARCEIRO HIV (+)</b> (n=145)		
Sim	18	12,4
com homem	8	44,5
com mulher	9	50
com ambos	1	5,5
Não	127	87,6

#### 4.1.6 Cuidados com a saúde

Considerada uma frequência mínima de uma consulta por ano ao ginecologista, foi observado que mais da metade das participantes não cumprem essa rotina. Chama a atenção o fato de 3,3% (5 mulheres) nunca terem ido ao ginecologista, conforme dados apresentados na **tabela 6**.

Quando questionadas sobre quando foi a última visita ao ginecologista, apenas 37,9% das mulheres referiram ter passado por consulta com esse especialista no último ano.

Quase um quinto das entrevistadas (17,9%) referiram nunca terem realizado citologia oncológica (Papanicolaou), 48,3% das mulheres informaram resultados de CO normais/inflamação e 31,0% não se lembraram do resultado do último exame.

Mais da metade das entrevistadas já realizou pelo menos um teste anti HIV, durante toda sua vida.

**Tabela 6.** Número e porcentagem de mulheres participantes no estudo , segundo cuidados com a própria saúde, São Paulo, 2003

VARIÁVEIS / CATEGORIAS	Número	%
<b>CONSULTA GINECO ANUALMENTE</b>		
Sim	68	46,9
Não	77	53,1
<b>TEMPO DA ÚLTIMA CONSULTA</b>		
Até 1 ano	55	37,9
1 – 3 anos	59	40,7
+ de 3 anos	26	17,9
Nunca passou com gineco	5	3,3
<b>TEMPO DO ÚLTIMO PAPANICOLAOU</b>		
Nunca realizou	26	17,9
Até 1 ano	46	31,7
1 – 3 anos	51	35,2
+ de 3 anos	22	15,2
<b>RESULTADO DO ÚLTIMO PAPANICOLAOU</b>		
Nunca realizou	26	17,9
Negativo	38	26,2
Classe II	32	22,1
NIC I + HPV	4	2,8
Não lembrou	45	31,0
<b>REALIZOU TESTE ANTI HIV</b>		
Sim	91	62,8
Não	54	37,2
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>100,0</b>

#### 4.1.7 Dados sobre preconceitos

A **tabela 7** apresenta alguns dados de preconceitos apontados pelas entrevistadas neste estudo.

Quando foi perguntado se falou para seu médico atual que mantinha relações sexuais com mulheres, quase a metade delas (49,0%) relatou ter contado, enquanto uma porcentagem menor (39,3%) havia contado para os médicos consultados no passado.

Entre os motivos para não contar ao profissional de saúde sobre o relacionamento sexual com mulheres, o desconforto sentido na relação médico-paciente foi apontado por 91,3% das mulheres em relação a seus médicos atuais e por 90,5% em relação a médicos anteriores.

As mulheres apontaram as seguintes reações do médico à informação de que elas mantinham relações homossexuais: naturalidade em 43,7% dos médicos atuais e 21,1% dos médicos anteriores; 21,1% de reações negativas dentre os médicos atuais e 42,1% dentre os médicos anteriores.

Um número elevado de mulheres deste estudo, 28,2%, referiu que os médicos passaram a atendê-las de forma mais rápida e/ou sem olhá-las, após saberem de sua condição de homossexual. Outras, 16,5%, referiram que o profissional deixou de examiná-las ou de pedir-lhes exames que, segundo elas, pareciam necessários.

**Tabela 7.** Número e porcentagem de mulheres, segundo dados de preconceitos, São Paulo, 2003

VARIÁVEIS / CATEGORIAS	Número	%
DISSE P/ MÉDICO ATUAL QUE ERA MSM (n=145)		
Sim	71	49,0
Não	69	47,6
Não era MSM	5	3,4
DISSE P/ MÉDICO ANTERIOR QUE ERA MSM (n=145)		
Sim	57	39,3
Não	74	51,0
Não era MSM	14	9,7
PORQUE NÃO DISSE P/ MÉDICO ATUAL (n=69)		
Inibição	6	8,7
Desconforto partindo do profissional	63	91,3
PORQUE NÃO DISSE P/ MÉDICO ANTERIOR (n=74)		
Inibição	7	9,5
Desconforto partindo do profissional	67	90,5
REAÇÃO DO MÉDICO ATUAL (n=71)		
Natural	31	43,7
Surpresa	4	5,6
Não deu atenção ao fato	21	29,6
Reagiu negativamente	15	21,1
REAÇÃO DO MÉDICO ANTERIOR (n=57)		
Natural	12	21,1
Surpresa	10	17,5
Não deu atenção ao fato	11	19,3
Reagiu negativamente	24	42,1
PROFISSIONAL ATENDEU RAPIDAMENTE (n=85)		
Sim	24	28,2
Não	61	71,8
PROFISSIONAL DEIXOU DE EXAMINAR (n=85)		
Sim	14	16,6
Não	71	83,5

#### 4.1.8 Violência sexual

Conforme os dados apresentados na **tabela 8**, pouco menos da metade das mulheres entrevistadas, ou seja, 43,4% (63) referiram terem sido vítimas de violência sexual, a qual não se tratava exclusivamente de estupro. O grupo que relatou tal ocorrência tinha idade variando de 4 a 42 anos, na ocasião do fato, e, na maioria dos casos (76,2%), o violentador era do sexo masculino.

**Tabela 8.** Número e porcentagem de mulheres que compõem este estudo, segundo violência sexual, São Paulo, 2003

VARIÁVEIS / CATEGORIAS	Número	%
SOFREU VIOLÊNCIA SEXUAL (n=145)		
Sim	63	43,4
Não	82	56,6
IDADE QUANDO SOFREU VIOLÊNCIA (em anos) A (n=63)		
< 10	27	42,9
10 – 19	28	44,4
20 – 29	7	11,1
> 30	1	1,6
SEXO DO VIOLENTADOR(a) (n=63)		
Masculino	48	76,2
Feminino	1	1,6
Ambos os sexos	1	1,6
Sem informação	13	20,6

#### 4.1.9 Consumo de drogas

A **tabela 9**, apresenta dados sobre o consumo de drogas no último ano, que foi admitido por quase todas as participantes (74,2%). A associação de duas ou mais

drogas foi comumente citada. No entanto nenhuma mulher citou o uso de crack nem de droga injetável.

O tabagismo foi citado por mais da metade das entrevistadas e o consumo de álcool foi o mais citado, dentre as drogas (80,4%). No entanto, esta variável, uso de álcool, deve ser vista com cuidado por ser de difícil mensuração. A referência ao uso de álcool, assim como sua quantidade, varia de pessoa para pessoa. Além disso, as bebidas não foram consideradas em relação ao seu teor alcoólico.

**Tabela 9.** Número e porcentagem de mulheres participantes, segundo uso de drogas, São Paulo, 2003

VARIÁVEIS / CATEGORIAS	Número	%
USO DE DROGA (n=145)		
Sim	112	74,2
Não	33	22,8
TIPO DE DROGA (n=112)		
Cigarro	68	60,7
Álcool	90	80,4
Maconha	45	40,2
Cocaína	18	16,1
Ácido	5	4,5
Anfetamina	2	1,8
Ecstasy	5	4,5

#### **4.1.10 Necessidades mencionadas pelas mulheres que fazem sexo com mulheres, em relação à saúde**

Como indicam os dados da **tabela 10**, a necessidade de um serviço sensível às mulheres que fazem sexo com mulheres foi citada por quase todas (97,9%) as entrevistadas.

Quanto ao tipo de médico que elas achariam ideal, 62,8% referiram que seria o ginecologista, 31,7% referiram o clínico geral e 5,5% o médico de família. Para mais da metade, 61,4%, não importa o sexo do profissional nem sua orientação sexual (66,9%). Oitenta e dois por cento acharam que seria excelente se o profissional não tivesse preconceitos.

**Tabela 10** Número e porcentagem de mulheres, segundo necessidades referidas, São Paulo, 2003

VARIÁVEIS / CATEGORIAS	Número	%
<b>SERVIÇO SENSÍVEL À MSM</b>		
Sim	142	97,9
Não	3	2,1
<b>MÉDICO IDEAL SERIA</b>		
Ginecologista	91	62,8
Clínico geral	46	31,7
Médico de família	8	5,5
<b>SENTIRIA-SE MELHOR C/ PROFISSIONAL DO SEXO</b>		
Masculino	39	26,9
Feminino	17	11,7
Independe	89	61,4
<b>SENTIRIA-SE MELHOR SE O PROFISSIONAL FOSSE</b>		
Heterossexual	2	1,4
Não heterossexual	46	31,7
Independe	97	66,9
<b>O QUE ACHA MAIS IMPORTANTE NO PROFISSIONAL</b>		
Não ter preconceito	120	82,7
Ter disposição para ouvir	7	4,8
Passar segurança/confiança para a paciente	12	8,3
Ter respeito	6	4,2
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>100</b>

## 4.2 Frequência das DST/HIV e fatores associados

Das três voluntárias que não retornaram, após a entrevista, para se submeterem ao exame ginecológico, por estarem menstruadas, apenas uma optou por realizar coleta de sangue para sorologias, no primeiro encontro. Dentre as 145 mulheres que compõem essa amostra, 60,0% apresentaram queixas no momento da consulta, conforme apresentado na **tabela 11**.

Dentre os achados laboratoriais, a maior frequência foi de vaginose bacteriana, 33,8% (48). A cultura para fungos mostrou crescimento em 25,6% (31/121) das amostras, enquanto a cultura para gonorréia foi negativa em todas as amostras realizadas (142). Houve diagnóstico de trichomoníase em 3,5% das mulheres examinadas e a infecção por clamídia foi detectada em 2 mulheres (1,5%).

Os resultados da citologia oncótica (Papanicolaou) mostraram-se anormais em 7,7% (11 das 142) das mulheres que realizaram este exame; a infecção por HPV foi diagnosticada em 6,3% (9) deste grupo de mulheres e foi confirmada pelos exames histológicos.

A frequência de sorologia positiva para hepatite B e C foi de 7,0% e 2,1% respectivamente, ressaltando-se que houve 2 casos (1,4%) com sorologia indeterminada para hepatite C. O exame sorológico para sífilis foi positivo em apenas uma mulher (0,7%).

A frequência de infecção por HIV foi de 2,9% (4) das 136 mulheres que se submeteram ao teste, e, destas, todas já conheciam seu estado sorológico.

**Tabela 11.** Número e porcentagem de mulheres participantes do estudo, segundo frequência de DST observada, São Paulo, 2003

VARIÁVEIS / CATEGORIAS	Número	%
<b>PACIENTE COM QUEIXA</b> (n=145)		
Sim	87	60,0
Não	58	40,0
<b>CULTURA PARA FUNGOS</b> (n=121)		
Negativa	90	74,4
Positiva	31	25,6
<i>Candida sp</i>	4	12,9
<i>Candida albicans</i>	18	58,7
<i>Candida glabrata</i>	4	12,9
<i>Rhodotorula sp</i>	3	9,7
<i>Trichosporon sp</i>	2	6,5
<b>TRICHOMONAS VAGINALIS</b> (n=142)		
Positiva	5	3,5
Negativa	137	96,5
<b>VAGINOSE BACTERIANA</b> (n=142)		
Positiva	48	33,8
Negativa	94	66,2
<b>CLAMÍDIA TRACHOMATIS</b> (n=134)		
Reagente	2	1,5
Não reagente	132	98,5
<b>CITOLOGIA ONCÓTICA</b> (n=142)		
Negativa	2	1,4
Alterações celulares benignas	129	90,5
ASCUS	4	2,8
NIC I	4	2,8
NIC II	1	0,7
NIC III	2	1,4

**Tabela 11. (cont.)** Número e porcentagem de mulheres participantes do estudo, segundo frequência de DST observada, São Paulo, 2003

VARIÁVEIS / CATEGORIAS	Número	%
<b>HISTOLOGIA</b>		
<i>Períneo</i> (n=4)		
Condiloma	1	25,0
Pólipo fibroepitelial sem malignidade	2	50,0
Hiperplasia epitelial	1	25,0
<i>Colo Uterino</i> (n=16)		
Cervicite crônica	8	50,0
Cervicite crônica – HPV	1	6,3
Pólipo endocervical	2	12,5
NIC I - HPV	1	6,3
NIC II - HPV	3	18,8
NIC III- HPV	1	6,3
<i>Vulva</i> (n=3)		
Vulvite – HPV	1	33,3
NIV I – HPV	1	33,3
Pólipo fibroepitelial	1	33,3
<b>VDRL</b> (n=143)		
Reagente	1	0,7
Não reagente	142	99,3
<b>HIV</b> (n=136)		
Reagente	4	2,9
Não reagente	132	97,1
<b>HEPATITE B</b> (n=143)		
Reagente	10	7,0
Não reagente	133	93,0
<b>HEPATITE C</b> (n=143)		
Reagente	3	2,1
Não reagente	138	96,5
Indeterminado	2	1,4

Na tentativa de analisar os fatores associados ao risco de ter DST, foram analisadas as variáveis sócio-econômicas, comportamentais e de história de DST prévias.

Conforme dados mostrados na **tabela 12**, a análise univariada mostrou que houve uma associação importante entre consultar ginecologista anualmente e não

apresentar DST, assim sendo, passar em consulta ginecológica de rotina foi um fator de proteção contra as DST, neste estudo.

A associação entre ter apresentado DST anteriormente a ter DST atualmente não foi estatisticamente significante, bem como, ter queixa, no momento da consulta, também não foi estatisticamente significante para ter DST.

Neste estudo, história de relações sexuais com homens não apresentou risco, estatisticamente significante, para ter DST no momento da consulta, bem como não apresentaram riscos significantes a primeira relação sexual com idade precoce, a baixa renda e escolaridade.

Em relação à hepatite B, todas as mulheres alegaram relações heterossexuais em alguma época de suas vidas mostrando aumento de risco dessa doença com a história de relações sexuais com o sexo oposto. Também mostrou risco aumentado a escolaridade alta, pois todas as mulheres com hepatite B apresentaram elevada escolaridade, neste estudo.

A escolaridade elevada também esteve associada à hepatite C, ainda que todas as mulheres deste estudo tivessem escolaridade mais elevada que as demais mulheres da população. Todas as mulheres com hepatite C tiveram início sexual precoce (com 17 anos de idade ou menos) e tiveram história de intercurso sexual com homens durante a vida.

**Tabela 12.** Distribuição das mulheres com alguma DST e alguns fatores associados, São Paulo, 2003

FATORES ASSOCIADOS		DST		OR (IC 95%)	p*
		SIM	NÃO		
DST PRÉVIA	(n=142)				0,2772
Sim		28	28	1,46 (0,70 - 3,04)	
Não		35	51		
QUEIXA ATUAL	(n=142)				0,9574
Sim		38	48	0,98 (0,47 - 2,04)	
Não		25	31		
CONSULTA GO ANUALMENTE	(n=142)				0,0233
Não		23	44	0,46 (0,22 - 0,95)	
Sim		40	35		
SEXO COM HOMENS NA VIDA	(n=142)				0,1586
Sim		52	58	1,79 (0,74 - 4,39)	
Não		11	21		
IDADE INÍCIO ATIV. SEXUAL	(n=142)				0,858
< 17 anos		40	49	1,06 (0,51 - 2,24)	
> 17 anos		23	30		
ESCOLARIDADE	(n=142)				0,5101
< 8 anos		5	4	1,62 (0,36 - 7,57)	
> 8 anos		58	75		
RENDA	(n=142)				0,5086
< 3 SM		26	37	0,80 (0,39 - 1,64)	
> 3 SM		37	42		

\*p = teste exato de Fisher

Todas as mulheres com diagnóstico de HPV alegaram história de relações sexuais com homens, em alguma época de suas vidas, indicando, portanto, um risco aumentado entre ter mantido relações sexuais com o sexo oposto e ter infecção pelo HPV, neste estudo. A escolaridade, renda e início sexual precoce não apresentaram associação significativa com HPV, dados apresentados na **tabela 13**.

**Tabela 13.** Distribuição das mulheres com infecção pelo HPV e alguns fatores de risco, São Paulo, 2003

FATORES ASSOCIADOS		HPV		OR (IC 95%)	p*
		SIM	NÃO		
ESCOLARIDADE	(n=142)				0,1232
< 8 anos		2	7	4,46 (0,54 - 30,45)	
> 8 anos		8	125		
RENDIA	(n=142)				0,5122
< 3 SM		3	60	0,51 (0,10 - 2,34)	
> 3 SM		7	72		
IDADE INÍCIO ATIV. SEXUAL	(n=142)				0,5521
< 17 anos		6	83	0,89 (0,21 - 3,96)	
> 17 anos		4	49		

\*p=teste exato de Fisher

Todas as mulheres com resultados de CO anormais tiveram relações heterossexuais em alguma época de suas vidas, o que pode indicar um risco maior para alterações do Papanicolaou.

A escolaridade, a renda e o início precoce da vida sexual não apresentaram associação significativa com resultados de CO anormais, neste estudo, como indicam os dados apresentados na **tabela 14**.

**Tabela 14.** Distribuição das mulheres com resultados de Papanicolaou anormais, segundo alguns fatores, São Paulo, 2003

FATORES ASSOCIADOS		CO ANORMAL		OR (IC 95%)	p*
		SIM	NÃO		
ESCOLARIDADE	(n=142)				0,063
< 8 anos		2	7	7,31 (0,81 - 56,98)	
> 8 anos		5	128		
RENDA	(n=142)				0,4628
< 3 SM		2	61	0,49 (0,06 - 2,96)	
> 3 SM		5	74		
IDADE INÍCIO ATIV. SEXUAL	(n=142)				0,4773
< 17 anos		5	84	1,52 (0,25 - 11,78)	
> 17 anos		2	51		

\*p = teste exato de Fisher

Em relação ao diagnóstico de VB, Não houve associação significativa com nenhuma variável dependente, como indicam os dados apresentados na **tabela 15**.

**Tabela 15.** Distribuição das mulheres com diagnósticos de vaginose bacteriana segundo alguns fatores associados, São Paulo, 2003

FATORES ASSOCIADOS	VAGINOSE		OR (IC 95%)	p*
	SIM	NÃO		
ESCOLARIDADE (n=142)				0,4868
< 8 anos	4	5	1,62 (0,34 - 7,41)	
> 8 anos	44	89		
RENDA (n=142)				0,9418
< 3 SM	21	42	0,96 (0,45 - 2,06)	
> 3 SM	27	52		
PRESERV. C/ MULHER (últ. 3m) (n=142)				0,736
Não usou	47	92	1,02 (0,07 - 29,25)	
Usou	1	2		
PRESERV. C/ HOMEM (últ. 3m) (n=22)				0,616
Não usou	4	8	1,17 (0,14 - 1017)	
Usou	3	7		
SEXO ORAL PASSIVO (n=142)				0,383
Sim	45	83	1,99 (0,48 - 9,51)	
Não	3	11		

\*p = teste exato de Fisher

Na tentativa de analisar os fatores associados ao risco de infecção pelo HIV, foram analisadas as variáveis sócio-econômicas, comportamentais e de história de DST prévias e atuais.

Todas as mulheres soropositivo para o HIV tiveram início de vida sexual com 17 anos de idade ou menos. Isto indica que mulheres com início de vida sexual precoce podem ter risco mais elevado para adquirir HIV em relação às demais.

Todas as mulheres com sorologia positiva para o HIV alegaram história de relações sexuais com homens em alguma época de suas vidas, e tiveram múltiplas

parcerias. Embora neste estudo a análise tenha sido feita com parcerias única ou múltiplas, muitas mulheres deste estudo (38,1%) tiveram apenas uma parceria sexual no último ano.

Em relação à história de DST prévia, todas as mulheres soropositivo para o HIV responderam afirmativamente, ao passo que 36,9% das soronegativo para o HIV tinham referido DST prévia, mostrando um risco maior para história de DST prévia e adquirir infecção pelo HIV.

Conforme dados da **tabela 16**, a análise univariada mostrou uma associação importante entre o baixo nível de escolaridade (menos de 8 anos de estudo) e ser HIV positivo.

A associação entre o uso de drogas e o risco de ser HIV positivo não foi estatisticamente significativa, assim como o uso de álcool ou relações sexuais com homens nos últimos 3 anos.

O pequeno número de mulheres HIV positivo identificadas, neste estudo, faz com que esses dados sejam vistos com cuidado.

**Tabela 16.** Distribuição das mulheres HIV positivo e alguns fatores associados, São Paulo, 2002

FATORES ASSOCIADOS		HIV		OR (IC 95%)*	p**
		(+)	(-)		
ESCOLARIDADE	(n=136)				0,0219
< 8 anos		2	7	17,86 (1,47 - 225,52)	
> 8 anos		2	125		
USO DE ÁLCOOL	(n=136)				0,6342
Sim		2	88	0,60 (0,06 - 6,30)	
Não		2	53		
USO DE DROGAS***	(n=136)				0,6037
Sim		2	44	2,00 (0,19 - 21,04)	
Não		2	88		
PARC. HOMEM (últimos 3anos)	(n=136)				0,1405
Sim		3	47	5,43 (0,48 - 139,37)	
Não		1	85		

\*Os dados devem ser interpretados com cautela, pois trata-se de uma população muito reduzida

\*\* p = teste exato de Fisher.

\*\*\* Drogas consideradas excluem álcool e cigarro.

Na tentativa de verificar os fatores associados ao risco de infecção pelo HIV, foi analisada a presença atual de cada uma das DST investigadas.

Todas as mulheres (5) que apresentaram diagnóstico de *Trichomonas vaginalis* foram soronegativo para a infecção pelo HIV. Em relação à sífilis, houve somente uma mulher com esta infecção e ela era soronegativo para o HIV, bem como as 2 mulheres com diagnóstico de clamídia.

Em relação ao diagnóstico de fungos, não foi possível estabelecer associação entre este tipo de infecção e ser HIV positivo porque, das quatro mulheres soropositivo para o HIV, apenas duas realizaram este exame, sendo que uma amostra se extraviou e a outra foi negativa.

Conforme a **tabela 17**, a análise univariada mostrou uma associação importante entre diagnóstico de HPV e ser soropositivo para o HIV.

Em relação ao resultado de Papanicolaou, houve associação entre ter CO anormal e ser HIV positivo.

A associação entre ter vaginose bacteriana e o HIV não foi significativa ( $p=0,590$ ), assim como também não houve significância estatística na associação entre hepatite B ou C e o HIV.

**Tabela 17.** Distribuição das mulheres HIV positivo segundo resultados de DST, São Paulo, 2002

RESULTADOS DE DST		HIV		OR (IC 95%)*	p**
		(+)	(-)		
HPV	(n=136)				0,0007
Sim		3	6	63,00 (4,59 - 1862,07)	
Não		1	126		
PAPANICOLAOU ANORMAL	(n=136)				0,0001
Sim		3	3	129,00 (7,78 - 4630,93)	
Não		1	129		
VAGINOSE BACTERIANA	(n=136)				0,5907
Sim		2	41	2,22 (0,21 - 23,04)	
Não		2	91		
HEPATITE B	(n=136)				0,2175
Sim		1	7	5,95 (0,0 - 82,74)	
Não		3	125		
HEPATITE C***	(n=134)				0,0875
Sim		1	2	21,33 (0,0 - 531,23)	
Não		3	128		

\*Os dados devem ser interpretados com cautela, pois trata-se de uma população muito reduzida

\*\* p = teste exato de Fisher.

\*\*\*Duas amostras apresentaram resultados indeterminados

## **5. DISCUSSÃO**

### **5.1 Descrição da População**

#### **5.1.2 Características sócio-demográficas**

A maioria foi da raça branca (64,1%), como mostrados em outros trabalhos (COCHRAN et al., 1996; MARRAZZO et al., 1998, 2001a, 2002; RANKOW et al., 1998; DIAMANT et al., 1999; GONZALES et al., 1999; McCAFFREY et al., 1999; KOH, 2000).

Chama atenção a elevada renda das mulheres deste estudo, com média de 5,5 SM, mediana de 4 SM (d.p. 6 SM).

A renda média no estudo de Berquó et al. (2000) sobre o comportamento sexual da população brasileira foi de 1,8 SM, sendo 2,4 SM a renda média para os homens e 1,2 SM para as mulheres. A renda das mulheres, deste estudo, foi mais elevada quando comparada com os dados da Fundação SEADE que mostra a renda média das mulheres ocupadas na região Metropolitana de São Paulo, de 3,3 SM, em 2002.

A taxa de 13,8% das mulheres sem qualquer renda, neste estudo, apesar de alta, foi menor que a taxa de desemprego da população economicamente ativa feminina, de 22,3%, em 2002, segundo a Fundação SEADE.

Em relação à escolaridade da população brasileira, segundo Berquó et al. (2000), 52,4% corresponde a analfabetos e pessoas com primeiro grau incompleto. Esta proporção é de 53,7% entre os homens e 51,2% entre as mulheres. Nossa amostra foi altamente escolarizada com 49,7% de mulheres com segundo grau completo e superior incompleto e 31% com nível superior completo.

Vale a pena ressaltar que os dados do estudo de Berquó et al. (2000) referem-se à população do Brasil e a escolaridade da população do município de São Paulo, possivelmente, seja maior.

O estudo foi divulgado, para recrutamento de voluntárias, via *internet*, no primeiro momento. Isto pode ter induzido um viés de seleção, com uma população de maior escolaridade e renda se apresentando como voluntárias. Certamente a população que tem acesso e faz uso da *internet* pertence a uma classe sócio-econômica não representativa da população geral.

Considerando essa possibilidade de viés de seleção, a divulgação do estudo foi ampliada. A Parada do Orgulho Gay e Lésbico, em junho de 2002, foi a oportunidade de divulgá-lo de forma mais ampla. Após esse evento, quando foram distribuídos panfletos sobre o estudo, houve a apresentação de voluntárias de menor nível de escolaridade e renda, mais representativas da população geral.

Eventualmente podemos ter tido alguma dificuldade para captação de voluntários pelo fato da pesquisa ter sido realizada em um Centro de Referência para DST/Aids. Pode-se imaginar que a mulher menos escolarizada não entenda o porque desta pesquisa ser neste local. Contrapondo a isto, um Centro de Referência, poderia funcionar como facilitador, pois algumas mulheres poderiam imaginar que fosse um serviço mais sensível ao paciente.

A mulher que participou e foi bem atendida derruba o preconceito do atendimento ser em um Centro de Referência para DST/Aids e passa a indicar o serviço, o que foi observado com o aumento de mulheres menos escolarizadas se apresentando como voluntárias ao longo do estudo.

Ainda assim, neste estudo, as mulheres têm mais escolaridade, têm maior taxa de pessoas empregadas e com salários relativamente maiores que a média brasileira. Essas características poderiam sugerir que a população estudada teria menor risco para aquisição do HIV e outras DST, o que não foi observado.

### 5.1.3 Vida sexual

Segundo Berquó et al. (2000), o comportamento atual das pessoas, na sociedade brasileira, leva a supor que a iniciação sexual se dê cada vez mais cedo. Permanece, em aberto, a questão se esta atual precocidade no início das relações sexuais não seria ainda mais intensa se a preocupação com o risco de infecção pelo HIV/Aids não estivesse presente entre os jovens.

A população de MSM estudada apresentou início de atividade sexual com média de idade de 16,9 anos. Portanto, nesta população, este início sexual, se deu mais precocemente em relação aos dados apresentados no estudo de Berquó et al. (2000).

O referido trabalho, denominado “Comportamento sexual da população brasileira e percepção do HIV/Aids”, foi solicitado pela Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde e realizado com uma amostra de 3600 pessoas, com idades variando entre 16 e 65 anos, em 169 microrregiões do país. Este mostrou média de idade da primeira relação sexual de 17,6 anos para a população brasileira em geral, sendo 16 anos, para o sexo masculino e de 19,2 anos, para o sexo feminino.

Das jovens deste estudo, que em 1998 tinham idade entre 16 e 19 anos, 86,7% já haviam tido relações sexuais, índice bem mais alto que o mostrado por Berquó et

al. (2000) que referia 61,0%, na mesma faixa etária. Houve semelhança nos 2 trabalhos em relação ao início de vida sexual antes de 15 anos de idade: ambos encontraram 40,0% da população nessa condição. Deve-se estar atento para o fato que o estudo de Berquó et al., refere-se à população do país e, talvez, na região metropolitana da Grande São Paulo, os dados possam ser diferentes.

Esses dados podem indicar o início sexual mais cedo entre as MSM, visto que outros estudos, como o de Gonzales et al. (1999), também apontaram média de idade ainda mais precoce, 15 anos para MSM e 16 anos para as mulheres heterossexuais, ao estudar o início da atividade sexual em 264 mulheres, sendo 38,3% com experiência de relacionamento bissexual e 61,7% com experiência somente heterossexual. Rosario et al. (1999) avaliaram o comportamento sexual de risco de jovens bissexuais, *gays* e lésbicas da cidade de Nova York, mostrando média de idade para o início sexual de 12,6 anos para os meninos *gays* e bissexuais, e de 14,7 anos para as meninas lésbicas e bissexuais. Seu estudo, porém, entrevistou apenas adolescentes, entre 14 e 21 anos, o que tende a mostrar uma média de idade mais baixa.

O início sexual precoce torna o indivíduo mais vulnerável ao HIV e a outras DST, pois supõe que tenha mais chances de um maior número de parcerias sexuais, ao longo da vida.

Considerando o fato de ter mantido relações sexuais com pessoas do sexo oposto e do mesmo sexo, este estudo mostrou diferença em relação aos dados de Rankow et al. (1998). Estes autores encontraram uma proporção de 50,9% de mulheres que tiveram relação sexual com homens e, 31,5% com mulheres, antes dos 18 anos de idade. Bailey et al. (2000) mostraram em seu estudo que 26,0% das

mulheres tiveram a primeira relação sexual com pessoas do sexo oposto e 9,0% com pessoas do mesmo sexo, antes dos 16 anos de idade, e, ainda, que 51% das mulheres tiveram a primeira relação sexual com mulheres com a idade de 21 anos ou mais.

Em nossa amostra obtivemos os seguintes dados: 55,2% das mulheres tiveram o primeiro intercurso sexual com homens antes dos 18 anos de idade e 36,5% tiveram antes dos 16 anos. Quarenta e dois por cento das participantes tiveram o primeiro intercurso sexual com mulheres, antes dos 18 anos de idade, e 26,9% tiveram antes dos 16 anos. Somente 34,5% das mulheres tiveram a primeira relação sexual com mulheres com idade de 21 anos ou mais. Por esses dados concluímos que, em nossa amostra, houve maior precocidade no início de atividade sexual tanto com o sexo oposto quanto com o mesmo sexo.

Em relação a ter mantido relações sexuais com homens em alguma época de suas vidas, há alguma diferença em relação aos trabalhos de Marrazzo et al. (1998, 2000b, 2002) nos quais foram observadas as seguintes proporções de mulheres com alguma relação sexual com homens: 85,9%, 86% e 82%, respectivamente, enquanto em nosso estudo esse dado foi de 76,6%. Em relação ao fato de ter mantido relações sexuais com homens, no último mês, Kral et al. (1997) informou que 50,2% de sua amostra teve prática sexual com o sexo oposto no último mês, diferente de nossa amostra que foi de 9,7%.

O estudo de Koh (2000) mostrou 15% de sua amostra como tendo tido relações sexuais com homens no último ano; o Michigan Lesbian Health Survey, citado por Cochran et al. (1996), mostrou 8,4% e o nosso estudo mostrou 23,4%, o que foi semelhante aos dados de Marrazzo (1998, 2000b, 2002), com 23,5%, 24% e 26% respectivamente.

Koh (2000) mostra em seu estudo uma proporção de 9% de mulheres sem parceria sexual no último ano. No presente estudo encontramos 1,4% de mulheres que informaram não ter tido parcerias sexuais no último ano.

Em relação ao número de parcerias sexuais com mulheres, no último mês, Kral et al. (1997) mostrou que 21% de sua amostra referiram mais de 1 parceira no último mês, e nosso achado foi de 9,7% referindo mais de uma parceira no último mês.

A maioria das mulheres (79,3%), referiu parceria fixa independente do tempo desta parceria, sendo que 10,3% dessas mulheres referiram parceria sexual fixa, considerada como tal apesar de há menos de 2 meses.

Quanto ao número de parcerias sexuais com mulheres e com homens, no último, ano nota-se diferença com os dados do estudo conduzido por Marrazzo et al. (2001a), realizado de 1993 a 1997, que apresentou média de 16,5 parcerias sexuais (desvio padrão de 85,9); em nosso estudo a média foi de 24,5 parcerias (desvio padrão de 104,9). Nas duas amostras havia mulheres que trocavam sexo por dinheiro ou drogas, sendo maior essa porcentagem no estudo americano, 14,3%, e 7,6% em nosso estudo. Ainda assim foi maior o número de parcerias em nossa amostra.

Esses dados apontam para uma maior chance de exposição às DST e ao HIV, considerando que nem sempre essas pessoas fazem sexo seguro, e que não existe a prática de sexo seguro constantemente.

#### **5.1.4 Antecedentes obstétricos**

Dentre as mulheres estudadas, encontramos 31% com história de gestações anteriores, dado semelhante ao encontrado por Marrazzo (1998) (2002) que foi de 26,8% e 36% para os estudos desenvolvidos em 1998 e 2002, respectivamente.

De um total de 45 mulheres que engravidaram alguma vez na vida, resultaram 94 gestações, sendo que, destas mulheres, 21 provocaram 31 abortos e 10 mulheres tiveram 16 abortamentos espontâneos. Entre esse grupo houve também duas mulheres que tiveram tanto abortos espontâneos quanto provocados.

Esses dados podem ser justificados pela pouca atenção à saúde e pela falta de orientações direcionadas às MSM. O fato de se relacionar sexualmente com pessoas do mesmo sexo não impede outros tipos de relacionamentos ou uma gestação. Essas mulheres devem receber orientações adequadas quanto à contracepção, ao pré natal, ao parto e à amamentação. Isto é importante, do ponto de vista da saúde da mulher, por se poder evitar abortos provocados ou impedir que uma gestação indesejada seja levada a termo.

### **5.1.5 História prévia de DST**

No relato de DST prévia, encontramos dados diferentes dos da literatura em relação ao agente etiológico. A infecção por fungos foi referida em 44,6% das respostas e a vaginose bacteriana em 8,9%, dados inferiores aos encontrados por Marrazzo (1998), com 77,2% para fungos e 28,7% para vaginose bacteriana. Esse resultado de baixa prevalência de VB, pode ser explicado pelo fato dela não ser classificada como DST, portanto sub-valorizada tanto pelo profissional como pela paciente, que muitas vezes nem fica ciente dessa ocorrência. As demais DST prévias

relatadas tiveram porcentagens referidas maiores, quando comparadas com dados de outros estudos.

Entre as mulheres que fizeram referência à DST prévia, a referida com maior frequência foi a infecção por HPV/condiloma (25%), sendo 9,7% do total da amostra; índice semelhante aos 10,7% e 11% citados por Marrazzo et al. (1998; 2000b), e superiores aos 4,8% de Diamant et al. (1999), e ao 0,7% de Marrazzo et al. (2001a).

A segunda DST mais comumente referida foi herpes, citado por 21,4% (8,3% da população estudada), sendo que Marrazzo et al. (1998) encontraram 9,4%, Diamant et al. (1999) encontraram 3,3% e Marrazzo et al. (2001a) referiram 2,1%. A infecção por trichomonas foi a terceira DST mais frequente, com 17,8% dos relatos (6,9% da população do estudo), inferior aos achados de Marrazzo et al. (1998) de 13,4% e semelhante aos achados de Diamant et al. (1999) de 6%. A gonorréia foi referida por 3,6% das participantes que referiram DST prévia, 1,4% do total deste estudo, proporção semelhante aos dados de 1,6% mostrados por Diamant et al. (1999) e aos 1,1% citados por Marrazzo et al. (2001a), mas inferior aos 4% encontrados no estudo de Marrazzo et al. (1998).

Infecção pelo HIV foi referida por 7,1% das mulheres com história prévia de DST (2,9% da população estudada), dado diferente do mostrado por Diamant et al. (1999) de 0,1%.

Chama a atenção o fato de nenhuma mulher, neste estudo, ter mencionado a clamídia como infecção prévia, diferindo dos estudos de Marrazzo et al. (1998, 2001a) com referência de 10,7% e 1,3%, respectivamente, e Diamant et al. (1999) com 4,5% das respostas afirmativas para infecção prévia por esse agente; isto talvez

seja explicado pela dificuldade de diagnóstico laboratorial de rotina para esse agente, no Brasil.

#### **5.1.6 Sexo seguro**

As mulheres que tiveram relação sexual com o sexo oposto nos últimos 3 anos (36,6% da população estudada), referiram que a orientação sexual de seus parceiros sexuais, foi 90,6% heterossexuais, 22,6% bissexuais, 9,4% homossexuais e 7,5% das mulheres desconheciam a orientação sexual de seus parceiros. Esses dados são semelhantes aos achados por Rosario et al. (1999) que encontraram 32% da população estudada referindo relações sexuais com homens homo ou bissexuais, embora limitado a adolescentes, e diferente dos trabalhos de Fethers et al.(2000) e Marrazzo et al. (2001a) que mostraram 15% e 24,2% de mulheres referindo relações sexuais com homens homo ou bissexuais, respectivamente.

Os achados deste estudo são importantes para a atenção às mulheres, do ponto de vista médico, pois refletem uma condição vivida por mais de um terço das participantes. O fato de 36,6% da população estudada terem mantido relações sexuais com o sexo oposto, nos últimos 3 anos, indica que ela não deveria ser considerada homossexual exclusivamente. Assim, a essas mulheres poderia ter sido negado aconselhamento para contracepção e prevenção da infecção pelo HIV e outras DST.

Mais uma vez fica reforçada a necessidade de uma anamnese completa e sem juízo de valores.

O uso do preservativo com homens, nos últimos 3 meses, foi citado por 86,4% das mulheres que mantiveram essa prática (15,2% da população estudada),

com frequência de uso relativamente baixa. O não uso do preservativo com mulheres, regularmente, nos últimos 3 meses, foi citado por quase a totalidade da população em estudo (97,9%), justificado principalmente por não ter visto necessidade (42,2%), ter confiança na parceira (17,3%) e por desconhecimento (16,5%).

Existe uma prática bastante utilizada pelas mulheres, que é o tribadismo. Esta, consiste em contato direto entre os genitais e troca de secreções e, portanto, é uma prática de risco. Qual seria a prevenção para esta prática? Até que ponto as estratégias de prevenção podem funcionar? Aparentemente nada se avançou neste sentido.

#### **5.1.7 Práticas sexuais**

Mulheres que trocam sexo por dinheiro ou por outros bens constituíram 7,6% da amostra pesquisada, dados inferiores a outros estudos que encontraram taxas em torno de 15% Rosario et al. (1999), 29,7% Gonzales et al. (1999), 22% Fethers et al. (2000) e 14,3% Marrazzo et al. (2001a). A taxa, deste estudo, pode ter sido a mais baixa, devido ao fato de ter sido pesquisada a troca de sexo por dinheiro ou bens, apenas durante o último ano.

Um terço da população deste estudo (33,1%) referiu uso de acessórios sexuais, e praticamente, a metade (45,8%) referiu que faz uso compartilhado do acessório nas relações. Somente 54,5% das mulheres trocam o preservativo quando compartilham o mesmo acessório. Embora não exista, dados quantificados sobre esta questão, na literatura, estas práticas podem aumentar as chances de transmissão de

DST/HIV, pois além da troca de secreções, pode ocorrer contato com sangue da parceira, via acessório sexual, risco pouco observado por essas mulheres.

Pouco menos da metade (44,1%) das mulheres estudadas referiu fazer sexo oral e/ou penetração (digital e/ou com acessórios) com a parceira menstruada. Esta porcentagem foi bem superior aos 18% encontrados por Rosario et al. (1999), embora esse estudo se limite à população de 14 a 21 anos, foi o único estudo na literatura que abordava essa questão.

A prática sexual em presença de sangue menstrual aumenta o risco de contaminação, principalmente pelo HIV. Algumas mulheres justificaram este risco como: “só faço sexo oral perto do clitóris”, “só faço isso em final da menstruação”, “tenho cuidado”; mostrando, que não sabem, ou realmente não acreditam no risco de transmissão. Essas práticas de riscos devem ser mais divulgadas, tanto por profissionais de saúde como por programas de prevenção.

Quanto à prática de sexo entre mulheres, foi observado que existe bastante semelhança nos percentuais entre praticar sexo ativo e passivo, tanto vaginal quanto oral e anal. Esses dados são semelhantes aos de Carroll et al. (1997) que referem serem essas as práticas sexuais mais comumente citadas entre as lésbicas.

Como já citado anteriormente, a prática de sexo seguro entre essas mulheres é baixa. *A qualidade da relação, mais ou menos violenta, poderá determinar o risco de transmissão de vários agentes e, entre eles, o HIV.*

Somado a esses dados, há informação que 12,4% das mulheres, deste estudo, tiveram relações sexuais com parceiros(as) sabidamente soropositivo para o HIV; dado que difere do encontrado por Marrazzo et al. (2001a) que foi de 4,4% para mulheres com relações sexuais exclusivamente com mulheres e/ou bissexuais e de

1,2% para as mulheres com relações heterossexuais, indicando maior prática de risco entre as mulheres que fazem sexo com mulheres.

Estas práticas, de maior ou menor risco, contribuem para o aumento da vulnerabilidade dessas mulheres em relação às DST e ao HIV.

#### **5.1.8 Cuidados com a saúde**

Foi observado que do total das 145 mulheres deste estudo, menos da metade, (46,9%), tem por rotina submeter-se à avaliação ginecológica anualmente. Entretanto, quando indagadas sobre a época da última consulta, apenas 55 (37,9%) mulheres referiram terem se submetido a essa avaliação, no último ano.

Uma pesquisa com a finalidade de conhecer a cobertura do teste de Papanicolaou no município de São Paulo, com amostra aleatória e representativa, mostrou que 73,5% das mulheres passaram por consulta no ano que precedeu à pesquisa (NASCIMENTO et al., 1996). Esses dados nos remetem a reflexões sobre as possíveis razões que determinam essa diferença na frequência de visitas anuais ao ginecologista entre a população em geral e as MSM. Faz-se necessário uma abordagem mais ampla que identifique as possíveis razões pelas quais as MSM não fazem avaliação ginecológica de rotina.

Além deste fato, 17,9% das mulheres relataram nunca terem realizado exame de prevenção de câncer de colo uterino, semelhante aos 17% mostrado no estudo de Bailey et al. (2000), mas diferente dos dados de Marrazzo et al. (1998) com achados de 1,3%.

Para Nascimento et al. (1996), 31,1% das mulheres da população em geral referiram nunca terem realizado CO, enfatizando que, dentre as mulheres com níveis de escolaridade e renda elevados, esse percentual foi de apenas 13%. Cumpre destacar que em nossa casuística, mesmo tendo sido a escolaridade elevada, 17,9% das mulheres nunca realizaram exame de Papanicolaou. Em estudo conduzido para verificar os fatores associados à realização do teste de Papanicolaou entre mulheres em idade reprodutiva, no município de São Paulo, com amostra representativa, Pinho (2002) encontrou 13,8% de mulheres que alegaram nunca ter realizado CO na vida

Bailey et al. (2000) encontraram 57% de sua amostra tendo realizado colpocitologia oncótica há até 3 anos e 25% há mais de 4 anos; dados que diferem deste trabalho, no qual 66,9% das mulheres realizaram CO há até 3 anos e 15,2% há mais de 3 anos.

Nascimento et al (1996) encontraram 60,8% de sua amostra tendo realizado esse exame nos últimos 3 anos, dado inferior ao nosso; porém, as mulheres estudadas apresentavam níveis de escolaridade e renda inferiores e seus dados referiam-se ao ano de 1987. Pinho (2002) encontrou 89,7% da população geral tendo realizado esse exame há até 3 anos, dado muito superior ao nosso que foi de 66,9%, considerando, inclusive, o fato de nossa amostra apresentar renda e escolaridade elevadas.

Fatores como baixa renda e escolaridade foram citados pelo Ministério da Saúde (1996), por Zeferino e Galvão (1999) e também por Pinho (2002) como associados ao desconhecimento e medo de realizar exame preventivo e à dificuldade de acesso à rede de serviços, por parte da população. As MSM de nosso estudo, apesar da alta escolaridade e renda, podem ter deixado de realizar o exame de prevenção de câncer ginecológico não apenas pelo medo do exame, como também

pela discriminação ou por terem recebido informações equivocadas de que MSM não necessitassem deste exame como rotina. A necessidade de realização do Papanicolaou, deve ser informado a todas as mulheres, independente de sua orientação sexual.

Vale lembrar ainda, que o estudo de Nascimento et al (1996) se refere a dados de pesquisa coletados em 1987, portanto, um tempo anterior às grandes campanhas de combate ao câncer ginecológico, que aconteceram para que a população realizasse o exame de prevenção, na década de 90, e que teve como objetivo a melhora na educação, aumentando a conscientização e conseqüentemente a cobertura desse exame na população em geral, como foi mostrado pelos dados de maior cobertura no estudo de Pinho (2002).

A porcentagem de resultados anormais citados em Papanicolaou prévios, em nossa amostra, foi de 2,8%, dado bem inferior aos de Marrazzo et al. (1998, 2000b e 2001a) com achados de 24,2%, 28% e 12,8%, respectivamente, e de Diamant et al. (1999) com achados de 17,3%. Esta proporção de resultados anormais prévios, em nossa amostra, talvez possa ser mais elevada, uma vez que grande parte (31,0%) das mulheres não se lembravam dos resultados anteriores.

#### **5.1.9 Dados sobre preconceitos**

Quase a metade (47,6%) das mulheres, deste estudo, não revelou para seus médicos a condição de fazer sexo com outras mulheres. Desse grupo, quase todas (91,3%) não o fez por algum desconforto causado pelo profissional de saúde, durante a consulta, como não ter dado a chance ou não ter se sentido à vontade para abordar

esse assunto. Um dos desconfortos citados foi a insistência, do profissional, durante todo o tempo da anamnese, com perguntas heterossexistas, como: “seu parceiro”, “uso de camisinhas”, “contracepção”, inibindo qualquer possível iniciativa de revelação da orientação sexual por parte da cliente.

Dentre os 49% de mulheres que revelaram sua homossexualidade, foi referido que 43,7% dos profissionais mantiveram atitude de naturalidade, 5,6% reagiram com surpresa, 29,6% não deram atenção ao fato e 21,1% tiveram reações negativas para com a cliente. Porém, quando questionadas se o profissional que expressou atitude de naturalidade investigou os tipos de práticas sexuais, a presença ou não de prazer nas relações sexuais ou qualquer especificidade dos relacionamentos; a resposta de grande parte das entrevistadas foi negativa, dizendo que apenas houve continuidade na condução da consulta.

No entanto, o fato do profissional conduzir a consulta sem abordar a questão da atividade sexual, após a paciente ter revelado ser homossexual, pode indicar pouca atenção ao fato e não naturalidade. Ainda assim, para algumas dessas mulheres, só o fato de não ter sido feito qualquer comentário ou manifestada expressão negativa em relação à sua sexualidade, já pôde ser considerado como uma atitude natural.

Chama a atenção o fato de 28,2% das mulheres terem relatado que os profissionais passaram a atendê-las de forma mais rápida e 16,6% delas referiram que o profissional de saúde deixou de examiná-las ou de pedir exames que pareciam necessários, após terem revelado sua homossexualidade. Esses dados somados aos citados acima, podem significar um despreparo, ou mesmo preconceito, de alguns profissionais no atendimento às MSM, aumentando sua vulnerabilidade não somente

às DST/HIV como ao câncer ginecológico, pela falta de informações adequadas sobre prevenção.

Percebeu-se, no decorrer do estudo, que as mulheres aceitam essa condição, do médico não perguntar sobre sua sexualidade e práticas sexuais, ao mesmo tempo não tomam nenhuma iniciativa em relação a colocar a sua orientação sexual no momento da consulta. Algumas das participantes justificam esse comportamento por experiências negativas anteriores, no entanto, outras, sem terem vivenciado qualquer experiência negativa, ainda assim, não revelam sua orientação sexual.

#### **5.1.10 Consumo de drogas**

Um elevado número de mulheres (74%) fez/faz uso de drogas durante o último ano, sendo comum a associação de mais de uma delas. Este fato também foi observado por Gonzales et al. (1999) com 72,3% da amostra estudada tendo referido uso de droga. Estes índices são muito superiores aos encontrados por Berquó et al. (2000), que foi de apenas 5,5% na população geral, sendo 8,5% entre os homens e 2,7% entre as mulheres.

O uso de cocaína foi citado por 16,1% das mulheres que fizeram uso de alguma droga (12,4% da população estudada), semelhante aos dados de Marrazzo et al. (2001a) que mostraram 13,1% como tendo usado cocaína ou crack no último ano. Em nosso estudo não houve nenhuma referência quanto ao uso de crack, nesse período.

Berquó et al. (2000) mostraram uso de cocaína, por 21,4% da população geral, sendo 27,1% dos homens e 5% das mulheres, e, também, encontraram o uso de

maconha em 41% da população, sendo 51,8% dos homens e 10% das mulheres; dados inferiores aos deste estudo que encontrou uso de maconha, em 40,2% das mulheres que utilizaram alguma droga (31% da população estudada), no último ano.

Estes achados sugerem o consumo aumentado de drogas entre as MSM, de acordo com vários trabalhos da literatura, o que pode colocar essas mulheres em risco para aquisição de DST e HIV, pois diminui suas percepções quanto a comportamentos de riscos, aumentando sua vulnerabilidade.

Segundo Koh (2000), lésbicas e bissexuais femininas têm taxas mais altas de consumo de álcool e de tabagismo do que mulheres heterossexuais. Em nossa amostra, apesar da difícil quantificação de ingestão de álcool por tipo de bebida e teor alcoólico, encontramos 62,1% referindo uso de bebidas alcoólicas e 46,9% tabagismo.

#### **5.1.11 Achados de DST**

Ter apresentado alguma queixa, no momento da consulta, não mostrou associação significativa com ter sido diagnosticada alguma DST. Isso pode ser explicado pelo fato das queixas apresentadas não estarem relacionadas às DST.

A consulta regular (anualmente) ao ginecologista foi, neste estudo, um fator de proteção relacionado ao risco de ter alguma DST. Fica confirmada, portanto, a necessidade das mulheres manterem uma rotina ginecológica.

Foi diagnosticado infecção por fungos em 25,6% das mulheres, índice superior aos dados mostrados por Berger (1995) com achados de 16,5%; Evans

(1998) com 6,3%; Fethers (2000) com 13% e Marrazzo (2001a) com 12,5% de infecções por fungos em seus estudos.

A infecção por *Trichomonas vaginalis* foi encontrada em 3,5% das mulheres, diferente dos dados de Berger (1995) que não encontrou nenhuma infecção por este agente e semelhante aos dados encontrados por Marrazzo (2001a) com achados de 4,5% não mostrando diferença percentual quando comparadas com as mulheres heterossexuais de seu estudo.

Dentre as mulheres em que foi diagnosticado tricomoníase, 40% delas já haviam mantido relações sexuais com homens, porém nenhuma teve contato sexual com o sexo oposto no último ano. Todas as 5 mulheres com tricomoníase tinham escolaridade alta, 3 delas tiveram mais de uma parceira sexual no último ano, 2 não tinham parceira fixa; a parceira de uma delas não participou do estudo e as outras 2 mulheres tinham parceria fixa e única há 9 e 36 meses, respectivamente. Em suas parceiras, não foram encontrados trichomonas, o que pode apontar para a necessidade de estudos maiores para se conhecer a transmissão sexual do trichomonas entre mulheres. Não foi possível conhecer o risco de ter tricomoníase e ser HIV positivo, pois todas as mulheres com essa infecção eram soronegativo para o HIV.

A vaginose bacteriana foi diagnosticada em 33,8% das mulheres, apresentando semelhança com os 35% mostrados no estudo de Tchamoureff (2000). No entanto difere dos resultados encontrados por Berger (1995) 28,7%, e dos 37,5% mostrados por Evans (1998), assim como dos 8% achados por Fethers (2000) e dos 19,8% de vaginose bacteriana encontrados por Marrazzo (2001a).

Dentre as 48 mulheres (33,8%) com VB, 19 casais eram de mulheres monogâmicas, sendo que em 5 deles (26,3%) foi diagnosticado VB em ambas as parceiras; em 11 casais (57,9%) houve secreção vaginal normal em ambas e em 3 casais (15,8%) apenas uma das parceiras apresentou diagnóstico de VB. A razão dessa alta prevalência de VB não é conhecida, porém o alto grau de concordância para a presença de VB entre casais monogâmicos tem fomentado debates sobre sua possível transmissão sexual entre lésbicas.

A associação entre prática de sexo oral receptivo e a presença de VB não apresentou significância estatística. O não uso de condom com mulheres ou com homens, nos últimos 3 meses, não foi estatisticamente significativo para presença de vaginose. Assim como, ter vaginose não aumentou o risco para o HIV.

O diagnóstico de Clamídia foi efetuado em 1,5% das mulheres examinadas, número que se mostrou algo diferente dos dados mostrados por Berger (1995) que não encontrou infecção por este agente em sua amostra, e Fethers (2000) que diagnosticou Clamídia em 3% da população estudada; porém tivemos resultados semelhantes aos encontrados por Marrazzo (2001a) que encontrou 1,7% de mulheres com Clamídia.

Nas 2 mulheres em que foi diagnosticado Clamídia, neste estudo, observou-se que ambas já haviam mantido relações sexuais com homens durante suas vidas, porém apenas uma delas teve mais de uma parceria sexual ou contato sexual com o sexo oposto durante o último ano. A outra mulher teve apenas uma parceira no último ano e faz uso de acessórios sexuais compartilhado, sem preservativos, o que poderia explicar, a transmissão sexual da clamídia entre mulheres. No entanto, sua

parceira não apresentou diagnóstico de clamídia. Devido ao fato de ambas serem HIV negativo não foi possível avaliar associação entre essas infecções

A sífilis foi encontrada em 0,7% (1 mulher), resultado que representava apenas uma cicatriz sorológica de sífilis, já tratada e próximo aos 1,1% encontrado para esta infecção por Marrazzo (2001a).

Encontramos 7,0% das mulheres examinadas com sorologia reagente para hepatite B, dado que se mostrou semelhante aos 5% encontrado por Fethers (2000). Em relação à hepatite C, Fethers (2000) encontrou 5% de mulheres com sorologia positiva, que foi diferente de nossa amostra, com achado de 2,1%; talvez pelo fato daquele estudo analisar uma população que referia maior uso de droga injetável. A hepatite B e C não se apresentaram associadas à infecção pelo HIV. Porém, a baixa escolaridade (menos de 8 anos de estudo), ou ter mantido relação heterossexual em algum momento da vida, apresentou risco aumentado para a hepatite B, visto que todas as mulheres com este diagnóstico tinham 8 anos de estudo ou menos e todas mantiveram relações sexuais com o sexo oposto em algum momento de suas vidas.

Em relação à hepatite C foi mostrado aumento de risco com o fato de ter mantido relações sexuais com homens em alguma época da vida e a iniciação sexual precoce (17 anos ou menos), uma vez que todas as mulheres com hepatite C tiveram início sexual precoce e relato de contato heterossexual.

Ressalta-se que, além das pacientes com sorologia positiva para hepatite C, encontramos 1,4% delas com sorologia indeterminada, tendo sido solicitado repetição da sorologia posteriormente.

Não houve casos de gonorréia, fato que diferiu dos 1,6% de casos encontrados por Marrazzo (2001a) e dos menos que 1% encontrado por Fethers

(2000), podendo sugerir que seja baixo o risco de transmissão desse agente entre as MSM.

Em relação à colpocitologia oncótica (Papanicolaou), obtivemos 91,9% de resultados com achados negativos/inflamatórios, porcentagem superior aos 87,5% encontrados por Evans (1998) e semelhante aos dados mostrados por Bailey (2000), de 90,3%.

Foram diagnosticadas, 5,6% de lesões de baixo grau para câncer no colo uterino, semelhante ao trabalho de Marrazzo (1998) e também de Bailey (2000) que encontraram 4,8% e 8,9% dessas lesões, respectivamente. Essas lesões significam necessidade de acompanhamento mais freqüente com colpocitologia e colposcopia.

Lesões de alto grau no colo uterino, foram diagnosticadas em 1,4% das mulheres em nosso trabalho, diferente dos dados encontrados por Evans (1998), Marrazzo (1998) e Bailey (2000) que encontraram, respectivamente, 6,3%, 3,4% e 0,9% de lesões de alto grau no colo do útero.

Das 11 mulheres com resultados de C.O. anormais (7,7% da população estudada), em 3 delas foram confirmados, por histologia, os diagnósticos de NIC II e NIC III, tendo sido indicada a conização de colo de útero para as 3 mulheres. Em uma dessas mulheres foi confirmado câncer invasivo de colo uterino, tendo sido encaminhada para quimioterapia e radioterapia, que a paciente iniciou e abandonou após algumas sessões, evoluindo para óbito 9 meses após o diagnóstico.

Todas as mulheres com resultados de Papanicolaou anormais mantiveram relações heterossexuais em algum momento da vida, indicando associação entre ter relações sexuais com o sexo oposto e apresentar colpocitologia oncótica anormais.

Houve também, neste estudo, uma associação importante entre CO anormal e o risco de ser HIV positivo.

A infecção por HPV foi diagnosticada em 6,2% das mulheres, dado semelhante aos 8% encontrados por Fethers (2000). Estes dados mostram uma porcentagem alta de infecção por esse agente, em mulheres que fazem sexo com outras mulheres, evidenciando que possa haver a transmissão desse vírus em relações homossexuais femininas.

A literatura mostra relação entre o início sexual precoce e a presença de HPV; neste estudo, porém, não houve associação com significância estatística entre o início precoce de atividade sexual e a presença de HPV. Deve-se considerar, no entanto, que todas as mulheres com diagnóstico de HPV mantiveram relações sexuais com homens, durante algum momento da vida, mostrando uma associação entre relação heterossexual e infecção pelo HPV, semelhante ao que se encontra na literatura mundial. A relação entre a presença de HPV e ser HIV positivo, neste estudo, mostrou importante associação, com OR=63 (IC 95% 4,59 – 1862,07) ( $p<0,005$ ).

Apesar de todas as mulheres soropositivo para o HIV já saberem previamente de sua condição sorológica, a frequência encontrada foi de 2,9% de positividade, índice superior aos menos de 1% mostrados por Fethers (2000), mas semelhante ao estudo sentinela realizado pelos CDC, citado por Gonzales (1999), onde foi encontrado 2,8% de 470 mulheres bissexuais, positivo para o HIV.

Essa frequência de HIV foi bem mais alta quando comparada ao coeficiente de prevalência no Brasil (TANCREDI 2003). Segundo esse autor, o Brasil utiliza, até hoje, resultados de estudos clínicos sentinelas e a soroprevalência em populações específicas para estimar o número de HIV positivo existente no país. Usando essa

metodologia estimou-se, para o ano de 2000, em cerca de 600 mil o número de pessoas vivendo com HIV no grupo etário de 15 a 49 anos (coeficiente de prevalência de 0,65%) e 12.898 gestantes infectadas pelo HIV (coeficiente de prevalência de 0,47%).

O estudo desenvolvido por Shotsky (1996), que pesquisou 27.370 mulheres (sendo 25.122 heterossexuais e 2.248 homo ou bissexuais) atendidas em centros de aconselhamento e testagem sorológica, no período de janeiro de 1993 a junho de 1994, também encontrou uma maior prevalência de HIV entre as mulheres homo e bissexuais (4,1%), quando comparadas com as mulheres heterossexuais (2,9%), tendo sido mostrados como maiores fatores de risco ser UDI, seguido de relações sexuais com parceiros de risco. Nossa amostra não contou com mulheres UDI; obtivemos uma parcela considerável de mulheres referindo uso de drogas, no último ano, e de relações sexuais com parceiros de risco, porém o uso de drogas, neste estudo, não apresentou associação significativa para a infecção pelo HIV.

Das quatro mulheres soropositivo, duas delas são profissionais do sexo e tiveram mais de 50 parcerias sexuais no último ano, as outras 2 mulheres tiveram, respectivamente, 2 e 3 parcerias sexuais no mesmo período. Todas fazem sexo vaginal passivo com outras mulheres; 3 fazem sexo vaginal ativo; apenas uma delas faz sexo oral passivo e refere o uso de barreira (magi pack); 2 delas praticam sexo anal ativo e 3 têm a prática anal passiva. Nenhuma delas faz uso de acessórios sexuais e 3 não usam preservativos nas relações com outras mulheres. Estas práticas desprotegidas podem aumentar o risco de transmissão do HIV entre mulheres.

Vale ressaltar que todas as mulheres soropositivo para o HIV, relataram início de vida sexual precoce (antes do 17 anos de idade), história pregressa de DST,

relações heterossexuais e infecção pelo HPV. Isto mostra risco aumentado para HIV e início de atividade sexual precoce, DST prévia, , relações sexuais com homens e infecção pelo HPV.

Em relação ao número de parcerias sexuais, todas as mulheres HIV positivo tiveram múltiplas parcerias, indicando um risco elevado para essa infecção em mulheres com múltiplas parcerias. Embora a análise tenha sido feita com parcerias única ou múltiplas, muitas mulheres deste estudo (38,1%) tiveram apenas uma parceria sexual no último ano.

De acordo com a literatura (CASTILHO, 1997; SANTOS, 2002; TANCREDI, 2003) a baixa escolaridade é fator de risco para a infecção pelo HIV.

Neste estudo foi encontrada uma associação entre o baixo nível de escolaridade (menos de 8 anos de estudo) e o risco de ser HIV positivo.

### **5.1.12 Necessidades das MSM**

Quase a totalidade das mulheres entrevistadas (97,9%) referiu sentir necessidade de um serviço de saúde sensível às MSM. Apontaram, ainda, que se sentiriam mais confortáveis, durante a consulta, se o profissional não tivesse preconceitos. Isto foi apontado por quase todas as mulheres (82,7%), independente do fato do profissional de saúde ser do sexo masculino ou feminino.

Um serviço sensível e específico, pode existir, porém este pode ser mais um fator de discriminação. O que se necessita são profissionais mais sensíveis para atender seus clientes, homens ou mulheres, hetero, homo ou bissexuais. No entanto, vale ressaltar uma experiência bem sucedida realizada em Glasgow (CARR et al.,

1999) onde foi estruturada uma clínica piloto, coordenada por um grupo multidisciplinar, a partir dos resultados de um questionário, no qual mais de 40% das lésbicas disseram não estar preparadas para assumir sua orientação sexual, 81% disseram necessitar um serviço para saúde sexual de lésbicas e 71% responderam que usariam esse serviço, se ele existisse. A questão ginecológica e a fertilidade foram as necessidades presentes mais comuns (52%), seguida pela questão psicossocial (26%) e problemas genitourinários como os corrimentos vaginais (20%).

A satisfação da clientela com a clínica foi alta. Este serviço piloto serviu para mostrar que a área de saúde sexual de lésbicas precisa ser incluída nos programas de saúde e que a equidade no acesso e a oferta de concepção assistida são questões importantes para esse grupo. A clínica, resultado de um projeto piloto e único para serviço de planejamento familiar para lésbicas do Reino Unido, encontra-se aberta e tem se mostrado uma experiência única e eficiente no atendimento desse grupo de mulheres.

Em suma, as mulheres deste estudo não desejam nada de muito especial. Elas admitem que o sexo ou a orientação sexual do profissional não interfere na sua escolha, ou não é fundamental. Mas acham realmente importante que esses profissionais sejam sensíveis e que as atendam com a mesma atenção deferida a qualquer outra mulher. Enfim, que elas possam receber um tratamento que respeite sua orientação sexual.

Talvez esses profissionais, sensibilizados, pudessem colaborar para que todo o serviço tenha um olhar diferenciado para essa população, visando otimizar esforços para a melhoria da qualidade de vida multidimensional (físico, psíquico e social) dessa população.

## 6. CONCLUSÃO

As Doenças Sexualmente Transmissíveis são relacionadas ao exercício da sexualidade, e portanto, implicam em práticas de foro íntimo. Sendo assim, os profissionais de saúde, em particular os médicos, na consulta, têm a oportunidade ímpar de conversar sobre aspectos de intimidade da vida da pessoa e, portanto, precisam conhecer orientação e práticas sexuais do paciente. A maior ou menor facilidade de abordagem dos aspectos relacionados às práticas sexuais decorre também do conhecimento que o profissional de saúde tem de seus próprios valores. Dessa forma, atitudes de preconceito, juízos de valores e imposição de condutas devem ser evitados e, apesar das eventuais diferenças, o diálogo deve ser garantido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999b; HOLMES et al., 1999).

A maioria das MSM (76,6%), deste estudo, já manteve relações sexuais com homens e muitas continuam a manter. Mesmo tendo sido baixa a transmissão de DST/HIV entre mulheres, os profissionais de saúde NÃO devem assumir que mulheres que fazem sexo com mulheres têm automaticamente baixo risco para adquirir quaisquer DST e que estas mulheres jamais fazem sexo com homens.

Este estudo mostrou que raramente existe o uso de preservativo ou outro método de barreira de proteção para a prática de sexo oral entre mulheres, por desconhecimento, excesso de confiança na parceira e/ou falta da disponibilidade do mesmo. Apesar de já haver o conhecimento, por algumas, que o preservativo masculino, luva de procedimentos ou “*dental dam*” podem ser usados como barreira para a prática do sexo oral entre mulheres, existe a necessidade de desenvolvimento de estratégias para educação quanto à proteção também para outras práticas, como o

tribadismo e para a utilização de acessórios sexuais compartilhados, que sejam fáceis de usar, com custo baixo e eficácia testada.

O uso de drogas foi comum neste grupo, o que pode aumentar a vulnerabilidade para a infecção pelo HIV e outras DST pela diminuição da percepção de risco. Portanto deve-se desenhar programas de prevenção de DST direcionados para essas mulheres.

Há necessidade de maiores informações, para os profissionais de saúde e pacientes, a respeito da importância de prevenção do câncer de colo uterino entre MSM, O atendimento e a rotina ginecológica não devem diferir das preconizadas para mulheres heterossexuais.

Grande parte das escolas médicas não aborda o tema homossexualidade e a saúde de forma integral, formando profissionais pouco capacitados para lidar com esse tema. Por este motivo, os profissionais de saúde devem rever como conduzem suas anamneses, como dirigem a interlocução sobre a vida sexual da paciente e devem deixar espaço, nesse diálogo, para que as clientes se sintam seguras para assumirem sua orientação sexual confortavelmente, pois isto levará a uma melhor relação médico-paciente.

Vale ressaltar que, para as populações que não têm sido adequadamente acompanhadas, são necessárias, além de revisão das normas existentes, a adoção de estratégias de ações que rompam com as dificuldades. Para tanto, é necessário elaborar planos específicos em função das suas características, que variam entre diferentes populações e ao longo do tempo.

Esses dados argumentam fortemente para a inserção e aprimoramento de medidas de prevenção e despreconceitualização, visando melhorar os conhecimentos

sobre a vida sexual das mulheres que fazem sexo com mulheres, fornecer orientações quanto a comportamentos de riscos, vulnerabilidades e traçar estratégias de intervenções, monitoramento e avaliações.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnold M. The Story of a Lesbian with Aids. In White J. & Martinez MC. **The Lesbian Health Book – Caring for Ourselves**. 1ª ed. Seal Press, Seattle;1997 p.148-159.
  
- Bailey JV, Kavanagh J, Owen C, Mclean KA, Skinner CJ. Lesbians and cervical screening. **British Journal of General Practice** 2000;50:481-2.
  
- Bailey JV, Farquhar C, Owen C, Whittaker D. Sexual behaviour of lesbians and bisexual women. **Sex Transm Infect** 2003 apr;79(2):147-50.
  
- Bastos FI. **Ruína & Construção: Aids e drogas injetáveis na cena contemporânea**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ; 1996. Os riscos e as singularidades; p 113-32.
  
- Bauer HM, Hildesheim A, Schiffman MH, et al. Determinants of genital human papillomavirus infection in low-risk women in Portland, Oregon. **Sex Transm Dis**. 1993;20:274-278.
  
- Berger BJ, Kolton S, Zenilman JM, Cummings MC, Feldman J, McCormack WM. Bacterial vaginosis in lesbians: a sexually transmitted disease. **Clin Infect Dis** 1995; 21(6):1402-5.

- Berquó E, et col. Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. CEBRAP. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Série Avaliação, nº 4**. Brasília, 2000.
  
- Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. **Sociological Methods & Research** 1981; 10: 141-63
  
- Buchalla CM. Aids: o surgimento e a evolução da doença. In: Monteiro CA. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**. São Paulo: Hucitec/Nupens – USP; 1995.
  
- Carr SV, Scoular A, Elliot L, Ilet R, Meager M. A community based lesbian sexual health service – Clinically justified or politically correct? **Br J Fam Plann** 1999; 25(3):93-5.
  
- Carroll N, Goldstein RS, Lo W, Mayer KH. Gynecological infections and sexual practices of Massachusetts lesbian and bisexual women. **J Gay Lesbian Med Assn** 1997;1:15-23.
  
- Carroll NM. Optimal Gynecologic and Obstetric care for lesbians. **Obstet Gynecol** 1999;93:611-3.

- Castilho EA, Szwarcwald CL. Situação atual de Aids no Brasil. Diagnóstico e Tratamento. **Diagn. Tratamento**. 1997; 2(3):17-20.
  
- Centers for Diseases Control and Prevention. Update on Kaposi's sarcoma and opportunistic infections in previously healthy persons, United States, **MMWR Morb Mortal Wkly Rep** 1982; v.31, n 22, 295-301.
  
- Chu SY, Buehler JW, Fleming PL, Berkelman RL. Epidemiology of reported cases of AIDS in lesbians, US 1980-89. **Am J Public Health** 1990;80:1380-1.
  
- Chu SY, Hammett TA, Buehler JW. Update: epidemiology of reported cases of AIDS in women who reported sex only with other women, United States, 1980-1991 [letter]. **AIDS** 1992;6:518-9.
  
- Cochran SD, Bybee D, Gage S, Mays VM. Prevalence of HIV-related self-reported sexual behaviors, sexually transmitted diseases, and problems with drugs and alcohol in three large surveys of lesbian and bisexual women: a look into a segment of the community. **Women's Health: Research on gender, behavior, and policy** 1996; 2(1&2):11-33.
  
- Cohen H, Marmor M, Wolfe H, Ribble D. Risk assessment of HIV transmission among lesbians. **J Acquir Immune Defic Syndr** 1993;6:1173-4.

- Dallabetta G, Laga M, Lamptey P. **Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis: Manual de Planejamento e Coordenação de Programas**. Trad. De LES Moraes, M Conde, SN Mello, FR Vianna. Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Associação de Saúde da Família(AIDS Control and Prevention Project/AIDSCAP), 1997.
  
- Diamant AL, Schuster MA, Kimberly YMcG, Lever J. Lesbians' sexual history with men. **Arch Intern Med** 1999;159:2730-6.
  
- Evans BA, Kell PD, Bond RA, MacRae KD. Racial origin, sexual lifestyle, and genital infection among women attending a genitourinary medicine clinic in London (1992). **Sex Transmitted Infections** 1998;74:45-9.
  
- Ferris DG, Batish S, Wright TC, Cushing C. A neglected lesbian health concern: cervical neoplasia. **J Fam Pract** 1996;43:581-4.
  
- Fethers H, Marks C, Mindel A, Estcourt CS. Sexually transmitted infections and risk behaviors in women who have sex with women. **Sexually Transmitted Infections** 2000;76(5):345-9.
  
- Ford C, Clarke K. Sexually transmitted infections in women who have sex with women. Surveillance data should include this category of women. **BMJ** 1998;316(7130):556-7.

- Fundação SEADE. **O mercado de trabalho feminino em região metropolitana de São Paulo** [on line];set. 2003; available from: [URL:http://www.seade.gov.br/mulher/index\\_01.html](http://www.seade.gov.br/mulher/index_01.html) [15/09/2003].
  
- Gonzales V, Washienko KM, Krone MR, et al. Sexual and drug-use risk factors for HIV and STDs: a comparison of women with and without bisexual experiences. **Am J Public Health** 1999;89:1841-6.
  
- 
  
- Hippeläinen M, Syrjänen S, Koskela H, et al. Prevalence and risk factors of genital human papillomavirus (HPV) infections in healthy males: a study on finnish conscripts. **Sex Transm Dis.** 1993;20:321-328.
  
- Hollibaugh A. Lesbian denial and lesbian leadership in the aids epidemic. Bravery and fear in the construction of a lesbian geography of risk. In: White J & Martinez MC. **The Lesbian Health Book – Caring for Ourselves.** 1<sup>st</sup> ed Seal Press, Seattle; 1997 p 160- 77.
  
- Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, Lemon SM, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN. **Sexually Transmitted Disease.** Third Edition, USA, International Edition, 1999.
  
- Igartua KJ. Therapy with lesbian couples: the issues and the interventions. **Can J Psychiatry** 1998;43:391-6.

- Kennedy MB, Scarlett MI, Duerr AC, Chu SY. Assessing HIV risk among women who have sex with women: scientific and communication issues. **J Am Med Womens Assoc.** 1995 May-Aug;50(3-4):103-7.
- Kataja V, Syrjänen S, Yliskoski M, et al. Risk factors associated with cervical human papillomavirus infections: a case control study. **Am J Epidemiol.** 1993;138:735-745.
- Koh AS. Use of preventive health behaviors by lesbian, bisexual, and heterosexual women: Questionnaire survey. **West J Med** 2000;172(6):379-84.
- Kral AH, Lorvick J, Bluthenthal RN, Watters JK. HIV risk profile of drug-using women who have sex with women in 19 United States cities. **J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol** 1997;16(3):211-7.
- Kwakwa HA, Ghobrial MW. Female to female transmission of human immunodeficiency virus. **Clin Infect Dis** 2003;36:e40-e41.
- Marins JRP, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA, Chequer P, Teixeira PR, Hearst N. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. **AIDS** 2003;17:1-8.
- Marmor M, Weiss LR, Lynden M, et al. Possible female-to-female transmission of HIV [letter] **Ann Intern Med** 1986;105:969.

- Marrazzo JM, Koutsky LA, Stine KL, Kuypers JM, Grubert TA, Galloway DA, Kiviat NB, Handsfield HH. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women. **J Infectious Disease** 1998;178(6):1604-9.
  
- Marrazzo JM. Sexually transmitted infections in women who have sex with women: who cares? **Sexually Transmitted Infections** 2000a;76(5):330-2.
  
- Marrazzo JM. Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women: a concern for patients and providers. **AIDS Patients Care STDS** 2000b;14(8):447-51.
  
- Marrazzo J, Koutsky L, Handsfield HH. Characteristics of female sexually transmitted disease clinic clients who report same-sex behavior. **Intern J of STD & Aids** 2001a; 12(1):41-6.
  
- Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. **Am J Public Health** 2001b jun;91(6):947-52.
  
- Marrazzo JM, Koutsky LA, Eschenbach DA, Agnew K, Stine K, Hillier SL. Characterization of vaginal flora and bacterial vaginosis in women who have sex with women. **J Infect Dis** 2002;185(9):1307-13.

- Mathielson CM. Lesbian and bisexual health care. **Canadian Family Physician** 1998; 44:1634-40.
  
- McCaffrey M, Varney P, Evans B, Taylor-Robinson D. Bacterial vaginosis in lesbians: evidence for lack of sexual transmission. **Intern J of STD & Aids** 1999;10(5):305-8.
  
- Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenadoria de Programa de Controle do Câncer – Pro-Onco. **Viva Mulher: Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo Uterino**. Rio de Janeiro: Pro-Onco, 1996.
  
- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids, Brasília (DF), **Boletim Epidemiológico**. AIDS, ANO XII n.04, semana epidemiológica 35 a 47, setembro a novembro de 1999a.
  
- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília (DF); 3º Edição , 1999b.
  
- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids, Brasília (DF), **Boletim Epidemiológico**. AIDS, ANO XIII n.03, semana epidemiológica 36 a52, outubro a dezembro de 2000a.
  
- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Treinamento para o manejo de casos de DST: modulos 1, 2 e 3**, Brasília (DF), 2000b.

- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids, Brasília (DF), **Boletim Epidemiológico**. AIDS, ANO XIV n.01, semana epidemiológica 1 a 13, janeiro a março de 2001.
  
- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids, Brasília (DF), **Boletim Epidemiológico**. AIDS, ANO XV n.01, semana epidemiológica 48<sup>a</sup>/2001 a 13<sup>a</sup>/2002, outubro de 2001 a março de 2002.
  
- Nascimento CM, Eluf-Neto J, Rego RA. Cobertura do teste de Papanicolaou no município de São Paulo e características das mulheres que realizaram o teste. **Bol Oficina Sanit Panam** 1996; 121:491-501.
  
- Naud P e col. **DST & AIDS**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
  
- Nielsen K. Women, reproduction, transmission, pregnancy and STD: HIV and female genital tract – **39<sup>th</sup> Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy - ICAAC**; 1999 day 4 –september 26-29, San Francisco, CA.
  
- O’Hanlan KA, Crum CP. Human papillomavirus-associated cervical intraepithelial neoplasia following exclusive lesbian sex. **Obstet Gynecol** 1996;88:702-3.

- O'Hanlan K. Homophobia and the health care system; solutions for the future. In White J. & Martinez M.C. **The Lesbian Health Book – Caring for Ourselves**. 1<sup>st</sup> ed. Seal Press, Seattle; 1997 p 23-35.
  
- Petersen L, Doll L, White C, Chu S. No evidence of female to female transmission among 960,000 female blood donors. **J Acquir Immune Defic Syndr** 1992;5:853-5.
  
- Raiteri R, Fora R, Sinico A. No HIV-1 transmission through lesbian sex [letter]. **Lancet** 1994;344:270.
  
- Rankow EJ, Tessaro I. Cervical cancer risk and Papanicolaou screening in a sample of lesbian and bisexual women. **The Journal of Family Practice** 1998;47(2):(aug)139-143.
  
- Rich JD, Buck A, Tuomala RE, Kazanjian PH. Transmission of human immunodeficiency virus infection presumed to have occurred via female homosexual contact. **Clin Infect Dis** 1993;17:1003-5.
  
- Risdon C, Cook D, Willms D. Gay and lesbian physicians in training: a qualitative study. **CMAJ** 2000;162(3):331-4.
  
- Robertson P, Schachter J. Failure to identify venereal disease in a lesbian population. **Sex Transm Dis** 1981;8(2):75-6.

- Rosario M, Meyer-Bahlburg HFL, Hunter J, Gwadz M. Sexual risk behaviors of gay, lesbian and bisexual youths in New York City: prevalence and correlates. **Aids Education and Prevention - The Guilford Press** 1999;11(6):476-96.
  
- Rotchford K., Strum AW., Wilkinson D. Effect of coinfection with STD and of STD treatment on HIV shedding in genital-tract secretions: review and data synthesis. **Journal of The American Sexually Transmitted Diseases Association**. Vol. 27, n. 5, pag 243-8, 2000.
  
- Santos NJS. **As mulheres e suas decisões reprodutivas, diante da epidemia de HIV/Aids**. São Paulo; 2002. [Tese de Doutorado – FSP USP].
  
- Saunders JM. Health problems of lesbian women. **The Nursing Clinics of North America** 1999;34(2):381-91.
  
- Shotsky WJ. Women who have sex with other women: HIV seroprevalence in New York State counseling and testing programs. **Women & Health** 1996;24(2):1-15.
  
- Tancredi MV. **Tendências da epidemia de Aids no município de São Paulo, 1985 a 2000**. São Paulo; 2003 [dissertação de mestrado – FSP USP].
  
- Tchamouroff SE, Panja SK. The association between receptive cunnilingus and bacterial vaginosis. **BMJ** 2000;76:144-5.

- Trancoso AR, Romani A, Carranza CM, Macias JR, Masini R. Probable transmission de HIV por contacto homosexual femenino. **Medicina B Aires** 1995;55:334-6.
  
- UNAIDS/WHO: **Sexually Transmitted Diseases, policies and principles for prevention and care.** 1997.
  
- UNAIDS/WHO. **Global overview, Aids epidemic update** [on line]; dec. 2001; [22].available,from:URL:[http://www.unaids.org/worldaidsday/2001/Epiupdate2001/Epiupdate2001\\_em.doc](http://www.unaids.org/worldaidsday/2001/Epiupdate2001/Epiupdate2001_em.doc) [04/01/2002].
  
- Zeferino L, Galvão L. Prevenção e controle do câncer de colo uterino: Porque não acontece no Brasil? In: Galvão L, Diaz J, coordenadores. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil.** São Paulo (SP): Ed. Hucitec/Population Council; 1999. P.346-65.
  
- Wasserheit JN. Epidemiological synergy: Interrelationships between HIV infection and others STD. **Sex Transm Dis** 1992;19:61-77.

## ANEXO 1

### QUESTIONÁRIO

**1. IDENTIFICAÇÃO:**

**2. DATA DE NASCIMENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**3. IDADE:**

**4. RAÇA :**

- a. branca
- b. negra
- c. parda
- d. amarela

**5. ESCOLARIDADE :** \_\_\_\_\_ anos de escolaridade

**6. PROFISSÃO:** \_\_\_\_\_ **OCUPAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**7. RENDA MENSAL:** R\$

**8. IDADE DO 1º INTERCURSO SEXUAL:**

**9. IDADE DO 1º INTERCURSO HOMOSSEXUAL:**

**10. NÚMERO DE GESTAÇÕES:**

**11. NÚMERO DE ABORTOS:**

- a. provocados:
- b. espontâneos:

**12. ESTADO MARITAL:**

- a. solteira
- b. casada
- c. divorciada
- d. união consensual
- e. viúva

**13. SITUAÇÃO ATUAL:**

- a. solteira
- b. casada
- c. divorciada
- d. união consensual
- e. viúva

**14. PARCERIA FIXA:**

- a. sim
- b. não

**15. NÚMERO DE PARCERIAS FIXAS:** \_\_\_\_\_

**16. HÁ QUANTO TEMPO:** \_\_\_\_\_ meses

**17. TIPO DE PARCERIA FIXA:**

- a. homem
- b. mulher
- c. ambos

**18. INTERCURSOS ATUAIS:**

- a. com homens  quantos parceiros último mês \_\_\_\_\_ último ano \_\_\_\_\_
- b. com mulheres  quantas parceiras último mês \_\_\_\_\_ último ano \_\_\_\_\_
- c. com ambos  quantos (as) no último mês \_\_\_\_\_ último ano \_\_\_\_\_

**19. NOS INTERCURSOS SEXUAIS COM HOMENS ELES ERAM: (últimos 3anos)**

- a. heterossexuais
- b. bissexuais
- c. homossexuais
- d. desconhecido
- e. hetero e biss.
- f. hetero e homo
- g. bi e homo
- h. todos

**20. NOS INTERCURSOS SEXUAIS COM MULHERES ELAS ERAM: (ultimo ano)**

- a. heterossexuais
- b. bissexuais
- c. homossexuais
- d. desconhecido
- e. hetero e biss.
- f. hetero e homo
- g. bi e homo
- h. todos

**21. USOU PRESERVATIVO COM HOMENS NOS ÚLTIMOS 3 MESES?**

- a. sim
- b. não
- c. as vezes
- d. não se aplica

**22. QUAL TIPO?**

- a. masculino
- b. feminino
- c. barreira de proteção (dental dam)  \_\_\_\_\_

**23. FREQUÊNCIA:**

- a. sempre
- b. as vezes  porque? \_\_\_\_\_
- c. raramente  porque? \_\_\_\_\_
- d. nunca  porque? \_\_\_\_\_

**24. USOU PRESERVATIVO COM MULHERES NOS ÚLTIMOS 3 MESES?**

- a. sim
- b. não
- c. as vezes
- d. não se aplica

**25. QUAL TIPO?**

- a. masculino
- b. feminino
- c. barreira de proteção (dental dam)  \_\_\_\_\_

**26. FREQUÊNCIA:**

- a. sempre
- b. as vezes  porque? \_\_\_\_\_
- c. raramente  porque? \_\_\_\_\_
- d. nunca  porque? \_\_\_\_\_

**27. JA TEVE DST?**

- a. sim
- qual: \_\_\_\_\_
- quando: \_\_\_\_\_
- da ultima vez onde tratou?
- UBS
- particular/ convênio
- hospital
- farmácia
- não tratou

- b. não

**28. CONSULTA GINECOLOGISTA ANUALMENTE?**

- a. sim
- b. não

**29. ANOS DA ÚLTIMA CONSULTA:**

- a. até 1 ano
- b. 1 a 3 anos
- c. mais de 3 anos
- d. não se aplica

**30. ÚLTIMO PAPANICOLAOU A QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_ MESES**

resultado: \_\_\_\_\_

**31. DATA DA ULTIMA MAMOGRAFIA: \_\_\_\_\_**

**32. VOCE FALOU COM SEU MEDICO ATUAL QUE MANTEM  
RELAÇÕES SEXUAIS COM MULHERES?**

- a. sim
- b. não

porque?:

inibição sua

desconforto durante consulta (partindo dele)

**33. QUAL IMPRESSÃO DO MÉDICO?**

- a. natural
- b. surpresa
- c. não deu atenção ao fato
- d. reagiu negativamente

**34. E COM SEUS MÉDICOS ANTERIORES?**

- a. sim
- b. não

porque?:

inibição sua

desconforto durante consulta (partindo dele)

**35. QUAL IMPRESSÃO DO MÉDICO?**

- a. naturalidade
- b. surpresa
- c. não deu atenção ao fato
- d. reagiu negativamente

**36. O MÉDICO JÁ TE ATENDEU CORRENDO, OU SEM OLHAR PARA  
VOCE, DEPOIS QUE VOCE MENCIONOU O FATO DE FAZER SEXO  
COM MULHERES?**

- a. sim
- b. não
- c. não se aplica

**37. O MÉDICO DEIXOU DE TE EXAMINAR, OU PEDIR EXAMES QUANDO VOCE MENCIONOU O FATO DE FAZER SEXO COM MULHERES?**

- a. sim
- b. não
- c. não se aplica

**38. QUE TIPO DE RELAÇÃO SEXUAL VOCE PRATICA?**

- a. vaginal   com homens  pass.  com mulheres  at.  pass.
- b. anal   com homens  at.  pass.  com mulheres  at.  pass.
- c. oral   com homens  at.  pass.  com mulheres  at.  pass.

**39. VOCE FAZ PENETRAÇÃO OU SEXO ORAL COM A PARCEIRA MENSTRUADA?**

- a. sim
- b. não

**40. NAS RELAÇÕES, USA ACESSORIOS SEXUAIS?**

- a. sim  uso individual  uso compartilhado
- b. não

**41. QUE TIPO?** \_\_\_\_\_

**42. COM PRESERVATIVOS?**

- a. sim  com troca  sem troca
- b. não
- c. não se aplica

**43. SOFREU VIOLENCIA SEXUAL?**

- a. sim
- b. não

idade: \_\_\_\_\_

**44. TABAGISTA:**

- a. sim
- b. não

TEMPO: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ CIG./DIA

**45. USA BEBIDAS ALCOÓLICAS?**

- a. sim
- b. não

frequência: \_\_\_\_\_/sem.

**46. USA DROGAS ILICITAS?**

- a. sim
- |  |                  |                      |
|--|------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> cheira cola     | frequência _____ | a quanto tempo _____ |
| <input type="checkbox"/> maconha         | frequência _____ | a quanto tempo _____ |
| <input type="checkbox"/> crack           | frequência _____ | a quanto tempo _____ |
| <input type="checkbox"/> cocaína         | frequência _____ | a quanto tempo _____ |
| <input type="checkbox"/> droga injetável | frequência _____ | a quanto tempo _____ |
| <input type="checkbox"/> ácido           | frequência _____ | a quanto tempo _____ |
| <input type="checkbox"/> anfetamina      | frequência _____ | a quanto tempo _____ |
| <input type="checkbox"/> ecstasy         | frequência _____ | a quanto tempo _____ |
| <input type="checkbox"/> outros: _____   | frequência _____ | a quanto tempo _____ |
- b. não

**47. FAZ SEXO POR DINHEIRO OU BENS?**

- a. sim
- b. não

**48. JÁ FEZ TESTE ANTI HIV?**

- a. sim  quando \_\_\_\_\_ resultado \_\_\_\_\_
- b. não

**49. JÁ TEVE RELAÇÕES SEXUAIS COM PARCEIRO(A) SABIDAMENTE HIV(+) ?**

- a. sim  homem  mulher
- b. não

**50. SE MAIS DE UM(A) PARCEIRO(A) SEXUAL, A PARCERIA ATUAL SABE?**

- a. sim
- b. não
- c. não se aplica

**51. SABE SE SUA PARCEIRA (O) TEM RELAÇÕES FORA ?**

- a. sim
- b. não
- c. não sabe

**52. FAZEM SEXO A 3, SWING?**

- a. sim
- b. não

**53. JÁ FEZ?**

- a. sim  tempo do último: \_\_\_\_\_
- b. não

**54. FREQUENTA BOITES E BARES GLS ?**

- a. sim
- b. não

**55. SENTE NECESSIDADE DE UM SERVIÇO SENSÍVEL OU VOLTADO PARA MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES?**

a. sim

b. não

**56. COMO VOCE DESCRIVERIA O MÉDICO IDEAL PARA VOCE?**

a. Ginecologista  Homem  Hetero

b. Clínico  Mulher  Não hetero

c. Médico de Família  Independe  Independe

**SUGESTÕES:** \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

### ESTUDO DOS ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES.

Por favor, leia este documento até o fim e peça explicação sobre qualquer palavra ou frase que não tenha entendido.

#### 1. OBJETIVOS:

Este estudo, tem como objetivo saber quais as prevalência de DST/HIV em mulheres que fazem sexo com mulheres, e identificar características de comportamento de risco associadas a presença de DST/HIV nesta população.

Os resultados servirão para melhor prevenir e tratar essas infecções.

#### 2. PROCEDIMENTOS:

Após responder um questionário, você será examinada pelo responsável pelo estudo, que coletará material vaginal para realizar o exame de Papanicolaou e pesquisa de infecções vaginais como: Candida, Trichomonas, Vaginose bacteriana, Clamídia e Gonorréia, além da coleta de sangue em 2 tubos como este (demonstração do tubo). Esse sangue será utilizado para exames de laboratório que não são realizados de rotina como: Sífilis, Hepatite B e C e HIV e servem para identificar doenças que podem afetar sua saúde, mesmo que você não esteja sentindo nada de anormal. Todo o material para os exames será descartável.

Se for encontrada qualquer infecção, você receberá orientação e tratamento, gratuitamente.

Todas as informações são confidenciais, você não será identificada por nome no questionário nem nos exames, sendo sempre colocado um número.

Todo material coletado será armazenado, para a confirmação de algum resultado duvidoso, e não será utilizado para outros fins.

### **3. RISCOS E BENEFÍCIOS:**

O exame ginecológico não trará nenhum dano a você, mas pode causar algum desconforto e, na coleta de sangue, pode ocorrer um pequeno hematoma no seu braço. Ou seja, existe um risco que avaliamos como mínimo na realização desses exames.

Se seu exame para sífilis for positivo, você deverá ser tratada e este tratamento tem um pequeno risco de provocar alergia; se você for comprovadamente alérgica à penicilina, receberá medicação alternativa.

A sua participação neste estudo, contribui para o conhecimento das DST na população de mulheres que fazem sexo com mulheres e é voluntário. Você pode se recusar a participar, sem qualquer prejuízo, podendo continuar a ser atendida no serviço.

### **4. ESCLARECIMENTO AO VOLUNTÁRIO ANTES E DURANTE O ESTUDO:**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids, e seus resultados serão apresentados como um trabalho de Mestrado a ser apresentado na Faculdade de Saúde Pública da USP, no Departamento de Epidemiologia. Além desse trabalho, os resultados deverão ser publicados em revistas científicas especializadas no tema DST/AIDS ou saúde pública.

Se você tiver qualquer questão sobre o estudo ou sobre sua participação, sinta-se a vontade para perguntar agora, ou posteriormente, ao pesquisador responsável pelo estudo, Dr. Valdir Monteiro Pinto ( tel.: 5084.5235 ou email: vmonteiro@crt.saude.sp.gov.br) de 2ª a 6ª feiras das 8:00 as 17:00hs. Se persistirem suas duvidas, você poderá consultar o C. E. do CRT-DST/Aids, Dr. Eduardo Lagonegro ( tel. 5579.9911 ramal-2198).

#### **5. COMO PARTICIPAR:**

Para participar deste estudo, você, deve concordar com sua participação, que é TOTALMENTE VOLUNTÁRIA, sabendo ainda que se não desejar participar do estudo, será atendida normalmente, de acordo com a rotina do serviço.

#### **6. INTERRUÇÃO DA PARTICIPAÇÃO:**

A sua participação é voluntária e você poderá desistir de participar em qualquer etapa do estudo, sem nenhum prejuízo a você.

**EU CONCORDO EM PARTICIPAR DO ESTUDO, NAS CONDIÇÕES ACIMA DESCRITAS.**

**Polegar Direito**

**São Paulo**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/2002

**Nome:** \_\_\_\_\_ **RG** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

**Telefone:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_

**Nº DA PACIENTE NO ESTUDO (colar etiqueta)**

**INVESTIGADOR:**

**VALDIR MONTEIRO PINTO**