

“MADRE FRONTERIZA”: ESTUDO CONJUNTO DE PREVALÊNCIA DE SÍFILIS, TRICOMONÍASE E HIV EM GESTANTES DA TRÍPLICE FRONTEIRA DO ALTO RIO SOLIMÕES

“MADRE FRONTERIZA”: JOINT PREVALENCE STUDY OF SYPHILIS, TRICHOMONIASIS AND HIV IN PREGNANT WOMEN IN THE TRIPLE FRONTIER OF THE UPPER SOLIMÕES RIVER

1º LUGAR – PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO, CATEGORIA: EPIDEMIOLOGIA

Adele S Benzaken¹, Enrique G García², Adelma de O Rodrigues³,
Claudia Mora⁴, Martín S Sánchez⁵, José Carlos G Sardinha⁶

RESUMO

Introdução: a epidemiologia das DST, nas regiões de fronteira do interior da Amazônia é pouco estudada. **Objetivo:** Com o objetivo de se aprofundar no seu conhecimento e de estimular os países vizinhos a desenvolver intervenções comuns, realizou-se trabalho com recursos próprios dos municípios envolvidos. **Método:** um estudo de corte transversal (prevalência) em amostra representativa das mulheres gestantes da intrincada região do Alto Solimões, que compreende oito municípios da tríplice fronteira que conformam Brasil, Colômbia e Peru no noroeste da Amazônia Internacional. De um tamanho amostral mínimo necessário de 338 mulheres, alcançou-se incorporar ao finalizar o período do estudo (3 de agosto – 4 de novembro de 2003) um total de 550. A todas aplicou-se um questionário e colheram-se amostras para estudo de tricomoníase vaginal, sífilis e HIV. **Resultado:** a taxa de prevalência encontrada para o conjunto das três DST investigadas foi de 7,4%, mais elevado no lado peruano que foi superior a 10%. A prevalência para tricomoníase vaginal, sífilis e infecção pelo HIV foi, respectivamente, de 6,3%, 0,92% e 0,2%, com ligeiras diferenças entre as distintas comunidades dos países integrantes do estudo. **Conclusão:** considera-se muito provável que as DST curáveis representem um importante problema de saúde e que medidas de controle comuns devem ser implementadas a fim de evitar uma rápida propagação da epidemia de HIV-aids, que se encontra, neste momento, numa fase precoce do seu desenvolvimento. Este trabalho evidenciou que é possível a colaboração entre países vizinhos no controle das DST.

Palavras-chave: DST, ITS, gestantes, cooperação, fronteiras

ABSTRACT

Introduction: the epidemiologists of STIs are poorly defined in the isolated frontier regions of the Amazon. **Objective:** With the goal of deepening the knowledge and of stimulating neighbor countries to practice shared interventions, a study of prevalence was founded with the resources of its own area of interest. **Method:** such study took place with samples from pregnant women from each region of the Upper Solimões River. This area comprehends eight municipalities in the northwest of the International Amazon, which are found in the triple border of Brazil, Colombia, and Peru. At the end of the study (08/03/03 – 11/04/03), a total number of samples from 550 women had been incorporated to a starting number of only 338. An epidemiological inquiry was applied and samples were collected for the study of vaginal trichomoniasis, syphilis, and HIV. **Result:** the level of prevalence found for the three investigated STIs were of 7,4%, more aggravated in the Peruvian side which was superior to 10%. The prevalence for vaginal trichomoniasis, syphilis, and HIV infection was respectively of 6,3%, 0,92%, and 0,2%. There were slight differences between different residential communities and countries that integrated the study. **Conclusion:** it is very likely that the curable STIs represent an important health problem. Joint controlling measures should be implemented so to avoid a fast dissemination of the HIV/Aids epidemic, which is found at this moment in a premature developing stage. This study has showed that the cooperation between neighbor countries is attainable in the control of STIs.

Keywords: STD, STI, pregnant women, cooperation, frontiers

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3): 15-23, 2004

INTRODUÇÃO

Em setembro de 2002, por iniciativa da Fundação Alfredo da Matta (FUAM), Manaus, Amazonas, com o apoio de OPAS/OMS (Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde) e do Ministério da Saúde do Brasil, se realizou-se, na cidade de Manaus, Amazonas, Brasil, uma reunião com os coordenadores dos Programas Nacionais de DST do Brasil, Venezuela, Colômbia, Equador, Peru e Bolívia, com o objetivo de explorar novas possibi-

¹Médica, Ginecologista, Gerente do Setor de DST da FUAM

²Prof. Dr. Departamento Medicina Interna e Saúde Pública Faculdade Medicina Calixto García, Universidad de La Habana, Cuba. Médico, Epidemiologista, Consultor da FUAM

³Bióloga, Coordenadora do Programa Municipal de DST/Aids de Tabatinga

⁴Psicóloga, Coordenadora do Programa de DST/Aids do Departamento de Saúde do Amazonas em Letícia – Colômbia

⁵Médico de Caballo Cocha, Peru

⁶Médico, Dermatologista do Setor de DST da FUAM

Apoio: OPS/OMS de Brasil e Washington, do Programa Nacional DST/Aids do Ministério da Saúde do Brasil e da Direção da Fundação Alfredo da Matta.

lidades de colaboração para o controle das DST nas fronteiras da região Amazônica.

Previamente, os técnicos da FUAM haviam coordenado a elaboração de um “Diagnóstico da Situação” dos programas de DST nos países participantes, que serviu de base para revisar e discutir as experiências precedentes, propor novas formas de cooperação e atualizar as prioridades geográficas.

Como resultado deste trabalho acordou-se realizar, também na cidade de Manaus, em fevereiro de 2003, o “Primeiro Curso de Planejamento, Administração e Avaliação de Programas de DST para Profissionais de Saúde de Áreas Fronteiriças da Amazônia”, curso bilíngüe (Português/Espanhol) no qual participaram 27 profissionais do Brasil, Colômbia, Peru e Bolívia, que desenvolviam trabalho nas áreas de fronteiras ou nas coordenações estaduais e departamentais que administrativamente as dirigem. Parte do conteúdo programático do curso foi dedicada à formulação de possíveis intervenções conjuntas para suas respectivas áreas fronteiriças.

O presente relato é o primeiro resultado concreto surgido da colaboração entre três países: Brasil, Colômbia e Peru, realizado na região do Alto Solimões, localizado no coração da Amazônia e que formam entre eles uma complexa tríplice fronteira internacional (Figura 1).

Características da Região do Alto Solimões

A região do Alto Solimões inclui um total de oito municípios: do Brasil (Tabatinga, Atalaia do Norte e Benjamin Constant), da Colômbia (Letícia e Puerto Narino) e do Peru (Caballo Cocha, Islandia e Santa Rosa) que no total compreendem uma população de 173.074 habitantes, 50,5% deles feminina. Na época, estimou-se o número anual de gestantes em 4.928 e de nascidos vivos em 3.938.

Sobre o ponto de vista socioeconômico e político destaca-se, ainda que com diferentes intensidades entre os países, a coexistência de alguns fatores que podem potencializar a disseminação das DST, como passagem sem restrições pelas fronteiras, marcantes diferenças no nível de recursos/qualidade dos serviços de saúde e de desenvolvimento de programas de controle de DST/HIV-aids, existência de tráfico e consumo de drogas, prostituição, presença de conflitos armados e a existência de população indígena dispersa e de difícil acesso.

Não obstante as diferenças, também se identificaram como problemas comuns o fato de as DST provavelmente serem um importante problema de saúde e a existência de um acentuado grau de subnotificação das mesmas, que em geral não contavam com o apoio político que se requer e que seria necessário desenvolver trabalhos conjuntos para controle das DST, como já haviam sido realizados nos programas de vacinação, luta contra o cólera e outros.

Para a realização deste trabalho, a FUAM, que recebeu dos diferentes países o encargo de coordenar a organização das atividades da chamada “Iniciativa Pan Amazônica”, teve que, previamente, realizar visitas locais para articular-se com as Secretarias de Saúde dos Departamentos do Amazonas (Colômbia) e Loretoyacu (Peru) e com a Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas (Brasil), assim como com as Secretarias Municipais de Saúde de Tabatinga, Benjamin Constant e Atalaia do Norte (Brasil), Caballo Cocha, Islandia e Santa Rosa (Peru), Letícia e Puerto Narino (Colômbia); Hospital de Guarnição de Tabatinga, Hospital de Puerto Narino e Laboratório de Saúde Pública de Letícia, Colômbia. Componente fundamental desta articulação foi a busca e obtenção do apoio político das Prefeituras de Tabatinga e Letícia.

A realização deste projeto contou apenas com os recursos disponíveis na região, uma vez que não foi possível obter financiamento adicional. Isso impossibilitou de se incluir na investigação, como se



Figura 1 – Tríplice Fronteira da Região do Alto Solimões

havia desejado, o estudo da prevalência da infecção gonocócica e por clamídia.

OBJETIVO

Objetivo geral: Realizar estudo conjunto de prevalência de DST em gestantes da região da Tríplice Fronteira do Alto Solimões

Objetivos específicos:

- Estimular a integração dos Programas de Controle de DST/AIDS na região do Alto Solimões.
- Estimar a prevalência da infecção por sífilis, tricomoníase vaginal e da infecção pelo HIV na população feminina sexualmente ativa da região, assim como identificar as áreas com maior prevalência.
- Identificar e tratar as mulheres grávidas com sífilis, tricomoníase vaginal e infecção pelo HIV.
- Avaliar a possibilidade de atuação conjunta dos países da região no controle das DST.

MÉTODO

Realizou-se um estudo transversal (prevalência) com componente analítico, selecionando a subpopulação de mulheres grávidas como representativas da população feminina sexualmente ativa. De uma estimativa anual de 4.928 mulheres grávidas e estimando uma freqüência de DST de 4%, uma precisão de 2% e nível de signifi-

cância de 5%, calculou-se o tamanho da amostra em 338 gestantes, as quais e de acordo a média mensal de grávidas da região, poderiam incorporar-se ao estudo num período de tempo relativamente curto (três meses)

Para garantir a aleatoriedade das integrantes da investigação, estas foram incorporadas em sua primeira consulta a partir de um dia de começo uniforme para todas as unidades, selecionado ao acaso a partir de (04/08/04) sem levar em conta a idade gestacional (e somente uma vez) de maneira consecutiva e continuada até o dia 03/11/03.

Questionário com dados de identificação, antecedentes epidemiológicos e resultados de exames laboratoriais foi aplicado no momento da entrada das pacientes na investigação e enviado, junto com as amostras de sangue e de secreção vaginal, aos laboratórios selecionados para o diagnóstico (**Figura 2**).

O número de mulheres incluídas na amostra foi proporcional à população feminina e de gestantes das populações de cada um dos países. Todos os municípios envolvidos incluíram sua alíquota correspondente, entretanto Caballo Cocha (Peru), Tabatinga (Brasil) e Letícia (Colômbia) por serem os de maiores dimensões, tamanho populacional e densidade demográfica corresponderam a 70% da amostra.

A investigação desenvolveu-se sem interrupção durante os três meses de execução, no primeiro mês (agosto) foram incluídas cerca de 50% das mulheres, em setembro e outubro completaram 21,6% e 26% restantes respectivamente.

Todas as mulheres com resultados positivos a qualquer dos três agentes estudados, receberam tratamento imediato e gratuito. Os casos de HIV receberam medicação doada pela Coordenação Estadual de DST e Aids do Amazonas.

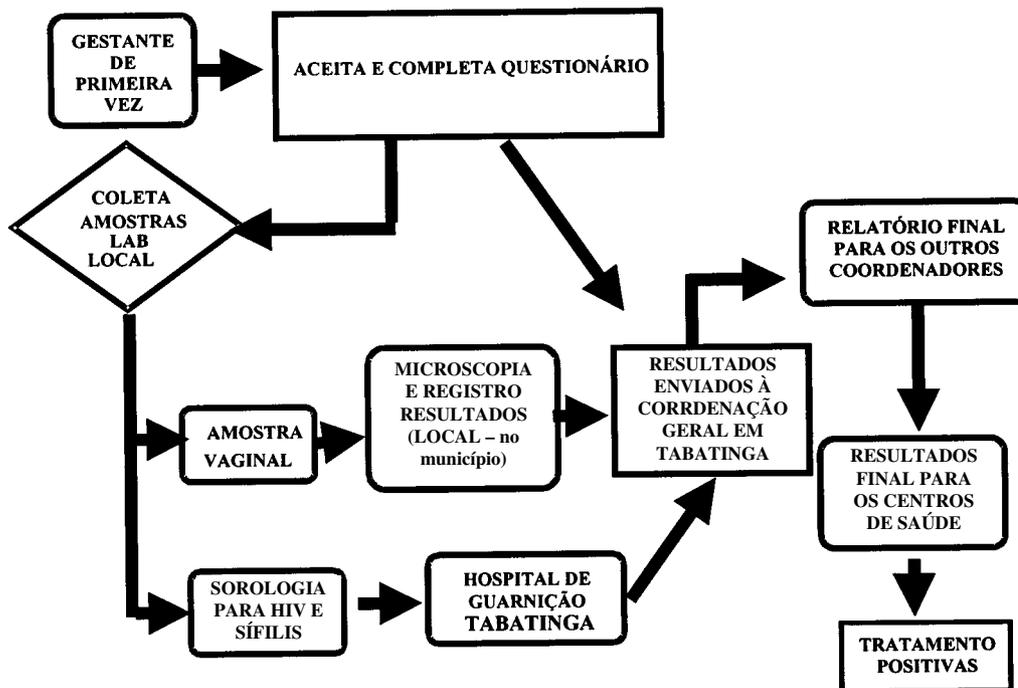


Figura 2 – Fluxograma da Investigação

RESULTADO

Compareceram 550 gestantes à consulta de primeira vez no pré-natal, durante o período, sendo incluídas no estudo. O tamanho amostral inicialmente calculado foi superado em mais de 60%. As **Tabelas 1 e 2** mostram a distribuição das pacientes segundo países e municipalidades.

A média das idades para toda a região foi de 23,6 anos, com valores extremos entre 14 e 48 anos. Encontrou-se diferença estatisticamente mais significativa ($p = 0,04$) ao se comparar a idade média das peruanas com a de suas vizinhas brasileiras e colombianas (**Tabela 3**).

O nível educacional foi muito semelhante entre as mulheres dos três países e pôde ser considerado como bastante alto. Mais de 95% delas haviam concluído o ensino fundamental. As colombianas tinham escolaridade mais elevada, porém as diferenças não foram significativas ($p > 0,05$) (**Tabela 4**).

O questionário em busca de antecedentes de DST foi minuciosamente realizado e encontrou-se que 13,6% afirmaram haver tido alguma delas no passado, 18,7% das peruanas, 10,8% das brasileiras e 10,5% das colombianas (**Tabela 5**). Entre estas que referiram antecedentes de DST, 83,8% relataram corrimento vaginal interpretado por elas como anormal, embora não se possa afirmar em que proporção tenha sido efetivamente ocasionada por um agente de

Tabela 1 – Distribuição das gestantes segundo os países

| País | Nº | % |
|--------------|------------|--------------|
| Brasil | 256 | 46,5 |
| Peru | 199 | 36,2 |
| Colômbia | 95 | 17,2 |
| Total | 550 | 100,0 |

Tabela 2 – Gestantes incorporadas ao estudo segundo municípios de residência

| Municípios | Nº | % |
|--------------------|------------|--------------|
| Atalaia do Norte | 51 | 9,3 |
| Tabatinga | 144 | 26,2 |
| Benjam in Constant | 61 | 11,1 |
| Caballo Cocha | 175 | 31,8 |
| Santa Rosa | 15 | 2,7 |
| Islandia | 9 | 1,6 |
| Letícia | 73 | 13,5 |
| Puerto Narino | 22 | 2,7 |
| Total | 550 | 100,0 |

Tabela 3 – Idade média das gestantes segundo os países

| País | Idade média/em anos |
|--------------|---------------------|
| Brasil | 23,6 |
| Colômbia | 24,9 |
| Peru | 22,9 |
| Total | 23,6 |

Idade mínima 14 anos

Idade máxima: Brasil 48, Colômbia 42 e Peru 41

Tabela 4 – Nível de escolaridade segundo os países

| Nível | Brasil | Colômbia | Peru | Total |
|--------------------|---------------------|--------------------|---------------------|---------------------|
| Analfabeto | 12 (4,8%) | 0 (0,0%) | 4 (2,1) | 16 (3,0%) |
| Alfabetizado | 2 (0,8%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 2 (0,4%) |
| Ensino Fundamental | 160 (64,5%) | 45 (49,4%) | 122 (64,5%) | 327 (61,9%) |
| Ensino Médio | 70 (28,2%) | 37 (40,6%) | 50 (26,4%) | 157 (29,7%) |
| Superior | 4 (0,6%) | 9 (9,9%) | 13 (6,9%) | 26 (4,9%) |
| Total | 248 (100,0%) | 91 (100,0%) | 189 (100,0%) | 528 (100,0%) |

Tabela 5 – Antecedentes referidos de DST

| País | Antecedentes DST | | DST | | | |
|--------------|------------------|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| | Sim | % | Gonorréia | Verrugas | Sífilis | Corrimento |
| Brasil | 27/249 | 10,8 | 1 (0,4%) | 1 (0,4%) | 3 (1,2%) | 22 (8,8%) |
| Colômbia | 10/95 | 10,5 | 4 (4,2%) | 1 (1,0%) | 0 (0,0%) | 5 (5,3%) |
| Peru | 37/198 | 18,7 | 2 (1,0) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 35 (17,8%) |
| Total | 74/542 | 13,6 | 7 (1,3%) | 2 (0,4%) | 3 (0,6%) | 62 (11,4%) |

Tabela 6 – Número de parceiros sexuais no último ano

| Número de parceiros | Brasil | Colômbia | Peru | Total |
|---------------------|------------|----------|------------|------------|
| 1 | 224 | 83 | 192 | 499 |
| 2 | 14 | 4 | 3 | 21 |
| 3 | 5 | 3 | 0 | 8 |
| 4 | 1 | 1 | 0 | 2 |
| 5 | 6 | 0 | 0 | 6 |
| Total | 250 | 9 | 195 | 536 |

Mais de um parceiro ($p < 0,01$ Peru vs. Brasil e Colômbia)

Brasil: 10,4%

Colômbia: 8,8%

Peru: 1,5%

transmissão sexual. Doze mulheres identificaram realmente passado venéreo (2,3%), sete delas com infecção gonocócica, três com sífilis e duas com verrugas genitais. Neste grupo Brasil e Colômbia com cinco casos cada, tiveram uma incidência referida maior que Peru.

Das 536 mulheres de toda a região, 5,8% responderam que tiveram mais de um parceiro sexual no último ano (**Tabela 6**), este indicador, com 1,5%, foi significativamente inferior no lado peruano e alcançou valores significativos ($p < 0,05$), com respeito ao lado brasileiro (10,3%) e colombiano (8,8%).

A síndrome do corrimento vaginal foi encontrada em 57,1% das mulheres examinadas, porém do lado peruano esta cifra alcançou 81%. A única etiologia desta síndrome estudada foi a tricomoníase vaginal, comprovada em 6,3% das mulheres da região com variações entre 1,1% nas colombianas e 9,6% nas residentes peruanas, diferença na prevalência estatisticamente significativa ($p = 0,007$), encontrada a partir do diagnóstico efetuado por um técnico de laboratório, que desconhecia a procedência das amostras (**Tabela 7**).

Não foi possível demonstrar diferença estatisticamente significativa ($p = 0,07$) quando comparadas as taxas de prevalência por tri-

comoníase vaginal com relação às gestantes com múltipla parceria sexual no último ano e as que tiveram parceiro único, apesar da prevalência no primeiro grupo ter-se relevado mais que o dobro do segundo (13,9% vs. 5,9%).

Para o diagnóstico de sífilis, combinou-se um rastreio da população-objeto do estudo com uma prova não-treponêmica (VDRL) e a confirmação daquelas reativas por uma prova treponêmica (FTAABs). A prevalência global de gestantes VDRL reativas foi de 7,2%. No lado peruano foi mais elevada, 9,6%, seguido das brasileiras (6,3%) e colombianas (4,3%). Das 39 reativas ao VDRL somente 5 (12,8%) foram positivas na prova confirmatória, portanto a prevalência de sífilis no grupo estudado é de 0,92%, sendo que a Colômbia apresentou uma prevalência duas vezes maior que Brasil e Peru (2,2%, 0,8% e 0,5%, respectivamente), diferenças estas não estatisticamente significativas.

Das gestantes, 99,4% realizaram sorologia anti-HIV e duas (uma do Peru e outra da Colômbia) resultaram soropositivas na prova de ELISA confirmadas por *W. Blot* sendo a prevalência do grupo de 0,2%.

A **Tabela 8** resume os níveis de prevalência para cada um dos agentes etiológicos estudados e a prevalência global das três DST

Tabela 7 Prevalência de tricomoníase vaginal segundo os países

| País | Estudadas | Positivas | % |
|--------------|------------|-----------|------------|
| Brasil | 250 | 14 | 5,6 |
| Colômbia | 95 | 1 | 1,1 |
| Peru | 199 | 19 | 9,6 |
| Total | 544 | 34 | 6,3 |

Peru vs. Colômbia $p = 0,007$

Tabela 8 – Prevalência de DST segundo os países

| País | Sífilis | Tricomoníase | HIV | Total |
|---------------------------|--------------|---------------|--------------|-------------|
| Brasil | 2/252 (0,8%) | 14/250 (5,6%) | 0/256 (0,0%) | 6,4% |
| Colômbia | 2/93 (2,2%) | 1/95 (1,1%) | 1/95 (1,1%) | 3,1% |
| Peru | 1/198 (0,5%) | 19/199 (9,5%) | 1/199 (0,5%) | 10,5% |
| Tríplice Fronteira | 0,92% | 6,3% | 0,2% | 7,4% |

Tabela 9 – Prevalência de DST segundo o município de residência

| Município | Tricomon íase | Sífilis | HIV | Total DST |
|---------------|----------------|--------------|--------------|----------------|
| Atalaia Norte | 7/49 (14,3%) | 1/49 (2,0%) | 0/51 (0,0%) | 8/51 (15,7%) |
| B. Constant | 0/61 (0,0%) | 0/61 (0,0%) | 0/61 (0,0%) | 0/61 (0,0%) |
| C. Cocha | 16/175 (9,15%) | 1/174 (0,6%) | 1/175 (0,6%) | 18/175 (10,3%) |
| Islandia | 3/9 (33,3%) | 0/9 (0,0%) | 0/9 (0,0%) | 3/9 (33,3%) |
| Let ícia | 0/73 (0,0%) | 2/72 (2,8%) | 1/73 (1,4%) | 3/73 (4,1%) |
| Porto Narino | 1/22 (4,5%) | 0/21 (0,0%) | 0/22 (0,0%) | 1/22 (4,5%) |
| Sta. Rosa | 0/15 (0,0%) | 0/15 (0,0%) | 0/15 (0,0%) | 0/15 (0,0%) |
| Tabatinga | 7/140 (5,0) | 1/142 (0,75) | 0/144 (0,0%) | 8/144 (5,6%) |

Tabela 10 – Prevalência de DST em gestantes ou mulheres em idade fértil. Seleção de trabalhos publicados na literatura (Medline) nos últimos 10 anos

| Pa ís | Autor | Ano | n | Prevalência (%) | | | | |
|-------------|----------|--------|-------|-----------------|---------------------|-----------|-----------|----------|
| | | | | Tricomoníase | Sífilis | HIV | Gonorréia | Clamídia |
| A. Solimões | Benzaken | 2003 | 550 | 6,3 | 0,92 | 0,2 | - | - |
| Austr ália | Sullivan | 2000 | 547 | 27,5 | 2,4 | 0,0 | 5,9 | 21,5 |
| Austr ália | Sullivan | 2003 | 441 | 20,8 | 0,5 | 0,0 | 3,3 | 30,9 |
| Tailândia | Kilmarx | 1996 | 521 | - | 0,5 | 7,1 | 0,2 | 5,7 |
| Aboyeji | Nigeria | 2000 | 230 | 4,7 | 1,7 | - | 1,3 | - |
| Brasil | Miranda | 1999 | 1608 | - | 3,0 | 0,8 | - | - |
| Brasil | Cook RL | 2003 | 200 | - | 6,5 | 8,0 | 9,5 | 8,0 |
| C. Marfil | Diallo | 1996 | 546 | - | 1,1 | 16,2 | 3,7 | 5,5 |
| R. Checa | Kacena | 2000 | 134 | - | - | 0,0 | 0,0 | 2,2 |
| USA* | Campos | 1994 | 347 | - | 0,3 | - | 1,2 | 10,1 |
| Jamaica | Dowe | 1997 | 200 | 16 | - | 0,5 | 0,5 | - |
| Barbados | Levett | 1994 | 98 | 18,3 | 2,0 | - | 1,0 | 18,3 |
| It ália | Menegon | 1997 | 4396 | - | - | 0,6 | - | - |
| Brasil** | De Lima | 2002 | 341 | 10,0 | 3,0 | - | 6,0 | 6,0 |
| Peru | Alarcon | 96 -97 | 12436 | - | - | 0,5 | - | - |
| B. Faso | Sombie | 95 -98 | 10980 | - | 0,24 | 8,8 | - | - |
| Brasil*** | Miranda | 2000 | 121 | 30 | 16 | 9,9 | 7,6 | 11 |
| Peru | Thompson | 1999 | 363 | 10,8% | das gestantes tinha | m uma DST | | |

* Mulheres México -americanas

** Mulheres em idade reprodutiva, Maceió, Alagoas

***Mulheres prisioneiras, Espírito Santos

por país. Para o total da área do Alto Rio Solimões a prevalência das três DST estudadas foi de 7,42%, tendo um valor máximo de 10,5% no Peru, intermediário no Brasil (6,4%) e mínimo (3,1%) na Colômbia. Com relação aos municípios compreendidos no estudo, observa-se na **Tabela 9** que Islandia, no Peru, com menor número de mulheres estudadas, apresenta a prevalência global mais alta (33,3%), seguida de Atalaia do Norte (Brasil) com 15,7% e Caballo Cocha (Peru) com 10,3%.

DISCUSSÃO

Em revisão da literatura indexada no Medline (**Tabela 10**) para identificar estudos de prevalência de DST em gestantes (ou mulheres em idade fértil) realizados nos últimos 10 anos¹⁻¹⁷ com a finalidade de comparar as taxas de prevalência encontradas com os publicados por outros autores, observou-se que a maior parte destes estudos tiveram um desenho semelhante (estudos de corte transver-

sal) e são de países em desenvolvimento ou em grupos de subpopulações *menos favorecidas* em nações de elevado nível sócio-econômico.

Ao comparar os resultados deste estudo observa-se que os valores de prevalência para tricomoníase vaginal se encontram entre os mais baixos neste grupo de publicações, que tem uma média ao redor de 15%, sendo o mais baixo o da Nigéria⁴ (4,7%) e o mais elevado de um estudo do Brasil¹⁶ realizado em presidiárias. Para sífilis, a prevalência média dos estudos revisados situa-se entre 2% e 3% e um estudo realizado em Burkina Faso com valores inferiores (0,24%). Destaca-se o trabalho de Miranda¹⁶ e colaboradores, do Brasil, como o que obteve a maior prevalência (9,9%), em presidiárias, grupo de maior vulnerabilidade. A terceira DST investigada no estudo, a infecção pelo HIV, apresenta prevalências intermediárias entre 3% e 4%, valores muito superiores aos encontrados neste estudo (0,2%), o que permite inferir que, comparativamente, a região do Alto Solimões encontra-se numa etapa inicial da epidemia pelo HIV-aids.

Apesar de não se ter investigado as prevalências da infecção gonocócica e por clamídia, os estudos revisados em mulheres gestantes demonstram uma prevalência média de 5% e 10% respectivamente para cada uma delas. Uma investigação realizada em mulheres jovens por Cook⁶ e colaboradores no Rio de Janeiro, Brasil, alcançou a cifra de 9,5% de prevalência para infecção gonocócica e outra realizada por Sullivan² na Austrália mostrou 30,9% para infecção por clamídia.

A OMS¹⁸ estabeleceu que quando a prevalência das DST se situa ao redor de 5% na população geral, estas representam um problema importante de saúde para a localidade ou país em questão. A prevalência global das três DST estudadas alcança 7,4%, (no lado do Peru acima de 10%). Por mais baixos que fossem os níveis de prevalência para as DST curáveis não-estudadas (gonorréia e clamídia), se fossem acrescentados as gestantes sem cobertura de pré-natal, as demais mulheres e homens sexualmente ativos, muito provavelmente, de acordo com os indicadores internacionais, a cifra ultrapassaria, em muito, à estabelecida pela OMS.

Admitindo-se que as gestantes são representativas da população feminina sexualmente ativa, pode-se considerar então que, mesmo comparadas com os resultados publicados, as prevalências deste estudo são relativamente baixas de DST na região do Alto Solimões, porém não deixam de ser um problema de saúde importante e que deve receber a maior prioridade possível por parte das autoridades políticas de todos os países que a conformam.

CONCLUSÃO

A taxa de prevalência estimada para as DST curáveis na região fronteira do Alto Solimões é superior a 5% e a de sífilis a 1%, o que significa que este grupo de doenças representa um problema importante de saúde na população geral, que permanecia oculto até a realização da presente investigação.

Ao contrário, a seroprevalência do HIV (0,2%) é, todavia, relativamente baixa e isto representa que se encontra num momento oportuno para que a implementação de programas efetivos de prevenção e controle das DST (especialmente as curáveis) possam ser

eficientes na prevenção da expansão da epidemia do HIV-aids e suas conseqüências.

Este estudo demonstrou, também, que a realização de programas ou intervenções conjuntas entre países vizinhos são possíveis, mesmo sem contar com recursos econômicos adicionais e que um efetivo controle das DST na região será mais factível se os diferentes programas tiverem coordenação comum necessária para que as intervenções sejam semelhantes em todos os lados da fronteira.

Finalmente, se a divulgação destes resultados alcançar as autoridades correspondentes de cada um dos três países envolvidos e levar à reflexão profunda do problema e ao estabelecimento de novas intervenções conjuntas de maneira contínua, acredita-se ter sido cumprido o nosso propósito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SULLIVAN, E. A., ABEL, M., TABRIZI, S. *et al.* Prevalence of sexually transmitted infections among antenatal women in Vanuatu, 1999-2000. *Sex Transm Dis*, 30(4):362-6, 2003.
2. SULLIVAN, E. A., KORO, S., TABRIZI, S. *et al.* Prevalence of sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus among women attending prenatal services in Apia, Samoa. *SM. Int J STD AIDS*, 15(2):116-9, 2004.
3. KILMARX, P.H., BLACK, C.M., LIMPAKARNJANARAT, K. *et al.* Rapid assessment of sexually transmitted diseases in a sentinel population in Thailand: prevalence of Chlamydia infection, gonorrhoea, and syphilis among pregnant women—1996. *Sex Transm Infect*, 74(3):189-93, 1998.
4. ABOYEJI, A. P., NWABUISI, C. Prevalence of sexually transmitted diseases among pregnant women in Ilorin, Nigeria. *J Obstet Gynaecol*, 23(6):637-9, 2003.
5. MIRANDA, A.E., ALVES, M.C., NETO R.L., AREAL, K.R., GERBASE, A.C. Seroprevalence of HIV, hepatitis B virus, and syphilis in women at their first visit to public antenatal clinics in Vitoria, Brazil. *Sex Transm Dis*, 28(12):710-3, 2001.
6. COOK, R.L., MAY, S., HARRISON, L.H. *et al.* High prevalence of sexually transmitted diseases in young women seeking HIV testing in Rio de Janeiro, Brazil. *Sex Transm Dis*, 31(1):67-72, 2004.
7. DIALLO, M.O., ETTIEGNE-TRAORE, V., MARAN, M. *et al.* Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infections in women attending an antenatal clinic in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Int J STD AIDS*, 8(10):636, 1997.
8. KACENA, K.A., DOHNAL, K., BENESOVA, V. *et al.* Chlamydia, gonorrhoea, and HIV-1 prevalence among five populations of women in the Czech and Slovak Republics. *Sex Transm Dis*, 28(6):356-62, 2001.
9. CAMPOS-OUTCALT, D., RYAN, K. Prevalence of sexually transmitted diseases in Mexican-American pregnant women. *Sex Transm Dis*, 22(2):78-82, 1995.
10. DOWE, G., KING, S.D., SMIKLE, M.F., WYNTER, H.H., CHOUT, R., KLASKALA, W. Prevalence of viral and bacterial sexually transmitted pathogens in Jamaican pregnant women. *West Indian Med J*, 47(1):23-5, 1998.
11. LEVETT, P.N., TARUVINGA, M., MAHESWARAN, K., ROTCHELL, Y. Genital tract infections in sexually active women in Barbados. *West Indian Med J*, 44(4):128-9, 1995.
12. MENEGON, T., BALDO, V., CRISTOFOLETTI, M., GRELLA, P., CARLETTI, M., TRIVELLO, R. Seroprevalence of HIV infection among pregnant women in the Veneto region (north-east Italy). *Public Health*, 114(6):477-9, 2000.
13. SOARES, V.L., MESQUITA, A.M., CAVALCANTE, F.G. *et al.* Feldmeier H. Sexually transmitted infections in a female population in rural north-east Brazil: prevalence, morbidity and risk factors. *Trop Med Int Health*, 8(7):595-603, 2003.
14. ALARCON, J.O., JOHNSON, K.M., COURTOIS, B. *et al.* Determinants and prevalence of HIV infection in pregnant Peruvian women. *AIDS*, 17(4):613-8, 2003.
15. SOMBIE, I., MEDA, N., CARTOUX, M. *et al.* Seroprevalence of syphilis among women attending urban antenatal clinics in Burkina Faso, 1995-8. The

- DITRAME Study Group. Diminution de la Transmission Mere-Enfant. *Sex Transm Infect*, 76(4):314-6, 2000.
16. MIRANDA, A.E., VARGAS, P.M., ST. LOUIS, M.E., VIANA, M.C. Sexually transmitted diseases among female prisoners in Brazil: prevalence and risk factors. *Sex Transm Dis*, 27(9):491-5, 2000.
17. THOMPSON, D.A., TSAI, Y.K., GILMAN, R.H., VIVAR, A., CALDERON, M. Sexually transmitted diseases in a family planning and an antenatal clinic in Peru: limitations of current practices and analysis of the use of potential markers, pH testing, and Whiff testing. *Sex. Transm Dis*, 27(7):386-92, 2000.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION HIV/AIDS/STI INITIATIVE STI TECHNICAL WORKING GROUP. STI.PAC: a framework and tools for implementing STI Prevention and Care. Tentative document, Geneva, 2003.

Endereço para correspondência:

ADELE S BENZAKEN

Rua Codajás 24-Cachoeirinha,
Manaus-Amazonas - CEP:69.065-130
E-mail: dst@fuam.am.gov.br

Recebido em: 22/06/04

Aprovado em: 27/09/04