Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Fatores associados à realização do teste anti-HIV na
população brasileira**

Cláudia Renata dos Santos Barros

Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do título de Doutor em
Ciências.

Área de concentração: Saúde,
Ciclos de Vida e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Ivan França
Junior

São Paulo

2012

Fatores associados à realização do teste anti-HIV na população brasileira

Cláudia Renata dos Santos Barros

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientador: Prof. Assoc. Ivan França Junior

São Paulo

2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

Dedico esta tese de doutorado ao meu pai, que infelizmente não está mais entre nós, a minha mãe que sempre contribuiu para a minha formação com muito carinho e paciência e ao Rodrigo, que nunca deixou de me apoiar e de acreditar no meu crescimento profissional.

Agradecimentos

Agradeço a todos que contribuíram na construção deste trabalho com conhecimentos técnicos e também aqueles que sempre estiveram ao meu lado com apoio emocional, carinho e muito amor para eu concluir mais esta etapa em minha vida.

Em primeiro lugar, não tem como deixar de agradecer a Deus que possibilitou uma boa condição de saúde para que pudesse executar todos os meus projetos de vida.

Agradeço ao meu querido orientador Ivan França Junior que me acolheu desde o mestrado, dando oportunidade para que eu adentrasse na área acadêmica e de pesquisa. Lembro como se fosse ontem a entrevista para a seleção do mestrado e o Ivan me estendeu a mão me proporcionando o início dessa trajetória com ricas contribuições intelectuais, além de grande apoio pessoal nos momentos de grandes dificuldade e também de alegrias. Só tenho a dizer: ***muito obrigada Ivan.***

Agradeço aos professores Aluísio Segurado e Paulo Menezes que participaram da banca do exame de qualificação e que deram grandes contribuições para a melhoria de meu trabalho, além de participarem ativamente de minha formação.

Agradeço a Profa. Lilia Blima Schraiber, pela paciência, carinho e atenção em cada artigo escrito e publicado, além da contribuição na execução da tese. Sempre esteve disponível a ensinar conceitos e métodos de escrita científica, valorizando com muita sabedoria as dificuldades e o pouco conhecimento dos pós-graduandos.

Agradeço ao Prof. José Leopoldo que durante a disciplina de multinível me auxiliou muito para a finalização de minhas análises estatísticas.

Agradeço a Iara, Leandro, Carmen e Meire, por estarem sempre dispostos a prestar qualquer auxílio, além do grande carinho e atenção que tiveram comigo desde o início.

Agradeço minha família que é meu porto seguro, que mesmo longe estamos sempre próximos em todos os momentos. Particularmente agradeço minha mãe, que passava as tardes na escola, durante a primeira série do ensino fundamental, para eu não fugir e ficar assistindo aula. Essa foi a base de toda a educação e aprendizado.

Agradeço a Rodrigo, sempre disposto a ajudar em tudo, inclusive financeiramente para eu poder chegar até este momento com tranquilidade.

Por fim, mas não menos importante, agradeço aos meus amigos Fernando, Simone, Camila, Lilian, Inês, Eliana, Bruna, Fábio, Diane e Elaine por ficarem sempre ao meu lado me apoiando e ajudando.

Resumo

Conhecer os motivos de busca de serviços para a realização do teste anti-HIV é um fator importante para a prevenção da aids entre a população geral. Apesar da disponibilização de teste e aconselhamento gratuitos no Brasil, há lacunas quanto à cobertura. Assim, este estudo estimou a associação entre fatores contextuais e individuais e a realização do teste anti-HIV entre a população brasileira. Para isto, foram analisados dados de um inquérito domiciliar realizado com 4.760 moradores de regiões urbanas. A amostra final foi composta de 2.566 (51,9%) mulheres e 2.194 (48,1%) homens que tinham iniciado a vida sexual. O modelo teórico foi baseado no quadro da vulnerabilidade e para efeito de análise as variáveis relativas às respostas dos indivíduos foram consideradas de nível individual (dimensão individual e social da vulnerabilidade) e aquelas referentes ao município de moradia de nível contextual (dimensão social e programática da vulnerabilidade). As variáveis do nível individual foram: características sociodemográficas e da saúde sexual e saúde reprodutiva; informação sobre o tratamento de aids, conhecer alguém com aids e ter opiniões sobre práticas de segregação em relação às pessoas infectadas pelo HIV (questões que expressaram a atitude de apartação e exclusão do convívio social dos portadores de aids). Para o nível contextual, utilizamos o índice de desenvolvimento humano, a prevalência de aids e a presença de Centro de Testagem e Aconselhamento no município de moradia. A variável dependente foi categorizada em “não realizou o teste”, “realizou por busca espontânea” e “realizou por solicitação”. Para estimação dos fatores associados foram realizados três modelos de Poisson multinível de intercepto aleatório, sendo dois para mulheres (busca espontânea e por solicitação) e 1 para homens (busca por solicitação); e um modelo de Poisson sem considerar os conglomerados para os homens (busca espontânea). Nos quatro modelos a categoria de referência da variável dependente foi “não realizou o teste”. No teste por busca espontânea, observamos que os fatores associados que foram comuns entre mulheres e homens foram do nível individual: “idade”, “uso de preservativo na primeira ou na última relação sexual”, “autopercepção de risco” e “conhecer alguém com aids”. As variáveis associadas, a este tipo de teste, que foram diferentes entre os sexos foram: entre as mulheres no nível individual (“ser solteira ou separada”, “início a vida sexual até 15 anos”, “ter tido três ou mais parceiros(as) sexuais na vida” e “ter

informações sobre o tratamento para aids”) e contextual (“IDH alto” e “presença de CTA”); entre os homens: somente do nível individual (“ter ensino médio e superior” e “ser homo ou bissexual”). Já na realização do teste por solicitação, as variáveis similares entre os sexos foram do nível individual (“saber ler e escrever”, “ter filhos de até seis anos de idade”, “conhecer alguém com aids” e “ter informação sobre o tratamento de aids”) e do contextual (“presença de CTA no município de moradia”). As variáveis associadas ao teste por solicitação, que foram diferentes entre os homens e as mulheres foram do nível individual: entre as mulheres (“idade de 16 a 55 anos”, “ser casada ou em união consensual”, “início a vida sexual até 15 anos”, “uso de preservativo na primeira ou na última relação sexual” e “ter tido três ou mais parceiros (as) sexuais na vida”) e do contextual (“IDH alto” no município de moradia). Entre os homens as variáveis do nível individual foram: “idade entre 26 e 45 anos”, “ter tido DST na vida”, “sofrimento de violência sexual” e “não ter ideias de prática de segregação em relação à aids”. Concluimos que o motivo de realização do teste ocorre mais frequentemente quando a epidemia é percebida como próxima. Concluimos também que, independentemente do sexo, a busca espontânea por teste se dá por fatores ligados à vulnerabilidade individual, ao passo que no teste solicitado agrega-se variável do plano programático. Concluimos que há marcadas diferenças de gênero, estando mulheres casadas e homens heterossexuais desprotegidos por não buscarem espontaneamente o teste anti-HIV. A realização do teste por solicitação é coerente com as estratégias da resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids que prioriza a prevenção da transmissão vertical, a testagem quando da detecção de outra DST e na ocorrência de violência sexual.

Descritores: Teste anti-HIV; Vulnerabilidade; Gênero.

Abstract

Understanding HIV test-seeking motivation is important to AIDS prevention in the general population. Although free counseling and testing are available, coverage gaps are found in Brazil. This study estimated contextual and individual factors associated with HIV testing among Brazilians. Data analysis was based on a household survey carried out with 4,760 residents of urban areas. The final sample corresponded to 2,566 (51.9%) women who had ever had sex and 2,194 (48.1%) men who had ever had sex. The vulnerability theoretical framework was developed to analyze variables regarded as being of individual level (individual and social dimensions of vulnerability), and those related to the city of residence were considered contextual level (social and programmatic dimensions of vulnerability). Individual level variables included socio-demographic characteristics, sexual and reproductive health, information on AIDS treatment, knowing someone with AIDS, and AIDS-related segregation ideas. Human development index (HDI), AIDS prevalence, and the presence of counseling and testing facilities in the city of residence were contextual level variables. Outcome was defined as 'not taking the test', 'client-initiated testing', and 'provider-initiated testing'. Three multilevel Poisson models with random intercept were developed to estimate associated factors. Two models were estimated for women (client and provider-initiated testing) and one for men (provider-initiated testing), as well as one Poisson model excluding men clusters (client-initiated testing). 'Not taking the last HIV test' was the reference category in all models. At the individual level, for both males and females, factors associated with client-initiated testing were: age between 26-35 years; inconsistent condom use; self-perception of risk; and knowing someone with AIDS. Different variables were associated with client-initiated testing for each sex. Among women the following variables were associated at the individual level: being single or divorced; first sexual debut until age of 15; having had three or more sexual partners; and information on AIDS treatment. The following were associated at the contextual level: high HDI; and presence of counseling and testing facilities. Among men only individual level variables were associated: high school and college education; and being homo or bisexual. As for provider-initiated testing there were some differences

between the variables associated for each sex. For both sexes, some individual level variables were associated – literacy, having children under 6 years old, knowing someone with AIDS, and information on AIDS treatment – and one contextual variable – presence of counseling and testing facility in the city of residence. As for gender differences in provider-initiated testing, the following were associated for women: at the individual level – age between 16-55 years; being married or living with partner; first sexual experience under the age of 15; inconsistent condom use; and having had three or more sexual partners – and at the contextual level – high HDI of city of residence. As for men, the associated individual level variables were: age between 26-45 years; history of STD; being victim of sexual assault; and absence of AIDS-related segregation ideas. We conclude that HIV testing is more frequent among individuals who perceive AIDS epidemic as something familiar. We also conclude that client-initiated testing is associated with individual vulnerability and that provider-initiated testing is associated with programmatic vulnerability for both men and women. Test-seeking motivation is affected by gender inequality: married women and heterosexual men are unprotected as they present HIV testing-seeking behavior less frequently. Provider-initiated testing is in accordance with the Brazilian response to HIV/AIDS epidemic, which prioritizes HIV testing in strategies for preventing vertical transmission, and in the context of STD diagnosis and report of sexual violence.

Descriptors: HIV Testing; Vulnerability; Gender.

Sumário

1.	Apresentação	16
2.	Introdução	18
2.1.	Dados epidemiológicos	21
2.1.1.	Prevalência da testagem	21
2.1.2.	Fatores associados à realização do teste anti-HIV	22
3.	Referencial Teórico	25
4.	Hipótese	31
5.	Objetivo	32
6.	Sujeitos, Materiais e Métodos	33
6.1.	Sujeitos e plano amostral	33
6.2.	Seleção e rastreamento da amostra	35
6.3.	Coleta de dados	36
6.4.	Aspectos éticos	37
6.5.	Delineamento do estudo sobre a realização do teste anti-HIV	38
6.6.	Amostra do estudo sobre a realização do teste anti-HIV	38
6.7.	Definição das variáveis	38
6.7.1.	Variáveis	41
6.8.	Análises estatísticas	49
7.	Resultados	52
7.1.	Descrições da amostra	52
7.2.	Descrições da realização do teste	53
7.3.	Fatores associados à realização do teste por busca espontânea	55
7.3.1.	Mulheres	55
7.3.2.	Homens	62
7.4.	Fatores associados à realização do teste por solicitação	67

7.4.1. Mulheres.....	67
7.4.2. Homens	73
8. Resumo dos fatores associados à realização do teste anti-HIV por busca espontânea e por solicitação.....	78
9. Discussão	80
10. Considerações finais	94
11. Referências.....	95
Anexos	103
Anexo 1. Instrumento de coleta (em cd)	104
Anexo 2. Autorização para uso do banco de dados.....	105
Anexo 3. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	106

Lista de Tabelas

Tabela 1	Plano amostral. Brasil. 2005.	Pag 30-31
Tabela 2	Classificação dos domicílios. Brasil. 2005.	Pag 32-33
Tabela 3	Distribuição das variáveis independentes segundo as dimensões da vulnerabilidade e níveis analíticos. Brasil. 2005.	Pag 36
Tabela 4	Frequências, proporções e intervalos de confiança das características sociodemográficas da amostra total e estratificada por sexo. Brasil. 2005.	Pag 48-49
Tabela 5	Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste anti-HIV por busca espontânea entre as mulheres. Brasil. 2005.	Pag 54-57
Tabela 6	Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste anti-HIV por busca espontânea entre os homens. Brasil. 2005.	Pag 60-62
Tabela 7	Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste anti-HIV por solicitação entre as mulheres. Brasil. 2005.	Pag 65-68
Tabela 8	Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste por solicitação entre os homens. Brasil. 2005.	Pag 71-73
Tabela 9	Resumo dos resultados finais dos modelos, que foram comuns entre homens e mulheres,	Pag 74
Tabela 10	Resumo dos resultados finais dos modelos, que foram diferentes entre homens e mulheres.	Pag 75

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Descrição total e por sexo da realização do último teste anti-HIV. Brasil. 2005.	Pag 49
Gráfico 2	Descrição do tipo do último teste anti-HIV realizado, estratificado por sexo. Brasil. 2005.	Pag 50
Gráfico 3	Descrição do local da realização do teste, estratificado por sexo. Brasil. 2005.	Pag 50

Lista de Figuras

Figura 1 Esquema das três dimensões da vulnerabilidade **Pag 28**

Siglas utilizadas

AE	Ambulatório de Especialidades
AZT	Zidovudina
COAS	Centro de Orientação e Apoio à Testagem
CPA	Centro de Prevenção e Assistência
CR	Centro de Referência em DST/Aids
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doença sexualmente transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLVIII	Human T-lymphotropic virus Type III
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAV	Lymphadenopathy associated virus
ONGS	Organizações não governamentais
SAE	Serviços de Assistência Especializada

1. Apresentação

O desenvolvimento desta tese de doutorado foi um desafio para minha formação, pois busquei utilizar o conceito de vulnerabilidade na interpretação dos dados empíricos sobre a realização da testagem anti-HIV. Digo desafio, pela dificuldade em adaptar os dados empíricos dentro de um quadro teórico de análise complexa.

Meu interesse na conjunção desses instrumentos analíticos surgiu após uma trajetória de oito anos de trabalho no campo da aids que englobou a prevenção primária e secundária em três diferentes, mas interligados, campos de atuação, que são: pesquisa, serviços de saúde e palestras sobre prevenção.

Quanto à pesquisa, durante o mestrado, tive a oportunidade de atuar com coleta de dados na área qualitativa, com entrevistas com jovens órfãos por aids, e com um inquérito populacional com crianças e jovens órfãos por aids. Durante ambos os trabalhos de campo, me deparei com situações de vulnerabilidade social e programática que influenciavam diretamente as decisões e atitudes das pessoas entrevistadas. Particularmente, um fato que me marcou muito e acho importante descrever sinteticamente, foi o caso de uma mulher entrevistada (pesquisa qualitativa) que se recusava a aderir ao tratamento medicamentoso para aids. Nessa entrevista, pudemos ver claramente a influência da atuação médica, além das condições de trabalho, na prevenção secundária. Isto porque, a recusa em tomar medicamento era devida (na fala da entrevistada), não poder tomar os medicamentos no trabalho, pois passava mal com os efeitos colaterais, e tinha medo que seus padrões descobrissem sua condição sorológica; não gostava de conversar com os médicos a respeito, pois teve sua revelação diagnóstica de modo traumático - no momento da revelação diagnóstica o médico disse “você sabe que você matou sua filha?”, porque ela se descobriu soropositiva para o HIV quando sua segunda filha, ainda bebê, adoecia muito e também foi diagnosticada positiva para o HIV e; por fim, ela não queria tomar medicamento por medo, pois todos seus amigos que tomavam tinham falecido.

No que diz respeito ao trabalho em serviços de saúde, atuava na prevenção secundária, com a lipodistrofia (manifestação clínica observada em pessoas com HIV cronicamente infectadas, por ação direta da infecção ou por efeito adverso dos medicamentos). Em cada avaliação física eu tinha uma surpresa diferente, mas sempre relacionada com o desconhecimento sobre o tratamento e os negativos efeitos sociais, entre eles: o desconhecer a importância do exercício físico para lipodistrofia e não entender o que ocorria com seu corpo; não se relacionar afetivamente por vergonha do corpo e medo de preconceito.

Finalmente, em palestras sobre a prevenção para infecção do HIV e outras DSTs, me deparei com o fato das pessoas conhecerem a importância do preservativo para prevenção de DST, mas não usá-lo. Evidentemente, o uso do preservativo envolve outras questões, além do conhecimento. Em relação à realização do teste, algumas pessoas até relatavam se perceberem em risco de infecção, mas não tinham coragem de fazer o teste anti-HIV.

Com estes breves relatos de atividades voltadas à prevenção primária e secundária da aids, fica aparente a limitação da interpretação dos dados com foco apenas nas características individuais. Desse modo, neste trabalho busco interpretar os dados empíricos sob o olhar do quadro da vulnerabilidade, que possibilita a interpretação dos dados empíricos nos três eixos: individual, social e programático.

Para isto, utilizei dados da pesquisa intitulada “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileiras sobre HIV/Aids”, cuja coleta de dados foi realizada em 2005, com amostra representativa da população brasileira constituída por 5.040 moradores das grandes regiões urbanas. Os detalhamentos da seleção amostral e coleta de dados desta pesquisa maior estão descritos no tópico Métodos deste trabalho.

2. Introdução

A divulgação dos casos de aids começou entre 1981 e 1982 com a publicação dos casos de pessoas com Pneumocistose¹ e com Sarcoma de Kaposi², consequentes de uma deficiência no sistema imunológico. A partir desse momento, nasce a preocupação com uma doença desconhecida que acometia o sistema imunológico de pessoas saudáveis, que como consequências surgiam doenças oportunistas (KALICHMAN, 1993). Apesar dessas doenças originadas pela supressão do sistema imunológico não estarem restritas a homossexuais, a maior frequência de casos estava entre esse subgrupo populacional. Outra característica em comum entre as pessoas com essa deficiência imunológica, tanto homens como mulheres, era ter tido relações sexuais com outros homens com os mesmos sintomas e o uso de drogas injetáveis (CDC, 2001).

Durante 18 meses, epidemiologistas conduziram estudos com os grupos mais afetados, ou seja, os homossexuais, para conhecer os fatores de risco dessa doença, que foi reconhecida como uma síndrome – Síndrome da Imunodeficiência Humana (aids), na tentativa de conhecer sua causa e conter sua disseminação (CDC, 2001).

Com o aparecimento de novos casos entre haitianos e mais tarde entre pacientes hemofílicos, começou-se a aceitar, apesar de muita resistência, que essa síndrome não estava restrita aos homossexuais. Além disso, os casos de pacientes hemofílicos chamaram a atenção para a possível transmissão da doença para os receptores de sangue (KALICHMAN, 1993).

Então foi divulgado, em 1983, o primeiro relatório interinstitucional de recomendação sobre a aids que alertava a população sobre os chamados grupos de risco: parceiros sexuais de pessoas com aids, homossexuais e bissexuais ativos e com múltiplos parceiros, usuários e ex-usuários de drogas injetáveis, haitianos e os pacientes com hemofilia (KALICHMAN, 1993).

¹ Pneumocistose – doença pulmonar associada a pessoas com imunodepressão (Ministério da Saúde, 2005).

² Sarcoma de Kaposi – é a neoplasia mais comum em pacientes com aids. Está associada a imunodepressão e a infecção pelo herpes vírus humano tipo 8(HHV8) (Costa e col, 2008)

Concomitantemente com o rápido aumento de casos, o esforço pela descoberta do agente causador da doença, fato importante para o seu controle, foi atropelado por uma disputa política e econômica que só terminou com o acordo entre os Estados Unidos (Dr. Robert Gallo) e a França (Luc Montagnier) para a legitimidade científica conjunta do vírus (Rawling, 1994). Não vamos nos deter aos detalhes dessa disputa entre os dois grupos, somente relatar que hoje sabemos que o grupo francês foi responsável pela descoberta do vírus e o Dr. Robert Gallo foi condenado a devolver uma alta quantia em dinheiro referente royalties do teste anti-HIV (RAWLING, 1994).

Em 1984, inicia-se a testagem (ELISA) em bancos de sangue em 1984, após a identificação dos retrovírus LAV e HTLVIII como sendo idênticos agentes etiológicos da aids, já sob a denominação HIV (KALICHMAN, 1993).

O teste nesse momento tinha o objetivo de rastreamento diagnóstico (*screening*). Nesse período, as pessoas identificadas como soropositivas eram impedidas de doar sangue e seus nomes eram incluídos em listas de outros serviços, o que consequentemente resultou no isolamento das pessoas infectadas. Importante considerar que a realização de teste como *screening* em locais de baixa prevalência apresenta altas proporções de falsos positivos. Além disso, até o momento não havia tratamento para as pessoas identificadas como infectadas, sendo o diagnóstico uma sentença de morte.

No Brasil, o teste anti-HIV (ELISA) foi disponibilizado, em 1986, também, como triagem obrigatória em bancos de sangue. Paralelamente, por pressão da sociedade civil, houve a oferta da testagem voluntária nos serviços de saúde destinada aos grupos com maior risco de infecção (KALICHMAN, 1993).

Entre 1987 e 1988, foram criados os Centros de Orientação e Apoio a Testagem (COAS), com testagem gratuita, confidencial e anônima entre os grupos com comportamento de risco, entre eles estavam: os homossexuais masculinos, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (KALICHMAN, 1993). Entretanto, o tratamento medicamentoso existente (AZT), ainda nesse período, não era acessível a toda população.

A partir de 1996, com a distribuição gratuita, no Brasil, da terapia antirretroviral de alta atividade (combinação de pelo menos três drogas antirretroviral), a importância da testagem voluntária foi reforçada como estratégia de prevenção secundária da doença, e não meramente como estratégia diagnóstica. O diagnóstico precoce possibilita o início do tratamento, que reduz a morbidade e mortalidade relacionadas à doença (GRANGEIRO e col., 2011), além de diminuir o risco de transmissão com a redução da carga viral plasmática.

Nesse sentido, a partir de 2008, são ofertados para a população brasileira 383 Centro de Testagens e Aconselhamentos (CTA). A maior parte está concentrada na região sudeste com 139 centros e a menor na região norte com 53 centros. Na região nordeste, centro-oeste e sul há 57, 65 e 69 centros, respectivamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Além dos CTAs, há possibilidade da realização do teste anti-HIV, gratuitos, em outros serviços especializados em DST/aids, que são: Centros de Prevenção e Assistência (CPA); Serviços de Assistência Especializada (SAE); Centros de Referência em DST/Aids (CR) e Ambulatórios de Especialidades (AE). Os testes também podem ser realizados em laboratórios particulares, tendo, inclusive, a cobertura de convênios médicos.

Também, desde 2003, o Brasil conta com programas de prevenção como “FIQUE SABENDO” que visa estimular a população à realização do teste (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Segundo a UNAIDS/WHO (2004), atualmente há dois tipos de classificação da busca pelo teste: (1) busca espontânea (*client initiation*), com intuito de promover o conhecimento do estado sorológico entre toda a população que pode ter sido exposta ao HIV por qualquer modo de transmissão; e (2) teste por solicitação (*provider initiation*), quando a pessoa apresenta sinais e sintomas indicativos da infecção pelo HIV, diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis, para gestante, uso de droga injetável e tuberculose. Já a realização do teste anti-HIV em bancos de sangue é classificado como realização obrigatória (*mandatory*).

2.1. Dados epidemiológicos

2.1.1. Prevalência da testagem

Ao longo desses anos de oferta de teste anti-HIV, observou-se que a realização da testagem no Brasil vem aumentando. Em 1991, em estudo realizado pelo Datafolha em sete capitais (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Curitiba, Salvador e Recife), foi observada uma prevalência de 14% de realização do teste anti-HIV (DATAFOLHA, 1991). Já em 2001, um estudo com amostra representativa das mulheres brasileiras acima de 15 anos de idade, evidenciou uma cobertura do teste de 22% (FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO, 2001).

Em outro estudo realizado com a população urbana brasileira, os autores mostraram que a prevalência da testagem aumentou de 20,2%, em 1998, para 33,6%, no ano de 2005. Quando excluíram os testes feitos em doações de sangue, classificado como obrigatórios e exames pré-natais, por solicitação, as prevalências de testagem foram de 13,5% e 20,8% em 1998 e 2005, respectivamente (FRANÇA-JR e col., 2008).

Alguns estudos internacionais evidenciaram prevalências de realização do teste similares às do Brasil, sendo de 34% nos Estados Unidos, com redução em 10% após excluir o teste realizado em situação de doação de sangue ou seguro de vida e 34,9% de teste por busca espontânea no Canadá (HOUSTON e col., 1998; INUNGU, 2002).

Entre a população italiana de 18 a 49 anos, em 2001, a prevalência da testagem total foi 33%, com 3,4% exclusivamente espontâneo (RENZI e col., 2001). Outro estudo populacional europeu que avaliou pessoas heterossexuais de 18 a 49 anos, apontou para uma menor taxa de realização de teste espontâneo na Grécia (10,1%), Itália (15,5%) e Noruega (17,4%) (RENZI e col., 2004).

A prevalência da testagem no Brasil apresenta diferenças, quando comparadas entre grupos, em função de fatores sociodemográficos, como escolaridade e condição econômica. Autores identificaram que pessoas com maior

grau de escolaridade e maior renda *per capita* realizaram com maior frequência o teste, independentemente do tipo ou propósito (FRANÇA- JUNIOR e col., 2008; BASSICHETTO e col., 2004; PECHANSKY e col., 2005).

Ainda, entre a população brasileira foi observada menor proporção de testagem nas faixas etárias de 16-19 e 55-65 anos, entre os analfabetos ou com ensino fundamental, entre aqueles com renda menor que três salários mínimos e entre os solteiros. Nas mulheres, a realização do teste foi menor entre: negras, aposentadas e estudantes, católicas ou protestantes, e entre aquelas que se consideravam em baixo ou médio risco de infecção. Quanto aos homens, a menor prevalência de testagem foi entre os desempregados e estudantes (FRANÇA- JUNIOR e col., 2008).

Com relação às variáveis relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva, a menor proporção de teste foi evidenciada entre as mulheres que iniciaram a vida sexual entre 16 e 23 anos, que não usaram preservativo na primeira relação sexual e não tiveram relação sexual nos últimos cinco anos. Além disso, os homens e mulheres que não tiveram DST, nem filhos, que relataram serem heterossexuais e que não conheciam alguém com HIV/Aids fizeram menos testes em 2005 (FRANÇA- JUNIOR e col., 2008).

Além dessas diferenças relativas às variáveis individuais, foi observada menor prevalência da testagem para homens e mulheres brasileiros residentes nas regiões Norte/Nordeste e Centro-oeste /Sudeste quando comparadas em relação à região Sul e Estado de São Paulo (FRANÇA- JUNIOR e col., 2008).

Entretanto, nesse estudo brasileiro de FRANÇA-JUNIOR e col. (2008) não se houve diferenciação entre os tipos de busca pelo teste, espontâneo ou por solicitação. Desse modo, desconhecemos as especificações de cada tipo de teste separadamente.

2.1.2. Fatores associados à realização do teste anti-HIV

Ao considerar estudos que contemplaram análises de modelagem logística, foi observada, em alguns estudos internacionais, associação de variáveis sociodemográficas e de comportamento sexual com a maior realização da testagem espontânea, ou seja, excluindo aquelas realizadas em doações de sangue ou por solicitação das empresas para seus empregados e por profissionais de saúde.

No Canadá, a maior prevalência de testagem espontânea entre homens se mostrou associada a ter tido sexo com outro homem, ter menor renda e viver em cidades maiores. As mulheres solteiras, separadas, divorciadas ou viúvas e aquelas que tiveram relação sexual com homens realizaram com maior frequência o teste de forma espontânea. As variáveis “receber sangue por transfusão”, “ter idade menor que 45 anos”, “usar drogas injetáveis” e “ter relação sexual com parceiro de risco” se mostraram associadas à realização mais frequente do teste, também por busca espontânea, em ambos os sexos (HOUSTON e col., 1998).

Em alguns países europeus e nos Estados Unidos, ter conhecimento de alguém com aids, comportamentos sexuais de maior risco e uso de drogas injetáveis estão associados com a realização do teste, independentemente do tipo e propósito (RENZI e col., 2001; LEIBAWITZ e col., 2007). Ainda, na Itália, Grécia, Suécia e Noruega a realização do teste espontâneo se mostrou associada à faixa etária de 24 a 39 anos (RENZI e col., 2004).

Estudos que lançaram mão de análise multinível evidenciaram associações do perfil das regiões de moradia, ou seja, variáveis contextuais, com os resultados de estratégias de prevenção tomados pela realização do teste. Nos Estados Unidos residir longe de lugares que realizavam o teste resultou em uma associação negativa com o teste efetuado (LEIBAWITZ e col., 2007). Em Ontário, Canadá, em outro estudo multinível, realizado com 1016 homens bissexuais, que objetivou estudar a associação dos programas de prevenção com a prática de sexo desprotegido, a maior prevalência de testagem e a menor proporção de sexo desprotegido com pessoas de mesmo sexo foram observadas entre as pessoas que residiam próximas a um dos serviços que desenvolviam o programa. Nesse estudo, os autores consideraram como variável contextual residir próximo a algum dos nove serviços especializados (LEAVER e col., 2004). No entanto, estes dois estudos não especificaram os tipos de teste analisados.

Em outro estudo, realizado em Los Angeles, com 928 pessoas, foi observada maior frequência de testagem, independentemente do tipo, entre moradores de locais em que há maior percepção de risco (variável contextual), entendida como áreas com maior de proporção de afro-americanos e pessoas solteiras. Os autores testaram

outras variáveis contextuais (“número de casos de aids”, “quantidade de lugares públicos disponíveis para teste”, “porcentagem de homens que fazem sexo com homens”, “proporção de pessoas com maior comportamento de risco” e características sociodemográficas das regiões como renda média, educação, índice de desemprego e estabilidade residencial), mas não estavam associadas à realização de teste (TAYLOR e col., 2006).

Esses dados nos mostram a importância de considerar fatores contextuais, tais como os relativos à região de moradia, além dos individuais, quando se pretende ampliar a análise sobre a realização da testagem no Brasil. No Brasil, ainda são desconhecidos os fatores associados à realização do teste, principalmente, quando estratificado em “busca espontânea” ou “por solicitação”.

3. Referencial Teórico

Historicamente, a aids foi concebida de variadas maneiras por diferentes referenciais teóricos relacionados aos grupos mais afetados, além dos valores morais relativos a esses grupos.

Em junho de 1981, a primeira publicação referente à aids apresentou cinco casos de jovens do sexo masculino com Pneumocistose. Todos relataram o uso de droga inalatória usada para aumentar o orgasmo e dois tinham tido contato homossexual com múltiplos parceiros. A Pneumocistose estava relacionada com um processo de imunodepressão desses indivíduos infectados, mas a causa, até então, era desconhecida (MMWR, 1981). Surge então, um primeiro conceito para esta doença estranha que acometia pessoas também estranhas, “*Síndrome da Ira de Deus*” (KALICHMAN, 1993).

Podemos observar que esse primeiro conceito interpretativo para a doença vem acompanhado de valores morais referentes à prática homossexual e o uso de drogas, que o surgimento da doença aparece como castigo de Deus.

A busca pelo conhecimento sobre a doença continuou com a publicação de novos casos de Pneumocistose, o aparecimento de casos de Sarcoma de Kaposi, além de outras doenças oportunistas. A característica comum entre esses casos observados era a imunodepressão. Assim, em 1982 a doença estranha passa a ser compreendida como Síndrome (conjunto de sinais e sintomas que pode ter ou não uma causa infecciosa) (KALICHMAN, 1993).

Apesar destas doenças não estarem restritas a homossexuais, o maior número de casos estava entre este subgrupo populacional e também havia uma grande resistência para o reconhecimento de que a doença acometia também pessoas heterossexuais. Deste modo, a doença passa a ser denominada e divulgada como GRID (*Gay related immune deficiency*) (KALICHMAN, 1993).

Com a continuidade de estudos desenvolvidos com os grupos mais afetados, a partir de julho de 1982, a epidemiologia do risco passa a instrumentalizar a

investigação da causa da então denominada síndrome da imunodeficiência humana (SIDA ou em inglês AIDS) para estudar e conhecer a história natural da doença.

Foi com o aparecimento de novos casos entre haitianos e, mais tarde, entre pacientes hemofílicos, que começou a aceitação de que essa síndrome não estava restrita aos homossexuais masculinos (KALICHMAN, 1993). Em 1983, com a divulgação do primeiro relatório interinstitucional sobre a aids, surge o alerta sobre os chamados “grupos de risco”, sendo a abstinência (sexual, de uso de drogas injetáveis e doação de sangue) e isolamento dos grupos infectados as principais orientações de prevenção.

Com isso, a denominação “grupo de risco” trouxe como resultado ações discriminatórias sobre as pessoas afetadas pela doença (KALICHMAN, 1993). Importante reconhecer que estas ações discriminatórias foram, reforçadas a partir desse momento, pois a maioria dos casos estava entre grupos de pessoas já discriminados socialmente.

A partir da descoberta dos agentes etiológicos da aids (LAV e HTLVIII), renomeados como HIV, e o início da testagem em bancos de sangue com objetivo de identificar o maior número de pessoas infectadas (KALICHMAN, 1993), as medidas preventivas começaram a alertar claramente que a transmissão dava-se por contato sexual, por compartilhamento de agulhas e por transfusão de sangue e hemoderivados.

Com efeito, é importante lembrar que, a partir da viabilidade tecnológica da testagem, fica claro que a infecção era disseminada na África. Nesse continente, a epidemia existia há muito mais tempo e sempre foi predominantemente entre heterossexuais e, conseqüentemente, associadas a taxas elevadas de transmissão vertical. Essa nova percepção da aids no mundo, com taxas elevadas de infecção entre homens, mulheres e crianças direcionou as pessoas envolvidas com políticas públicas a conceberem a doença como uma pandemia.

A transmissão entre casais heterossexuais, que viria a constituir o aumento da incidência, apontava para a questão cultural da desigualdade de gênero, que passa a ser levada em conta no Brasil, a partir da década de 1990. Isso chama a atenção para

a busca de análises da epidemia que também levassem em conta as concepções de gênero predominantes no Brasil e em outros países.

Ao mesmo tempo, ONG, comunidades gay e outros militantes começaram a atuar na questão da aids com intuito de exigir estratégias de prevenção menos limitantes para a transmissão sexual, como o uso de preservativos e não mais a abstinência sexual. Também atuaram contra a discriminação social, demandando que ficasse claro que a convivência social com pessoas infectadas traria risco de infecção, minimizando o isolamento e a discriminação das pessoas afetadas, além de combater o estigma que recaia sobre grupos populacionais que estavam mais vulneráveis.

Assim, os programas de prevenção começaram a usar a noção de ‘comportamento de risco’ em substituição a noção de ‘grupo de risco’, propondo medidas como o “sexo seguro” e o uso de agulhas descartáveis. Embora a noção de comportamento de risco representasse uma preocupação com aspectos contextuais sociais e culturais, no combate às discriminações, tanto essa noção, quanto a de grupo de risco, remetia para os indivíduos infectados a total responsabilidade de seu adoecimento. Essa responsabilização da infecção sobre os indivíduos não levava em conta os determinantes sociais e culturais tão importantes na infecção, como as desigualdades socioeconômicas, acessos aos programas de prevenção, e as desigualdades de gênero, que implicam em comportamentos de maior risco para DST de modo geral e outros adoecimentos.

Então, a partir de 1988, o uso de preservativo e o uso de agulhas descartáveis passaram a serem vistos como estratégias de prevenção para toda a população (KALICHMAN, 1993).

De 1989 até hoje, os programas de prevenção buscam em cada região lidar com as particularidades de cada contexto e tendências das epidemias locais, visando atingir o maior número de pessoas com conceito denominado vulnerabilidade (AYRES e col., 1999).

A vulnerabilidade nos faz pensar nos fatores individuais que tornam as pessoas mais suscetíveis à infecção pelo HIV e ao adoecimento pela aids, como também nos fatores sociais e programáticos (entendidos como os apoios sociais

institucionalizados) que podem vir a contribuir para estratégias de prevenção mais eficazes.

A dimensão individual da vulnerabilidade parte do princípio de que todas as pessoas estão vulneráveis à infecção pelo HIV ou ao adoecimento. Nessa dimensão, consideram-se características da vida do indivíduo que contribuam para uma maior suscetibilidade à infecção ou ao adoecimento. Na dimensão social da vulnerabilidade são analisadas as relações raciais, de gênero, as crenças religiosas, além de condições socioeconômicas como a pobreza, distribuição de renda entre outras. Por fim, na dimensão programática são consideradas a disponibilidade e planejamento de instituições de saúde.

As três dimensões operam conjuntamente, ou seja, uma atua sobre a outra, conforme esquema abaixo:

Figura1. Esquema das dimensões da vulnerabilidade (baseado no “Modelo teórico dos fatores associados ao acesso e utilização do teste de Papanicolau” de PINHO e FRANÇA-JR, 2003).

A vulnerabilidade como referencial teórico para estudos relativos à prevenção de aids nos possibilita a interpretação dos dados empíricos por meio da análise das interrelações entre características individuais, sociais e programáticas relativas à epidemia da aids. Este estudo irá se valer desse referencial como estratégia

interpretativa das análises epidemiológicas. A escolha e o agrupamento das variáveis em cada dimensão não têm a pretensão de esgotá-las, mas sim representá-las, buscando estabelecer aproximações das vulnerabilidades individual, programática e social.

4. Hipótese

A realização do teste anti-HIV está associada a fatores da dimensão individual, social e programática da vulnerabilidade, com uma relação bidirecional entre as três dimensões, que resulta na busca pelo teste de forma espontânea ou por solicitação.

5. Objetivo

5.1 - Descrever as características da realização do teste por busca espontânea e por solicitação

5.2 - Estimar fatores associados à realização dos dois tipos de teste na população brasileira.

6. Sujeitos, Materiais e Métodos

O estudo sobre a realização da testagem anti-HIV foi conduzido com dados da pesquisa “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids”, seguido do delineamento para o estudo sobre a realização do teste anti-HIV.

6.1. Sujeitos e plano amostral

A amostra representativa da população brasileira foi constituída por 5.040 moradores de regiões urbanas, sendo 2.298 homens e 2.742 mulheres de 16 a 65 anos. (BUSSAB e col., 2008)

O plano amostral foi estratificado em múltiplos estágios com probabilidades desiguais baseado nos setores censitários³ definidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2000. Foram definidos quatro estratos geográficos: Norte/Nordeste; Centro-Oeste/Sudeste, exceto São Paulo; Região Sul; e o estado de São Paulo. A estratificação foi feita em quatro estágios para os estados que não incluíram capitais e três estágios entre as microrregiões das capitais. (BUSSAB e col., 2008)

As unidades amostrais em cada estágio foram:

1. unidade primária de amostragem (UPA) – microrregiões;
2. unidade secundária de amostragem (USA) - setor censitário urbano;
3. unidade terciária de amostragem (UTA) – domicílio particular;
3. unidade quaternária de amostragem (UQA) – sorteio do indivíduo com idade entre 16 e 65 anos.

³ Setor censitário é unidade territorial básica delimitada pelo IBGE, composta por uma média de 300 domicílios.

Tabela 1. Plano amostral. Brasil. 2005.

Estrato amostral	UPA	USA	UTA	UQA
<i>Total</i>				
Norte/nordeste	25	140	9	1.260
Centro-Oeste/Sudeste	17	140	9	1.260
Estado de São Paulo	14	140	9	1.260
Sul	16	140	9	1.260
Total	72	560	-	5.040
<i>Interior</i>				
Norte/nordeste	9	63	9	567
Centro-Oeste/Sudeste	10	70	9	630
Estado de São Paulo	13	91	9	819
Sul	13	91	9	819
Total	45	315	-	2.835
<i>Capital</i>				
Norte/nordeste	16	77	9	693
Centro-Oeste/Sudeste	7	70	9	630
Estado de São Paulo	1	49	9	441
Sul	3	49	9	441
Total	27	245	-	2.205

Fonte: Censo Demográfico 2000, Fundação IBGE (BUSSAB e col., 2008).

Como o estrato São Paulo – capital possuía apenas uma microrregião e o Sul - capital, três, decidiu-se alocar em cada um desses estados 49 setores censitários. Esse

procedimento combinado com o sorteio de nove domicílios em todos os setores garantiu o número adequado com grau de confiabilidade dos domicílios.

Para cada microrregião foram alocadas sete zonas de setores censitários, sendo os municípios ordenados pelo tamanho. O setor sorteado, com probabilidade proporcional ao tamanho, foi recontado de modo a obter o tamanho real. Assim, foi possível conseguir uma amostra proporcional ao tamanho das cidades denominadas unidades titulares.

6.2. Seleção e rastreamento da amostra

O reconhecimento dos setores foi realizado no local, seguindo o mapa que trazia as divisões por quadras.

Uma quadra pode ser delimitada por linhas imaginárias que são ruas, córregos, rios, estradas de ferro, oleodutos, represas ou outras referências. Essas divisões de quadras não existem nas favelas.

Na contagem e arrolamento dos domicílios particulares⁴, as quadras foram numeradas em “caracol” e percorridas em sentido horário a partir do ponto de início definido pelo IBGE. Esse sentido prevaleceu mesmo quando havia vários domicílios em um terreno.

Dentre todos os domicílios contados na sequência em que estão dispostos em cada setor, 30% foram sorteados. Primeiramente, a partir do ponto de início indicado pelo IBGE, foi sorteado um domicílio entre os 10 primeiros, sendo arrolado este e os dois seguintes. Sequencialmente, arrolou-se sempre o décimo e os dois seguintes, até esgotar o setor censitário. Ao final da contagem, havia menos de 20 domicílios no setor, sendo arrolado a partir do último sorteado todo o restante.

Em edifícios de apartamentos, o arrolamento partiu do andar mais alto para o mais baixo, da numeração maior para a menor. Entre as construções subdivididas em vários domicílios, arrolou-se de cima para baixo e da direita para esquerda. Como

⁴ Domicílio particular é todo aquele que serve de moradia para pelo menos uma família.

entre as favelas não havia divisão de quadras, para contagem e arrolamento foram agrupadas áreas semelhantes às quadras e seguiu-se o sentido do percurso.

Em hotéis ou pensões, somente foram consideradas os indivíduos que residiam de forma permanente, sendo contabilizado cada indivíduo como um domicílio. Foram excluídos os domicílios usados apenas para fins comerciais.

Para a contagem os domicílios foram classificados como abaixo:

Tabela 2 – Classificação dos domicílios. Brasil. 2005.

Código	Tipo de domicílio	Descrição
1	Ocupado	Habitualmente ocupado por uma ou duas famílias ⁵ .
2	Fechado	Permanece vago há muito tempo (abandonado) ou sem condições imediatas de uso.
3	Uso ocupacional	Utilizado apenas em alguns períodos de forma não permanente.
4	Vago	Desocupado no momento da listagem, mas que pode ser novamente ocupado a qualquer tempo.

Para cada domicílio foi sorteado mais um, dentro do mesmo setor censitário e próximo, para substituição em caso de perda da unidade titular. Assim, aproximadamente 70% da amostra foram obtidas entre os titulares.

Os principais motivos para substituição dos domicílios foram: fechados, de veraneio ou sem função de moradia. O total de recusa foi, aproximadamente, 10%.

6.3. Coleta de dados

Para a coleta de dados foi contratada uma empresa de pesquisa de mercado para realizar as 5.040 entrevistas. Foi utilizado no campo um questionário

⁵ Família é definida pelos laços de parentesco ou de consanguinidade entre seus membros

estruturado pré-testado. Além disso, foi elaborado um manual contendo orientações sobre a abordagem da pessoa selecionada para entrevista e o preenchimento do questionário.

Os entrevistadores do sexo masculino realizaram entrevistas com os entrevistados do mesmo sexo, o mesmo ocorrendo com entrevistadoras do sexo feminino. Em caso de discordância entre o sexo da pessoa sorteada e o entrevistador, a entrevista foi agendada.

O desenvolvimento do questionário, treinamento dos entrevistadores e dos coordenadores de campo foi executado e supervisionado pela coordenação da pesquisa.

6.4. Aspectos éticos

As questões éticas relacionadas à pesquisa com a participação de seres humanos (Ministério da Saúde, 1996) foram devidamente respeitadas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os participantes foi redigido tendo em vista a Resolução 196/96.

Especial atenção foi dada à confidencialidade, assegurando para todos os sujeitos que a participação era voluntária.

Todos os materiais relativos aos sujeitos (questionário e banco de dados) foram mantidos em armários trancados à chave no escritório da coordenação da pesquisa. Optou-se pela exclusão de nomes e outros identificadores pessoais nos instrumentos como forma de resguardar a confidencialidade. Foi vedado o conhecimento das informações pessoais pelos entrevistadores, transcritores e outros assistentes da pesquisa.

Os participantes foram comunicados que poderiam abandonar o estudo a qualquer momento.

6.5. Delineamento do estudo sobre a realização do teste anti-HIV

Neste estudo do tipo transversal, conforme pesquisa referida acima, estimamos, por meio de análise multinível, a associação entre variáveis individuais e contextuais com a realização do teste anti-HIV por busca espontânea e por solicitação. As variáveis individuais foram baseadas nas respostas dos indivíduos durante as entrevistas. As variáveis contextuais foram criadas, a partir de outras informações secundárias (prevalência de aids, índice de desenvolvimento humano e presença de Centro de Testagem e Aconselhamento), considerando os municípios de moradia como conglomerados.

6.6. Amostra do estudo sobre a realização do teste anti-HIV

A amostra final, representativa da população urbana brasileira, foi 4.760 homens e mulheres que tinham iniciado a vida sexual, sendo 2.566 (51,9%) mulheres e 2.194 (48,1%) homens.

6.7. Definição das variáveis

A análise da realização da testagem sob o conceito de vulnerabilidade envolveu a avaliação dos três eixos interligados: individual, social e programático (AYRES e col., 1999).

No que diz respeito à vulnerabilidade individual foram considerados os aspectos cognitivos, que podem ser entendidos como a capacidade para processar informações sobre HIV/Aids e sexualidade, transformando-os em comportamentos. Além da compreensão dessas informações, há necessidade de perceber-se vulnerável à infecção pelo HIV. Ainda, nesse plano, tem-se possível associação da doença com a morte, estigma, preconceito e limitações na vida que podem aparecer como barreiras para a realização do teste.

O plano programático foi relacionado com as políticas de saúde e como estão organizadas as instituições na comunidade, ou seja, a disponibilidade de serviços de

saúde que devem estar preparados para o aconselhamento, realização do teste, distribuição de preservativos e intervenções preventivas.

Por fim, tem-se a vulnerabilidade social, que influencia a vulnerabilidade individual e programática e vice-versa. Nesse sentido, consideramos os aspectos econômicos em contextos de desigualdades; acesso à educação, criando condições para o exercício da cidadania; e desigualdades de gênero e raça, que definem grupos com menor poder de negociação e interferem positiva ou negativamente na decisão em realizar teste anti-HIV.

Em razão da opção analítica pelo uso do modelo multinível na estimação das associações, foi necessário elaborar outra aproximação dos dados empíricos, com as variáveis agrupadas em dois níveis: individual e contextual. Assim, na Tabela 4, observa-se a matriz das variáveis com adequação do quadro teórico na análise multinível.

Tabela 3. Distribuição das variáveis independentes segundo as dimensões da vulnerabilidade e níveis analíticos.

<i>Nível analítico</i>		
	<i>Nível individual</i>	<i>Nível contextual</i>
<i>Vulnerabilidade</i>		
<i>Individual</i>	1. Características sociodemográficas; 2. Saúde sexual e saúde reprodutiva; 3. Ter algum tipo de informação sobre a doença ou o adoecer.	
<i>Social</i>	1. Ter opiniões sobre práticas de segregação em relação à aids.	1. Índice de desenvolvimento humano (IDH); 2. Prevalência de aids.
<i>Programática</i>		1. Presença de Centro de Testagem e Aconselhamento.

Teste anti-HIV

No nível individual, a decisão para realização do teste dependeria, primeiramente, de sua própria percepção à suscetibilidade em contrair o HIV. Essa percepção pode ser diferente entre homens e mulheres e, também variar de acordo com os comportamentos de risco. As mulheres com parceiros fixos, geralmente, não se percebem vulneráveis até que tenham conhecimento da infidelidade do parceiro

(PRAÇA e GUALDA, 2001; SILVEIRA e col., 2002). Os homens se percebem vulneráveis quando têm relação sexual com pessoa do mesmo sexo ou em relações sexuais casuais (RENZI e col., 2001; PECHANSKY e col., 2005). Essa percepção é norteadada pelo conhecimento sobre os meios de transmissão sexual do vírus e os benefícios decorrentes do diagnóstico precoce. Entretanto, esse conhecimento é resultado do fácil acesso à informação correta somada à capacidade de compreensão e de enfrentamento de barreiras sociais e individuais para a mudança efetiva de comportamentos. Assim, na análise sobre a decisão da testagem devem ser consideradas variáveis sociodemográficas, sociais e culturais.

Entre elas estão o nível educacional e econômico, que pode influenciar negativamente ou positivamente o acesso e a boa compreensão das informações recebidas sobre a prevenção e tratamento da aids. Ainda, as diferenças de gênero, crenças e religiões podem representar dificuldades ou facilitadores da tomada de decisões.

Nesse sentido, citamos a dificuldade de negociação do uso de preservativos entre as mulheres, as crenças sobre “o sexo seguro” e os conceitos e práticas das diferentes religiões relativas à vida sexual e reprodutiva e ao tratamento de doenças.

Ainda, episódios de violência perpetrada por parceiro íntimo ou por qualquer outra pessoa podem interferir negativamente na decisão da mulher em fazer o teste, por medo da reação de seus parceiros (KARAMAGI e col., 2006). Por outro lado, a vivência de violência sexual é um indicativo para a busca de teste, espontaneamente ou solicitado, por estar associado ao risco aumentado à infecção de HIV ou outras DST (BARROS e col., 2010).

Por fim, também nesse plano individual é importante considerar a presença de ideias sobre práticas de segregação em relação às pessoas com HIV/aids, expressando uma atitude de apartação e exclusão do convívio social. Essas ideias de segregação podem vir acompanhadas de baixa percepção de risco ao relacionar a infecção com promiscuidade e homossexualismo.

No que concerne ao nível contextual, os serviços de saúde e programas de prevenção devem atuar na divulgação correta sobre a transmissão do HIV, o

tratamento disponível para aids e os benefícios com o diagnóstico precoce, minimizando as dificuldades geradas por alguns fatores individuais.

Ainda nessa direção, considera-se também o acesso ampliado a serviços de saúde que realizam, gratuitamente, o teste e o aconselhamento, que pode contribuir positivamente para o aumento da testagem.

Finalizando as variáveis referentes a esse plano, têm-se as condições sociais, econômicas, como o índice de desenvolvimento humano e as experiências com a doença nos locais de moradia, que influenciam tanto o conhecimento correto sobre a transmissão do vírus e tratamento da doença, quanto o acesso a serviços de saúde para a realização da testagem (CÂMARA, 2004).

6.7.1. Variáveis

A seleção das variáveis foi baseada no quadro conceitual sobre testagem anti-HIV e na hipótese de que algumas variáveis são relevantes para o modelo teórico desse estudo sobre a realização do teste.

Variáveis independentes

Nível individual

1. Variáveis sociodemográficas

- 1) Sexo - utilizado para estratificação;

“Questão 1b - localizada no quadro I da página 2 do instrumento de coleta”.

- 2) Idade, categorizada em: “16 e 25”, “26 e 35”, “36 e 45”, “46 e 55”, “56 e 65”;

“Questão 1c localizada no quadro I da página 2 do instrumento de coleta”.

- 3) Cor de pele autorreferida como: “branca”, “parda”, “preta” e “outros”;

“Questão 6: No que diz respeito à sua cor ou raça, como você se classifica? 1. branco, 2. pardo, 3. preto, 4. amarelo, 5. indígena, 8. não sabe, 9. recusou-se a responder.”

- 4) Estado marital, categorizado em: “solteiro”, “casado ou união consensual” e “separado”;

“Questão 7: Considerando o seu estado civil, você é: 1. solteiro (a), 2. casado (a), 3. viúvo (a), 4. unido(a), 5. separado (a)/desquitado(a), 6. divorciado(a), 8. não sabe, 9. recusou-se a responder.”

- 5) Religião atual foi descrita como: “nenhuma”, “católica”, “evangélica tradicional”, “evangélica pentecostal”;

“Questão 21: Atualmente, qual é a sua religião? 1. católica, 2. evangélico tradicional, 3. evangélico pentecostal, 4. espírita, 5. afro-brasileira, 6. nenhuma, 7. outra, qual?, 8. não sabe, 9. recusou-se a responder.”

- 6) Alfabetização e escolaridade, que categorizamos em: “não sabe ler e escrever”, “1º grau do ensino fundamental”, “2º grau do ensino médio” e “3º grau”.

“Quadro 1 - questões: 1f: sabe ler e escrever? e 1h – Grau de escolaridade, página 3 do instrumento de coleta.”

2. Variáveis de saúde sexual, saúde reprodutiva e de experiência de violência.

- 1) Idade à primeira relação sexual, categorizada em: “não sabe”, “≤ 15 anos não forçada”, “≤ 15 anos forçada”, “> 15 anos não forçada” e “> 15 forçada”. Nesta variável optamos pelo corte em 15 anos de idade, devido à associação entre o início da vida sexual precoce (até 15 anos) e fatores de risco para infecção do HIV, como o não uso de preservativo e número de parcerias sexuais (WARREN e col., 1998; SVARE e col., 2002; TEIXEIRA, 2006);

“Questões: 70 - Aproximadamente que idade você tinha na sua primeira relação sexual? e 76 - Pensando em sua primeira relação sexual, você diria que: 1. Você queria, 2. Não queria, mas fez, 3. foi obrigado(a), 8. não sabe, 9. Recusou-se a responder”.

- 2) Uso de preservativos na primeira e/ou na última relação sexual, essas duas variáveis foram trabalhadas conjuntamente e designadas de **“Padrões de uso de preservativo”**. Assim, foi categorizada em: “uso regular”, quando relatou o uso de preservativo na primeira e na última relação sexual; “uso irregular”, ao relatar o uso em uma das duas e “não uso”, quando relatou não ter usado na primeira e nem na última relação sexual;

“Questões: 78 - Nesta primeira vez, vocês usaram camisinha (feminina ou masculina)? 1. Sim, 2. Não, 7. Não lembra, 8. Não sabe, 9. Recusou-se a responder; e 145 - Vocês usaram camisinha, masculina ou feminina, nesta última relação sexual vaginal? 1. Sim, camisinha masculina, 2. Sim, camisinha feminina, 3. Sim, camisinha feminina e masculina, 4. Não 9. recusou-se a responder.”

- 3) Tipo de parcerias sexuais na vida: “homo e/ou bissexual” e “heterossexual”;

“Questão 99 - Você já teve alguma vez relações sexuais com pessoas do mesmo sexo? 1. sim, 2. não, 88. não sabe, 99. recusou-se a responder.”

- 4) Número de parcerias sexuais na vida, categorizado em: “1”, “2”, “3 a 5”, “6 a 10”, “11 a 20”, “21 a 50”, “> 50”;

“Questão 95 - Com quantas pessoas, aproximadamente, você diria que teve relações sexuais na sua vida? (ou seja, sexo oral, penetração vaginal ou anal) 1. 1 parceiro, 2. 2 parceiros, 3. 3 a 5, 4. 6 a 10, 5. 11 a 20, 6. 21 a 50, 7. Mais de 50 parceiros, 88. Não sabe, 99. Recusou-se a responder”.

- 5) Teve alguma outra DST (doença sexualmente transmissível) alguma vez na vida;

“Questão 213 - No que diz respeito às doenças transmitidas através de relação sexual, você diria que: 1. Nunca teve nenhuma doença deste tipo, 2. Já teve, mas hoje não tem mais, 3. Tem, no momento, alguma doença deste tipo, 4. Nunca teve relações sexuais, 8. Não sabe, 9. Recusou-se a responder.”

- 6) Ter filhos biológicos, categorizado para servir de indicativo do teste no período do pré-natal: “não”, “sim, ≤ 6 anos”, “sim > 6 anos”;

“Questão 191 - Qual a idade de seu último filho biológico?”

- 7) As variáveis relativas às experiências de violências foram: sofreu violência física e/ou sexual por parceiro íntimo, que categorizamos em “não sofreu”, “sofreu, moderada recorrente”, “sofreu, moderada esporádica”, “sofreu, grave recorrente” e “sofreu grave esporádica”; e sofreu violência sexual perpetrada por outras pessoas sem ser o parceiro íntimo antes e/ou após os 15 anos. Com relação à violência física e/ou sexual perpetrada por parceiro íntimo, a categorização foi baseada no número de episódios ocorridos, sendo poucas vezes “esporádica” e muitas vezes “recorrente”; e no tipo do ato físico, com a sexual sendo sempre classificado como grave e a física categorizada em moderada ou grave.

Questões:

“183 - Alguma vez você foi tratado(a) por algum parceiro(a) da seguinte maneira e com que frequência: (ler até a opção 4) - (Mostre o Anexo 5 – Opiniões de 1 a 4, e leia as 3 questões pausadamente para o(a) entrevistado(a))

1. Foi forçado(a) fisicamente a manter relações sexuais quando você não queria?

2. Teve relação sexual porque estava com medo do que ele/a pudesse fazer?

3. Foi forçado(a) a uma prática sexual degradante ou humilhante

184 – Alguma vez, algum(a) parceiro(a) tratou você da seguinte maneira e com que frequência:

- 1. Deu-lhe um tapa ou jogou algo em você que poderia machucar?*
- 2. Empurrou ou deu-lhe um tranco/chacoalhão?*
- 3. Machucou com um soco ou com algum objeto?*
- 4. Deu-lhe um chute, arrastou ou surrou você?*
- 5. Estrangulou ou queimou você de propósito?*
- 6. Ameaçou usar ou realmente usou arma de fogo, faca ou outro tipo de arma contra você?*

185 - Desde seus 15 anos alguém (que não companheiro(a)) já forçou você a fazer sexo ou a alguma prática sexual quando você não queria?

- 1. sim, 2. não, 8. não sabe, 9. recusou-se a responder*

187 - Antes dos 15 anos, você se lembra se alguém em sua família tocou em você sexualmente ou obrigou-a a uma prática sexual que você não queria? 1. sim, 2. não, 8. não sabe, 9. recusou-se a responder”

3. Variáveis relativas a algum tipo de informação sobre a doença ou o adoecer

Dispor de informações sobre os modos de transmissão do HIV ou compartilhar da experiência, ou, até mesmo, apenas saber da existência entre pessoas mais distantes embora conhecidas, quanto a infectar-se, tratar-se e/ou desenvolver o curso clínico da doença aids, pode se associar a comportamentos de maior ou menor autoproteção relativamente ao HIV/Aids. Nesse sentido, levamos em conta, na definição de variáveis desse domínio para o estudo da testagem, três aspectos dessas informações sobre a doença ou o adoecimento, que poderiam ser cientificamente corretas ou não. São elas:

1. Autopercepção de risco - o quanto a pessoa se considera em risco de infecção, não tendo sido qualificado o significado subjetivo de considerar-se em risco; foi categorizada dicotomicamente em “sim” e “não”.

“Questão 35 - E quanto a você? Você considera que o risco de você pegar AIDS é: 1. Nenhum, 2. Baixo, 3. Médio, 4. Alto, 8. Não sabe, 9. Recusou-se a responder.”

2. Informações e crença sobre o tratamento para aids – se a pessoa sabe da existência de tratamento para aids e se sabe ou ouviu falar de impactos do tratamento sobre a evolução da doença ou na qualidade de vida do doente, independentemente da acurácia científica da informação que julga deter; categorizada como: “não tem” (informações sobre o tratamento), “sim e acha que o tratamento não faz diferença para a saúde da pessoa infectada”, “sim e acha que cura a aids” e “sim e acha que melhora a saúde”.

“Questões: 59 - Você sabe se existe um tratamento para a AIDS? 1. Sim, eu sei, 8. Não sabe, 9. recusou-se a responder; 60 - Pelo que você sabe ou ouviu falar, este tratamento para a AIDS: 1. Cura, 2. Melhora as condições da vida, 3. Não faz diferença, 8. Não sabe, 9. Recusou-se a responder.”

3. Conhecer alguém com aids – conhece ou tem ou já teve contato com alguém soropositivo para o HIV ou doente de aids, categorizada em: “não” (não conhece ninguém), “sim, parentes” e “sim, amigos”.

“Questões: 36 - Você conhece/ conheceu pessoalmente alguém que tenha o vírus da AIDS? 1. Sim, 2. Não, 8. Não sabe, 9. Recusou-se a responder; e 37 - Qual o seu grau de relacionamento com esta pessoa? 1. Seu pai, 2. Sua mãe, 3. seu (sua) namorado(a) ou companheiro (a), 4. Seus (suas) irmãos e irmãs, 5. Amigos (as), 6. Seus colegas de trabalho/escola, 7. Outros, quais?, 88. Não sabe, 99. Recusou-se a responder.”

Adicionalmente, consideramos que, tal como a literatura sobre aids tem mostrado (ZUCCHI e col., 2010; MONTEIRO e col., 2012), é frequente a existência de comportamentos de discriminação e exclusão social de pessoas soropositivas para

o HIV e pessoas vivendo com aids. Tais comportamentos derivam de ideias preconcebidas, seja quanto ao modo de transmissão, seja quanto a possíveis padrões morais que se tem em relação às pessoas portadoras do vírus ou doentes de aids. Por isso, em nosso estudo, compusemos uma nova variável para aferir essas ideias, qual seja:

1. Ideias sobre práticas de segregação em relação à pessoa com HIV/Aids- expressa a atitude de apartação e exclusão do convívio social dos portadores de aids e foi definida considerando quatro perguntas do questionário: *“Questões: 47. Você concorda que mulheres grávidas com o vírus da AIDS deveriam fazer o aborto?”*; *“48. Você aceitaria deixar seus filhos menores em companhia de uma pessoa que tem o vírus da AIDS?”*; *“49. Você aceitaria que uma casa de apoio para doentes de AIDS funcionasse ao lado da sua casa?”*; *“50. Você trabalharia junto com uma pessoa portadora do vírus da AIDS?”*. A categoria “sim” corresponde a, pelo menos, uma resposta positiva para qualquer dessas quatro perguntas.

Nível Contextual

As variáveis desse nível foram criadas por meio de dados secundários adicionais e agregadas ao banco original, conforme segue:

1. Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que varia de 0 a 1; quanto mais próximo de 1 maior a qualidade de vida. Esse índice é calculado pelo programa das Nações Unidas desde 1990. Neste estudo, categorizamos como “alto” e “baixo” a partir do ponto de corte de 0,8.
2. Taxa de prevalência de aids nos municípios - calculada considerando o mesmo ano da coleta de dados (2005). Após o cálculo da taxa de prevalência em cada município, consideramos o corte no percentil 25 para classificar o município em “alta” e “baixa” prevalência.
3. A presença de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) nos municípios (www.aids.gov.br, 2010). Consideramos apenas se havia ou não CTA no município, independentemente do número.

Variável dependente

A variável dependente foi categorizada em “não fez o teste”, “teste por busca espontânea” pelos indivíduos e “teste por solicitação” de profissionais aos indivíduos, quanto aos motivos da realização do último teste.

Questão 205 – O que levou você a fazer o seu último teste do HIV/AIDS ?

01 – iniciativa própria

02 – indicação médica

03 – doação de sangue

04 – consulta pré-natal

05 – hospitalização

06 – cirurgia

07 – achar que podia ter pego o vírus da AIDS

08 – por ter usado drogas injetáveis (como a cocaína)

09 – por ter aplicado silicone

10 – por ter injetado anabolizantes (para ficar forte/aumentar os músculos)

11 – problemas de saúde

12 – solicitação do empregador/empresa

13 – parceiro/a solicitou

14 - outros motivos. quais?

88 - não sabe

99 - recusou-se a responder

6.8. Análises estatísticas

Os dados analisados foram ajustados por unidades primárias e estrato amostral.

As variáveis foram descritas por meio de frequências e proporções e os testes de hipóteses utilizados foram: qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher para comparações entre proporções; e teste de tendência para algumas variáveis ordinais. O nível de significância adotado foi 5% e o poder de teste de 80%.

Para estimação dos fatores associados foram implementados três modelos de Poisson múltiplos de intercepto aleatório, sendo dois para mulheres (busca espontânea e por solicitação) e 1 para homens (busca por solicitação); e um modelo de Poisson múltiplo para amostras complexas, sem considerar os conglomerados, para os homens (busca espontânea). Em todos os modelos a variável dependente de referência foi “não fez o teste”.

As variáveis independentes que apresentaram $p < 0,20$ na análise univariada entraram no modelo multivariado de modo hierarquizado pelo contexto. Analisamos cada bloco de variáveis separadamente, identificando aquelas mediadoras e de confusão. As variáveis que perderam a significância estatística e, também, não ajustaram alguma outra variável foram retiradas dos modelos parciais. Especificamente, dentro do bloco das variáveis individuais, primeiramente foram introduzidas as sociodemográficas, seguidas das relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva, e por fim às relacionadas ao conhecimento.

Após esse processo de análise parcial, implementamos quatro modelos múltiplos, com a entrada inicial das variáveis de nível 1 (individual), devido ao maior número de variáveis que possibilitam obter coeficientes mais acurados, e posteriormente as variáveis contextuais.

O nível de significância adotado nos modelos também foi 5% e as análises multiníveis seguiram as etapas abaixo:

1 – Modelo sem variável explicativa, denominado “modelo vazio”. Esse modelo tem o objetivo de estimar a correlação intraclasse.

$$Y_{ij}=Y_{oo} + U_{oj} + e_{ij}$$

Y_{oo} – intercepto da regressão; U_{oj} - resíduo do nível contextual; e e_{ij} – resíduo do nível individual.

2 – Modelo com todas as variáveis fixas do nível individual, estimando a contribuição de cada variável explicativa deste nível.

$$Y_{ij}=Y_{oo} + Y_{po}X_{pij} + U_{oj} + e_{ij},$$

Aonde X_{pij} são as variáveis explicativas desse nível.

3 – São incluídas as variáveis do nível contextual

$Y_{ij}=Y_{oo} + Y_{po}X_{pij} + Y_{qo}Z_{qij} U_{oj} + e_{ij}$, sendo Z_{qij} variáveis explicativas do nível contextual.

Nas etapas 2 e 3 os coeficientes de regressão são fixos e são analisadas as variâncias dos dois níveis (individual e contextual). Posteriormente, avalia-se se algum coeficiente de regressão do nível 1 tem componente com significância estatística, ou seja, diferente de 0, considerando-se o nível contextual e sua associação com o desfecho.

4 – Finalmente, foram adicionadas as interações significativas entre os níveis 1 e 2, obtendo-se o modelo completo.

Para a modelagem, algumas variáveis foram recategorizadas ou reagrupadas de modo a otimizar a estimativa. Este processo de agrupamento das variáveis se deu em função de decisões analíticas (não significância estatística ou interações entre algumas categorias) após a execução de vários modelos preliminares para ajustar as variáveis ao modelo teórico. Assim, as variáveis recategorizadas ou reagrupadas para este modelo foram:

- 1) Cor de pele: em “branca” e “não branca”;
- 2) Estado civil: em “solteiro/separado” e “casado/unido”;
- 3) Religião: em “não tem” e “tem qualquer uma”;

4) Idade à primeira relação sexual: em $>$ “15 forçada ou não” e $\leq$ “15 forçada ou não”;

5) Número de parceiros sexuais na vida: em “1”, “2”, “3 a 5” e “ >5 ”

6) Conhecer alguém com aids: em “não” e “sim”

A variável relativa à violência sofrida foi reagrupada, pois na avaliação da associação com a realização do teste é mais relevante à violência sexual conjuntamente com a física ou não. Além disso, verificamos que a variável sofrer violência na infância estava associada à experiência de violência quando adulto. Assim, optamos por agrupar as duas variáveis relativas à violência, mantendo apenas a sexual e categorizando em: “não sofreu”, “sofreu antes dos 15 com ou sem recorrência após os 15 anos” e “sofreu após os 15 anos”.

Todas as análises foram realizadas com auxílio do pacote estatístico STATA 10.0.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

7. Resultados

7.1. Descrições da amostra

A maioria das pessoas tinha idade entre 16 e 45 anos, referiu ter cor de pele branca ou parda, estava casada ou em união consensual, era católica, relatou saber ler e escrever e tinha escolaridade até o segundo grau do ensino médio (Tabela 3).

Ao estratificar por sexo, observamos maior proporção de homens até 25 anos. Em relação à cor da pele, os homens relataram mais frequentemente cor de pele preta enquanto as mulheres relataram mais a cor de pele branca. Por fim, entre os homens havia mais solteiros, indivíduos sem religião e com menor escolaridade (Tabela 3).

Tabela 4. Frequências, proporções e intervalos de confiança das características sociodemográficas da amostra total e estratificada por sexo.

Variáveis	Total		Mulheres		Homens		
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
16-25	999	23,8	491	20,6	508	27,1	
26-35	1254	24,7	700	25,4	554	24,0	
36-45	1115	21,8	584	22,4	531	21,1	
46-55	820	18,6	456	19,6	364	17,5	
56-65	572	11,0	335	11,9	237	10,2	
p							0,0004
Cor de pele							
Branca	2366	45,9	1278	46,6	1088	45,1	
Parda	1839	41,6	987	41,3	852	42,0	
Preta	423	9,7	212	8,6	211	10,9	
Outras	132	2,8	89	3,5	43	2,0	
p							0,0043
Estado civil							
Solteiros	1280	28,5	551	22,0	729	35,5	
Casados/ Unidos	2857	61,6	1548	63,2	1309	59,8	
Separado/ Viúvos	623	9,9	467	14,8	156	4,6	
p							<0,001
Religião							
Nenhuma	404	8,8	163	6,1	241	11,6	
Católica	3093	64,2	1612	62,9	1481	65,5	
Evangélica tradicional	361	8,0	212	8,8	149	7,1	
Evangélica pentecostal	610	12,8	399	14,8	211	10,6	
Espírita/ Outras	292	6,2	180	7,3	112	5,1	
p							<0,001

continua

continuação

Tabela 3. Frequências, proporções e intervalos de confiança das características sociodemográficas da amostra total e estratificada por sexo.

Variáveis	Total		Mulheres		Homens	
	n	%	n	%	n	%
Escolaridade						
Não sabe ler/escrever	284	6,2	169	7,2	115	5,1
1 grau Fund.	2195	45,1	1189	45,2	1006	45,0
2 grau médio	1550	33,4	794	31,3	756	35,5
3 grau	731	15,4	414	16,3	317	14,4
p						0,0056

7.2. Descrições da realização do teste

A maioria (64,4%) de homens e mulheres não realizou o teste, seguidos daqueles que buscaram o teste por solicitação e espontaneamente. Quando comparados os indivíduos de ambos os sexos, pudemos verificar que as mulheres realizaram mais frequentemente o teste (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição total e por sexo da realização do último teste anti-HIV. Brasil, 2005.

Entre aqueles que realizaram o último teste, verificamos, no Gráfico 2, que as mulheres realizaram mais frequentemente o teste por solicitação, enquanto os homens buscaram mais o teste de forma espontânea.

Gráfico 2. Distribuição do tipo do último teste anti-HIV realizado, estratificado por sexo. Brasil. 2005.

Em relação ao local da realização do teste, pudemos observar que as mulheres realizaram mais o último teste em instituições privadas enquanto os homens em instituições públicas (Gráfico 3).

Gráfico 3. Distribuição do local da realização dos testes por local de realização, estratificado por sexo. Brasil. 2005.

7.3. Fatores associados à realização do teste por busca espontânea

7.3.1. Mulheres

Na análise univariada, verificamos que as variáveis associadas à realização do teste anti-HIV por busca espontânea entre as mulheres foram: no **Nível individual**: variáveis sociodemográficas (“ter idade até 45 anos”, “relatar ter cor de pele branca”, “ser solteira ou separada” e “ter escolaridade a partir do ensino médio”); saúde sexual e saúde reprodutiva (“ter iniciado a vida sexual antes dos 15 anos”, independentemente de ser forçada, “relatar uso irregular de preservativo” “ter tido mais que uma parceria sexual na vida”, “relatar parcerias sexuais homo ou bissexual”, “ter tido alguma DST na vida”, “ter filhos biológicos até seis anos de idade” e “ter sofrido violência sexual antes dos 15 anos”; e ter algum tipo de informação sobre a doença ou o adoecer (“autopercepção de risco”, “conhecer alguém com aids” e “ter informação que o tratamento medicamentoso melhora a saúde da pessoa infectada”). Também, não ter ideias de prática de segregação em relação à aids se mostrou associada positivamente à realização desse teste. **No nível contextual**, observamos que viver em municípios com o IDH alto e com presença de

CTA se mostraram associados a realização mais frequente de teste por busca espontânea entre as mulheres (Tabela 5).

No primeiro modelo múltiplo (modelo 1) composto pelas variáveis do nível individual, observamos que se manteve associada positivamente à testagem, a idade entre 26 e 35 anos, com as demais faixas etárias perdendo a significância estatística. Ainda, com relação às características sociodemográficas permaneceram associadas à realização do teste: “ser solteira ou separada” e “ter nível superior de escolaridade”. O nível médio de escolaridade também perdeu a significância estatística na sua associação com o desfecho. Ainda nesse modelo, as variáveis de saúde sexual e saúde reprodutiva que se mantiveram associadas à testagem foram: “início a vida sexual antes dos 15 anos”, “uso irregular de preservativo”, “ter tido três ou mais parcerias sexuais na vida” e “ter sofrido violência sexual antes dos 15 anos”. A “violência sexual após os 15 anos” quando interagindo com “ter tido DST na vida” se mostrou estatisticamente significativa nesse modelo. No entanto, essas duas variáveis isoladas não se mostraram associadas ao desfecho de modo estatisticamente significativo, assim a presença de DST na vida foi mantida no modelo como ajuste. Por fim, “autopercepção de risco”, “conhecer alguém com aids” e “ter informação que o tratamento melhora a saúde” se mantiveram associadas ao desfecho. Observou-se também, nesse modelo, associação negativa da interação entre a autopercepção de risco e o uso irregular de preservativo e o desfecho (Tabela 5).

O modelo dois, com a inclusão da variável “ter ideias de práticas de segregação”, não diferiu do modelo 1, pois esta última variável perdeu a significância estatística na sua associação com o desfecho e foi retirada do modelo, já que também não ajustou as demais (Tabela 5).

No modelo três, com a entrada da variável IDH, que se mostrou positivamente associada à testagem, a “escolaridade” e o “número de parcerias sexuais na vida” perderam a significância estatística na sua associação com o desfecho, mas foram mantidas no modelo como ajuste. As demais variáveis se mantiveram associadas à realização do teste por busca espontânea. Testamos a interação das duas variáveis (“escolaridade” e “número de parcerias sexuais”) com o

IDH, mas esta também não foi estatisticamente significativa associada ao desfecho (Tabela 5).

No modelo quatro, observamos que as mesmas variáveis do modelo anterior, acrescidas da “presença de CTA” se mostraram associadas à realização do teste anti-HIV por busca espontânea entre as mulheres. Não observamos ajuste relevante da magnitude da razão de prevalência das variáveis presentes no modelo final (Tabela 5).

Ainda na Tabela 5, podemos observar o ajuste da variância do modelo nulo para os demais modelos, sucessivamente, com o coeficiente de correlação intra-classe próximo de 0 no modelo final (modelo quatro). Além disso, o teste de verossimilhança do modelo nulo para o final se mostrou estatisticamente significativo. Essa parte aleatória do modelo indica um bom ajuste, com as variáveis independentes explicando em boa medida o desfecho. Como complemento das análises de ajuste, apresentamos o poder explicativo de 80% para o modelo final.

Tabela 5. Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste anti-HIV por busca espontânea entre as mulheres. Brasil. 2005.

Variáveis	Total (1730)	Univariada		Múltiplas									
NÍVEL INDIVIDUAL				Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	Prevalência	RP	IC (95%)	Coef -1,97	IC(95%) -2,1;-1,8	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Intercepto													
Idade													
56-65	0,89	1				1		1		1		1	
46-55	3,33	1,61	(0,9-2,8)			1,21	(0,7-2,1)	1,21	(0,7-2,1)	1,19	(0,7-2,1)	1,19	(0,7-2,1)
36-45	2,96	2,44	(1,5-4,1)			1,56	(0,9-2,7)	1,56	(0,9-2,7)	1,61	(0,9-2,7)	1,61	(0,9-2,7)
26-35	4,49	3,87	(2,4-6,3)			2,09	(1,2-3,5)	2,09	(1,2-3,5)	2,18	(1,3-3,7)	2,23	(1,3-3,8)
16-25	3,25	2,88	(1,7-4,8)			1,37	(0,8-2,4)	1,37	(0,8-2,4)	1,44	(0,8-2,5)	1,42	(0,8-2,5)
Cor de pele													
Não branca	6,33	1				----		----		----		----	
Branca	7,58	1,33	(1,0-1,7)			----	---	----	---	----	----	----	----
Estado Marital													
Casada/unida	6,06	1				1		1		1		1	
Solteira/Separada	7,85	1,77	(1,4-2,3)			1,38	(1,0-1,9)	1,38	(1,0-1,9)	1,39	(1,0-1,9)	1,41	(1,0-1,9)
Religião													
Tem	12,99	1				----		----		----		----	
Não tem	0,92	1,44	(0,9-2,2)			----	----	----	----	----	----	----	----
Alfabetização/escolaridade													
Não sabe ler/escrever	0,46	1				1		1		1		1	
Ensino fundamental	4,41	1,81	(0,9-3,6)			1,29	(0,6-2,6)	1,29	(0,6-2,6)	1,20	(0,6-2,4)	1,19	(0,6-2,4)
Ensino médio	5,01	3,31	(1,7-6,5)			1,69	(0,8-3,5)	1,69	(0,8-3,5)	1,55	(0,7-3,2)	1,51	(0,7-3,1)
Superior	4,02	4,30	(2,1-8,7)			2,22	(1,1-4,7)	2,22	(1,1-4,7)	1,96	(0,9-4,1)	1,90	(0,9-4,0)

continua

Tabela 5. Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste anti-HIV por busca espontânea entre as mulheres. Brasil. 2005.

Variáveis	Total (1730)	Univariada		Múltiplas									
NÍVEL INDIVIDUAL				Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	Prevalência	RP	IC (95%)	Coef	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Intercepto				-1,97	-2,1;-1,8								
SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA													
Idade à 1º relação sexual													
> 15 forçada ou não	10,03	1				1		1		1		1	
≤ 15 forçada ou não	3,87	1,69	(1,3-2,2)			1,64	(1,2-2,2)	1,64	(1,2-2,2)	1,64	(1,2-2,2)	1,65	(1,2-2,2)
Padrões de uso de preservativo													
Uso regular de preservativo	3,42	1				1		1		1		1	
Uso irregular de preservativo	4,78	2,03	(1,5-2,8)			2,01	(1,3-3,1)	2,01	(1,3-3,1)	1,98	(1,3-3,1)	1,99	(1,3-3,1)
Não uso de preservativo	5,71	1,07	(0,7-1,4)			1,43	(0,9-2,2)	1,43	(0,9-2,2)	1,45	(0,9-2,3)	1,45	(0,9-2,3)
No. de parcerias sexuais na vida													
1	3,85	1				1		1		1		1	
2	2,32	1,61	(1,1-2,4)			1,31	(0,9-1,9)	1,31	(0,9-1,9)	1,34	(0,9-2,0)	1,34	(0,9-2,0)
3 a 5	4,12	2,48	(1,8-3,4)			1,56	(1,1-2,2)	1,56	(1,1-2,2)	1,55	(0,7-3,2)	1,52	(1,1-2,1)
>5	3,62	3,45	(2,5-4,8)			1,70	(1,1-2,5)	1,70	(1,1-2,5)	1,96	(0,9-4,1)	1,63	(1,1-2,4)
Tipo de parceria sexual													
Heterossexual	13,32	1				----		----		----		----	
Homo/bissexual	0,59	3,01	(1,5-5,9)			----	----	----	----	----	----	----	----
Teve alguma DST na vida													
Não/não sabe	10,34	1				1		1		1		1	
Sim	3,57	1,59	(1,2-2,1)			0,84	(0,6-1,2)	0,84	(0,6-1,2)	0,89	(0,6-1,3)	0,89	(0,6-1,3)
Filhos biológicos													
Não	4,28	1				----		----		----		----	
Sim, ≤ 6 anos	3,10	1,45	(1,0-2,0)			----	----	----	----	----	----	----	----
Sim, > 6 anos	6,54	0,69	(0,5-0,9)			----	----	----	----	----	----	----	----

continua

continuação

Tabela 5. Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste anti-HIV por busca espontânea entre as mulheres. Brasil. 2005.

Variáveis	Total (1730)	Univariada		Múltiplas									
NÍVEL INDIVIDUAL				Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	Prevalência	RP	IC (95%)	Coef	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Intercepto				-1,97	-2,1;-1,8								
Violência sexual													
Não	10,17	1				1		1		1		1	
Sim, antes dos 15 anos com ou sem após os 15	1,35	2,68	(1,8-4,0)			1,84	(1,1-3,1)	1,84	(1,1-3,1)	1,73	(1,0-2,9)	1,66	(0,9-2,1)
Sim, após os 15 anos	2,39	1,36	(0,9-1,9)			0,92	(0,6-1,4)	0,92	(0,6-1,4)	0,91	(0,6-1,4)	0,94	(0,6-1,4)
Interação													
Viol_1x DST						0,89	(0,4-2,1)	0,89	(0,4-2,1)	0,92	(0,4-2,1)	0,91	(0,4-2,1)
Viol_2xDST						2,11	(1,0-4,3)	2,11	(1,0-4,3)	2,02	(0,9-4,1)	1,96	(0,9-3,9)
TER ALGUM TIPO DE INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA OU O ADOECER													
Autopercepção de risco													
Não	7,00	1				1		1		1		1	
Sim	6,91	1,88	(1,5-2,4)			1,90	(1,2-3,1)	1,90	(1,2-3,1)	1,96	(1,2-3,2)	1,84	(1,1-3,0)
Interação													
Cam_1x risco						0,47	(0,2-0,9)	0,47	(0,2-0,9)	0,46	(0,2-0,9)	0,47	(0,2-0,9)
Cam_2x risco						0,58	(0,3-1,1)	0,58	(0,3-1,1)	0,56	(0,3-1,0)	0,59	(0,3-1,1)
Conhece alguém com aids													
Não	4,75	1				1		1		1		1	
Sim	9,16	2,39	(1,8-3,1)			1,93	(1,5-2,5)	1,93	(1,5-2,5)	1,90	(1,5-2,5)	1,88	(1,4-2,4)
Informação e crença sobre o tratamento													
Não tem	0,64	1				1		1		1		1	
Tem, não faz diferença	0,36	1,87	(0,7-4,9)			1,23	(0,5-3,2)	1,23	(0,5-3,2)	1,13	(0,4-2,9)	1,08	(0,4-2,8)
Tem, cura	0,52	1,97	(0,8-4,7)			1,99	(0,8-4,8)	1,99	(0,8-4,8)	1,82	(0,7-4,4)	1,74	(0,7-4,2)
Tem, melhora	12,39	3,17	(1,8-5,5)			2,04	(1,2-3,6)	2,04	(1,2-3,6)	1,93	(1,1-3,4)	1,89	(1,1-3,3)

continua

continuação

Variáveis	Total (1730)	Univariada		Múltiplas									
NÍVEL INDIVIDUAL				Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	Prevalência	RP	IC (95%)	Coef	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Intercepto				-1,97	-2,1;-1,8								
Ideias de práticas de segregação													
Sim	9,13	1						----		----		----	
Não	4,77	1,56	(1,2-2,0)					----	-----	----	----	----	----
NÍVEL CONTEXTUAL													
IDH													
Baixo-médio	3,96	1								1		1	
Alto	9,94	1,76	(1,3-2,4)							1,55	(1,2-2,0)	1,48	(1,1-1,9)
Prevalência de aids													
Baixa	2,44	1								----		----	
Alta	11,47	1,42	(0,9-2,0)							----	----	----	----
Presença de CTA													
Não	2,13	1										1	
Sim	11,78	2,03	(1,4-2,9)									1,58	(1,1-2,2)
Coefficiente intraclasse				0,26		0,036		0,036		0,002		4,13 ⁻⁷	
Erro padrão				0,118		0,058		0,058		0,046		0,000	
Deviance				1514,8		1327,8		1327,8		1318,2		1311,0	

LR teste modelo nulo – modelo final <0,001

Curva ROC – 0,80

7.3.2. Homens

Na análise dos fatores associados à realização do teste por busca espontânea entre os homens não realizamos análise multinível, pois não foi observada variância de nível contextual estatisticamente significativa no modelo nulo ($DP = 0,18$; $p=0,212$).

Assim, na análise univariada de Poisson para amostras complexas, observamos que se mostraram associadas à realização do teste espontâneo entre os homens: no nível individual: “ter idade entre 26 e 45 anos”, “nível superior de escolaridade”, “relatar uso irregular de preservativo”, “ter tido mais de cinco parcerias sexuais na vida”, “parcerias sexuais homo ou bissexual na vida”, “ter sofrido violência sexual antes dos 15 anos”, “autopercepção de risco de infecção”, “conhecer alguém com aids” e “ter informação que o tratamento melhora a saúde” de pessoas infectadas. A variável “não ter ideias de práticas de segregação” também se mostrou associada à realização desse teste. Por fim, a presença de CTA no município mostrou-se associada positivamente à testagem por busca espontânea (Tabela 6).

No modelo 1, com a inclusão das variáveis do nível individual, observou-se redução da faixa etária, mantendo as associações entre aqueles com idade entre 26 e 35 anos. As variáveis “ter nível superior de escolaridade”, “uso irregular de preservativo”, “parcerias sexuais homo ou bissexual”, “autopercepção de risco de infecção” e “conhecer alguém com aids” se mantiveram associadas positivamente ao desfecho, com ajuste da magnitude das razões de prevalência. Nas variáveis sobre o “padrão de uso de preservativo” e “autopercepção de risco”, observou-se aumento das magnitudes das razões de prevalência. Na análise dessa interação, observamos que aqueles que se percebiam em risco e não usaram preservativos apresentaram associação negativa com o teste espontâneo. Ainda nesse modelo, houve uma inversão da variável referente à violência sexual, fazendo com que “ter sofrido violência sexual antes dos 15 anos”, com ou sem recorrência quando adulto se mostrasse associada ao desfecho, após o ajuste com as demais variáveis. A variável referente à informação e crença sobre o tratamento deixou de se associar de forma significativa ao desfecho após o ajuste (Tabela 6).

No modelo dois, observamos associação positiva entre “não ter ideias de práticas de segregação” e a realização do teste. Além disso, a interação dessa variável com a “escolaridade” resultou em associação negativa entre aqueles com ideias de prática de segregação e maior grau de escolaridade (nível médio e superior). Também, as variáveis

do modelo1 que se mantiveram associadas ao desfecho foram: “ter idade entre 26 e 35” anos, “parceria sexual homo ou bissexual”, “autopercepção de risco de infecção” e “conhecer alguém com aids”, com ajuste das magnitudes dos coeficientes. Com relação à “escolaridade”, observamos que na sua interação com ideias de prática de segregação, observou-se aumento da magnitude para o nível superior e o nível médio tornou-se estatisticamente associada ao desfecho. A interação entre autopercepção de risco e não uso de preservativo também permaneceu associada à realização do teste por busca espontânea. As variáveis “ter sofrido violência sexual” e “ter informação sobre o tratamento” deixaram de se associar estatisticamente ao desfecho e foram retiradas do modelo (Tabela 6).

No modelo três, a variável “presença de CTA” deixou de se associar estatisticamente ao desfecho e também não ajustou as demais. Assim, foi retirada do modelo, mantendo-se as variáveis do modelo dois nesse modelo final (Tabela 6).

Após análise, constatamos que o modelo explicou 72% da realização do teste por busca espontânea entre os homens.

Tabela 6 – Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste anti-HIV por busca espontânea entre os homens. Brasil. 2005.

Variáveis	Total (1791)	Univariada		Múltiplas					
		RP	IC(95%)	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
				RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
NÍVEL INDIVIDUAL									
Idade									
56-65	1,00	1		1		1		1	
46-55	2,81	1,74	(0,9-3,1)	1,43	(0,8-2,5)	1,44	(0,8-2,6)	1,44	(0,8-2,6)
36-45	3,67	1,94	(1,1-3,4)	1,53	(0,9-2,6)	1,55	(0,9-2,7)	1,55	(0,9-2,7)
26-35	4,74	2,35	(1,4-4,0)	1,84	(1,1-3,1)	1,89	(1,1-3,2)	1,89	(1,1-3,2)
16-25	2,92	1,07	(0,6-2,0)	0,73	(0,4-1,4)	0,74	(0,4-1,4)	0,74	(0,4-1,4)
Religião									
Não tem	12,72	1		----		----		----	
Tem	2,43	1,38	(0,9-2,1)	----	----	----	----	----	----
Alfabetização/escolaridade									
Não sabe ler/escrever	0,44	1		1		1		1	
Ensino fundamental	5,15	1,46	(0,6-3,6)	1,35	(0,6-3,3)	2,13	(0,7-6,6)	2,13	(0,7-6,6)
Ensino médio	6,10	2,41	(0,9-5,9)	2,12	(0,9-5,2)	3,60	(1,1-11,5)	3,60	(1,1-11,5)
Superior	3,46	3,75	(1,5-9,3)	2,65	(1,1-6,6)	6,02	(2,0-18,5)	6,02	(2,0-18,5)
SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA									
Padrões de uso de preservativo									
Uso regular de preservativo	3,14	1		1		1		1	
Uso irregular de preservativo	4,96	1,63	(1,1-2,4)	1,89	(1,0-3,4)	1,92	(1,1-3,3)	1,92	(1,1-3,3)
Não uso de preservativo	7,04	1,12	(0,7-1,6)	1,33	(0,7-2,4)	1,42	(0,8-2,4)	1,42	(0,8-2,4)
No. de parcerias sexuais									
1	0,52	1		----		----		----	
2	0,53	1,52	(0,6-3,9)	----	----	----	----	----	----
3 a 5	2,51	1,41	(0,7-2,9)	----	----	----	----	----	----
>5	11,59	2,02	(1,0-3,9)	----	----	----	----	----	----
Tipo de parceria sexual									
Heterossexual	13,87	1		1		1		1	
Homo/bissexual	1,27	2,81	(1,8-4,3)	1,69	(1,0-2,8)	1,77	1,1-2,7	1,77	1,1-2,7

continua

continuação

Tabela 6 – Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste anti-HIV por busca espontânea entre os homens. Brasil. 2005.

Variáveis	Total (1791)	Univariada		Múltiplas					
		RP	IC(95%)	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
				RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
NÍVEL INDIVIDUAL									
Teve DST na vida									
Não/não sabe	11,52	1		1		1		1	
Sim	3,62	1,46	(1,1-2,2)	1,22	(0,9-1,7)	1,18	(0,9-1,6)	1,18	(0,9-1,6)
Violência sexual									
Não	13,25	1		1		----		----	
Sim, antes dos 15 anos com ou sem após os 15	0,24	1,70	(0,8-3,5)	1,84	(1,1-3,1)	----		----	
Sim, após os 15 anos	1,66	1,63	(1,1-2,4)	0,92	(0,6-1,4)	----		----	
ALGUM TIPO DE INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA OU O ADOECER									
Autopercepção de risco de infecção									
Não	8,58	1		1		1		1	
Sim	6,57	1,51	(1,2-1,9)	2,34	(1,3-4,3)	2,41	(1,4-4,2)	2,41	(1,4-4,2)
Interação									
Riscoxuso cam_1				0,50	(0,2-1,0)	0,51	(0,2-1,0)	0,51	(0,2-1,0)
Riscoxusocam_2				0,50	(0,2-0,9)	0,48	(0,2-0,9)	0,48	(0,2-0,9)
Conhece alguém com aids									
Não	6,07	1		1		1		1	
Sim	9,08	2,15	(1,6-2,8)	1,81	(1,4-2,4)	1,79	(1,4-2,3)	1,79	(1,4-2,3)
Informações e crenças sobre o tratamento da aids									
Não sabe sobre	1,62	1		1		-----		-----	
Não faz diferença	0,38	1,27	(0,5-3,1)	1,14	(0,5-2,5)	-----		-----	
Cura	0,46	1,86	(0,8-4,3)	1,62	(0,6-4,0)	----		----	
Melhora	12,68	1,96	(1,2-3,2)	1,35	(0,9-2,1)	----		----	

continua

continuação

Tabela 6 – Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste anti-HIV por busca espontânea entre os homens. Brasil. 2005.

Variáveis	Total (1791)	Univariada		Múltiplas					
		RP	IC(95%)	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
				RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
NÍVEL INDIVIDUAL									
Ideias de prática de segregação em relação a aids									
Sim	5,72	1							
Não	9,42	1,57	(1,2-2,0)						
Interação									
Preconxescol_1						0,24	(0,05-1,1)	0,24	(0,05-1,1)
Preconxescol_2						0,19	(0,03-0,9)	0,19	(0,03-0,9)
Preconxescol_3						0,10	(0,02-0,5)	0,10	(0,02-0,5)
NÍVEL CONTEXTUAL									
IDH									
Baixo-médio	5,03	1				----	----	----	----
Alto	10,11	1,27	(0,9-1,7)			----	----	----	----
Prevalência de aids									
Baixa	2,60	1				----	----	----	----
Alta	12,54	1,31	(0,9-1,8)			----	----	----	----
Presença de CTA									
Não	2,98	1						----	----
Sim	12,17	1,51	(1,1-2,1)					----	----

Curva ROC – 0,72

7.4. Fatores associados à realização do teste por solicitação

7.4.1. Mulheres

Na análise univariada para a realização do teste por solicitação, observamos que as variáveis associadas positivamente foram: no nível individual, sociodemográficas (“idade de 16 a 55 anos”, “ser casada ou em união consensual”, “não ter religião” e “saber ler e escrever”); saúde sexual e saúde reprodutiva (“início a vida sexual até os 15 anos”, “não usar preservativo ou ter relatado uso irregular”, “ter tido mais de uma parceria sexual na vida”, “ter tido outras DST”, “ter filhos até 6 anos de idade” e “ter sofrido violência sexual antes dos 15 anos”). As variáveis que compõem o domínio ter algum tipo de informação sobre a doença ou o adoecer associadas à realização desse teste foram: “autopercepção de risco”, “conhecer alguém com aids” e “ter informação de que o tratamento medicamentoso melhora a saúde”. Ainda no nível individual, a variável não ter ideias de prática de segregação se mostrou associada positivamente ao desfecho. Dentre as variáveis contextuais, tanto o “IDH alto”, como a “presença de CTA” se mostraram associadas positivamente com a realização do teste anti-HIV por solicitação (Tabela 7).

No modelo 1, nível individual, se mantiveram associadas à realização do teste as variáveis sociodemográficas (“idade”, “ser casada” e “saber ler e escrever”, ajustando a magnitudes das razões de prevalência). A religião deixou de ter associação estatística com o desfecho. Dentre as variáveis relativas à saúde sexual e saúde reprodutiva, se mantiveram positivamente associadas: “ter iniciado a vida sexual até os 15 anos”, “uso irregular de preservativo” e “ter filhos biológicos até seis anos de idade”. A interação entre “ter iniciado a vida sexual até os 15 anos” e “ter filhos acima de seis anos de idade” se mostrou negativamente associada ao teste solicitado. Ainda nesse modelo, “conhecer alguém com aids” e “ter informação de que o tratamento melhora a saúde da pessoa infectada” permaneceram associadas ao desfecho. Esse modelo foi ajustado pela “interação entre uso irregular de preservativo” e “autopercepção de risco”, pois essa interação ajustou a variável relativa ao uso de preservativo (Tabela 7).

No modelo dois, não houve alteração, pois a variável relativa a “ter ideias de prática de segregação em relação à aids” deixou de ter significância estatística ao desfecho, e as mesmas variáveis do modelo anterior foram mantidas (Tabela 7).

No modelo três, após a inclusão das variáveis contextuais, pudemos verificar que as mesmas variáveis se mantiveram associadas ao desfecho, acumulada ao “IDH alto”. Não observamos ajuste da magnitude das razões de prevalência do modelo dois para o modelo três (Tabela 7).

No modelo quatro (final), incluímos a variável presença de CTA no município, que se manteve associada à realização do teste por solicitação. Além dessa última, as demais variáveis do modelo três permaneceram associadas à realização do teste anti-HIV por solicitação (Tabela 7).

Finalmente, na parte aleatória do modelo, constatamos o ajuste das variâncias do modelo nulo ao final, mantendo-se significativa. Isto indica que outras variáveis ainda são necessárias para explicação mais abrangente desse modelo. No entanto, o modelo foi bem ajustado pelo teste de verossimilhança e teve um poder explicativo de 78% (Tabela 7).

Tabela 7. Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste anti-HIV por solicitação entre as mulheres. Brasil. 2005.

Variáveis	Total (2300)	Univariada		Múltiplas									
NÍVEL INDIVIDUAL				Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	Prevalência	RP	IC (95%)	Coef	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Intercepto				-0,39	-0,5;-0,3								
Idade													
56-65	1,21	1				1		1		1		1	
46-55	3,41	1,95	(1,4-2,6)			1,66	(1,2-2,2)	1,66	(1,2-2,2)	1,64	(1,2-2,2)	1,64	(1,2-2,2)
36-45	7,83	4,05	(3,1-5,4)			2,56	(1,9-3,4)	2,56	(1,9-3,4)	2,59	(1,9-3,5)	2,57	(1,9-3,4)
26-35	13,40	6,13	(4,7-8,0)			3,14	(2,3-4,2)	3,14	(2,3-4,2)	3,17	(2,3-4,3)	3,17	(2,3-4,3)
16-25	8,76	5,04	(3,8-6,7)			2,61	(1,9-3,6)	2,61	(1,9-3,6)	2,67	(1,9-3,7)	2,66	(1,9-3,6)
Estado Marital													
Solteira/separada	9,92	1				1		1		1		1	
Casada/unida	24,69	1,36	(1,2-1,5)			1,28	(1,1-1,4)	1,28	(1,1-1,4)	1,28	(1,1-1,4)	1,27	(1,1-1,4)
Religião													
Tem	31,78	1				----		----		----		----	
Não tem	2,84	1,29	(1,1-1,6)			----	----	----	----	----	----	----	----
Alfabetização/escolaridade													
Não sabe ler/escrever	0,75	1				1		1		1		1	
Ensino fundamental	13,33	3,13	(2,2-4,5)			1,85	(1,3-2,7)	1,85	(1,3-2,7)	1,76	(1,2-2,6)	1,75	(1,2-2,5)
Ensino médio	14,13	4,59	(3,2-6,6)			2,20	(1,5-3,2)	2,20	(1,5-3,2)	2,07	(1,4-3,0)	2,06	(1,4-3,0)
Superior	6,40	4,36	(3,0-6,4)			2,50	(1,7-3,7)	2,50	(1,7-3,7)	2,35	(1,6-3,5)	2,34	(1,6-3,5)
SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA													
Idade à 1º. relação sexual													
> 15 forçada ou não	26,87	1				1		1		1		1	
≤ 15 forçada ou não	7,75	1,28	(1,1-1,4)			1,31	(1,0-1,7)	1,31	(1,0-1,7)	1,31	(1,0-1,6)	1,31	(1,0-1,6)
Padrões de uso de preservativo													
Uso regular de preservativo	7,11	1				1		1		1		1	
Uso irregular de preservativo	11,02	1,80	(1,6-2,1)			1,22	(1,0-1,5)	1,22	(1,0-1,5)	1,21	(1,0-1,4)	1,21	(1,0-1,4)
Não uso de preservativo	16,48	1,34	(1,2-1,5)			1,02	(0,8-1,2)	1,02	(0,8-1,2)	1,02	(0,8-1,2)	1,02	(0,8-1,2)

continua

Tabela 7. Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste anti-HIV por solicitação entre as mulheres. Brasil. 2005.

Variáveis	Total (2300)	Univariada		Múltiplas									
NÍVEL INDIVIDUAL				Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	Prevalência	RP	IC (95%)	Coef	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Intercepto				-0,39	-0,5;-0,3								
No. de parcerias sexuais na vida													
1	13,47	1				1		1		1		1	
2	5,80	1,23	(1,1-1,4)			1,15	(0,9-1,3)	1,15	(0,9-1,3)	1,15	(0,9-1,3)	1,14	(0,9-1,3)
3 a 5	10,99	1,53	(1,4-1,7)			1,32	(1,2-1,5)	1,32	(1,2-1,5)	1,31	(1,1-1,5)	1,30	(1,1-1,5)
>5	4,35	1,40	(1,2-1,6)			1,23	(1,0-1,4)	1,23	(1,0-1,4)	1,22	(1,0-1,4)	1,21	(1,0-1,4)
Teve DST na vida													
Não/não sabe	27,93	1				----		----		----		----	
Sim	6,68	1,15	(1,0-1,3)			----	----	----	----	----	----	----	----
Filhos biológicos													
Não	9,62	1				1		1		1		1	
Sim, ≤ 6 anos	14,38	1,80	(1,6-2,0)			1,73	(1,5-2,1)	1,73	(1,5-2,1)	1,75	(1,5-2,0)	1,77	(1,5-2,0)
Sim, > 6 anos	10,61	0,56	(0,5-0,6)			0,92	(0,7-1,1)	0,92	(0,7-1,1)	0,92	(0,8-1,1)	0,93	(0,8-1,1)
Interação													
Idrelxfbio_1						0,81	(0,6-1,1)	0,81	(0,6-1,1)	0,81	(0,6-1,1)	0,81	(0,6-1,1)
Idrelxfbio_2						0,65	(0,5-0,9)	0,65	(0,5-0,9)	0,65	(0,5-0,9)	0,65	(0,4-0,9)
Violência sexual													
Não	28,76	1				----		----		----		----	
Sim, antes dos 15 anos com ou sem após os 15	1,94	1,51	(1,2-1,9)			----	----	----	----	----	----	----	----
Sim, após os 15 anos	3,91	0,96	(0,8-1,1)			----	----	----	----	----	----	----	----

continua

continuação

Tabela 7. Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste anti-HIV por solicitação entre as mulheres. Brasil. 2005.

Variáveis	Total (2300)	Univariada		Múltiplas									
NÍVEL INDIVIDUAL				Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	Prevalência	RP	IC (95%)	Coef	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Intercepto				-0,39	-0,5;-0,3								
TER ALGUM TIPO DE INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA OU O ADOECER													
Autopercepção de risco de infecção													
Não	20,92	1				1		1		1		1	
Sim	13,70	1,31	(1,2-1,4)			1,06	(0,8-1,3)	1,06	(0,8-1,3)	1,07	(0,8-1,3)	1,06	(0,8-1,3)
Interação													
Riscoxuso_cam1						0,82	(0,6-1,1)	0,82	(0,6-1,1)	0,80	(0,6-1,1)	0,80	(0,6-1,1)
Riscoxuso_cam2						0,99	(0,7-1,3)	0,99	(0,7-1,3)	0,97	(0,7-1,3)	0,98	(0,7-1,3)
Conhece alguém com aids													
Não	15,57	1				1		1		1		1	
Sim	19,04	1,44	(1,3-1,6)			1,36	(1,2-1,5)	1,36	(1,2-1,5)	1,33	(1,2-1,5)	1,33	(1,2-1,5)
Informações e crenças sobre o tratamento de aids													
Não sabe sobre	3,31	1				1		1		1		1	
Não faz diferença	0,91	1,19	(0,8-1,7)			1,14	(0,8-1,6)	1,14	(0,8-1,6)	1,10	(0,8-1,5)	1,09	(0,8-1,5)
Cura	0,93	1,03	(0,7-1,4)			1,06	(0,7-1,5)	1,06	(0,7-1,5)	1	(0,7-1,4)	1,01	(0,7-1,4)
Melhora	29,46	1,54	(1,3-1,8)			1,25	(1,0-1,5)	1,25	(1,0-1,5)	1,21	(1,0-1,4)	1,22	(1,0-1,4)
Ideias de prática de segregação													
Sim	10,16	1					----		----		----		----
Não	24,45	1,26	(1,1-1,4)				----	----	----	----	----		----

continua

continuação

Tabela 7. Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste anti-HIV por solicitação entre as mulheres. Brasil. 2005.

Variáveis	Total (2300)	Univariada		Múltiplas									
NÍVEL INDIVIDUAL				Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	Prevalência	RP	IC (95%)	Coef	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Intercepto				-0,39	-0,5;-0,3								
NÍVEL CONTEXTUAL													
IDH													
Baixo-médio	9,90	1								1		1	
Alto	24,71	1,56	(1,3-1,8)							1,46	(1,3-1,7)	1,42	(1,2-1,6)
Presença de CTA													
Não	6,42	1										1	
Sim	28,20	1,37	(1,1-1,6)									1,26	(1,1-1,4)
Coefficiente intraclasse				0,20*		0,09*		0,09*		0,06*		0,05*	
Erro Padrão				0,047		0,03		0,03		0,02		0,02	
Deviance				5501,5		4840,0		4840,0		4808,8		4798,4	

LR teste modelo nulo – modelo final <0,001

Curva ROC – 0,78

7.4.2. Homens

Na análise univariada, observamos que os fatores associados à realização do teste anti-HIV por solicitação entre os homens foram: no nível individual: idade, com associação negativa de indivíduos com idades entre 16 e 25 anos e o desfecho e coeficiente decrescente a partir de 26 anos, “ser casado ou viver em união consensual”, “escolaridade” a partir do ensino fundamental (com magnitude crescente), ter relatado “não uso ou uso irregular”, “ter tido mais de cinco parcerias sexuais na vida”, “ter tido alguma outra DST na vida”, “ter filhos biológicos”, “ter sofrido violência sexual antes dos 15 anos”, “conhecer alguém com aids” e “ter informação de que o tratamento medicamentoso melhora a condição de saúde dos pacientes com aids”. Também, se mostraram associadas à maior frequência de realização do teste: “não ter ideias de prática de segregação em relação à aids”, “viver em municípios com IDH alto” e “presença de CTA” no município de moradia (Tabela 8).

No modelo 1, foram incluídas as variáveis do nível individual e se mantiveram associadas à realização do teste por solicitação: “ter idade entre 26 e 55 anos”, com ordem decrescente dos coeficientes ajustados, “escolaridade a partir do ensino fundamental”, com o mesmo perfil de tendência observado na análise univariada. Ainda, se mantiveram no modelo: “ter filhos biológicos de até 6 anos de idade”, “ter sofrido violência sexual antes dos 15 anos”, “conhecer alguém com aids” e “ter informação de que o tratamento melhora a saúde de pessoas com aids”. As demais variáveis deixaram de ter associação significativa com o desfecho (Tabela 8).

No modelo dois, com a entrada da variável “não ter ideias de prática de segregação”, mantiveram-se associadas à realização do teste por solicitação: “ter idade entre 26 e 45 anos”, a última categoria da idade deixou de ter associação estatística com o desfecho; “escolaridade” a partir do ensino fundamental; “ter tido DST na vida” se mostrou associada positivamente com a realização desse teste, ao entrar no modelo a interação dessa variável com “não ter ideias de prática de segregação”; “ter filhos”, independente da idade; “ter sofrido violência sexual antes dos 15 anos”; “conhecer alguém com aids”; e “ter informação de que o tratamento medicamentoso melhora a saúde das pessoas com aids” (Tabela 8).

No modelo três, a variável “IDH” (índice de desenvolvimento humano) deixou de ter associação estatística com o desfecho. Assim, esse modelo não diferiu do modelo dois (Tabela 8).

No modelo final (4), verificamos a associação entre a variável “presença de CTA” e a realização desse tipo de teste. Com relação às demais variáveis, se mostraram associadas ao desfecho: “idade entre 26 e 45 anos”; “escolaridade”; “ter tido DST na vida”; “ter filhos até seis anos de idade”; “ter sofrido violência sexual antes dos 15 anos”; “conhecer alguém com aids”; “ter informação de que o tratamento melhora a saúde”; “não ter ideias de prática de segregação” e “presença de CTA” no município de moradia; a interação entre as variáveis “ter DST” e “não ter ideias de segregação” se manteve nesse modelo (Tabela 8).

Na análise da parte aleatória do modelo, notamos o ajuste da variância representado pelo coeficiente de correlação intraclasse. No entanto, apesar de ajustada, se manteve estatisticamente significativa, sugerindo que outras variáveis podem contribuir para explicar esse modelo. O teste de verossimilhança entre o modelo nulo e o modelo final se mostrou estatisticamente significativo, demonstrando um bom ajuste do modelo. Além disso, o modelo final teve um poder explicativo de 74% (Tabela 8).

Tabela 8. Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste por solicitação entre os homens. Brasil. 2005.

Variáveis	Total (1908)	Univariada		Múltiplas									
NÍVEL INDIVIDUAL				Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	Prevalência	RP	IC (95%)	Coef	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Intercepto				-0,97	-1,1;-0,8								
Idade													
56-65	1,38	1				1		1		1		1	
46-55	3,53	1,60	(1,2-2,2)			1,38	(1,2-2,2)	1,36	(0,9-1,8)	1,36	(0,9-1,8)	1,33	(0,9-1,8)
36-45	4,92	1,85	(1,4-2,5)			1,49	(1,4-2,5)	1,45	(1,1-1,9)	1,45	(1,1-1,9)	1,43	(1,0-1,9)
26-35	6,93	2,15	(1,6-2,8)			1,77	(1,6-2,8)	1,71	(1,2-2,4)	1,71	(1,2-2,4)	1,67	(1,2-2,3)
16-25	3,23	0,98	(1,7-1,3)			0,89	(0,7-1,3)	0,85	(0,6-1,2)	0,85	(0,6-1,2)	0,84	(0,6-1,2)
Cor de pele													
Não branca	10,45	1				----		----		----		----	
Branca	9,56	1,14	(0,9-1,3)			----	---	----	---	----	----	----	----
Estado marital													
Solteiro/separado	6,47	1				----		----		----		----	
Casado/unido	13,53	1,46	(1,2-1,7)			----	----	----	----	----	----	---	----
Religião													
Não tem	1,87	1				----		----		----		----	
Tem	18,13	1,18	(0,9-1,5)			----	----	----	----	----	----	----	----
Alfabetização/escolaridade													
Não sabe ler/escrever	0,21	1				1		1		1		1	
Ensino fundamental	6,64	2,79	(1,5-5,3)			2,55	(1,3-4,8)	2,51	(1,3-4,8)	2,51	(1,3-4,8)	2,46	(1,3-4,7)
Ensino médio	8,49	5,21	(2,7-9,9)			4,63	(2,4-8,8)	4,38	(2,3-8,4)	4,38	(2,3-8,4)	4,23	(2,2-8,1)
Superior	4,66	6,90	(3,6-13,2)			5,68	(2,9-10,9)	5,21	(2,7-10,0)	5,21	(2,7-10,0)	5,04	(2,6-9,7)
SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA													
Padrões de uso de preservativo													
Usou regular de preservativo	2,71	1				----		----		----		----	
Uso irregular de preservativo	5,60	1,58	(1,3-1,9)			----	----	----	----	----	----	----	----
Não uso de preservativo	11,69	1,59	(1,3-1,9)			----	----	----	----	----	----	----	----

continua

Tabela 8. Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste por solicitação entre os homens. Brasil. 2005.

Variáveis	Total (1908)	Univariada		Múltiplas									
NÍVEL INDIVIDUAL				Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	Prevalência	RP	IC (95%)	Coef	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Intercepto				-0,97	-1,1;-0,8								
No. de parcerias sexuais													
1	0,97	1				----		----		----		----	
2	0,45	1,11	(0,7-1,8)			----	----	----	----	----	----	----	----
3 a 5	3,59	1,14	(0,8-1,6)			----	----	----	----	----	----	----	----
>5	14,98	1,49	(1,0-2,1)			----	----	----	----	----	----	----	----
Teve alguma DST na vida													
Não/não sabe	16,01	1				1		1		1		1	
Sim	3,99	1,31	(1,1-1,5)			1,18	(0,9-1,4)	1,28	(1,0-1,6)	1,28	(1,0-1,6)	1,28	(1,0-1,6)
Filhos biológicos													
Não	7,13	1				1		1		1		1	
Sim, ≤ 6 anos	5,08	1,57	(1,3-1,9)			1,33	(1,1-1,6)	1,38	(1,1-1,7)	1,38	(1,1-1,7)	1,38	(1,1-1,7)
Sim, > 6 anos	7,79	1,20	(1,0-1,4)			1,22	(0,9-1,5)	1,24	(1,1-1,5)	1,24	(1,1-1,5)	1,23	(0,9-1,5)
Violência sexual													
Não	18,53	1				1		1		1		1	
Sim, antes dos 15 anos com ou sem após os 15	0,52	1,76	(1,1-2,9)			1,82	(1,1-2,9)	1,80	(1,1-2,9)	1,80	(1,1-2,9)	1,74	(1,1-2,8)
Sim, após os 15 anos	0,95	0,85	(0,6-1,2)			0,92	(0,7-1,3)	0,93	(0,7-1,3)	0,93	(0,7-1,3)	0,94	(0,7-1,3)
TER ALGUM TIPO DE INFORMAÇÃO SOBRE A DOENÇA OU O ADOECER													
Conhece alguém com aids													
Não	8,32	1				1		1		1		1	
Sim	11,68	1,82	(1,6-2,1)			1,52	(1,3-1,8)	1,49	(1,3-1,7)	1,49	(1,3-1,7)	1,48	(1,3-1,7)
Informações e crenças sobre o tratamento para aids													
Não sabe sobre	1,83	1				1		1		1		1	
Não faz diferença	0,27	0,91	(0,5-1,7)			0,91	(0,5-1,7)	0,93	(0,5-1,7)	0,93	(0,5-1,7)	0,89	(0,5-1,7)
Cura	0,56	1,61	(0,9-2,7)			1,27	(0,8-2,1)	1,25	(0,7-2,1)	1,25	(0,7-2,1)	1,23	(0,7-2,0)
Melhora	17,35	2,09	(1,6-2,7)			1,48	(1,1-1,9)	1,43	(1,1-1,9)	1,43	(1,1-1,9)	1,42	(1,1-1,8)

continua

Tabela 8. Razão de prevalência bruta e ajustada das variáveis associadas à realização do teste por solicitação entre os homens. Brasil. 2005.

Variáveis	Total (1908)	Univariada		Múltiplas									
NÍVEL INDIVIDUAL				Modelo 0		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3		Modelo 4	
	Prevalência	RP	IC (95%)	Coef	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)	RP	IC(95%)
Intercepto				-0,97	-1,1;-0,8								
Ideias de prática de segregação													
Sim	11,53	1						1		1		1	
Não	8,48	1,59	(1,4-1,8)					1,34	(1,1-1,6)	1,34	(1,1-1,6)	1,35	(1,1-1,6)
Interação													
DST x preconceito								0,83	(0,6-1,2)	0,83	(0,6-1,2)	0,82	(0,6-1,1)
NÍVEL CONTEXTUAL													
IDH													
Baixo-médio	5,96	1								----		----	
Alto	14,04	1,35	(1,1-1,7)							---	----	---	----
Presença de CTA													
Não	3,46	1										1	
Sim	16,54	1,35	(1,1-1,7)									1,38	(1,1-1,7)
Coefficiente intraclasse				0,49*		0,22*		0,19*		0,19*		0,16*	
Erro Padrão				0,114		0,080		0,076		0,076		0,070	
Deviance				3481,9		3216,6		3205,1		3205,1		3197,3	

LR teste modelo nulo – modelo final <0,001

Curva ROC – 0,74

8. Resumo dos fatores associados à realização do teste anti-HIV por busca espontânea e por solicitação

Na Tabela 9, observamos as variáveis da dimensão individual que foram comuns entre homens e mulheres no que diz respeito à busca espontânea pelo teste. Já no teste por solicitação foram observadas semelhanças na dimensão programática, além da individual.

Ainda nesta Tabela 9, importante destacar a variável “conhecer alguém com aids” que se mostrou associada aos dois tipos de busca pelo teste, entre homens e mulheres.

Tabela 9. Resumo dos resultados finais dos modelos, que foram comuns entre homens e mulheres.

Teste por busca espontânea		Teste por solicitação	
Mulher	Homem	Mulher	Homem
<u>Individual</u>	<u>Individual</u>	<u>Individual</u>	<u>Individual</u>
Idade 26 a 35 anos;	Idade 26 a 35 anos;	Sabe ler e escrever;	Sabe ler e escrever;
Uso irregular de preservativo;	Uso irregular de preservativo;	Ter filhos até 6 anos;	Ter filhos até 6 anos;
Percepção de risco de infecção;	Percepção de risco de infecção;	Conhece alguém com aids;	Conhece alguém com aids;
Conhecer alguém com aids;	Percepção de risco X não uso de preservativo (associação negativa);	Ter informação de que o tratamento melhora a saúde;	Ter informação de que tratamento melhora a saúde.
Uso irregular de preservativo X se percebe em risco (associação negativa)	Conhece alguém com aids;	<u>Contextual</u>	<u>Contextual</u>
		Presença de CTA.	Presença de CTA.

Na Tabela 10, verificamos que os fatores associados à busca pelo teste espontaneamente e por solicitação apresentaram diferenças relevantes entre mulheres e homens nas dimensões individuais e sociais da vulnerabilidade.

Tabela 10. Resumo dos resultados finais dos modelos, que foram diferentes entre homens e mulheres.

Teste por busca espontânea		Teste por solicitação	
Mulher	Homem	Mulher	Homem
<u>Individual</u> Solteira ou separada; Idade do início a vida sexual ≤ 15 anos; Três ou mais parcerias sexuais; Sabe que o tratamento melhora a saúde;	<u>Individual</u> Ensino médio e superior; Ser homo ou bissexual; Não ter ideias de segregação; Não ter ideias de segregação e maior escolaridade (associação negativa);	<u>Individual</u> Idade 16 a 55 anos (>26 a 35 anos); Casada ou unida; Início a vida sexual ≤ 15 anos; Uso irregular de preservativo; Três ou mais parceiros;	<u>Individual</u> Idade 26 a 45 anos; Teve DST; Sofreu violência sexual antes dos 15 anos; Não ter ideias de segregação;
<u>Contextual</u> IDH – alto Presença de CTA		<u>Contextual</u> IDH alto;	

9. Discussão

A prevalência de teste para o HIV varia conforme os motivos para sua realização. No estudo realizado na Itália, cuja amostra contou com homens e mulheres de 18 a 49 anos, foi observada que a maior prevalência (26,6%) de realização do teste foi não voluntária, ou seja, ocorreu por solicitação de algum profissional de saúde, com apenas 3,4% desses sendo exclusivamente voluntários e 2,8% por ambos os motivos (RENZI e col., 2001). Em nosso estudo o motivo da busca pelo último teste se deu de forma diferente para homens e para mulheres, com o mais prevalente, entre as mulheres, o teste por solicitação e, entre homens, a busca espontânea. Esses resultados estão em concordância com outro estudo brasileiro com jovens de 13 a 19 anos, que apontou para uma realização mais frequente de teste entre mulheres durante o pré-natal e entre homens por busca espontânea ao se perceberem em risco (GRIEP e col., 2005).

Uma das explicações para essa diferença entre os motivos de busca é a maior prevalência de homens que se percebem em risco, buscando mais frequentemente o teste espontaneamente. Entre os motivos para a testagem os mais citados nos Estados Unidos são: o “maior número de parceiros sexuais”, a “maior frequência da prática de sexo anal sem o uso de preservativo” e “ter maior percepção de risco à infecção” (TAKAHASHI e col., 2005).

No que se refere à percepção de risco, SILVEIRA e col. (2002), em estudo populacional brasileiro realizado em Pelotas (RS), observaram que a maioria (87%) das mulheres de 15 a 49 anos tinha baixa ou nenhuma percepção de risco, mesmo apresentando proporções relevantes de algumas situações de maior risco, como: 72% não usaram preservativo na última relação sexual, 47% iniciaram a vida sexual antes dos 18 anos e 13,5% tiveram relações sexuais com parceiros que tinham usado álcool e droga.

Essa diferença de percepção de risco entre homens e mulheres não foi observada no presente estudo, com a maioria (66%), para ambos os sexos, não se percebendo em risco de infecção.

Teste por busca espontânea

Em relação aos fatores associados à realização do teste por busca espontânea, confirmamos os achados de TAKAHASHI e col. (2005) sobre a importância da percepção de risco, em ambos os sexos, que leva à realização mais frequente de teste.

Por outro lado, quando a percepção de risco interage com o uso irregular de preservativo, no caso das mulheres, e com o não uso de preservativo entre os homens, há menos realização de teste. Nesse caso, parece-nos que há dificuldades no autocuidado, mesmo quando o indivíduo se percebe em risco. Assim, pode haver fatores psicossociais que influenciam de forma negativa e simultaneamente o uso de preservativo e a busca pelo teste.

Adicionalmente, o uso irregular de preservativo leva a maior busca espontânea pelo teste, possivelmente como estratégia para suprimir o uso de preservativo em relacionamentos considerados estáveis. Para jovens com alta escolaridade, realizar o teste é uma forma de excluir o uso de preservativo no momento em que inicia a estabilização da relação e, conseqüentemente, há uma pressuposição de afetividade e exclusividade sexual entre o casal (GARCIA e SOUZA, 2010). Entretanto, é importante considerar que nesse estudo, por limitações de informações, não conseguimos analisar o tempo da parceria sexual sem o uso de preservativo e nem a temporalidade entre as relações sexuais sem uso de preservativo e a realização do teste.

Para tanto, pudemos observar, em nosso estudo, que a maioria (62%) de homens e mulheres que não usou preservativo na primeira relação sexual relatou que tal relação ocorreu com companheiro, noivo, namorado ou amigo. Embora não tenhamos informação sobre o tipo de parceria da última relação sexual, a maioria (77%) relatou o não uso preservativo nesta relação devido à confiança no parceiro.

A idade entre 26 e 35 anos é outro indicativo para a busca de teste espontaneamente entre homens e mulheres, que por outro lado demonstra que os mais jovens e os mais velhos estão desprotegidos no que diz respeito à busca por esse tipo de teste, que pode possibilitar o diagnóstico precoce, como também observado em outros estudos (RENZI e col., 2001; LEIBOWITZ e col., 2007). Entretanto, na análise univariada do presente estudo, indivíduos de todas as faixas etárias, exceto os mais velhos, foram associadas à busca pelo teste. A inclusão da variável relativa ao maior

número de parcerias sexuais, entre as mulheres, fez com que a faixa etária ficasse restrita entre 26 e 35 anos. Já entre os homens, as demais faixas etárias deixaram de se associar estatisticamente ao teste com a entrada da variável referente à escolaridade.

Em relação aos homens, observamos a maior escolaridade, ensino médio e superior, nessa faixa etária, fato que explica a associação dessa faixa etária (26 e 35 anos) com a realização do teste no modelo final. Isto porque ter maior escolaridade, também se mostra associada busca mais frequente do teste (ZIRABA e col., 2011).

Quanto às mulheres, essa associação poderia ser explicada por contemplar a idade reprodutiva (15 a 45 anos) que, apesar de ajustada pela variável relativa ao número de parcerias sexuais, manteve-se associada à realização do teste por busca espontânea até o modelo final.

Conhecer algum amigo ou parente com aids foi, também, fator associado com a testagem para ambos os sexos, resultado concordante com RENZI e col. (2001), que estudaram homens e mulheres de 18 a 49 anos e observaram associação entre conhecer alguém com aids e a realização do teste anti-HIV entre homens (OR 2,88) e mulheres (OR 1,92). PHARRIS e col., (2011), em estudo realizado com moradores da zona rural de 18 a 44 anos, também observaram associação positiva entre realização do teste e conhecer alguém com aids. O mecanismo para essa associação está na vivência pessoal de maior proximidade com a doença, ou seja, acompanhar a infecção e o desenvolvimento do adoecimento em alguém próximo, o que poderia levar a maior reconhecimento dos riscos e a um comportamento de maior cuidado de si.

Quando analisamos as variáveis que foram diferentes entre os homens e as mulheres na realização do teste por busca espontânea, discorremos sobre as construções sociais norteadas pela iniquidade de gênero e pela masculinidade hegemônica. Entendemos que essas construções sociais podem vir a interferir na percepção em estar vulnerável à infecção, como, por exemplo, a menor testagem entre mulheres casadas. As mulheres com parceiros fixos, geralmente, não se veem suscetíveis até que tenham conhecimento da infidelidade do parceiro (PRAÇA e GUALDA, 2001; SILVEIRA e col., 2002). Os homens se percebem mais vulneráveis quando têm relação sexual com pessoa do mesmo sexo ou em relacionamento casual (RENZI e col., 2001; PECHANSKY e col., 2005).

Particularmente entre as mulheres, o início a vida sexual antes dos 15 anos, também é reconhecido como fator de risco para infecção de HIV e outras DST. Isso porque, geralmente, essas relações ocorrem com homens mais velhos (PAIVA e col., 2008), que são mais experientes sexualmente e podem fortalecer a relação de empoderamento sobre a mulher. Além disso, essas primeiras relações “precoces” geralmente ocorrem sem o uso de preservativo (BORGES e col., 2002). D’ OLIVEIRA e col. (2010) também apontam para o fato de que muitas dessas relações antes dos 15 anos são forçadas, o que aumenta mais o risco de infecção, por ser em geral relação sexual sem preservativo. Além disso, a experiência da precoce relação sexual forçada frequentemente está associada a violências recorrentes.

Já em relação aos homens, o comportamento identificado ao modelo dominante de ser homem, a masculinidade hegemônica, faz com que homens heterossexuais se percebam fortes e invulneráveis. Essa invulnerabilidade reflete também na baixa busca pelo teste, ou no uso irregular de preservativo, muito embora percebam seu envolvimento em situações que sabem ser de maior risco. Não obstante, julgam-se ainda assim invulneráveis, estabelecendo uma distinção entre ter informações sobre situações de risco e achar-se vulnerável, distinção essa que compõe exatamente o sentido da virilidade hegemônica nesse modelo de ser homem. Seus comportamentos são de maiores riscos para sua saúde, como forma de representar poder em relação às mulheres e outros homens (COUTERNEY, 2000, RENZI e col., 2001).

Neste sentido homens gays também buscam sexo anal sem preservativo, com intuito de buscar alternativas de formas de masculinidade e reconstruir suas posições nessa construção social (COUTERNEY, 2000). No entanto, a prática sexual entre HSH (homens que fazem sexo homens) é um dos focos dos programas de prevenção da aids na epidemia concentrada brasileira, sendo assim mais estimulados à realização do teste anti-HIV. Em um estudo realizado nos Estados Unidos, foi observada associação positiva entre HSH, ter cuidado regular com a saúde e alto risco sexual com a realização do teste anti-HIV. Por outro lado, os autores desse mesmo estudo observaram associação negativa com a realização do teste, quando os homens eram casados em relação heterossexual (LEIBOWITZ e col., 2007). Embora o estudo não esclareça se a força maior do significado de não buscar a testagem deva-se à situação de ser heterossexual ou ser casado, ambas as situações são características relacionadas à percepção de invulnerabilidade masculina.

Algum tipo de conhecimento sobre o tratamento de aids é outro fator importante para decisão em realizar o teste espontaneamente entre as mulheres. Outros estudos também observaram que ter maior conhecimento sobre a doença foi associado ao teste por busca espontânea (PHARRIS e col., 2011, ZIRABA e col., 2011). No entanto, esses dois estudos, apenas, ajustaram os modelos por sexo, desse modo não foi possível identificar se ter informação sobre o tratamento foi uma característica somente das mulheres ou não, para podermos comparar as diferenças entre homens e mulheres com nossos resultados. Deter algum conhecimento sobre o tratamento e a doença pode reduzir o medo da morte em caso de um diagnóstico positivo, minimizando uma das barreiras psicológicas para busca do teste.

Adicionalmente, é relevante citar a violência sexual sofrida pelas mulheres antes e/ou após os 15 anos. Estudos apontam a associação com maiores comportamento de risco entre mulheres que sofreram abuso sexual na infância (TEIXEIRA e col., 2010; SUNDAY e col., 2011). Outros mostraram o maior risco de infecção entre mulheres que sofrem violência sexual por seus parceiros quando adultas (BARROS e col., 2010). No entanto, nesse estudo a variável sobre violência sofrida na infância apresentou uma significância limítrofe após a inclusão da variável relativa à dimensão programática. Já a violência sofrida após os 15 anos somente foi associada ao teste quando interagindo com a presença de alguma outra doença sexualmente transmissível e também teve significância limítrofe no modelo final. A perda da significância demonstra que, apesar da associação com maiores risco de infecção, a dimensão social e a programática influenciam mais a busca espontânea pelo teste anti-HIV entre as mulheres. Isto pelo fato das mulheres vítimas de violência terem efeitos negativos à sua saúde mental, como depressão e, conseqüentemente menor autoestima, o que pode refletir negativamente no cuidado com a saúde (SCHRAIBER e col., 2010; ANSARA e col., 2011). Desse modo, a decisão em buscar o teste espontaneamente é influenciada por fatores sociais e programáticos.

No que diz respeito à dimensão social da vulnerabilidade, o viver em locais de melhores condições educacionais e econômicas pode propiciar uma influência positiva em suas decisões individuais relativas à saúde e possível empoderamento nas relações de gênero.

O índice de desenvolvimento humano (IDH) do município pode ser interpretado, com ressalvas pela sua composição e para não acarretar em falácia ecológica, comparativamente a escolaridade (plano individual) entre os homens. No cálculo do IDH usa-se também a escolaridade, por esse motivo essas duas variáveis são associadas entre si e a entrada de uma pode ter sido a causa da saída da outra variável do modelo de mulheres.

Assim, a influência dessa dimensão social da vulnerabilidade nas variáveis do plano individual entre as mulheres e a escolaridade, no caso dos homens, facilita a aquisição e compreensão das informações sobre a prevenção e tratamento da aids, que resulta em maior conhecimento e consequentemente na maior busca pelo teste anti-HIV. Além disso, a maior escolaridade está relacionada com o maior cuidado com a saúde de modo geral. PHARRIS e col., (2011), observaram associação positiva entre a realização do teste e a maior renda, residir em regiões urbanas e maior escolaridade.

Já entre os homens não houve diferença quanto ao local de moradia, sendo desconsiderados os conglomerados na análise. Isto significa que as características relativas à realização do teste por busca espontânea entre os homens não diferiram entre os municípios de moradia

SWENSON e col. (2011), também não observaram associação entre o teste e região de moradia. Essa discordância entre os estudos analisados pode ser devido ao fato das características dos locais estudados. No primeiro estudo (PHARRIS e col., 2011), as regiões rurais e urbanas foram comparadas que, geralmente, apresentam diferenças relevantes quanto sua estrutura socioeconômica e disponibilidade de serviços; e no segundo (SWENSON e col., 2011) o estudo foi realizado somente em região urbana que podem apresentar características semelhantes, como observado entre os homens em nosso estudo.

Claro que nesse mecanismo social - individual deve ser considerado outros fatores que podem ser influenciados pela melhor condição educacional e econômica do local de moradia e, também alguns que são construções sociais relativas à aids. Nesse sentido, citamos a associação da variável “não ter ideias de práticas de segregação” com a realização do teste entre os homens. Resultado similar ao estudo populacional realizado com homens e mulheres de 15 a 49 anos, no Quênia, que foi observado

associação negativa com a realização do teste entre homens que relataram estigma e preconceito em relação à aids (LI LIU, 2011).

Ter ideias de prática de segregação pode vir representar uma percepção de invulnerabilidade à infecção pelo HIV, por acreditarem que a pessoa infectada fez alguma coisa errada, são pessoas sujas e não devem cuidar ou conviver com outras pessoas (KALICHMAN e col., 2003). Além disso, a aids tem relação com homossexualismo masculino, o que fortalece a negação em estar vulnerável dentro da construção de masculinidade.

Entre as mulheres, essa variável foi associada positivamente com o teste somente na análise univariada. A perda de significância entre as mulheres pode ser explicada pelo seu maior conhecimento em relação à doença, como observado no estudo de SWENSON e col. (2011), em que as mulheres apresentaram maior conhecimento em relação a aids quando comparadas aos homens. Também, a mulher se encontra em posição de menor poder na relação de gênero como as pessoas infectadas pelo HIV.

A relação entre as variáveis “não ter ideias de segregação” e “ter maior escolaridade”, entre os homens, apresentou associação negativa com a busca espontânea pelo teste em nosso estudo. Esse resultado sugere que a maior escolaridade propicia maior conhecimento, fato que está relacionado a ter menos ideias de segregação em relação às pessoas com aids e também ter mais clareza quanto ao risco de estar ou não infectado pelo HIV. Nesse sentido, a associação negativa com o teste pode ser esclarecida pelo medo de um diagnóstico positivo (CHRISTOPOULOS e col., 2012).

Por fim, no teste por busca espontânea, observamos associação positiva com a variável da dimensão programática entre as mulheres. A proximidade da moradia com o Centro de Testagem e Aconselhamento facilita a busca pelo teste, principalmente entre aquelas de baixa renda, além de estarem mais acessíveis à divulgação de informações sobre a doença durante as campanhas de prevenção. LEIBOWITZ e col. (2007) verificaram que as pessoas que residiam mais próximas dos locais de teste o realizaram mais.

Por outro lado, entre os homens a presença ou não de CTA no local de moradia não foi associada à busca por esse teste, indicando maior facilidade para deslocamentos e autonomia nas decisões entre os homens.

As considerações feitas acerca de diferenças de gênero caracterizam o que se pode denominar, no quadro teórico, um dos fatores da dimensão social da vulnerabilidade, em que questões culturais e sociais, como por exemplo, o significado do casamento para mulheres e a expectativa da fidelidade conjugal e seu dever de esposa, ou a masculinidade hegemônica para homens e a necessidade de assumir riscos como expectativa da coragem viril, caracterizam situações de maior vulnerabilidade social que também se traduz na maior vulnerabilidade individual, pois os indivíduos se expõem a situações de maior risco ligadas às crenças sociais de gênero que tornariam tais situações imperativas. Isso foi bem apreendido nesse nível individual da análise.

Ainda, algumas características sociodemográficas em ambos os sexos, que representam aspectos da vulnerabilidade individual, apontam para a desproteção no que diz respeito à prevenção primária e secundária de alguns grupos populacionais, como de menor escolaridade e de faixas etárias mais jovens ou mais velhas.

Teste por solicitação

Em relação ao teste realizado por solicitação, ao comparar os fatores associados à busca por esse tipo de teste entre as mulheres e entre os homens, verificamos fatores comuns entre os sexos no que diz respeito à dimensão individual e programática.

Dentre o nível individual, citamos a primordial preocupação com a transmissão vertical em ambos os sexos, observada pela variável ter filhos até seis anos de idade como *proxy* da oferta do teste anti-HIV para as gestantes e seus parceiros, conforme recomendação do Ministério da Saúde. Essa relação com o teste realizado durante o pré-natal é reforçada pela idade reprodutiva entre homens e mulheres, inclusive com a gestação na adolescência entre as mulheres.

No que diz respeito à escolaridade, notamos uma desproteção para homens e mulheres que não sabem ler e escrever. Ao analisarmos essa variável como *proxy* do nível socioeconômico, esses grupos desprotegidos estão em municípios classificados como pobres ou até de extrema pobreza. Neste sentido, a menor testagem entre esses grupos está relacionada com o acesso ao serviço público de saúde, inclusive para acompanhamento durante o pré-natal.

Essa relação, entre a situação econômica e cobertura de pré-natal e consequentemente a realização do teste nesse período, também é assinalada por diferenças em relação ao índice de desenvolvimento humano entre as mulheres. Observamos, no presente estudo, uma desproteção das mulheres que residem em municípios classificados dentro de extratos de menores índices de desenvolvimento humano. Estes achados estão de acordo com outros estudos internacionais que os autores observaram associação negativa entre a realização do teste anti-HIV, independente do tipo, e pessoas mais pobres (LEIBOWITZ e col., 2007; PHARRIS e col., 2011).

O conhecer alguém com aids e ter informação sobre o tratamento melhorar a saúde da pessoa infectada, no teste por solicitação, estão relacionados diretamente com a condição de saúde de homens e mulheres, quando são solicitados a fazer o teste pelo aparecimento de algum sinal ou sintoma ou algum potencial fator de risco, como alguma outra DST. As pessoas, nesse período, estão fragilizadas física e emocionalmente e ter informações positivas sobre uma possível nova situação de saúde pode resultar na decisão em realizar o teste, como observado e discutido no teste por busca espontânea (ZIRABA e col., 2011). Isto porque ter informação sobre o tratamento e conhecer alguém com aids são indicativos de redução de barreiras psicossociais, devido à proximidade com a doença.

Também, quanto ao teste solicitado durante o pré-natal, o conhecimento de informações positivas, principalmente sobre o tratamento, tem um efeito positivo sobre a preocupação relacionada à saúde do bebê. A busca pela segurança de boas condições de saúde para os pais e para as crianças com os novos tratamentos é importante para a decisão em realizar o teste nesse momento, entre homens e mulheres.

Ainda, com base em nosso quadro teórico, a dimensão programática, representada pela presença de CTA no local de moradia, influencia positivamente tanto homens como mulheres. Essa dimensão pode ser explicada pela maior proximidade com as informações e disponibilidade para realização do teste, principalmente, em alguns casos que o teste não é oferecido no serviço de saúde, onde a mulher está fazendo o acompanhamento do pré-natal.

Apesar da recomendação de oferta universal do teste durante o pré-natal no Brasil, devemos considerar que a realização do teste é voluntária e depende de fatores

individuais e sociais que influenciam positivamente ou negativamente as mulheres e seus parceiros na decisão de realizá-lo.

Além do investimento de políticas públicas na prevenção da transmissão vertical, na opinião das mulheres a realização do teste anti-HIV é importante e sinônimo de cuidado e proteção para seu filho (SILVA e col., 2008). Entretanto, estudos brasileiros mostram que a realização no pré-natal não apresenta 100% de cobertura. Em Juiz de Fora, de 711 gestantes entrevistadas 12,4% não tinham realizado o teste e 25,7% tinham feito a mais de seis meses. Destas 52,6% fizeram o teste rápido no momento da pesquisa (ZIMMERMMANN e col., 2011). Em outro estudo brasileiro, foi observada a proporção de 21,3% de 955 gestantes no Rio de Janeiro que não realizou o teste durante o pré-natal (OLIVEIRA e col., 2011).

A decisão em realizar o teste ofertado no pré-natal é dependente da relação da mulher com o pai da criança, como observado por UJIUJI e col. (2011), que entrevistaram 900 gestantes no Quênia e verificaram associação positiva entre ter relação estável com o pai da criança e discutir sobre o teste com ele e a realização do teste anti-HIV. Isto sugere o maior poder de negociação entre o casal. Nossos resultados corroboram essa premissa, no que diz respeito à maior realização do teste por solicitação entre as mulheres casadas ou em união consensual. No entanto, nossos dados empíricos não permitiram identificar fatores diretamente relacionados à relação de poder entre o casal.

Já no que diz respeito às diferenças observadas entre os sexos, inclusive quanto a menor prevalência do teste por solicitação entre os homens, é importante considerar novamente como pano de fundo para a interpretação dos dados empíricos as questões sobre masculinidade hegemônica e saúde, principalmente na saúde reprodutiva. Homens heterossexuais procuram menos os serviços de saúde para atendimentos de rotina, uma vez que percebem a busca por tratamentos preventivos como uma conduta feminina (DOYAL, 2001).

Eles, geralmente, não reconhecem seus problemas de saúde e escondem sintomas que significam fragilidade (SOLEHR, 2009). Também em atendimentos de saúde reprodutiva, os homens se percebem responsáveis apenas pelo suporte econômico e emocional às companheiras e as crianças (OLIVEIRA e col, 2009). Assim, poucos homens participam ativamente dos atendimentos do pré-natal, conforme apresentado

por um estudo populacional realizado em Uganda, cujo foram entrevistados 388 homens. Destes, apenas 5% acompanhavam suas companheiras em consultas de pré-natal (BYAMUGISHA e col., 2010).

No Brasil, também, observa-se baixa proporção de homens que acompanham os atendimentos de pré-natal de suas companheiras. Um estudo realizado em Florianópolis, com 63 adolescentes de 13 a 19, foi observado 9% dos jovens que acompanhavam as consultas de pré-natal (SIQUEIRA e col., 2002).

A construção social da masculinidade, com homens se percebendo fortes e invulneráveis a qualquer problema de saúde, adverte que homens procuram o serviço de saúde, somente, quando apresentam sintomas mais preocupantes ou que estão relacionados à sua virilidade como, por exemplo, alguma DST. Esse fato pode resultar em diagnóstico tardio para a infecção do HIV como observado por KIENE e col. (2010). Neste estudo realizado com homens e mulheres que buscaram serviços de saúde para tratamento de DST, foi observado que dos 245 entrevistados que realizaram o teste anti-HIV, 41,5% era a primeira vez que fazia o teste. Do total de pessoas que realizaram o teste, 13,1% era soropositivo para o HIV, sendo 11,1% mulheres e 15,1% homens. Dentre os soropositivos 65,6% relataram ser o primeiro teste.

Esses dados demonstram a influência da dimensão programática no que diz respeito à solicitação do teste anti-HIV para pessoas, independentemente do sexo, com diagnóstico de alguma DST (UNAIDS/WHO, 2004). Esse fato se faz relevante devido à presença de DST ser fator de risco para infecção pelo HIV, além de ser indicativo de relações sexuais sem o uso de preservativo.

Ainda na análise da dimensão individual, verificamos o sofrimento de violência sexual associada à realização do teste por solicitação entre os homens. Homens que sofrem violência sexual na infância apresentam mais comportamentos sexuais de risco na vida adulta, como: maior número de parceiros, relações sexuais sem o uso de preservativo e também a perpetração e sofrimento de violência com seus parceiros (as) (SCHAUFNAVEL e col., 2010; NIHM, 2010). A explicação da associação dessa variável com a realização do teste por solicitação está na presença de reconhecidos fatores de risco para a infecção do HIV, entre eles o sexo anal, somado à percepção de risco do indivíduo.

Entre as mulheres que sofreram violência na infância, também é observado maior comportamento sexual de risco quando adulta e, semelhante aos homens, continuam envolvidas em episódios de violência (SELIC e col., 2011; ROBERTS e col., 2011). No entanto, no presente estudo, foi observado que os fatores associados ao teste por solicitação, entre as mulheres, foram relativos ao número de parceiros, uso de preservativos na primeira ou na última relação sexual e início a vida sexual até os 15 anos, que são, também, fatores associados à violência sofrida na infância e/ou quando adulta.

Isso nos direciona a inferência de que, entre as mulheres, o medo do sofrimento de recorrentes violências dificulta a revelação destes episódios a outras pessoas, fato que pode ter gerado uma subnotificação devido à coleta de dados terem sido realizadas pelo IBOPE no presente estudo.

Essa subnotificação pode ser verificada ao compararmos a prevalência de violência sexual entre as mulheres analisada por meio do mesmo banco de dados do presente estudo (coletado pelo IBOPE), que foi 11,8%, com a pesquisa realizada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) em São Paulo e na Zona da Mata, com prevalências de 82,1% e 71,8%, respectivamente (SCHRAIBER e col., 2007 e 2008).

A decisão em realizar o teste por solicitação, entre os homens, é associada a não ter ideias de práticas de segregação em relação às pessoas com aids e, deste modo se perceber vulnerável a infecção, semelhante ao observado na análise da busca espontânea pelo teste.

Novamente retomando nosso quadro teórico, pudemos verificar que na realização do teste por solicitação, a dimensão programática da vulnerabilidade tem uma relevante influência em ambos os sexos. No caso dos homens, na oferta do teste em situações de violência e diagnóstico de outras DST e, nas mulheres, no que diz respeito à transmissão vertical. Nesse sentido, precisamos atentar para o fato da ação dos profissionais de saúde, de modo a reconhecer se os direitos dos usuários de serviços de saúde estão garantidos, seja em consultas pré-natais ou relativas às outras DST ou se, lidamos, novamente, com a relação poder, o qual os menos favorecidos se encontram em menores condições de autonomia de decisão quando falamos da relação entre profissionais de saúde e paciente.

Ainda, a realização desse tipo de teste está baseada na influência da vulnerabilidade social em decisões individuais, representada pela iniquidade de gênero e condições econômicas no que diz respeito à relação de poder entre os casais e a procura por serviços de saúde pelos homens.

Limitações

No momento da discussão dos dados nos deparamos com dificuldades relativas à heterogeneidade dos contextos nos quais a transmissão do HIV ocorre. Sabe-se que a pandemia da aids é composto por um mosaico de subepidemias regionais. Como exemplo, verifica-se que nos países africanos há uma epidemia generalizada, que equivale a prevalência de infecção pelo HIV de 1 a 5 % entre gestante e maior que 5% entre a população geral (UNAIDS, 2007). Enquanto que no Brasil, lidamos com uma epidemia concentrada, que se destina a uma prevalência menor que 1% entre a população geral e maior ou igual a 5% entre subpopulações específicas (UNAIDS, 2010).

Além dessa heterogeneidade relativa à epidemia de aids, lidamos com diferenças quanto ao comportamento sexual de homens e mulheres em diferentes contextos culturais e construções sociais. Deste modo, limita a possibilidade de comparação entre os estudos e da generalização dos resultados.

Também, poucos estudos utilizaram metodologia semelhante no que diz respeito à análise por conglomerados e variáveis relativas a eles, fato que dificultou o diálogo com outras regiões sobre interferência de variáveis contextuais sobre as individuais. Entretanto, nossos achados foram comparáveis a outros estudos no que diz respeito às variáveis da dimensão individual, social e programática, respeitando as particularidades de cada local estudado.

Esse estudo foi realizado com dados da pesquisa maior cujo objetivo principal era estudar comportamentos sexuais e apenas, secundariamente, a realização do teste anti-HIV. Desse modo, nos deparamos com algumas limitações, entre elas: não ter a data da realização do teste, que foi nossa variável dependente, e o resultado desse teste. Essas informações seriam importantes para situar o teste na linha do tempo, como o cálculo da prevalência de aids entre os entrevistados e seu local de moradia, além de

possíveis comparações entre os comportamentos sexuais e a soropositividade que poderiam nos apresentar algumas relações causais.

Também, nos deparamos com a limitação das informações relativas ao uso de preservativos, que dificultou a análise de uso consistente na vida, inclusive com os tipos de parceria sexual.

Por fim, a seleção amostral utilizada dificultou a identificação da proximidade da residência com a variável “presença de Centro de Testagem e Aconselhamento”, dentro de cada município. Com a possível seleção de menores estratos de conglomerados, poderíamos ter informações mais detalhadas sobre o local de moradia na análise multinível. No entanto, mesmo com essa limitação foi possível identificar a associação entre maior realização de teste e a presença de CTA no município de moradia.

10. Considerações finais

Identificamos padrões diferentes de realização de teste anti-HIV entre homens e mulheres. Homens procuram mais o teste espontaneamente, enquanto mulheres realizam mais o teste por solicitação no contexto do pré-natal. A proximidade de pessoas com aids aponta a decisão em fazer o teste independente do tipo. Em relação à busca pelo teste de forma espontânea, a dimensão individual da vulnerabilidade demonstra a proteção dos homens com melhores condições econômicas e educacionais, refletindo a aquisição e compreensão de informações sobre aids. Também é marcada pela maior percepção de risco de infecção (HSH, maior número de parceiros e violência sexual) que estão de acordo com as características da epidemia concentrada brasileira. Por outro lado, os homens heterossexuais e mulheres casadas estão desprotegidos no que diz respeito à busca por esse tipo de teste. Por fim, a dimensão programática atua como facilitador na busca pelo teste de forma espontânea entre as mulheres.

Já na realização do teste por solicitação a dimensão programática representa influência positiva para ambos os sexos. Mulheres em idade reprodutiva são protegidas pelo teste por solicitação no contexto das consultas de pré-natal e os homens quando apresentam diagnóstico de outras DST. Esses resultados estão coerentes com as estratégias da resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids que recomenda a realização do teste anti-HIV para essas situações.

Importante ressaltar a dimensão social que influencia direta ou indiretamente as demais dimensões, resultando na compreensão de que as variáveis, que neste estudo, representam a dimensão individual ou programática dependem também da construção social e cultural dos indivíduos, particularmente a iniquidade de gênero que representa o eixo para a realização do teste espontâneo e por solicitação.

11. Referências

1. Ansara DL, Hindin MJ. Psychosocial Consequences of Intimate Partner Violence for Women and Men in Canada. *Journal of Interpersonal Violence*. 2010 maio 25;26(8):1628–45.
2. Ayres JRCM, França-Jr I, Calazans GJ, Saletti-Filho HCS. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: Barbosa RM, Parker R, organizadores. *Sexualidades pelo avesso*. 1. ed. São Paulo: Editora 34; 1999.
3. Boletim Epidemiológico de Aids/HIV/DST. 2011. Ano VIII – 01. Disponível em: <www.aids.gov.br>.
4. Barros C, Schraiber LB, França-Junior I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. *Revista de Saúde Pública*. 2011;45(2):365–72.
5. Bassichetto KC, Mesquita F, Zacara C, Santos EA, Oliveira SM, Veras MASM, Bergamaschi DP. Perfil epidemiológico dos usuários de um centro de testagem e aconselhamento para DST/HIV da rede municipal de São Paulo, com sorologia positiva para o HIV. *Rev Bras Epidemiol*. 2004; 7(3): 302-310.
6. Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cadernos de Saúde Pública*. 2005;21(2):499–507.
7. Bussab WO, Grupo de estudos em populações, sexualidade e aids. Plano amostral da pesquisa nacional sobre comportamento sexual e percepções sobre HIV/Aids, 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(Sup11): 12-20.
8. Byamugisha R, Tumwine JK, Semiyaga N, Tylleskär T. Research Determinants of male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV programme in Eastern Uganda: a cross-sectional survey. 2010;
9. Câmara C, Aids e Desenvolvimento. GAPA- Bahia, 2004.
10. Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: Desafios para equidade e o acesso. Ministério da Saúde. 2008. Disponível em: <www.aids.gov.br>.

11. CDC. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2001;50(1):429-444.
12. Christopoulos KA, Weiser SD, Koester KA, Myers JJ, White DAE, Kaplan B, Morin SF. Underting patient acceptance and refusal of HIV testing in the emergency department.BMC Public health.2012;12(3).
13. Coutenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men´s well-being: a theory of gender and health.Social Science & Medicine.2000;50:1385-1401.
14. Datafolha. Relatório de pesquisa de opinião número 1055, 9 de dezembro de 1991. São Paulo.1991.
15. Doyal L. Sex, gender and health:the need for a new approach. BMJ.2001;323(3):1061-63.
16. D´Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-jr I, Ludemir AB, Portella AP, Diniz CS, Couto MT, Valença O. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. Rev Saúde Pública. 2009;43(2):299-310.
17. França-Junior I, Lopes F, Paiva V, Venturi G. Acesso ao teste anti-HIV no Brasil 2003: A pesquisa nacional MS/IBOPE. 2003. Disponível em: <www.aids.gov.br>.
18. França-Junior I, Calazans G, Zucchi EM, Grupo de estudos em população, sexualidade e aids. Mudanças na realização de testes anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005. Rev Saúde Pública. 2008; 42 (Supl1).
19. Frazee BW, Lynn J, Charlebois ED, Lambert L, Lowery D, Perdreau-Remington F. High prevalence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in emergency department skin and soft tissue infections. Annals of emergency medicine. 2005;45(3):311–20.
20. Fundação Perseu Abramo. Núcleo de Opinião Pública. A mulher brasileira nos espaços público e privado. 2001. Disponível em: <www.fpabramo.org.br/nop/mulheres/download>.
21. Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidade ao HIV/aids no context brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. Saúde Soc. 2010;19(supl 2):9-20.

22. Grangeiro A, Escuder MM, Menezes PR, Alencar R, Ayres de Castilho E. Late Entry into HIV Care: Estimated Impact on AIDS Mortality Rates in Brazil, 2003–2006. PLoS ONE. 2011 jan 25;6(1):e14585.
23. Griep RH, Araújo CLF, Batista SM. Comportamento de risco para a infecção pelo HIV entre adolescentes atendidos em um Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/aids no Município do Rio de Janeiro, Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2005;14(2):119–26.
24. Huchko MJ, Montandon M, Nguti R, Bukusi EA, Cohen CR. The Association of HIV Counseling and Testing with HIV Risk Behaviors in a Random Population-based Survey in Kisumu, Kenya. AIDS and Behavior. 2009 dez 11;15(4):718–24.
25. Houston S, Archibald CP, Strike C, Sutherland D. Factors associated with HIV testing among Canadians: results of a population-based survey. Int J STD & AIDS. 1998; 9:341-346.
26. Inungu JN. Potential barriers to seeking human immunodeficiency virus testing among adults in the United States: data from the 1998 National Health Interview Survey. AIDS patients care STDS. 2002;16(6):293-9.
27. Kalichman AO. Vigilância epidemiológica da aids-recuperação histórica de conceitos e práticas. [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1993.
28. Kalichman SC, Simbayi LC. HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa. Sexually transmitted infections. 2003;79(6):442–7.
29. Karamagi CAS, Tumwine JK, Tylleskar T, Heggenhorigen K. Intimate partner violence against women in eastern Uganda: implications for HIV prevention. BMC Public Health. 2006; 6:284.

30. Kiene SM, Bateganya M, Wanyenze R, Lule H, Nantaba H, Stein MD. Initial outcomes of provider-initiated routine HIV testing and counseling during outpatient care at a rural Ugandan hospital: risky sexual behavior, partner HIV testing, disclosure, and HIV care seeking. *AIDS patient care and STDs*. 2010;24(2):117–26.
31. Leaver CA, Allman D, Meyers T, Veugeliers PJ. Effectiveness of HIV Prevention in Ontario, Canada: A multilevel comparison of bisexual men. *Am J Public Health*. 2004; 94(7): 1181-1185.
32. Leibawitz AA, Taylor SL. Distance to Public test sites and HIV testing *Med Care Res Rev*. 2007; 64: 568.
33. Li Liu. Gender differentials in factors associated with HIV testing intentions in Kenya: An application of the health belief model. *Journal of Public Health and Epidemiology* [Internet]. 2011 dez 21 [citado 2012 jan 17];3(12). Available from:
<<http://www.academicjournals.org/JPHE/abstracts/abstracts/abstracts2011/21Dec/Liu.htm>>.
34. Ministério da Saúde. Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV; 2008.
35. Monteiro S, Villela WV, Knauth D. Discriminação, estigma e aids: revisão da produção acadêmica nacional (2005-2010). *Cad. Saúde Pública*. 2012;28(1):170-176.
36. Oliveira MIC, Silva KS, Gomes-jr SC, Fonseca VM. Resultado do teste rápido anti-HIV após o parto: uma ameaça à amamentação ao nascimento. 2010;44(1):60-9.
37. Oliveira SC, Ferreira JG, Silva PMP, Ferreira JM, Seabra RA, Fernando VCN. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. *Cogitare Enferm*. 2009;14(1):73-8.
38. Paiva V, Calazans G, Venturi G, Dias R. Age and condom use at first sexual intercourse of Brazilian adolescents. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42:45–53.

39. Pechansky F, Diemen LV, Kessler F, Boni R, Surrati H, Inciardi J. Preditores de soropositividade para HIV em indivíduos não abusadores de drogas que buscam centros de testagem e aconselhamento de Porto Alegre, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(1): 266-274.
40. Pharris A, Chuc NTK, Tishelman C, Brugha R, Hoa NP, Thorson A. Expanding HIV Testing Efforts in Concentrated Epidemic Settings: A Population-Based Survey from Rural Vietnam. *PLoS ONE*. 2011 jan 11;6(1):e16017.
41. Pinho A A, França- Jr I. Prevenção do câncer de colo de útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolau. *Rev. bras. saúde matern. infant*. 2003;3(1): 95-112.
42. Praça NS, Gualda DMR. Percepção de risco para o HIV/aids de mulheres faveladas segundo o modelo de crenças em saúde. *Rev Esc Enf USP*. 2001; 35 (1): 54-9.
43. Rawling A. The AIDS Virus Dispute: Awarding Priority for the Discovery of the Human Immunodeficiency Virus (HIV). *Science, Technology and Human Values*. 1994; 19(3):342-360.
44. Renzi C, Zantedeschi E, Signorelli C, Osborn JF. Factors associated with HIV testing: results from na Italian general population survey. *Prev Med*. 2001; 32:40-48.
45. Renzi C, Zantedeschi E, Signorelli C, NEM Group. Voluntary HIV testing in Europe. *Scand J Public Health* 2004; 32:102-110.
46. Roberts AL, McLaughlin KA, Conron KJ, Koenen KC. Adulthood Stressors, History of Childhood Adversity, and Risk of Perpetration of Intimate Partner Violence. *American Journal of Preventive Medicine*. 2011 fev;40(2):128–38.
47. Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2010;13(2):237–45.

48. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludemir AB, Valença O, Couto MT. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. RSP. 2007;41(5):797-807.
49. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Grupo de estudos em população sexualidade e aids. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. RSP. 2008;42(supl1):127-37.
50. Schraufnagel TJ, Davis KC, George WH, Norris J. Childhood sexual abuse in males and subsequent risky sexual behavior: A potential alcohol-use pathway. Child abuse & neglect. 2010;34(5):369–78.
51. Selic P, Pesjak K, Kersnik J. The prevalence of exposure to domestic violence and the factors associated with co-occurrence of psychological and physical violence exposure: a sample from primary care patients. BMC Public Health. 2011;11(1):621.
52. Silva RMO, Araújo CLF, Paz FMT. A realização do teste anti-HIV no pré-natal:os significados para a gestante. Rev Enferm.2008;12(4):630-36.
53. Silveira MF, Béria JU, Horta BL, Tomasi E. Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e aids em mulheres. Rev Saúde Pública. 2002; 36(6): 670-7.
54. Siqueira MJT, Mendes D, Finkler I, Guedes T, Gonçalves MDS. Profissionais e usuárias (os) adolescentes de quatro programas públicos de atendimento pré-natal da região da grande Florianópolis: onde está o pai? Estudos de Psicologia.2002;7(1):65-72.
55. Sohler NL, Li X, Cunningham CO. Gender disparities in HIV health care utilization among the severely disadvantaged: Can we determine the reasons? AIDS patient care and STDs. 2009;23(9):775–83.
56. Sunday S, Kline M, Labruna V, Pelcovitz D, Salzinger S, Kaplan S. The Role of Adolescent Physical Abuse in Adult Intimate Partner Violence. Journal of Interpersonal Violence. 2011 maio 20;26(18):3773–89.

57. Swenson RR, Rizzo CJ, Brown LK, Vanable PA, Carey MP, Valois RF, et al. HIV Knowledge and Its Contribution to Sexual Health Behaviors of Low-Income African American Adolescents. *Journal of the National Medical Association*. 2010;102(12):1173.
58. Szwarcwald CL, Castilho EA. Estimativas do número de pessoas infectadas pelo Virus HIV, Brasil, 1998. *Cad Saúde Pública*. 2000; 16 (Supl 1): 135-141.
59. Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. 2004. Disponível em www.aids.gov.br
60. Taylor SL, Leibowitz A, Simon PA, Grusky O. Zip code correlates of HIV-testing: a multilevel analysis in Los Angeles. *Aids and Behavior*. 2006; 10(5).
61. Talahashi AT, Johnson KM, Bradley KA. A Population-Based Study of HIV Testing Practices and Perceptions in 4 U.S. States. *J Gen Intern Med*. 2005;20:618-622.
62. Teixeira SAM, Taquette SR. Violence and unsafe sexual practices in adolescents under 15 years of age. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(4):440–6.
63. The NIMH Multisite HIV/STD Prevention Trial for African American Couples Group. Prevalence of Child and Adult Sexual Abuse and Risk Taking Practices Among HIV Serodiscordant African-American Couples. *AIDS and Behavior*. 2010 maio 25;14(5):1032–44.
64. Ujiji O, Rubenson B, Ilako F, Marrone G, Wamalwa D, Wangalwa G, et al. Is' Opt-Out HIV Testing' a real option among pregnant women in rural districts in Kenya? *BMC Public Health*. 2011;11(1):151.
65. UNAIDS. Latin Americana: Aids epidemic update regional summary. 2010. Disponível em: < www.unaids.org >.
66. UNAIDS. Sub-Saharan África: Aids epidemic update regional summary. 2007. Disponível em: < www.unaids.org >.
67. UNAIDS. UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing. 2004. Disponível em: < <http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/hivtestingpolicy04.pdf> >.

68. Zimmermann JB, Neves HS, Souza PB, Pena DMF, Pereira MP, Nunes TR, et al. Screening of infection by human immunodeficiency virus at the time of delivery. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2011;33(4):170–5.
69. Ziraba A, Madise N, Kimani J, Oti S, Mgomella G, Matilu M, et al. Determinants for HIV testing and counselling in Nairobi urban informal settlements. *BMC public health*. 2011;11(1):663.
70. Zucchi EM, Barros C, Paiva VSF, França-jr I. Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por aids. *Educação e Pesquisa*. 2010;36(3):719-34.

Anexos

Anexo 1. Instrumento de coleta (em cd)

Anexo 2. Autorização para uso do banco de dados

DECLARAÇÃO

Declaro, na qualidade de Coordenadora Geral da pesquisa *Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira sobre HIV/Aids*, que autorizo que a doutoranda Cláudia Renata dos Santos Barros, orientada pelo Professor Doutor Ivan França Junior, utilize dados desta pesquisa para sua tese de doutoramento.

São Paulo, 4 de maio de 2009

Elza Salvatori Berquó
Coordenador Área de População e
Sociedade

Anexo 3. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP/FSP

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

OF.COEP/239/09

São Paulo, 14 de agosto de 2009.

Prezado(a) Pesquisador(a) e Orientador(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP/FSP, **analisou** em sua **6.ª/09 Sessão Ordinária** realizada em **07/08/2009**, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e suas complementares o protocolo de pesquisa n.º **1994**, intitulado **"FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DO TESTE ANTI-HIV NA POPULAÇÃO BRASILEIRA"**, área temática **GRUPO III**, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) **Claudia Renata dos Santos Barros** e orientação do(a) Professor(a) **Ivan Franca Junior**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CN /196/96, são deveres do (a) pesquisador (a): **1. Comunicar**, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2. Manter sob sua guarda e em local seguro**, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3. Comunicar**, formalmente a este Comitê, quando do encerramento deste projeto; **4. Elaborar e apresentar relatórios parciais e final**; **5. Justificar**, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Cláudio Leone
Professor Titular

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP

Ilm.º Sr.

Prof. Dr. Ivan Franca Junior
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública – USP

Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil

Telefones: (55-11) 3066- 7734 - fone/fax (55-11) 3064 -7314 - e-mail: mdgracas@usp.br

Of.COEP/160/04

21 de outubro de 2004

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, **analisou e aprovou**, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Protocolo de Pesquisa n.º 1167, intitulado: "PESQUISA SOBRE COMPORTAMENTO SEXUAL E PERCEPÇÕES DA POPULAÇÃO BRASILEIRA SOBRE HIV/AIDS", apresentado pela pesquisadora Elza Salvatori Berquó.

Atenciosamente,

Eunice Aparecida Bianchi Galati

Professora Doutora

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

Cláudia Renata dos Santos Barros

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7178135183672177>
Última atualização do currículo em 14/03/2012

Graduada em Educação Física pela Universidade Bandeirante de São Paulo (1997), especialista em Fisiologia do Exercício pela Universidade Federal de São Paulo (2000), mestre (2007) e doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Em pesquisa, integra equipes brasileiras na área de saúde pública//saúde coletiva que, por meio de abordagens epidemiológicas que focam temas sobre a epidemia de HIV e aids e violência física/sexual. Membro-pesquisadora do Núcleo de Estudos para a prevenção da aids (NEPAIDS). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Cláudia Renata dos Santos Barros
Nome em citações bibliográficas	BARROS, Cláudia Renata dos Santos;Barros, Claudia Renata dos Santos;Barros, Claudia
Sexo	Feminino

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2008	Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DO TESTE ANTI-HIV NA POPULAÇÃO BRASILEIRA: UMA ANÁLISE MULTINÍVEL, Orientador: Ivan França Junior. Palavras-chave: HIV; testagem; multinível. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Setores de atividade: Saúde e Serviços Sociais.
2005 - 2007	Mestrado em Saúde Pública. Faculdade Saúde Pública. Título: Força muscular em crianças órfãs por aids, Ano de Obtenção: 2007. Orientador: Ivan França Junior. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Palavras-chave: Crianças; orfãos por aids; Força muscular. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Setores de atividade: Outros Serviços Coletivos, Sociais e Pessoais.
2000 - 2001	Especialização em Fisiologia do Exercício. (Carga Horária: 360h). Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Título: Perda do Equilíbrio no Idoso.
1999 - 2000	Especialização em Fisiologia e Metodologia da Atividade Física Perso. (Carga Horária: 300h). Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, Brasil. Título: Obesidade na Mulher.
1994 - 1998

Ivan França Junior

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1D

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5796097952164848>

Última atualização do currículo em 16/10/2012

Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1984), é mestre (1993) e doutor (1998) em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. É Livre Docente pelo Departamento de Saúde Materno-Infantil (2010) da Faculdade de Saúde Pública. É professor, desde 1998, no Depto de Saúde Materno-Infantil (FSP/USP), com dedicação integral à docência e à pesquisa. Além de orientador de mestrado e doutorado, coordenar, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da FSP/USP (PPG-SP), o projeto de cooperação acadêmica entre este programa e o Programa de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará (Edital CAPES PROCAD 2007). É membro da Comissão de Avaliação da Pós-Graduação em Saúde Coletiva da CAPES desde o triênio 2007. Em pesquisa, coordena e integra equipes brasileiras ou internacionais na área de saúde pública/saúde coletiva que, por meio de abordagens epidemiológicas e de direitos humanos, focam temas de saúde de crianças, adolescentes e jovens, da epidemia de HIV e aids e também em violência física/sexual e gênero. Recentemente, incrementou a colaboração científica na área de informação e comunicação científicas com grupos da USP e FIOCRUZ. Participa de cinco grupos de pesquisa cadastrados no CNPq. Atua como editor sênior da revista Global Public Health e como editor associado dos periódicos: Revista de Saúde Pública e Revista Brasileira de Epidemiologia (ad hoc). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Ivan França Junior
Nome em citações bibliográficas	FRANÇA JUNIOR, I.; França-Junior, Ivan; França I; França Junior, Ivan; França-Jr, Ivan; FRANÇA JÚNIOR, IVAN
Sexo	Masculino

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. Av. Dr. Arnaldo 715 2o. andar sala 218 Cerqueira Cesar 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617127 Fax: (11) 30850240 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br/site/docentes/index/7
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2010	Livre-docência. Faculdade de Saúde Pública. Título: Necessidades em saúde e tipo de orfandade estão associados à circulação de órfãos por AIDS, Ano de obtenção: 2010. Palavras-chave: Órfãos por AIDS; circulação familiar; Direito à convivência familiar; Crianças vivendo com HIV/AIDS; Epidemiologia; Saúde da Criança. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Saúde Materno-Infantil. Setores de atividade: Saúde humana e serviços sociais.
1995 - 1998	Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) [Sp-Capital]. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Mudança secular das estaturas de jovens na cidade de São Paulo, 1950-1976: uma abordagem para discutir a saúde, Ano de obtenção: 1998. Orientador: Guilherme Rodrigues da Silva. Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil. Palavras-chave: Epidemiologia; Estatura Corporal; Tendência Secular. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Epidemiologia. Setores de atividade: Saúde Humana.
1988 - 1993	Mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) [Sp-Capital]. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: A antropometria como prática social de saúde: uma abordagem histórica, Ano de Obtenção: 1993. Orientador: Hillegonda Maria Dutihl Novaes. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: antropometria; história. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Medicina Preventiva. Setores de atividade: Saúde Humana.
1991 - 1991	Especialização em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1979 - 1984	