

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

DEBORAH GURGEL FREIRE

**INCENTIVOS E BARREIRAS AO TESTE ANTI-HIV NA POPULAÇÃO GERAL
RESIDENTE EM UMA METRÓPOLE DO NORDESTE BRASILEIRO:
RESULTADOS DE UM INQUÉRITO POPULACIONAL**

FORTALEZA

2013

DEBORAH GURGEL FREIRE

Incentivos e barreiras ao teste anti-HIV na população geral residente em uma metrópole do Nordeste brasileiro: resultados de um inquérito populacional

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, com requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis

Orientadora: Profa. Dra. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr.

Co-orientadora: Profa. Dra. Raimunda Hermelinda Maia Macena

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

F933i Freire, Deborah Gurgel.
Incentivos e barreiras ao teste anti-HIV na população geral residente em uma metrópole do Nordeste brasileiro: resultados de um inquérito populacional/ Deborah Gurgel Freire. – 2013.
90 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2013.

Área de concentração: Epidemiologia das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis.

Orientação: Profa. Dra. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr.

1. Sorodiagnóstico de HIV 2. Comportamento de escolha 3. Vulnerabilidade em Saúde I.
Título.

CDD 616.9792

DEBORAH GURGEL FREIRE

Incentivos e barreiras ao teste anti-HIV na população geral residente em uma metrópole do Nordeste brasileiro: resultados de um inquérito populacional

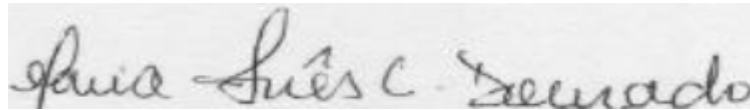
Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, com requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia das Doenças Transmissíveis e Não Transmissíveis

Aprovada em: ___/___/___.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Ligia Regina Franco Sansigolo Kerr (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará



Prof^ª. Dr^ª Maria Inês Costa Dourado

Universidade Federal da Bahia

Prof^ª Dr^ª. Marli Teresinha Gimenez Galvão

Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Bernard Carl Kendall

Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine

A Deus.

A minha eterna inspiração, tia Valéria Freire.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus todos os dias por ter colocado no meu coração o desejo de ser mestre, por ter me direcionado, me inspirado e elevado todos os dias as minhas forças, para que eu visse além do que tudo isso pode representar na minha vida.

À minha tia Valéria Freire Gonçalves, minha inspiração, por ser uma mulher guerreira, determinada, focada e inteligente, que acreditou em mim, me incentivou, que mostrou que eu posso ir longe. Quando nos momentos de descanso ela estava me ensinando, e no decorrer de todo o mestrado foi quem me ajudou mais do que podia, e na conclusão dessa dissertação foi mais que tia, mais que minha companheira de estudo, foi meu ombro, colo e ouvidos, me fez rir e até chorar, e sei que sem ela eu não estaria hoje concluindo um dos meus grandes sonhos.

À minha mãe Verônica Gurgel Silva, sempre protetora, que me ensinou a ser uma mulher independente, guerreira, forte, humilde, e mostrou como ver a vida de uma maneira mais leve e simples, sempre de bem com a vida e feliz, a mulher que mais amo nesse mundo.

Ao meu pai Francisco Wagner Freire Gonçalves, que sempre me ensinou que a maior herança que ele pode deixar são os estudos e que ninguém pode tirar de nós. E através do seu exemplo me mostrou o melhor caminho, me ensinou a batalhar, a valorizar os estudos e tudo o que tenho.

À minha família, pela força e confiança em mim, por estarem do meu lado sempre, entendendo minha ausência em vários momentos, por serem mais do que irmãs, tios, tias e primos, por serem meu porto seguro.

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Ligia Regina Sansigolo Kerr, que admiro muito pela sua sabedoria, inteligência, determinação e superação, que me inspira e me motiva a ir cada vez mais longe. Agradeço por tudo, pela paciência em me ensinar e por acreditar em mim.

À minha co-orientadora Prof^ª. Dr^ª. Raimunda Hermelinda Maia Macena, pelas ricas contribuições nesse trabalho, pelas suas correções minuciosas e por está sempre disponível.

Ao Prof. Dr. Bernard Carl Kendall, pelos ensinamentos durante o processo de mestrado, me inspirando a buscar cada vez mais o saber. Obrigada por confiar e acreditar em mim.

À Prof^ª. Dr^ª. Rosa Livia, a estatística mais paciente e calma que conheci. Sempre disponível, ao meu lado, me ensinado a entender cada passo dos dados dessa dissertação.

À Prof^a Dr^a Marli Galvão, por suas considerações e contribuição para essa dissertação e pelos momentos ao meu lado me incentivando e por acreditar em mim, me dando apoio para ir além.

À Zenaide (Zena) e Dominik, por estarem sempre dispostas e disponíveis na resolução de todos os meus pedidos.

Aos meus amigos e amigas, Samantha, Natália, Bruna, Rebeca, Caio, Karen, Catarina, Renata, Enzo e Samuca, que entenderam minha ausência em vários momentos, pela paciência, por estarem ao meu lado, me dando força e me ouvindo sempre.

Mas os que confiam no Senhor recebem sempre novas forças. Voam nas alturas como águias, correm e não perdem as forças, andam e não se cansam.

Isaias 40:31

RESUMO

Objetivou-se identificar os incentivos e barreiras que interferem para realização do teste anti-HIV e explorar quais os fatores individuais, comportamentais e programáticos associados a testagem anti-HIV na população geral acima de 18 anos. Estudo seccional realizado com a população geral, residentes em Fortaleza, no período de 2011. Participaram do estudo 349 pessoas homens e mulheres, com 18 anos completos ou mais. A amostra foi selecionada aleatoriamente com base nos dados populacionais do município, a população foi sorteada por conglomerado, tendo como base as sete regionais executivas de Fortaleza. A partir da distribuição de habitantes em cada regional, foram selecionados os bairros com maior proporção de habitantes e a partir desta proporção, foi estabelecida a quantidade de pessoas a serem entrevistadas por bairro. As entrevistas foram realizadas nas residências dos entrevistados, no período de 4 semanas (05/07/2011 até 29/07/2011). Os turnos foram manhã (08h-12h) e tarde (14h-18h). Utilizou-se um questionário estruturado, inserido em um computador de bolso (Pocket-PC). Foram coletados dados relacionados à situação sociodemográficas, econômica, acesso aos serviços de saúde, conhecimento sobre DST/aids, comportamento sexual, teste anti-HIV, violência e uso de álcool e drogas. Foi realizada análise bivariada e multivariada hierárquica usando o software STATA® 11.0. Dos 349 participantes, 208 (59,6%) não realizaram o teste anti-HIV. Na análise multivariada hierárquica, ser do sexo feminino e ter companheiro foram fatores protetores para a testagem anti-HIV. As demais variáveis, ter 50 anos ou mais, não ter ouvido falar do teste anti-HIV, não saber onde faz o teste anti-HIV, não receber preservativo e nunca ter doado sangue na vida foram significativamente associadas a não realização da testagem anti-HIV. Os fatores comportamentais não se mostraram associados com o desfecho. Não ver motivo e achar que não tem risco para a infecção do HIV foram barreiras para que essa população não realiza-se o teste. A certeza de não estar infectado serviu como incentivo quanto barreira para a testagem, indicando a deficiência no conhecimento sobre a doença e, portanto a não percepção de risco ao HIV/aids. Os achados também fazem indicar necessidade de estratégias adequadas para aumentar a oferta e divulgação de serviços que ofertem o teste anti-HIV de forma sistemática para a população em geral, incluindo os homens. Também reforça a necessidade de maior treinamento para os profissionais da saúde, no sentido de resguardar os resultados dos testes.

Palavras-chave: Sorodiagnóstico de HIV. Comportamento de escolha. Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify the incentives and barriers that interfere to perform the HIV test and to explore which individual, programmatic and behavioral factors associated with HIV testing in the general population over 18 years. Sectional study conducted with the general population residing in Fortaleza, 2011 period. The study included 349 people men and women, with 18 full years or more. The sample was randomly selected based on population data from the city, the population was selected by conglomerate with how the seven regional executive of Fortress basis. From the distribution of inhabitants in each region were selected neighborhoods with a higher proportion of inhabitants and from this ratio, the amount of people to be interviewed by district was established. The interviews were conducted in the homes of respondents, within 4 weeks (05/07/2011 to 29/07/2011). The shifts were morning (08h -12h) and late (14h-18h). We used a structured questionnaire inserted in a pocket computer (Pocket PC). Related to socio-demographic, economic status, access to health services, knowledge about STD/AIDS, sexual behavior, HIV testing, violence and alcohol and drug data were collected . Hierarchical bivariate and multivariate analysis was performed using STATA ® 11.0 software. Of the 349 participants, 208 (59.6 %) did not undergo HIV testing. In the hierarchical multivariate analysis, protective factors being female and having a partner were for HIV testing. The other variables , being 50 years or more , not having heard of HIV testing , does not know where the HIV testing , condom not receive and have never donated blood in life were significantly associated with not performing testing anti - HIV. Behavioral factors were not associated with outcome. Do not see reason and find that no risk for HIV infection were barriers for this population is not carried out the test. The certainty of not being infected served as an incentive barrier to testing, indicating the lack of knowledge about the disease and therefore the lack of perception of risk to HIV/AIDS. The findings also indicate the need to make appropriate strategies to increase the supply and distribution of services offered anti - HIV systematically test for the general population, including men. It also reinforces the need for more training for health professionals in order to protect the test results.

Keywords : Serodiagnosis of HIV. Behaviour of choice. Vulnerability in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- População de Fortaleza por regional de saúde, 2010..... 30

Figura 1 – Modelo multivariado hierárquico para determinação da não testagem anti-HIV na população geral. 33

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características da população geral do estudo e associação com a testagem anti-HIV. Fortaleza/Ceará, 2011	35
Tabela 2 - Resultado da análise multivariada hierárquica.....	38
Tabela 3 - Vantagens referidas pela população geral para testagem anti-HIV, Fortaleza, Ceará, 2011.....	39
Tabela 4 - Testagem anti-HIV e incentivos e barreiras para realização do teste anti-HIV na população geral, Fortaleza, Ceará, 2011.	40

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	A EPIDEMIA DE AIDS: UM PROBLEMA PERSISTENTE DE SAÚDE PÚBLICA	13
1.2	O HIV NA POPULAÇÃO GERAL E FATORES COMPORTAMENTAIS	15
1.3	TESTAGEM ANTI-HIV	19
2	OBJETIVOS	27
A.	OBJETIVO GERAL	27
B.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
3	MATERIAL E MÉTODOS	28
3.1	DESENHO E LOCAL DE ESTUDO	28
3.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRA	29
3.3	COLETA DE DADOS	30
3.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	34
4	RESULTADOS	35
5	DISCUSSÃO	41
6	CONCLUSÃO	46
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICES	58
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	58
	APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO.....	59
	APÊNDICE C – TABELA COM A POPULAÇÃO DE FORTALEZA DISTRIBUÍDO POR BAIROS, 2011.	86
	APÊNDICE D - TABELA COM A DISTRIBUIÇÃO DOS BAIROS SELECIONADOS PARA A COLETA DE DADOS, FORTALEZA, 2011.	89
	ANEXOS	91
	ANEXO A – MAPA DE FORTALEZA COM A DISTRIBUIÇÃO DAS REGIONAIS EXECUTIVAS	91
	ANEXO B - CARTA DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA	92

1 INTRODUÇÃO

1.1 A epidemia de aids: um problema persistente de Saúde Pública

A aids continua sendo um grave problema mundial de Saúde Pública. Em 2011, 34 milhões de pessoas viviam com o HIV no mundo, sendo a África subsaariana responsável por 69% dessas pessoas, cerca de 1 em cada 20 adultos (4,9%). Esta realidade ocorre também em outros continentes, a Europa Oriental, Ásia Central e o Caribe sucedem a África, possuem 1,0% dos adultos vivendo com HIV (UNAIDS, 2012).

Apesar dos avanços tecnológicos e da ampliação do acesso a tecnologias de detecção precoce e terapêutica, a magnitude da aids permanece elevada e como um grande desafio mundial (UNAIDS, 2012). De 2001 a 2011, o número de pessoas infectadas no Oriente Médio e Norte da África aumentaram em mais de 35%. No Sul, Sudeste e Leste da Ásia, quase 5 milhões de pessoas estão vivendo com HIV (PVHA). Na Europa Oriental e na Ásia Central, a prevalência da infecção por HIV começou a aumentar no final da década de 2000. Em Bangladesh, Georgia, Guiné-Bissau, Indonésia, Cazaquistão, Quirguistão, Filipinas, República da Moldávia, Sri Lank, as tendências epidemiológicas são ainda menos favoráveis, onde o número de pessoas infectadas em 2011 foi de, pelo menos, 25% mais elevada do que em 2001 (UNAIDS, 2012; CDC, 2013).

África do Sul, Brasil, China, Índia e Rússia concentram 40% da população mundial e quase 1/3 das pessoas vivendo com o HIV (UNAIDS, 2011). Na América Latina, 1,7 milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV. O Brasil se destaca com o maior número absoluto de pessoas que vivem com HIV na América Latina, 1,4 milhões (UNAIDS, 2012). A prevalência de infecções no Brasil é estimada em 630.000, com aproximadamente 34.500 novos casos de aids por ano (SOUSA-GOMES; MAIA-ELKHOURY; PELISSARI; LIMA JUNIOR *et al.*, 2011).

A epidemia de aids no Brasil, é concentrada, afetando principalmente as populações vulneráveis, tais como homens que fazem sexo com homens – HSH, com prevalência de 14,2% (KERR, 2009), usuários de drogas ilícitas com 5,9% (BASTOS; MALTA e ALBUQUERQUE, 2009) e profissionais do sexo com 4,8% (SZWARCOWALD, 2009). Desde

2004, na população geral, com idade entre 15 a 49 anos, estima-se uma prevalência de 0,6%, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens (SZWARCOWALD; BARBOSA JÚNIOR; SOUZA-JÚNIOR; LEMOS *et al.*, 2008).

A distribuição regional da aids no Brasil revela discrepâncias. No ano de 2010 ocorreu um aumento da prevalência da aids no Sudeste, que concentra o maior percentual de casos (59,3%). Nas demais regiões, a prevalência também teve um aumento, no Sul 19,2%, Nordeste 11,9%, Centro-Oeste 5,7% e Norte 3,9% (UNGASS, 2010).

Na população geral, a infecção pelo HIV apresenta tendência de aumento entre adultos jovens das regiões Norte e Nordeste, e uma diminuição nas regiões Sudeste e Sul, mantendo-se estabilizada na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2012a). Em 2010, o grupo etário de 35 a 39 anos de idade o de maior incidência (38,1 casos/100.000 habitantes) (BRASIL, 2012a).

No Brasil nos últimos anos, vem se observando uma maior participação da população acima de 59 anos em relação a infecção pelo HIV, tanto na população feminina, como masculina. No período de 1980 a 2006 foram notificados 9.918 casos nessa população. Desse total, 6.728 eram do sexo masculino e 3.190, do feminino. Em 2006, foram registrados 246 (3,5%) novos casos de aids entre indivíduos do sexo masculino com mais de 60 anos e 170 (2%) entre as mulheres, o que leva a supor o surgimento de uma outra faceta da epidemia. (SOUSA; SUASSUNA e COSTA, 2009).

Além da idade, o sexo e a categoria de exposição também tem se mostrado com alterações na prevalência. Em 2011, nas pessoas com 13 anos ou mais, dos 15.411 casos de aids no sexo masculino, 24,1% eram homossexuais, 8,2% bissexuais, 42,6% heterossexuais, 4,7% usuários de drogas injetáveis - UDI, 0,4% por transmissão vertical e 0,1% em hemofílicos. No sexo feminino, foram registrados, 8.147 casos, sendo 87,9% em heterossexuais, 2,2% UDI, 0,7% transmissão vertical e 0,1% transfusão (BRASIL, 2012a).

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos do HIV/aids, como a disponibilidade da medicação, testes rápidos, aconselhamento, campanhas, a mortalidade continua elevada. Na região Sudeste encontra-se o maior número de óbitos acumulados nos últimos 30 anos de 47,5% para 64,2% em relação ao total do país. Contudo, a região Sul tem apresentado redução da mortalidade de 21,5% (2010) para 16,7% (2012) e o Nordeste de 7,7% para 10,8%, respectivamente (BRASIL, 2012a).

No Ceará, epidemia de aids se caracteriza por evolução lenta e progressiva. Nos anos de 2003 e 2004, ocorreu maior incidência, com tendência decrescente até 2006, e a partir de 2013, a incidência foi em torno de 8/100.000 habitantes. Desde o primeiro caso conhecido em 1983 até o ano de 2012, foram notificados 12.246 casos de aids, destes a maioria em homens (70,0%). A forma de transmissão sexual é a mais prevalente no Estado, com a faixa etária entre 20 a 49 anos de idade (86,1%). Os homens continuam com maior risco de adoecer, chegando a ser mais que o dobro das mulheres (14,9/100 000 e 5,8/100.000 habitantes). No ano de 2012, com dados preliminares, confirmaram 800 casos, sendo 430 (53,7%) residentes no município de Fortaleza (CEARÁ, 2013). A tendência ao aumento da mortalidade por aids entre 2006 e 2011 (2,8 e 3,1/100.000 habitantes) no Ceará, respectivamente, foi mais prevalente entre homens do que em mulheres (4,6 e 1,7/100.000 habitantes) na mesma ordem para o ano de 2011 (CEARÁ 2013).

1.2 O HIV na população geral e fatores comportamentais

Apesar da prevalência na população vulnerável (HSH, profissionais do sexo, usuários de drogas), variar de 8 a 24 vezes a mais que na população em geral, nos últimos anos, vem sendo observado uma mudança do perfil da doença, marcada pelos processos denominados de “heterossexualização” e “feminização” (SOUSA; SUASSUNA; COSTA, 2009).

A heterossexualização da aids tem sua contribuição no incremento da prevalência em todas as faixas etárias, sendo 298 (2,4%) em menores de 13 anos, 230 (1,8%) em adolescentes de 13 a 19 anos, 1.169 (9,5%) adultos com 50 ou mais. Em estudo realizado com conscritos do Exército, de 17 a 20 anos, a prevalência na população de adultos jovens passou de 0,09% em 2002 para 0,12% em 2007, o que indica que vem ocorrendo uma alteração no comportamento e nas práticas sexuais dessa população para a infecção do HIV (SZWARCOWALD; ANDRADE; PASCOM; FAZITO *et al.*, 2011).

O aumento no número de casos na faixa etária acima de 50 anos pode estar associado à mudança de comportamento sexual. A modificação dos costumes e das práticas sexuais seguras talvez ainda não tenham sido absorvidas por essa população, por formação cultural, o que faz com que este grupo populacional tenha um risco potencial em crescimento da epidemia nos últimos anos (BRASIL, 2012a).

A feminização da aids está associada à contribuição da categoria de transmissão heterossexual em vários locais do mundo (GIMENIZ; DE ABREU RAMOS e JUSSARA,

2004). Fatores biológicos, culturais e socioeconômicos contribuem para a alta incidência e prevalência, a taxa de infecção pelo HIV em mulheres é o dobro registrada em homens da mesma idade (JIMÉNEZ;GOTLIEB;HARDY e ZANEVELD, 2001;ONUSIDA, 2012). A feminização da aids é um reflexo do comportamento da população feminina, associado a aspectos de vulnerabilidade biológica da mulher com o crescimento dos casos de aids em mulheres em idade reprodutiva.

Na África Subsaariana, as mulheres representam 58% das pessoas que vivem com HIV, sendo a principal causa de morte de mulheres em idade fértil, aproximadamente 1,2 milhões de mulheres e meninas [1,1-2800000] contraíram a infecção pelo HIV em 2011 (ONUSIDA, 2012). A maioria dessas mulheres se encontra em menor nível socioeconômico, incluindo a desigualdade no acesso à educação e emprego, além de fisiologicamente mais vulnerável ao HIV (ONUSIDA, 2012). Na América Latina, as mulheres que vivem com HIV representam 550 mil (UNAIDS, 2012). A maioria das 17,6 milhões de mulheres vivendo com HIV/aids estão em idade reprodutiva (WHO, 2009). De modo semelhante, o Leste Europeu, apresenta um crescimento no número de casos de mulheres infectadas pelo HIV, sendo a Ucrânia o país com um crescimento acelerado da epidemia, cerca de 44% dos adultos infectados são mulheres (WHO, 2009).

No Brasil, a razão entre os sexos vem diminuindo, em 1986, eram 15,1 casos em homens para um em mulheres, 1996 passou para 2,6 e 2009, 1,6 casos. Cerca de 63% dos jovens (15-24 anos) que vivem com HIV são mulheres (BRASIL, 2011). Em 2010 a taxa de incidência dos casos de aids para os homens de 15 a 24 anos foi de 11,1/100.000 habitantes, e 7,8 para as mulheres (BRASIL, 2011).

Por outro lado, tem se apresentado um aumento em menores de 13 anos por contada transmissão vertical. Considerando o período de 1983 a 2012 a faixa etária de 20 a 49 anos de idade apresenta as maiores taxas de incidência de aids com 10.551 casos (86,1%), confirmando que a principal forma de transmissão da doença é sexual (BRASIL, 2012a).

Fatores biológicos contribuem para a alta suscetibilidade das mulheres às DST e aids, no entanto, vários outros condicionantes das relações entre homens e mulheres foram e ainda são fundamentais na luta contra a aids. As relações desiguais entre os mesmos, a vivência da sexualidade, conhecimento do corpo, a negociação de medidas preventivas como o uso de preservativos, a violência sexual e outras violências, as condições socioeconômicas e

culturais, além do acesso aos serviços de saúde, como também a falta de ações e informações adequadas, constituem em um conjunto de prioridade à serem consideradas para a prevenção e para o cuidado em saúde (LIMA, 2012).

Indivíduos infectados pelo HIV que fazem o tratamento com antirretroviral são menos propensos a transmitir o vírus para outras pessoas, pois o uso da terapia pode reduzir o risco de transmissão sexual do HIV em mais de 90% (CAMBIANO; LAMPE; RODGER; SMITH *et al.*, 2010), onde o tratamento desempenha um papel de contenção do avanço do HIV/aids e diminuição no comportamento sexual de risco (CAMBIANO; RODGER E PHILLIPS, 2011; GRANGEIRO; ESCUDER E PEREIRA, 2012).

O comportamento sexual pode ser visto como intencional, mas essa intencionalidade é conformada no âmbito de contextos específicos de interações sociais culturalmente estruturadas. Tomando como referencial essa abordagem da sexualidade como aprendida socialmente e compartilhada a partir de diferentes realidades, podendo pensar como “Culturas sexuais” (PARKER e DE CAMARGO JR, 2000).

O ato sexual, o culto à forma física e ao prazer, o apelo dos meios de comunicação e a falta de controle social, aliada à expressão mais efetiva dos impulsos sexuais na adolescência, tem provocado intensas mudanças no comportamento sexual dos jovens, tornando-os mais vulnerável ao HIV, através de uma associação de fatores que traduzem uma maior exposição potencial a práticas sexuais de risco (SZWARCOWALD; ANDRADE *et al.*, 2011).

Durante a fase da adolescência, onde o indivíduo se desenvolve fisicamente e emocionalmente, e torna-se sexualmente ativo, são adotados comportamentos, que são modelados pela influência de aspectos psicológicos próprios desta faixa etária em conjunto as influencias do meio social onde estão inseridos (PASCUM e SZWARCOWALD, 2011). Nos Estados Unidos, estima-se que mais da metade da população infectada pelo HIV adquire a infecção entre os 15 a 24 anos, a maioria dos jovens de baixa renda estão sujeitos, com maior frequência nos comportamentos de risco, que influenciam na sua saúde (PASCUM e SZWARCOWALD, 2011).

O início da vida sexual cada vez mais precoce, acompanhado pelo aumento do número de parceiros sexuais eventuais e casuais, associado à baixa adesão ao uso do preservativo são uma realidade no cenário brasileiro. Em inquérito domiciliar realizado pelo Ministério da Saúde observou-se declínio do uso de preservativo com o aumento da idade. O uso de

preservativo na última relação sexual, independentemente da parceria, entre indivíduos de 15 a 24 anos, foi de 55%, em indivíduos de 50 a 64 anos, de 16,4%. As diferenças foram ainda maiores quando considerado o uso regular de preservativo com parceiro fixo, sendo de 30,7% entre os jovens e 10% entre os mais velhos (PASCOM;ARRUDA e SIMÃO, 2011). Por outro lado, a descoberta dos medicamentos que melhoram o desempenho sexual aumentou o número de relações sexuais entre adultos acima de 50 anos (FEITOZA;SOUZA e ARAÚJO, 2004).

Embora o preservativo seja o método mais eficaz de proteção contra o HIV, os adolescentes sexualmente ativos usam preservativos de forma inconsistente ou muitas vezes não utilizam. (DA SILVA MARINHO;SOUZA;FERREIRA;FERNANDES *et al.*, 2012). O argumento utilizado pelos jovens para exposição a relações sexuais desprotegidas repousam em vivenciar desejos buscando acentuar o prazer momentâneo e as experimentações de “risco” que, para muitos deles, podem ser alcançadas por meio das relações sexuais, as quais muitas vezes preferem vivenciar sem o uso do preservativo e, em algumas situações, sob efeito de álcool ou drogas (CASTRO e PEDROSA, 2012).

Em um estudo sobre o uso do preservativo, a proporção de homens de 15 a 64 anos de idade que declararam ter usado preservativo na última relação sexual, entre os sexualmente ativos nos últimos 12 meses, foi de 40,2%, sendo que o mesmo percentual foi de 29,7% entre as mulheres (PASCOM;ARRUDA *et al.*, 2011). Enquanto 64% dos homens declararam uso de preservativos na primeira relação sexual, entre as mulheres foram 57,6% (PASCOM;ARRUDA *et al.*, 2011). É reconhecido que diferenças de gênero no poder de decisões sobre medidas preventivas refletem no papel social desempenhado por mulheres e o desequilíbrio do poder centrado nos homens. O poder de decisão sobre os métodos de prevenção durante as relações sexuais, geralmente são desfavoráveis para as mulheres e constitui um dos principais obstáculos na implementação de ações de estratégias para a prática de sexo seguro na população geral (PASCOM e SZWARCOWALD, 2011).

A promoção do uso de preservativos é uma das principais estratégias para a prevenção do HIV e DST é a. Deste modo, se faz relevante considerar que a mudança de comportamento depende não só da vontade individual, mas também de fatores sociais, incluindo as questões de gênero, que afetam a compreensão das questões e, portanto, levam a mudanças de atitude (AYRES;FREITAS;SANTOS;SALETTI FILHO *et al.*, 2003). As questões de gênero interferem na prevenção ao HIV e outras DSTs não só pela questão de uso de preservativo,

mas também geram limitações associadas no acesso aos serviços de saúde, devido ao desequilíbrio de poder social e econômico entre homens e mulheres. Normas de gênero não só atinge mulheres, mas aumentam também a vulnerabilidade dos homens ao HIV, incentivando ao alto comportamento de risco e desencorajando-os de procurar os serviços de saúde ou de reconhecer sua falta de conhecimento sobre o HIV (UNAIDS, 2012).

Assim sendo, com a compreensão da dinâmica epidemiológica da infecção pelo HIV, os comportamentos (sexual, individual e coletivo) do ser humano tornaram-se determinantes do atual perfil da epidemia HIV/aids no Brasil e no mundo. Deste modo, o conhecimento adequado dos determinantes sócio comportamentais da infecção pelo HIV é essencial para o sucesso do controle da epidemia (BISCOTTO;CARVALHO;SOUZA;LOPES *et al.*, 2009).

1.3 Testagem anti-HIV

Em 1981 a aids foi descrita e em 1983, quando já se reconheciam as formas de transmissão da infecção, entre elas, a transfusão de sangue, embora não fosse tecnicamente possível a testagem do sangue, já havia a obrigação ética da triagem através de entrevistas dos doadores por parte do Estado (CÂMARA e OLIVEIRA, 2004). Em 1985 foi desenvolvido em nos Estados Unidos o primeiro teste laboratorial para detectar o HIV no sangue, usando os testes ELISA e Western Blot, a partir dai foram estabelecidos normas para esse procedimento (CÂMARA e OLIVEIRA, 2004).

Em 1988 foi imposta a Lei Federal nº 7.649, estabelecendo a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, e a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando prevenir a propagação de doenças. Apesar dessa lei, ainda existem questões que precisam ser monitoradas: o momento da triagem e o aconselhamento dos doadores, o que envolve outros exames além do anti-HIV; a entrega de resultados dos exames de triagem positivos (do HIV ou outros) sem uma entrevista de triagem adequada, ou mesmo diante da possibilidade da omissão de informações por parte do doador – caso ele esteja em janela imunológica, um resultado negativo poderá trazer graves consequências, uma vez que, nesse caso, seu sangue não será descartado (CÂMARA e OLIVEIRA, 2004).

Todos os doadores devem ser esclarecidos que um banco de sangue ou um banco de órgãos não são serviços especializados em diagnóstico nem do HIV, nem de outras patologias. Todos os exames realizados no sangue doado são realizados triagem, visando evitar que patologias sejam repassadas aos possíveis receptores desse sangue. Para fins diagnósticos, é

necessário que as pessoas procurem unidades de saúde da rede pública de referência em DST/HIV/aids (CÂMARA e OLIVEIRA, 2004).

Devido a epidemia de aids, o Brasil passou a recomendar a realização de exames sorológicos para o diagnóstico da infecção pelo HIV. Inicialmente, foi recomendado em triagem de sangue para transfusões ou para fracionamento e produção de hemoderivados, triagem dos doadores de órgãos e sêmen, para a determinação da prevalência da infecção na comunidade e para confirmar o diagnóstico das diferentes formas clínicas de aids. Em 1987, o teste foi disponibilizados para uso na rotina dos bancos de sangue e nos serviços de referência para tratamento dos doentes de aids (BRASIL, 1999).

Em 1987/88, o Ministério da Saúde, através da sua Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids, implantou, em nível Nacional, os Centros de Orientação e Apoio Sorológico, também conhecidos como COAS, oferecendo a possibilidade de sorologia para o HIV em base gratuita, confidencial e anônima (CASTRO e SILVA, 2005). Para realização da testagem adequada, a Coordenação Nacional de DST/aids promoveu treinamento e capacitação dos profissionais locais sobre a orientação preventiva e testagem sorológica, em parceria com instituições de Saúde Pública estaduais e municipais de todo o País (BRASIL, 1999).

Para os CTA e para outras unidades públicas de saúde que realizavam diagnóstico sorológico para o HIV, foram preconizadas recomendações relacionadas à acessibilidade: centros de testagem devem estar situados em bairros ou locais de fácil acesso para a população a ser atingida e serem divulgados permanentemente, inclusive dias e horários de funcionamento; gratuidade: deve estar claro que as pessoas não pagarão pelos exames que são ofertados, que são assegurados pelos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), em face do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, tais exames deverão ser ofertados a todas as gestantes, sendo um dos requisitos para que o município receba o montante previsto para cada gestante; confidencialidade e sigilo: a pessoa que procura os exames anti-HIV deverá ser informada de que o relato sobre a vida pessoal, bem como os resultados de seus exames, estarão sob sigilo e que ninguém além do(s) profissional(ais) de saúde que a assistir(em), tomará conhecimento da sua realização e/ou resultados; acolhimento: permitir que as pessoas possam perguntar, tirar dúvidas e abordar aspectos de sua vida sexual ou de uso de drogas sem sentir-se discriminada ou desprovida de direitos e a pessoa deve poder sentir-se aceita, independentemente do estilo pessoal que apresente; resolutividade envolve todos os procedimentos pelos quais o cliente passará na unidade e também a interface com o laboratório onde os exames serão realizados; rede de referência e contra referência: toda

oferta de testes anti-HIV exige o planejamento de unidades de saúde que possam atender às pessoas soropositivas ou com aids, também são necessárias unidades de referências de saúde que tratem DST ou outros agravos de saúde; entrega de resultados: somente a própria pessoa poderá receber os resultados de seus exames e isso deverá ocorrer, primeiramente, em entrevista individual, mesmo tratando-se de um adolescente. Somente após a conversa com o próprio, e mediante o consentimento deste, o profissional de saúde poderá revelar o resultado dos exames a outras pessoas (familiares, parceiros, pais, amigos etc) (BRASIL, 2008).

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) servem como “porta de entrada” para o esclarecimento de dúvidas em geral sobre o HIV/aids e em relação ao diagnóstico da infecção pelo HIV. São serviços de saúde que realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. É a partir dessa demanda que os profissionais de saúde que atuam nesses centros podem realizar um trabalho de sensibilização, por meio do aconselhamento, que pode ser individual ou coletivo, a depender do serviço. Na maioria dos países, assim como no Brasil, o teste é oferecido de forma gratuita a todos que desejam conhecer sua sorologia para HIV e permanece vinculado ao aconselhamento (SOARES e BRANDÃO, 2012). O aconselhamento é uma ação de prevenção que tem como objetivos oferecer apoio emocional ao usuário, esclarecer suas informações e dúvidas sobre DST e HIV/aids e, principalmente, ajudá-lo a avaliar os riscos que corre e as melhores maneiras que dispõe para prevenir-se (BRASIL, 2013).

Devido às dificuldades inerentes à decisão de realizar o teste anti-HIV, é importante que o exame seja feito por profissionais capacitados (MORENO, 2006). Esses profissionais devem oferecer aconselhamento pré e pós-teste adequado, interpretar os resultados e saber lidar com as diversas situações relacionadas a vida do cliente, principalmente diante de um resultado positivo (MORENO, 2006).

Mesmo em situações em que o resultado do teste é negativo, o aconselhamento pré e pós-teste é uma estratégia considerada fundamental no combate à epidemia da aids pois, se torna uma oportunidade de prevenção primária, abrindo espaços para discussões possibilitando interferir no comportamento dos indivíduos, garante à clientela um espaço para estabelecer vínculos de confiança e auxilia na promoção dos direitos de cidadania (MORENO, 2006; SILVA; ARAÚJO e PAZ, 2008). Entre as pessoas HIV positivo, permite o apoio emocional, articulação de cuidados, tratamento precoce e prevenção da transmissão do HIV (JEAN; ANGLARET; MOH; LERT *et al.*, 2012).

Os testes são realizados de acordo normas definidas pelo Ministério da Saúde e com produtos registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e por ela controlados (BRASIL, 2013).

Quando os resultados são positivos, os CTA são responsáveis por encaminhar as pessoas para tratamento nos serviços de referência, além disso, após o atendimento são entregues insumos de prevenção, como camisinhas masculinas para a população geral, gel lubrificante para profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens e kits de redução de danos para pessoas que fazem uso de drogas (BRASIL, 2013).

Com a implantação dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA melhorou o conhecimento do perfil epidemiológico de indivíduos infectados, antes que os mesmos preenchessem os critérios para sua notificação como casos de aids (BASSICHETTO;MESQUITA;ZACARO;SANTOS *et al.*, 2004;MORENO, 2006). Mesmo assim, a cobertura de teste para HIV na população brasileira é considerada baixa, embora tenha passado de 28% em 2004 para 37% em 2008 (BRASIL, 2012c). O maior percentual de testagem é entre as mulheres, devido à oferta no pré-natal. Embora a cobertura do teste seja maior entre os subgrupos mais vulneráveis, tais como HSH (54%), mulheres profissionais do sexo (65,1%) e usuários de drogas (4,3%), essa cobertura ainda não é eficaz (BRASIL, 2012c).

Os testes para diagnóstico da infecção por HIV são produzidos pela Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde, e existem vários tipos: Teste Elisa, que é o mais realizado para diagnosticar a doença. Através da amostra de sangue do paciente, os profissionais de laboratório buscam por anticorpos contra o HIV, se uma amostra não apresentar nenhum anticorpo, o resultado negativo é fornecido para o paciente. Caso seja detectado algum anticorpo anti-HIV no sangue, é necessária a realização de outro teste adicional, o teste confirmatório. São usados como testes confirmatórios, o Western Blot, o Teste de Imunofluorescência indireta para o HIV-1 e o imunoblot. Pois algumas vezes, os exames podem dar resultados falso-positivos em consequência de algumas doenças, como artrite reumatoide, doença autoimune e alguns tipos de câncer. Esse procedimento é um padrão para que o paciente não tenha nenhuma dúvida e desconfiança sobre o resultado positivo (BRASIL, 2007;2013).

Em relação aos outros exames que existem, o Elisa é feito com uma placa de plástico que contém proteínas do HIV absorvidas ou fixadas nas cavidades em que cada amostra de soro ou plasma (que são frações do sangue) é adicionada e após uma sequência de etapas, em

que são adicionados diferentes tipos de reagentes, o resultado é fornecido por meio de leitura óptica, em um equipamento denominado leitora de Elisa.

O western blot, é um teste de custo elevado, muitas vezes indicado como teste confirmatório em caso de um resultado positivo no teste Elisa. O exame é realizado utilizando uma tira de nitrocelulose em que são fixadas proteínas do HIV. O soro ou plasma do paciente é adicionado, ficando em contato com a tira de nitrocelulose. Depois da adição de vários tipos de reagentes, o resultado é fornecido por meio de leitura visual, pelo profissional do laboratório (BRASIL, 2013).

Outro teste também confirmatório é o teste de imunofluorescência indireta para o HIV-1 permite detectar os anticorpos anti-HIV. O soro ou plasma do paciente é adicionado a uma lâmina de vidro que contém células infectadas com o HIV, fixadas nas cavidades e após uma sequencia de etapas, em que são adicionados diferentes tipos de reagentes, o resultado é fornecido por meio da leitura em um microscópio de imunofluorescência (BRASIL, 2013).

Devido à fragilidade e precariedade da infraestrutura e de recursos humanos disponíveis em alguns lugares do país, onde persistiam limitações para desenvolver uma atenção bem organizada e integralmente eficiente e devido a limitações para efetuar o diagnóstico em tempo oportuno, em 2002 o Programa Nacional de DST/aids implantou os testes rápidos, para melhorar e ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV, além de ser um componente para barrar o avanço da epidemia no País (BRASIL, 2007).

O teste rápido possui esse nome, pois permitem a detecção de anticorpos anti-HIV na amostra de sangue do paciente em até 30 minutos. Os testes rápidos permitem que o paciente, no mesmo momento que faz o teste, tenha conhecimento do resultado e receba o aconselhamento pré e pós-teste (BRASIL, 2013).

Para incentivar a população a realizar o teste de aids, o Ministério da Saúde lançou a campanha Fique sabendo, com o objetivo de conscientizar a população sobre a importância da realização do exame. Artista e formadores de opinião se mobilizaram e se envolveram para poder incentivar a população a fazer o teste e diminuir cada vez mais o preconceito em relação ao HIV/aids (BRASIL, 2013).

Os problemas relacionados com a entrada tardia no tratamento de HIV são agravados pelo fato de que, em todo o mundo, a proporção de indivíduos que nunca foram testados para HIV é alta, superior a 60% (WHO, 2009). Em países ocidentais 25% a 40% das pessoas quando descobrem sua sorologia já são diagnosticados com aids. Fatores associados como

idade avançada no momento do diagnóstico, residir em uma área de baixa prevalência de HIV, contaminação heterossexual, sexo masculino, origem estrangeira, infecções oportunistas como a pneumonia, não pertencer a um grupo de risco, podem está levando ao diagnóstico tardio para o HIV (MANGA;DIOP;NDOUR;DIA *et al.*, 2009).

A testagem anti-HIV possibilita a prevenção da transmissão do HIV das pessoas soropositivas para seus parceiros não testados ou soronegativos e das mães soropositivas para seus bebês; acesso imediato ao tratamento, no caso de sorologia positiva; maior adesão ao tratamento de infecções relacionadas ao HIV e outras DST; orientação quanto ao planejamento familiar e escolha baseada nos direitos reprodutivos; apoio emocional aos soropositivos, seus parceiros e familiares; suporte social e jurídico; e melhora da capacidade de adaptação e de planejamento para o futuro, além de ampliação do conhecimento da população relativo às questões do HIV, sensibilizando as pessoas na luta contra a estigmatização, apoiando-se nos direitos humanos (ONUSIDA, 2002).

Das pessoas vivendo com HIV em todo o mundo, estima-se que 90% não sabem seu estado sorológico e menos de 10% das mulheres grávidas fizeram teste de HIV (UNAIDS, 2012). No Brasil, estima-se que aproximadamente 255 mil desconhecem sua condição sorológica (BEYRER;BARAL;VAN GRIENSVEN;GOODREAU *et al.*, 2012;BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST, 2012). Em um Estudo Sentinela de Parturientes, a prevalência de HIV a taxa de prevalência para as mulheres jovens de 15 a 24 anos, apresentou aumento de 0,26% em 2006 para 0,31% em 2010 (SZWARCZ;BARBOSA JÚNIOR *et al.*, 2008). A taxa de detecção de casos de HIV em gestantes no Brasil corresponde a 2,0 casos por 1.000 nascidos vivos, e o total de casos de HIV notificados foi de 5.666 (BRASIL, 2011).

O teste para o HIV é um componente importante para a prevenção, fornece a oportunidade para o aconselhamento de pessoas em risco para a infecção, faz com que o indivíduo inicie a terapia antirretroviral, retardando a progressão para aids e diminuindo a mortalidade e além disso, estudos sugerem que pessoas infectadas pelo HIV diminuem seus comportamentos de risco logo depois que sabem que estão infectadas (SCHWARCZ;HSU;DILLEY;LOEB *et al.*, 2006;MONTEALEGRE;RISSER;SELWYN;SABIN *et al.*, 2012). Deste modo, as intervenções para aumentar os índices de diagnóstico precoce da infecção pelo HIV são eficazes e ajuda na remoção de barreiras conhecidas para teste de HIV, permitindo aos

indivíduos o acesso rápido a cuidados de saúde (GRANGEIRO;ESCUDER;MENEZES;ALENCAR *et al.*, 2011). São necessárias mudanças para acompanhar a evolução da epidemia e que modelos de triagem podem ser essenciais para prevenção, aumentando a disponibilidade e eficiência na detecção do HIV em cuidados de saúde.

Historicamente, o teste de HIV, tem sido alvo com base em fatores de risco individuais, ou seja, muitos indivíduos procuram realizar o teste somente quando se expõe a situações de riscos. Com base nessa questão e diante da evolução demográfica da epidemia de HIV, nos Estados Unidos a realização da testagem anti-HIV tem diminuído progressivamente, a eficácia da realização do teste usando o fator de risco como motivo para realiza-lo, fez com que o CDC, em 2006, recomendasse triagem de rotina para pessoas com idade de 13 a 64 anos, visto que esta atividade identificou um número substancial de pessoas infectadas pelo HIV, que foram imediatamente encaminhadas para tratamento e cuidados de saúde. (VIALI;DOOLEY;BRANSON;DUFFY *et al.*, 2011).

Mesmo vivendo em meio a uma epidemia, as pessoas ainda mostram-se relutantes em realizar a testagem anti-HIV. A explicação mais usual pode está associada a fatores psicológicos, que podem ser entendidas como negação à possibilidade de risco da infecção, levando à desvalorização de situações de risco vivenciadas, muitas vezes associadas ao estigma e discriminação à doença (CASSELL e SURDO, 2007;FRANÇA JUNIOR;CALAZANS e ZUCCHI, 2008;CARVALHO, 2009;JOHNSTON e SABIN, 2010).

O preconceito, o medo e a discriminação em relação aos portadores do HIV afastam muitas pessoas da possibilidade e dos benefícios de um diagnóstico precoce da infecção e continua levando a altos custos para a sociedade, além de, em muitos casos, favorecer a manutenção da cadeia de transmissão do vírus (BRASIL, 2013). Estudos mostram que o estigma à infecção pelo HIV é uma importante barreira na realização do teste anti-HIV, que levam as pessoas ao medo de saberem que estão infectadas com uma doença que elas entendem como fatal oque pode levar ao diagnóstico tardio e, conseqüentemente, ao aumento da morbidade e mortalidade (FRANÇA JUNIOR;CALAZANS *et al.*, 2008;ANGOTTI;BULA;GAYDOSH;KIMCHI *et al.*, 2009;DE OLALLA;MAZARDO;SAMBEAT;OCAÑA *et al.*, 2011;MACKELLAR;HOU;WHALEN;SAMUELSEN *et al.*, 2011;DOWSON L, 2012;KERR;MOTA;KENDALL;PINHO *et al.*,

2012;DESAI;DESAI;SULLIVAN;MOHABEER *et al.*, 2013). Além disso, outros fatores relevantes a não testagem na população geral são a pauperização e a interiorização da aids que levam as desigualdades sociais, que são marcadas por diferenças relevantes nos padrões de distribuição de renda e de educação dificultando ao acesso aos serviços e programas de saúde (OLIVEIRA;ESHER e BERMUDEZ, 2004;RODRIGUES-JÚNIOR e CASTILHO, 2004;MAIA;GUILHEM e FREITAS, 2008;DA SILVA;PEREIRA;NETO;PONTE *et al.*, 2010).

Portanto se faz urgente, as autoridades em saúde e os profissionais envolvidos com a saúde pública trabalhar para redução desses fatores, que exigem políticas que garantam a plena realização de todos os direitos humanos no contexto do HIV, adaptando os programas para toda a população. Assim sendo essa pesquisa que aborda os fatores que levam a população a realizar a testagem ou não para o HIV, visa contribuir de forma mais efetiva para resposta governamental a epidemia de HIV/aids nessa população.

2 OBJETIVOS

a. Objetivo Geral

Descrever os incentivos e barreiras para a realização da testagem anti-HIV na população geral acima de 18 anos residente em Fortaleza.

b. Objetivos Específicos

Identificar os fatores individuais, comportamentais e programáticos associados à testagem anti-HIV na população geral.

Caracterizar os incentivos e as barreiras para a realização do teste anti-HIV na população geral.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Desenho e Local de estudo

Estudo seccional realizado na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará, Brasil, em 2011. Este estudo faz parte de um projeto intitulado: **Incentivos e barreiras para a realização do teste HIV entre profissionais de saúde, organizações não governamentais, populações vulneráveis ao HIV e população geral: uma abordagem quali-quantitativa**, financiado pelo Departamento Nacional de DST/Aids e hepatites virais, CNPq e pela Agence Française de Recherches sur le VIH/Sida et les hépatites virales (ANRS).

Fortaleza tem 2.452.185 habitantes, dos quais 53,2% são mulheres. Entre 2000 e 2010, a população teve uma taxa média de crescimento anual menor (1,4%) que a década anterior (2,1%) (IBGE, 2010). Em 2010, cerca de 2/3 (65,8%) da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e menos da metade (47,4%) o ensino médio. Apesar destes indicadores preocupantes, a taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 9,2% nas últimas duas décadas (IBGE, 2010;ADHB, 2013). A esperança de vida ao nascer aumentou 8,5 anos nas últimas duas décadas, passando de 66,0 anos em 1991 para 69,6 anos em 2000, e para 74,4 anos em 2010. A renda per capita média de cresceu 85,2% nas últimas duas décadas, passando de R\$457,04 em 1991 para R\$610,48 em 2000 e R\$846,36 em 2010. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 15,3% em 1991 para 9,0% em 2000 e para 3,4% em 2010. A desigualdade social também diminuiu: o Índice de Gini passou de 0,64 em 2000 e para 0,61 em 2010 (ADHB, 2013).

Fortaleza é apontada como a quinta cidade mais desigual do mundo (HABITAT, 2010). Esta desigualdade se reflete espacialmente: a capital cearense tem 119 bairros, dos quais 75,6% tem populações com uma renda média pessoal menor do que dois salários mínimos, em valores de 2010 (IBGE, 2010). Além disso, o bairro mais rico de Fortaleza possui uma renda média 15,3 vezes maior do que o bairro mais pobre. A capital é dividida em sete regiões administrativas denominadas Secretarias Executivas Regionais. Estas secretarias foram utilizadas no processo de amostragem, dado que procuram representar, de certa maneira, as grandes desigualdades dos bairros de Fortaleza.

3.2 População de estudo e amostra

Uma amostra por conglomerado da população geral, acima de 18 anos, residente no município de Fortaleza, foi selecionada aleatoriamente com base nos dados populacionais do município. Tomou-se como padrão para este cálculo a população de 2.473.614 habitantes estimada para 2008 (www.datasus.gov.br). Calculou-se, então, uma amostra sem reposição, proporcional ao tamanho dos estratos definidos pelas faixas etárias compreendidas entre 18 e 49 anos ($\approx 1.115.407$ habitantes) e de ≥ 50 anos (403.456 habitantes). Estimou-se, ainda, um percentual de 20% para as perdas ou recusas. A amostra foi calculada levando-se em consideração a incidência estimada em 20% para pessoas que já realizaram o teste para HIV alguma vez na vida no Brasil (CDC, 2008; FRANÇA JUNIOR; CALAZANS *et al.*, 2008), com uma margem de erro de 5% e um coeficiente de confiança alfa de 95%. O tamanho final da amostra foi estimado em 340 pessoas, sendo 248 na faixa etária de 18 a 49 anos e 92 pessoas com 50 anos ou mais.

A população do estudo foi sorteada por conglomerado, tendo como base as sete regionais. A partir da distribuição de habitantes em cada regional, foram definidas as quantidades de entrevistados. Como último passo, foram selecionados os bairros com maior proporção de habitantes dentro da regional e a partir desta proporção, foi estabelecido a quantidade de pessoas a serem entrevistadas por bairro. No quadro 2 (anexo) estão listados os bairros com as populações. O percentual na última coluna indica o quanto a população do bairro representa em relação ao total da regional. Por fim, foram selecionados os bairros dentro de cada regional (como estão listados abaixo), e calculados os percentuais. O percentual neste caso foi calculado em relação ao total da população dos bairros selecionados dentro da regional. Aplicou-se este percentual no tamanho amostral para cada regional e, desta forma, foi obtido o total de entrevistados dentro do bairro, podendo-se então aplicar a amostra aleatória simples dentro de cada bairro selecionado.

Em cada bairro, os domicílios foram escolhidos de forma aleatória. Quando a rua era selecionada, o pesquisador fazia coleta sistemática saltando casas até completar a cota de residências, se a casa estava vazia a casa seguinte era abordada. Para uma mesma rua os pesquisadores trabalhavam em duplas, um em cada lado da rua. Ao ser escolhida a casa, listavam-se os adultos dela e sorteava o adulto participante. No caso de recusa, um segundo adulto era sorteado e convidado a participar. O deslocamento dos entrevistadores era feito por meio de transporte coletivo.

Quadro 1- População de Fortaleza por regional de saúde, 2010.

Regional	População	%	Amostra
I	79.110	15,2%	52
II	73.305	14,1%	48
III	82.664	15,9%	54
IV	65.871	12,6%	43
V	108.988	20,9%	71
VI	103.804	19,9%	68
VII	7.020	1,3%	5
Total	520.762	100,0%	340

3.3 Coleta de dados

Um questionário estruturado foi aplicado às pessoas consideradas elegíveis, de acordo com os critérios acima mencionados, que aceitaram participar e assinaram o TCLE. A entrevista era realizada individualmente e na residência do entrevistado. A entrevista só era iniciada após a apresentação dos objetivos da pesquisa e das restrições impostas. O termo de esclarecimento era apresentado mostrando as restrições para participação (apenas indivíduos maiores de 18 anos e que se consideravam heterossexuais participavam), os objetivos da pesquisa e a confidencialidade das informações. O período de coleta foi de 4 semanas (05/07/2011 até 29/07/2011). Os turnos foram: manhã (08h-12h) e tarde (14h-18h). Os dados foram registrados em um computador de bolso (Pocket-PC- Modelo Palm HPC 110). Não foi observado o percentual de recusa.

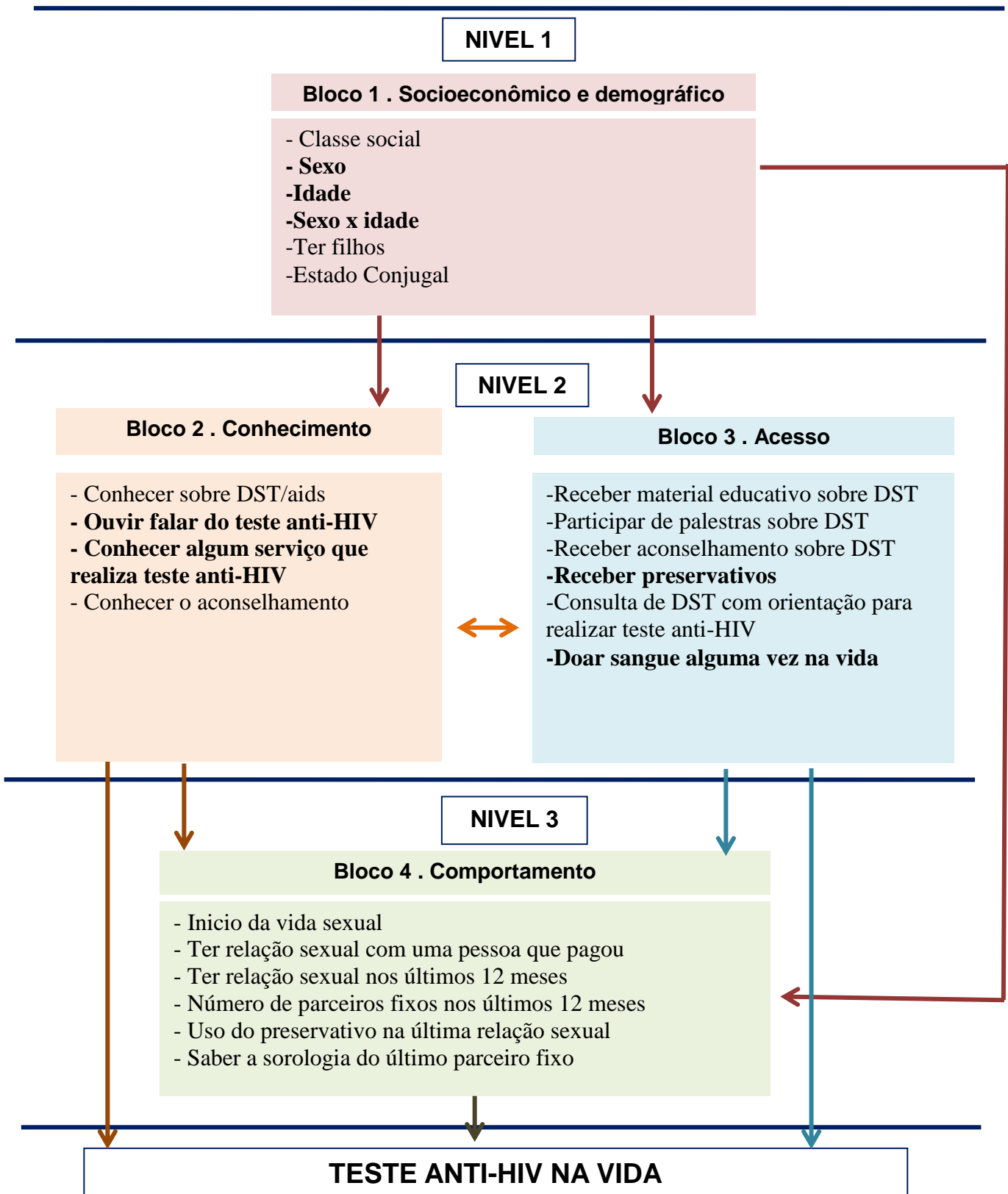
O questionário coletou variáveis que foram classificadas de acordo com os seguintes blocos: 1) Bloco de informações socioeconômicas e demográficas: raça e cor, religião, escolaridade (em anos), estado conjugal e a classe social, que foi elaborada a partir da classificação do Critério de Classificação Econômica do Brasil - CCEB, que tem a função de estimar o poder de compra dos indivíduos e famílias urbanas, através do mapeamento das características sociais, demográficas e econômicas das famílias das 10 principais regiões metropolitanas do país. As classes atuais são divididas de acordo com os patamares da renda média familiar, que estão assim distribuídos: A (renda a partir de R\$ 9.263,00); B1

(R\$5.241,00), B2 (R\$ 2.654,00), C1 (R\$ 1.683,00), C2 (R\$ 1.147,00) D/E (R\$ 776,00). Para definição da classe social foi considerado o número de aparelhos de TV em cores, rádios, banheiros automóveis, empregada mensalista, máquina de lavar roupas, vídeo cassete ou DVD, geladeira, freezer e, além do nível de instrução do chefe da família (BRASIL, 2012b). As outras variáveis foram: sexo, idade, e uma variável criada *a posteriori* que levou em conta o sexo e idade entre 18 a 49 (idade reprodutiva) e 50 anos ou mais (idade não reprodutiva) e ter filhos; 2) Bloco de conhecimento: conhecimento sobre DST/aids, essa variável de conhecimento foi baseada no indicador da UNGASS. Este indicador foi construído a partir das respostas para as seguintes perguntas: I) Pode o risco de transmissão do HIV ser reduzida por ter relações sexuais com apenas um parceiro não infectado que não tem outros parceiros?; II) Uma pessoa pode reduzir o risco de contrair o HIV , usando um preservativo cada vez que faz sexo?; III) Pode uma pessoa com aparência saudável tem HIV?; IV) Uma pessoa pode contrair o HIV a partir de picadas de mosquito?; V) Uma pessoa pode contrair o HIV através da partilha de alimentos com alguém que é infectado?. Através das respostas corretas dos entrevistados a cerca dessas perguntas, classificamos se eles conheciam ou não conheciam sobre DST/aids. As demais variáveis de conhecimento foram: ter ouvido falar do teste anti-HIV, conhecimento sobre locais que realiza o teste, conhecimento sobre o conceito de aconselhamento, percepção de risco de se infectar pelo HIV, opinião a cerca da frequência e autorização para realizar a testagem anti-HIV; 3) Bloco de Acesso a serviços: recebeu material educativo sobre DST, participou de palestras sobre DST, recebeu aconselhamento sobre DST e recebeu preservativos, todas as perguntas foram sobre os últimos 12 meses, doação de sangue e consulta de DST com orientação para a testagem anti-HIV (essa variável foi criada a partir da junção de três questões do questionário, quais sejam, as pessoas foram inicialmente indagadas se tiveram alguma DST ou não e, em seguida, perguntou-se se tinham recebido orientação para realizar a testagem anti-HIV ou não); 4) Bloco de comportamento: início da vida sexual ≤ 15 anos e > 15 anos, ter tido DST, ter tido relação sexual com quem pagou, compra de preservativo nos últimos 12 meses, não usar preservativo na primeira relação sexual, não ter relação sexual nos últimos 12 meses, não ter nenhum parceiro fixo nos últimos 12 meses, conhecer a sorologia do parceiro, consumo de álcool antes do sexo, consumo de álcool e uso de drogas alguma vez na vida. Todas as variáveis dos blocos de 1 a 4 foram tratadas como variáveis independentes. A variável ter se testado ou não na vida foi tratada como dependente. Também foram coletadas variáveis com opiniões dos entrevistados sobre perguntas sobre o teste HIV que lhes foram feitas (ex: se todos deveriam fazer o teste, se certos grupos populacionais deveriam fazer mais teste, vantagens de realizar o teste).

3.4 Análise dos dados

A análise estatística foi realizada de acordo com um modelo hierárquico conceitual de determinação de fazer ou não o teste anti-HIV, proposto por Victora e mostrado na Figura 1 (VICTORA;HUTTLY;FUCHS e OLINTO, 1997). O modelo foi definido em três níveis hierárquicos: o primeiro nível (distal) incluiu um bloco com todas as variáveis socioeconômicas e demográficas; o segundo nível (intermediário) incluiu dois blocos, um de acesso a serviços e outro de conhecimentos específicos, que foram considerados rotas para comportamentos e para a não testagem anti-HIV. Uma análise bivariada e análise logística multivariada não condicional foram realizadas, levando sempre em consideração as variáveis demográficas que mostraram ter efeito modificador sobre não testar para o HIV. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0.20$ nas análises bivariadas foram incluídas na próxima fase, que foi uma análise multivariada intra-bloco. Por fim, o conjunto de variáveis com $p < 0.05$ na análise multivariada de cada bloco foi considerado para a análise hierárquica, seguindo a ordem definida no quadro conceitual demonstrado abaixo. As variáveis do nível 1 foram as primeiras a ser introduzidas no modelo hierárquico. Em seguida, as variáveis do nível 2, já que o efeito das variáveis no nível distal podem ser mediada pelas variáveis no nível intermediário. Variáveis em todos os blocos no nível 2 foram introduzidas juntas, já que se pressupõe que as mesmas operem no mesmo nível. Finalmente, as variáveis do nível 3 foram introduzidas, pois tanto as variáveis distais, como as intermediárias podem ser mediadas pelas variáveis proximais. Tendo em vista que se buscou o efeito das variáveis do nível distal (mesmo que elas sejam mediadas tanto pelas variáveis intermediárias como pelas proximais) a estimativa para o efeito de variáveis distais e intermediárias é aquela antes da introdução das variáveis intermediárias e das proximais, respectivamente para cada nível, enquanto que as estimativas do efeito das variáveis no nível proximal devem ser feita após a introdução das variáveis do nível distal e do nível intermediário no modelo, excluindo variáveis com $p > 0.05$. As variáveis no modelo multivariado, dentro de cada nível, e as variáveis do nível proximal no modelo final foram mantidas no modelo quando o correspondente valor de p foi menor que 0.05. As análises foram realizadas usando o pacote estatístico STATA versão 11.0 (Stata Corporation, 2011). As opiniões dos participantes referentes à realização do teste anti-HIV, vantagens e desvantagens, motivações para realização ou não realização do teste foram descritas em tabelas separadas.

Figura 1 – Modelo multivariado hierárquico para determinação da não testagem anti-HIV na população geral¹.



¹ Em negrito são mostradas as variáveis que se mostraram associadas a não realizar o teste anti-HIV no modelo hierárquico final

3.5 Considerações Éticas

Nenhuma informação das identidades dos participantes foi coletada, a fim de manter o sigilo e proteger todos os participantes do estudo. Toda participação foi confidencial e anônima. Os participantes em potencial foram informados que sua participação no estudo foi estritamente voluntária.

Após a cuidadosa explicação sobre a pesquisa e checagem dos critérios de inclusão, as equipes do estudo entregaram aos participantes o termo de consentimento para lê-lo e, se necessário, os pesquisadores leram o formulário de consentimento para os(as) participantes. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFC e aprovado pelo comitê sob o número 263/09.

4 RESULTADOS

Dos 349 participantes da pesquisa, pouco mais da metade foi de mulheres (52,4%), predominante entre 25 a 39 anos (33,8%), a maioria se auto referiu como de cor parda (66,8%), era casada ou com companheiro(a) fixo(a) (54,2%), com oito anos ou mais de escolaridade (80,2%), da religião católica (70,5%) e da classe social média (C - 51,3%) e e informou ter filhos (64,5%) (Tabela 1).

Mais da metade dos participantes (59,6%) nunca realizou o teste anti-HIV na vida. Não fazer o teste mostrou-se estatisticamente associado, na análise bivariada, com ser do sexo masculino (65,7%), ter 50 anos ou mais, ser solteiro ou não ter companheiro, não ter filhos, não conhecer sobre DST/aids, não ter ouvido falar sobre o teste anti-HIV, não conhecer algum serviço público que faça o teste, não ter recebido material educativo, não ter recebido preservativos, não ter tido DST ou ter tido e não ter tido orientação para testar, não ter doado sangue na vida, não ter tido relação sexual com alguém que pagou para ter sexo, não ter tido relação sexual nos últimos 12 meses e não ter tido parceiro fixo nos últimos 12 meses (Tabela 1).

Tabela 1 - Características da população geral do estudo e associação com a testagem anti-HIV. Fortaleza/Ceará, 2011

Variáveis	N	%	Testagem anti-HIV				p*
			Sim		Não		
	N	%	N	%	N	%	
SOCIOECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS							
Sexo							
Masculino	166	47,6	57	34,3	109	65,7	0,02
Feminino	183	52,4	84	45,9	99	54,1	
Idade (em anos)							
<50	252	72,2	115	45,6	137	54,4	<0,01
≥50	97	27,8	26	26,8	71	73,2	
Raça relatada							
Branca	95	27,2	38	40,0	57	60,0	0,96
Preta	21	6,0	8	38,1	13	61,9	
Parda	233	66,8	95	40,8	138	59,2	
Religião							
Católica	241	70,5	100	41,5	141	58,5	0,80
Evangélica	70	20,5	28	40,0	42	60,0	
Outras	31	9,1	11	35,5	20	64,5	
Escolaridade (em anos)							
0 - 3	48	13,8	20	41,7	28	58,3	0,27
4 - 7	21	6,0	5	23,8	16	76,2	
≥ 8	280	80,2	116	41,4	164	58,6	
Classe social							
A/B	110	31,5	47	42,7	63	57,3	0,74
C	179	51,3	72	40,2	107	59,8	

D/E	60	17,2	22	36,7	38	63,3	
Estado conjugal							
Solteiro/Sem companheiro	160	45,8	48	30,0	112	70,0	<0,01
Com companheiro	189	54,2	93	49,2	96	50,8	
Filhos							
Sim	225	64,5	106	47,1	119	52,9	<0,01
Não	124	35,5	35	28,2	89	71,8	
CONHECIMENTO							
Conhecimento sobre DST/aids							
Conhece	192	55,0	89	46,4	103	53,6	0,01
Não conhece	157	45,0	52	33,1	105	66,9	
Ouvir falar do teste anti-HIV							
Sim	314	90,0	135	43,0	179	57,0	0,01
Não	35	10,0	6	17,1	29	82,9	
Conhece algum serviço público que faz testagem anti-HIV							
Sim	175	50,1	91	52,0	84	48,0	<0,01
Não	174	49,9	50	28,7	124	71,3	
Sabe o que é aconselhamento							
Sim	83	23,9	42	50,6	41	49,4	0,05
Não	264	76,1	99	37,5	165	62,5	
Percepção de risco de se infectar com o HIV							
Pouca/nenhuma chance	304	87,9	119	39,1	185	60,9	0,17
Moderada/grande chance	42	12,1	21	50,0	21	50,0	
Frequência que as pessoas devem realizar o teste anti-HIV							
Sempre que tiver risco	54	15,7	18	33,3	36	66,7	0,28
Nunca	1	0,3	0	0,0	1	100,0	
Mais de 1 ano	239	69,3	101	42,3	138	57,7	
Menos de 1 ano	51	14,8	22	43,1	29	56,9	
Opinião sobre a autorização do teste anti-HIV							
Sim	231	66,8	88	38,1	143	61,9	0,42
Não	115	33,2	52	45,2	63	54,8	
ACESSO AOS SERVIÇOS (ULTIMOS 12 MESES)							
Recebeu material educativo sobre DST							
Sim	99	28,4	52	52,5	47	47,5	0,01
Não	249	71,6	89	35,7	160	64,3	
Participou de palestras sobre DST							
Sim	51	14,7	27	52,9	24	47,1	0,05
Não	296	85,3	114	38,5	182	61,5	
Recebeu aconselhamento sobre DST							
Sim	62	17,9	32	51,6	30	48,4	0,05
Não	285	82,1	109	38,2	176	61,8	
Recebeu preservativos							
Sim	171	49,0	85	49,7	86	50,3	0,01
Não	178	51,0	56	31,5	122	68,5	
Consulta de DST e orientação para testagem HIV							
Não teve DST	225	64,8	84	37,3	141	62,7	0,01

DST orientação sim	29	8,4	20	69,0	9	31,0	
DST e orientação não	93	26,8	36	38,7	57	61,3	
Doou sangue alguma vez na vida							
Sim	102	29,2	55	53,9	47	46,1	0,01
Não	247	70,8	86	34,8	161	65,2	
COMPORTAMENTO							
Início da vida sexual							
≤15 anos	111	31,8	38	34,2	73	65,8	0,10
>15 anos	238	68,2	103	43,3	135	56,7	
Teve DST							
Não	225	64,5	84	37,3	141	62,7	0,11
Sim	124	35,5	57	46,0	67	54,0	
Teve relação sexual com pessoa que pagou para ter sexo							
Sim	14	4,2	10	71,4	4	28,6	0,02
Não	317	95,8	130	41,0	187	59,0	
Comprou preservativo nos últimos 12 meses							
Sim	125	35,8	54	43,2	71	56,8	0,42
Não	224	64,2	87	38,8	137	61,2	
Usou preservativo na primeira relação sexual							
Sim	87	26,4	41	47,1	46	52,9	0,54
Não	242	73,6	98	40,5	144	59,5	
Teve relação sexual nos últimos 12 meses							
Sim	260	78,8	123	47,3	137	52,7	0,02
Não	70	21,2	17	24,3	53	75,7	
Número de parceiros fixos nos últimos 12 meses							
Nenhum	110	31,5	25	22,7	85	77,3	<0,01
1	210	60,2	100	47,6	110	52,4	
2 ou +	29	8,3	16	55,2	13	44,8	
Usou preservativo na última relação sexual							
Sim	82	24,5	39	47,5	43	52,4	<0,01
Não	164	49,1	78	47,6	86	52,4	
Não teve relação sexual	88	26,3	18	20,4	70	79,5	
Conhecia a sorologia do último parceiro fixo							
Sim, era positivo	1	0,3	0	0,0	1	100,0	<0,01
Sim, era negativo	136	42,9	79	58,1	57	41,9	
Não sabia	100	31,5	37	37,0	63	63,0	
Não teve parceiro fixo nos últimos 12 meses	80	25,2	21	26,3	59	73,8	
Faz uso de álcool antes do sexo							
Nunca	286	81,9	112	39,2	174	60,8	0,31
Às vezes	63	18,1	29	46,0	34	54,0	
Consumiu álcool alguma vez na vida							
Sim	67	19,2	20	29,9	47	70,1	0,05
Não	282	80,8	121	42,9	161	57,1	
Uso de drogas na vida							
Sim	35	10,0	15	42,9	20	57,1	0,75,
Não	314	90,0	126	40,1	188	59,9	

* Valor de p relativo à medida de associação entre as variáveis sociodemográficas e o desfecho (testagem anti-HIV na vida)

Os resultados da análise multivariada hierárquica final estão apresentados na Tabela 2. Após a introdução dos quatro blocos, ser do sexo feminino (OR 0,37; IC 0,21-0,63) e ter companheiro (OR 0,42; IC 0,26-0,68) mostrou que a proporção de não testagem é menor em relação as outras variáveis do modelo, ou seja, estão associadas a fazer mais o teste anti-HIV. As demais variáveis, ter 50 anos ou mais (OR 2,09; IC 1,18-3,69), não ter ouvido falar do teste anti-HIV (OR 2,46; IC 0,90-6,67), não saber onde faz o teste anti-HIV (OR 2,04 IC 1,25-3,32), não receber preservativo (OR 2,09; IC 1,26-3,46) e nunca ter doado sangue na vida (OR 2,47; IC 1,40-4,35). (Tabela 2)

Tabela 2 - Resultado da análise multivariada hierárquica

Variáveis	Bloco 1 Socioeconômico e demográfico	Bloco 2 Conhecimento	Bloco 3 Acesso
Sexo Feminino	0.37 (0.21-0.63)		
≥50 anos	2.09 (1.18-3.69)		
Com companheiro	0.42 (0.26-0.68)		
Não ouviu falar sobre o teste anti-HIV		2.46 (0.90-6.67)	
Não conhecer um local que faz teste anti-HIV		2.04 (1.25-3.32)	
Receber preservativo			2.09 (1.26-3.46)
Ter doado sangue na vida			2.47 (1.40-4.35)

Valores indicam OR e IC95%

Na opinião dos 336 (96,3%) entrevistados que admitiram haver vantagens para uma pessoa realizar o teste anti-HIV, as vantagens mais citadas foram: proteger os parceiros ou parceiras 335 (99,7%), iniciar logo o tratamento, se infectado 332 (98,8%), cuidar melhor do corpo e da saúde 332 (98,8%), evitar possíveis doenças que podem vir com a aids 331 (98,5%), servir de alerta para a pessoa começar a se cuidar melhor 331 (98,5%), aumentar a sobrevivência 324 (96,4%), saber se tem o vírus 316 (94%), ficar mais seguro para transar sem medo 309 (92%) e relação a finalizar o relacionamento com parceiro/a se o resultado for positivo 128 (38,2%), responderam que sim, destes 69 (53,9%) foi uma afirmação feminina, diferentemente do poder transar sem camisinha, no qual 75 (22,3%) que disseram sim, 41

(54,7%) eram homens, embora nesse quesito 259 (77,1%) respondem não, sendo na maioria as mulheres com 143 (55,2%).(Tabela 3)

Tabela 3 - Vantagens referidas pela população geral para testagem anti-HIV, Fortaleza, Ceará, 2011.

Variáveis	N	%
Acha que tem vantagem em realizar o teste anti-HIV		
Sim	336	96,3
Não	10	2,9
Não Sabe	3	0,9
Vantagens citadas para fazer a testagem anti-HIV		
Proteger o/a (os/as) parceiro/a (os/as)	335	99,7
Iniciar logo o tratamento, se infectado	332	98,8
Cuidar melhor do corpo e da saúde	332	98,8
Evitar possíveis doenças que podem vir com a aids	331	98,5
Serve de alerta para a pessoa começar a se cuidar melhor	331	98,5
Aumentar a sobrevida/viver mais e melhor	324	96,4
Saber se tem o vírus	316	94
Ficar mais seguro para transar sem medo	309	92
Finalizar o relacionamento com parceiro/a se o resultado for positivo	128	38,2
Poder transar sem camisinha	75	22,3
Opinião relativa ao teste anti-HIV		
Toda vez que você tem um comportamento de risco você deveria se testar	341	97,7
Todas as pessoas deveriam se testar mais	338	96,8
O teste serve para proteger os dois durante a relação sexual	338	96,8
É importante fazer o teste periodicamente	334	95,7
As profissionais do sexo deveriam se testar mais que a população geral	328	94,0
Os gays e os homens que fazem sexo com outros homens deveriam se testar mais que a população geral	302	86,5
O fato de sempre usar camisinha me deixa confortável para não fazer o teste	74	21,3

Dos 349 entrevistados, 141 (40,4%) realizaram o teste anti-HIV, destes 98 (69,5%) realizaram o teste há mais de um ano. O incentivo citado com maior frequência foi o teste ter sido solicitado na consulta médica 69 (48,9%), seguido de ter certeza de que não está infectado 34 (24,1%), ter doado sangue 33 (23,4%), incentivo dos profissionais de saúde 33 (23,4%), relação sexual sem preservativo 23 (16,3%) Também foram colocados como

incentivos: a campanha nos centros de saúde, saber que a aids tem tratamento e não confiar no parceiro, 17 (12,1%), 16 (11,3%) e 14 (9,9%) respectivamente. (Tabela 4)

Mais da metade da amostra 208 (59,6%) declararam nunca terem realizado o teste anti-HIV, e os principais motivos para não realização foram: não ver motivo para se testar 88 (42,3%), por achar que não tem risco 73 (35,1%), desconhecer o local de realização do teste 14(6,7%), ter medo 12 (5,8%), por a unidade de saúde ser distante 5 (2,4%). (Tabela 4)

Tabela 4 - Testagem anti-HIV e incentivos e barreiras para realização do teste anti-HIV na população geral, Fortaleza, Ceará, 2011.

Variáveis	N	%
Realizou o teste anti-HIV alguma vez na vida		
Sim	141	40,4
Não	208	59,6
Última vez que realizou o teste HIV		
Menos de 1 ano	43	30,5
Mais de 1 ano	98	69,5
INCENTIVOS		
Principais Motivos para a realização do teste anti- HIV		
Solicitado em consulta médica	69	48,9
Ter certeza de que não está infectado	34	24,1
Doação de sangue	33	23,4
Profissional de saúde incentivou a realização	33	23,4
Tive relações sexuais sem camisinha	23	16,3
A campanha nos centros de saúde	17	12,1
Saber que a AIDS tem tratamento	16	11,3
Não confio na fidelidade do parceiro	14	9,9
Exigência do empregador	11	7,8
Facilidade de acesso nas Unidades de saúde	10	7,1
Certeza de que o parceiro tem muitos parceiros	10	7,1
A campanha fique sabendo	9	6,4
Ter me exposto a situações de risco	8	5,7
Acidente com materiais perfuro-cortantes	3	2,1
Tem muitos parceiros	3	2,1
Acidente com sangue	2	1,4
Experiência de alguém próximo ou familiar com aids	2	1,4
Ter sido oferecido em pesquisa	2	1,4
BARREIRAS		
Não vejo motivo	88	42,3
Não me sinto em risco	73	35,1
Porque não sei onde fazer o teste	14	6,7
Porque tenho medo	12	5,8
Porque a unidade de saúde é muito distante	5	2,4

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, foi definido um quadro para a análise multivariada hierárquica, a fim de acessar o efeito independente das variáveis. As variáveis que permaneceram significativas no modelo estão ligadas a fatores sociodemográficos, conhecimento sobre o teste anti-HIV e ao acesso aos serviços de saúde. O sexo feminino e ter companheiro foram protetores para a não realização da testagem anti-HIV, onde o fator sexo pode está ligado ao pré-natal que é realizado como rotina para mulheres no período gestacional. Essa relação com o teste realizado durante esse período é reforçada pela idade reprodutiva entre homens e mulheres, inclusive com a gestação na adolescência entre as mulheres (BARROS, 2012).

Esse estudo mostrou que um percentual significativo da população geral em Fortaleza fez o teste anti-HIV, entretanto, a mulheres se testaram significativamente mais que os homens. Este fato pode está ligado à recomendação do Ministério da saúde da realização rotineira do teste anti-HIV durante o pré-natal. No Brasil, a testagem para a população heterossexual está muito vinculada à assistência pré-natal, solicitada rotineiramente, muitas vezes sem consentimento e aconselhamento adequado, como foi no estudo de Goldani *et al.* (2003), que identificou que 59,2% das mulheres no pré-natal não haviam sido aconselhadas previamente, configurando a testagem na gestação mais como uma estratégia compulsória do que voluntária. Estudos mostram que, entre a população geral, mulheres tem menos probabilidade de ter um diagnóstico tardio do que o homem, possivelmente explicado pelo teste ser realizado durante o pré-natal ou até mesmo em consultas ginecológicas, aumentando ainda mais a chance da mulher realizar o teste (DELPPIERRE;CUZIN;LAUWERS-CANCES;MARCHOU *et al.*, 2006;JEAN;ANGLARET *et al.*, 2012). A menor percentagem de teste anti-HIV entre a população geral pode representar que os homens não se percebiam em risco para o HIV, procuram menos os serviços de saúde para atendimentos de rotina e, conseqüentemente, acabam não se testando. Estudo realizado com todos os casos de aids entre homens mostrou que 2/3 deles chegam com contagem de CD4 menor que 350 células/mm³. Outros estudos também mostram que a população masculina procura menos por assistência à saúde, quando comparada à feminina (CASTRO e PEDROSA, 2012).

Ter companheiro foi um dos determinantes do nosso estudo, que também mostrou que as pessoas se testam mais. Podendo comparar com outro estudo que mostra que ser casado é um forte determinante para realização do teste anti-HIV na população geral, principalmente

em homens. Possivelmente esses fatores estão associados a um baixo risco de infecção, o que leva muitas vezes as pessoas a pensarem que não tem risco e, portanto, não se testarem (DELPierre;CUZIN *et al.*, 2006).

Em relação a idade acima de 50 anos, a não realização do teste anti-HIV, pode está ligado ao fato de que muitas não se veem em risco, na maioria das vezes são casadas há muito tempo e confiam no parceiro(a), portanto tem relação desprotegida. A questão programática também contribui para esse desfecho, onde nos serviços de saúde a vida sexual de pessoas nessa idade não é abordada e conseqüentemente o teste anti-HIV não é ofertado. O aumento da idade também foi associado em outros estudos como motivo para o diagnóstico tardio do HIV, ou seja, pessoas mais maduras muitas vezes não se acham em risco e acabam não realizando o teste anti-HIV (GIRARDI;SABIN e ANTONELLA D'ARMINIO MONFORTE, 2007). Oliveira et al, que confirmam este achado em seu estudo, afirmam que muitas vezes os profissionais de saúde não vem como relevante a solicitação do teste em pessoas mais velhas, como exame rotineiro em hospitais e ambulatórios. Essa questão pode adiar a descoberta precoce do HIV e levar ao desenvolvimento da doença nessa faixa etária (OLIVEIRA;ARAÚJO e SALDANHA, 2006).

As variáveis que estabeleceram associação significativa com nunca ter realizado teste anti-HIV, mostraram que o fato de não conhecer sobre o teste anti-HIV leva também ao mesmo tempo a pessoa não conhecer um local que realiza. O conhecimento é uma ferramenta essencial para o que o individuo possa querer se cuidar. Em um estudo realizado na Costa do Marfim com homens e mulheres um dos principais motivos para não testagem foi um baixo conhecimento relacionado ao HIV (JEAN;ANGLARET *et al.*, 2012). Nesse sentido, foi observado em outras pesquisas que a falta de conhecimento sobre a doença e a importância da testagem interfere na não realização do teste. Assim como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde que realizam esse procedimento (GIRARDI;SABIN *et al.*, 2007;PHARRIS;CHUC;TISHELMAN;BRUGHA *et al.*, 2011;ZIRABA;MADISE;KIMANI;OTI *et al.*, 2011;JEAN;ANGLARET *et al.*, 2012). A pobreza e o conhecimento estão relacionados diretamente com a situação de saúde da população geral, onde a falta de conhecimento dificulta a compreensão das informações sobre prevenção e cuidados que devem ter em relação às doenças sexualmente transmissíveis, que conseqüentemente diminui a busca pelo teste anti-HIV.

A acessibilidade aos serviços de saúde quando associada ao conhecimento, onde pessoas que não recebem preservativos e que não doam sangue, a chance de não realizarem o

teste anti-HIV aumentou ainda mais. O ato de doar sangue e a realização do teste anti-HIV, podem está associados à obrigatoriedade da testagem antes da doação, mas muitas vezes, devido à falta de conhecimento do individuo ou falta de informação do serviço, esses doadores desconhecem que estão realizando testagem. Muitas pessoas ainda procuram os bancos de sangue para saberem sua sorologia, mesmo sabendo que existem locais específicos para a realização do teste anti-HIV, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (GONÇALVES;SOUZA;MODESTO;FONSECA *et al.*, 2006).

No que concerne, às vantagens para a realização do teste HIV, evidências tem citado o proteger o parceiro(a), tratamento precoce e cuidar melhor da saúde, como elementos que favorecem o aumento da sobrevida com qualidade. Entretanto, esse conhecimento nem sempre se traduzem em mudança de comportamento para adesão ao teste, como visto neste estudo que mostra que pouco menos da metade dos entrevistados, informaram nunca ter realizado o exame. Soma-se a essas vantagens, o fato de que quando o individuo torna-se consciente do seu status sorológico para o HIV, ele tende a reduzir o comportamento de risco e dessa forma diminuir a transmissão do vírus, através da utilização do antirretroviral (MARKS;CREPAZ;SENTERFITT e JANSSEN, 2005;SCHWARCZ;HSU *et al.*, 2006;CAMBIANO;RODGER *et al.*, 2011;DOWSON L, 2012).

O incentivo ao teste aparece em diferentes formatos. Fica claro o papel do profissional de saúde durante as consultas médicas, esse fato pode está ligado às consulta de pré-natal. Um estudo canadense que teve como objetivo identificar os fatores associados a não realização do teste anti-HIV, mostrou que o fato de receber uma recomendação médica para fazer o teste era mais provável a pessoa realizar o teste anti-HIV do que aqueles que não receberam recomendação (GRAY K, 2008). A iniciativa dos profissionais de saúde em ofertar o teste anti-HIV poderia ser uma rotina para aqueles que procurarem qualquer tipo de atendimento, podendo aumentar a aceitabilidade da população, pois se tornaria um exame comum e com isso reduziria o estigma que está muito ligado a testagem voluntária.

A percepção de não estar infectado também foi um incentivo para a realização da testagem anti-HIV. Em um estudo sobre a percepção de casais heterossexuais acerca do HIV, os motivos que levaram os casais do estudo a realizarem o teste anti-HIV foi a percepção de risco, onde eles relataram que estava relacionada a relações sexuais desprotegidas anteriores ao atual relacionamento, uso de drogas injetáveis, soropositividade do atual conjuge e acidente de trabalho, os outros motivos foram encaminhamento médico e pressão do grupo

social. No caso do encaminhamento médico, estava relacionado com a presença de doenças sexualmente transmissíveis e a rotina do pré-natal (FINKLER;BRAGA e GOMES, 2005).

Chama atenção no estudo o número de pessoas que mesmo quando passam por uma situação de risco continuam sem realizar o teste, ou seja, não se percebem em risco. Estes resultados foram coincidentes com outros estudos, Silveira *et al.* (2002), em estudo populacional brasileiro realizado em Pelotas (RS), apontou que a maioria das mulheres de 15 a 49 anos (87%) tinham baixa ou nenhuma percepção de risco, mesmo apresentando situações de risco relevantes, como não terem usado preservativo na última relação sexual (72%), terem iniciado a vida sexual antes dos 18 anos (47%) e terem relações sexuais com parceiros que usaram álcool e droga (13,5%) (PERALTA;DEEDS;HIPSZER e GHALIB, 2007;MOUNIER-JACK;NIELSEN e COKER, 2008).

A percepção de baixo risco tanto se reflete em não fazer o teste porque tem parceiro fixo e acreditar na fidelidade dele, como no medo da discriminação, se o teste resultar positivo. Por outro lado, os resultados deste estudo enfatizam, também, uma divergência entre o que os entrevistados acham recomendáveis, como por exemplo, concordar que toda vez que tiver um comportamento de risco deveria se testar, e achar importante fazer o teste periodicamente.

Entretanto a percepção de risco é um fato que também se tornou uma barreira para que os entrevistados não realizassem o teste anti-HIV, o que pode está ligado ao estigma e ao medo de saber um resultado positivo. Em um estudo realizado na Europa, a principal barreira para não realização do teste anti-HIV foi o fato do paciente não reconhecer que tem risco, além disso, os outros motivos foram a falta de informação sobre o teste, a estigmatização e o medo do resultado positivo, o que coincide com os nossos resultados (MOUNIER-JACK;NIELSEN *et al.*, 2008).

Vários estudos relatam a associação negativa do estigma com a realização da testagem anti-HIV (KALICHMAN e SIMBAYI, 2003;SHERR;LOPMAN;KAKOWA;DUBE *et al.*, 2007;YOUNG;HLAVKA;MODIBA;GRAY *et al.*, 2010;KOKU, 2011;JEAN;ANGLARET *et al.*, 2012) (FRANÇA JUNIOR;CALAZANS *et al.*, 2008;DOWSON L, 2012;KERR, L. R.;MOTA, R. S. *et al.*, 2012;DESAI;DESAI *et al.*, 2013). As barreiras psicológicas podem ser entendidas como negação à possibilidade de risco da infecção, levando à desvalorização de situações de risco vivenciadas, muitas vezes associadas ao estigma e discriminação a doença (CASSELL e SURDO, 2007;FRANÇA JUNIOR;CALAZANS *et al.*,

2008;CARVALHO, 2009;JOHNSON;HEITGERD;KOENIG;VANHANDEL *et al.*, 2009;KERR;MOTA e KENDALL, 2012) O estigma, ao se traduzir em barreira à realização do teste, pode levar ao diagnóstico tardio e, conseqüentemente ao aumento da morbidade e mortalidade pela doença(DE OLALLA;MAZARDO *et al.*, 2011;MACKELLAR;HOU *et al.*, 2011).

Apesar da testagem para o HIV rotineira ser uma estratégia de saúde pública efetiva na prevenção e no diagnóstico precoce da infecção pelo HIV/aids, vários fatores ainda atuam entre as barreiras e vantagens à realização do teste entre a população geral.

Outro incentivo para a realização do teste anti-HIV, foi a doação de sangue, que mais apareceu na realização do teste anti-HIV da população estudada. A obrigatoriedade do teste no momento da doação de sangue pode ser vista como um facilitador para um diagnóstico precoce e até mesmo alcançar pessoas que não se acham em risco para terem o HIV. Por outro lado, esse fato poderia ser um momento de promoção e prevenção de doenças sexualmente, se existisse o aconselhamento de forma adequada como acontece quando a testagem é realizada nos serviços de saúde pública.

As barreiras encontradas no presente estudo para não realização do teste anti-HIV, foram: não ver motivo, não se sentir em risco, não saber onde fazer o teste, ao medo e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Em um estudo realizado com adolescentes 54% deles nunca haviam realizado o teste por não se sentirem doentes ou não se perceberam em risco de se infectar com o HIV (PERALTA;DEEDS *et al.*, 2007).

6 CONCLUSÃO

Identificamos situações diferentes para a não realização do teste anti-HIV entre homens e mulheres. Os fatores individuais revelou que os homens se testam menos, pois muitas vezes não se percebem em risco e frequentam menos os serviços de saúde, procurando assistência somente quando se encontram doentes, associado a isso não existe políticas de saúde que incentivem a testagem. Ao contrário as mulheres se testam mais, em especial as que estão na idade reprodutiva devido o pré-natal e as consultas ginecológicas. Outros fatores relevantes para não testagem foi o fato de nunca ter sido casado e não ter filhos.

A pobreza, característica da epidemia de HIV/aids no Brasil, teve uma importante contribuição para não realização do teste. Dessa forma reconhecendo que melhores condições econômicas e educacionais refletem na compreensão das informações sobre HIV/aids levando o indivíduo em busca da testagem.

Ainda em relação à dimensão individual o comportamento não interferiu na decisão de se testar ou não, como: o início da vida sexual, ter relação sexual com uma pessoa que pagou, ter relação sexual nos últimos 12 meses, número de parceiros fixos nos últimos 12 meses, uso do preservativo na última relação sexual, saber a sorologia do último parceiro fixo. Esses resultados apontam que a população em geral não se percebe em risco para o HIV/aids.

Outros fatores importantes encontrados é a questão do acesso e do conhecimento, onde as pessoas que não tiveram oportunidade de receber materiais educativos, palestras sobre DST/aids, preservativos, não conheciam locais para a realização do teste, nunca foram testados.

Os resultados mostraram que os principais incentivos para a realização do teste anti-HIV, estão ligados a questões programáticas e sociais como a solicitação médica e a de doação de sangue. Não ver motivo e achar que não tem risco para a infecção do HIV foram barreiras para que essa população não realiza-se o teste.

A certeza de não está infectado ela foi contemplada nesse estudo tanto como incentivo quanto barreira para a testagem anti-HIV. Mostrando a deficiência no conhecimento sobre a doença e, portanto a falta de se perceber em risco para HIV/aids.

Os achados também fazem clara a necessidade de estratégias adequadas para aumentar a oferta e divulgação de serviços que ofertem o teste anti-HIV de forma sistemática para a população em geral, incluindo os homens. Também reforça a necessidade de maior treinamento para os profissionais da saúde, no sentido de resguardar os resultados dos testes.

REFERÊNCIAS

ADHB. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil**: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Fundação João Pinheiro Brasília 2013.

ANGOTTI, N. et al. Increasing the acceptability of HIV counseling and testing with three C's: convenience, confidentiality and credibility. **Social Science & Medicine**, v. 68, n. 12, p. 2263-2270, 2009. ISSN 0277-9536.

AYRES, J. et al. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 123-138, 2003.

BARROS, C. R. D. S. **Fatores associados à realização do teste anti-HIV na população brasileira**. 2012. (Tese Doutorado em Saúde Materno Infantil). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

BASSICHETTO, K. C. et al. 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**, v. 7, n. 3, p. 302-10, 2004.

BASTOS, F.; MALTA, M.; ALBUQUERQUE, E. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. **Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**, 2009.

BEYRER, C. et al. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. **The Lancet**, 2012. ISSN 0140-6736.

BISCOTTO, C. R. et al. Mudança de comportamento sexual após diagnóstico de vírus da imunodeficiência humana no Norte de Minas Gerais; Change of sexual comportment after human immunodeficiency virus in North of Minas Gerais. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd**, v. 7, n. 4, p. 225-227, 2009. ISSN 1679-1010.

BRASIL. **Política Nacional de DST/aids: Princípios, diretrizes e estratégias**. . COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. Brasília, 1999.

_____. **Teste rápido - Por que não? Estudos que contribuíram para a política de ampliação de testagem para o HIV no Brasil.** PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS. Brasília 2007.

_____. **Contribuição dos centros de testagem e aconselhamento para universalizar o diagnóstico e garantir a equidade no**

acesso aos serviços PROGRAMA NACIONAL DE DST/AIDS. Brasília: 2008.

_____. **Boletim epidemiológico de DST/HIV/aids/hepatites virais.** DEPARTAMENTO DE DST/AIDS/HEPATITES VIRAIS. Brasília - DF 2011.

_____. **Boletim Epidemiológico aids e DST.** DEPARTAMENTO DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS. Ministério da Saúde. 2012a.

_____. Critério de Classificação Econômica Brasil. **ABEP. Disponível em:<http://www.abep.org/codigosguias/Criterio_Brasil_2012.pdf>** v. 15, 2012b.

_____. **Política brasileira de enfrentamento da aids.** PROGRAMA DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS. Ministério da Saúde, 2012c.

_____. **Programa Nacional de DST e AIDS, Ministério da Saúde:** Disponível em: www.aids.gov.br 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DST, A. E. H. V. Política Brasileira de enfrentamento da aids - Resultados, avanços e perspectivas. **Brasília**, p. 16, 2012.

CÂMARA, C.; OLIVEIRA, R. **Implicações éticas do diagnóstico e da triagem sorológica do HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids, 2004.

CAMBIANO, V. et al. Use of a prescription-based measure of antiretroviral therapy adherence to predict viral rebound in HIV-infected individuals with viral suppression. **HIV Med**, v. 11, n. 3, p. 216-224, 2010. ISSN 1468-1293.

CAMBIANO, V.; RODGER, A. J.; PHILLIPS, A. N. 'Test-and-treat': the end of the HIV epidemic? **Current Opinion in Infectious Diseases**, v. 24, n. 1, p. 19-26, 2011. ISSN 0951-7375.

CARVALHO, C. Acesso, Práticas e Barreiras ao Teste VIH. **Arquivos de Medicina**, v. 23, p. 68-69, 2009. ISSN 0871-3413. Disponível em: <
http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132009000200011&nrm=iso>.

CASSELL, M. M.; SURDO, A. Testing the limits of case finding for HIV prevention. **Lancet Infect Dis**, v. 7, n. 7, p. 491-495, 2007. ISSN 1473-3099.

CASTRO, C.; PEDROSA, F. **Rede SAGAS Brasil: interações preventivas com juventudes homossexuais, mulheres lésbicas e pessoas vivendo com HIV/AIDS**. 1. Fortaleza: 2012. ISBN 856187703.

CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. D. Respostas aos desafios da AIDS no Brasil: limites e possibilidades. **Respostas aos desafios da AIDS no Brasil: limites e possibilidades**, 2005.

CDC. HEALTH SETTINGS VIRAL HEPATITIS. Available from:
<http://www.cdc.gov/hepatitis/Settings/HealthcareSettings.htm> October 1, 2008 2008.

_____. **HIV Infection Among Heterosexuals at Increased Risk—United States, 2010**. CENTERS DISEASE CONTROL 2013.

CEARÁ. **Informe Epidemiológico aids**. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2013.

DA SILVA MARINHO, T. M. et al. Knowledge of HIV/AIDS Prevention and Factors Associated with Condom Use Among Adolescents in Northeast Brazil. **Journal of tropical pediatrics**, v. 58, n. 3, p. 220-225, 2012. ISSN 0142-6338.

DA SILVA, S. F. R. et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **RBAC**, v. 42, n. 3, p. 209-212, 2010.

DE OLALLA, P. G. et al. Epidemiological characteristics and predictors of late presentation of HIV infection in Barcelona (Spain) during the period 2001-2009. **AIDS Res Ther**, v. 8, n. 1, p. 22, 2011.

DELPPIERRE, C. et al. High-Risk groups for late diagnosis of HIV infection: a need for rethinking testing policy in the general population. **AIDS Patient Care & STDs**, v. 20, n. 12, p. 838-847, 2006. ISSN 1087-2914.

DESAI, M. et al. Audit of HIV testing frequency and behavioural interventions for men who have sex with men: policy and practice in sexual health clinics in England. **Sex Transm Infect**, 2013. ISSN 1472-3263.

DOWSON L, K. C., PERRY N, FISHER M, RICHARDSON D. Why present late for HIV testing: a qualitative analysis. *AIDS care* 2012; 24 (2); 204-9 2012.

FEITOZA, A. R.; SOUZA, A. R.; ARAÚJO, M. F. M. A magnitude da infecção pelo HIV-Aids em maiores de 50 anos no município de Fortaleza-CE. **J Brasil. Doenças Sex. Transm**, v. 16, n. 4, p. 32-37, 2004.

FINKLER, L.; BRAGA, P.; GOMES, W. B. Percepção de casais heterossexuais em relação à suscetibilidade de infecção por HIV/AIDS. **Interação em Psicologia (Qualis/CAPES: A2)**, v. 8, n. 1, 2005. ISSN 1981-8076.

FRANÇA JUNIOR, I.; CALAZANS, G.; ZUCCHI, E. M. Changes in HIV testing in Brazil between 1998 and 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 84-97, 2008. ISSN 0034-8910.

GIMENIZ, G. M. T.; DE ABREU RAMOS, C. A. T.; JUSSARA, M.-M. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. **Revista de Saúde Pública**, 2004.

GIRARDI, E.; SABIN, C. A.; ANTONELLA D'ARMINIO MONFORTE, M. Late diagnosis of HIV infection: epidemiological features, consequences and strategies to encourage earlier testing. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 46, p. S3-S8, 2007. ISSN 1525-4135.

GOLDANI, M. Z. et al. Voluntary HIV counseling and testing during prenatal care in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, p. 552-558, 2003. ISSN 0034-8910.

GONÇALVES, K. I. et al. Soroprevalência de HIV-1/2 entre doadores de sangue de Goiânia-Goiás. **RBAC**, v. 38, n. 4, p. 263-6, 2006.

GRANGEIRO, A. et al. Late entry into HIV care: estimated impact on AIDS mortality rates in Brazil, 2003–2006. **PLoS One**, v. 6, n. 1, p. e14585, 2011. ISSN 1932-6203.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. Late entry into HIV care: lessons from Brazil, 2003 to 2006. **BMC Infect Dis**, v. 12, n. 1, p. 99, 2012. ISSN 1471-2334.

GRAY K, C. L., THARAO W, JOHNS A, BURCHELL A, MYERS T, ET AL. . Factors associated with HIV testing in Toronto’s East African communities: results from East. **CAHR 2008 conference**, 2008.

HABITAT, U. State of the world’s cities 2010/2011: Bridging the urban divide. **Nairobi, Kenya: UN Habitat**, 2010.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** 2010.

JEAN, K. et al. Barriers to HIV Testing in Côte d'Ivoire: The Role of Individual Characteristics and Testing Modalities. **PLoS One**, v. 7, n. 7, p. e41353, 2012. ISSN 1932-6203.

JIMÉNEZ, A. L. et al. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. **Cad Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 55-62, 2001.

JOHNSON, A. S. et al. Vital Signs: HIV Testing and Diagnosis Among Adults—United States, 2001–2009. 2009.

JOHNSTON, L.; SABIN, K. Sampling hard-to-reach populations with respondent driven sampling. **Methodological Innovations Online**, v. 5, n. 2, p. 38-48, 2010.

KALICHMAN, S. C.; SIMBAYI, L. C. HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa. **Sexually transmitted infections**, v. 79, n. 6, p. 442-447, 2003. ISSN 1472-3263.

KERR, L. Comportamento, atitudes, práticas e prevalência de HIV e sífilis entre homens que fazem sexo com homens (HSH) em 10 cidades brasileiras. **Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**, 2009.

KERR, L. R. et al. HIV among men who have sex with men in Brazil. **AIDS**, Oct 17 2012. ISSN 1473-5571 (Electronic)

0269-9370 (Linking).

KERR, L. R. S.; MOTA, R.; KENDALL, C. Epidemiologia do HIV/aids entre Homens que fazem sexo com Homens no Brasil. **Rede SAGAS BRASIL: Interações preventivas com juventudes homossexuais, mulheres lésbicas e pessoas vivendo com HIV/aids**, 2012.

KOKU, E. F. Desire for, and uptake of HIV tests by Ghanaian women: The relevance of community level stigma. **Journal of community health**, v. 36, n. 2, p. 289-299, 2011. ISSN 0094-5145.

LIMA, M. D. **Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV e Aids: repercussões para a saúde**. 2012. Faculdade de Medicina., USP., São Paulo.

MACKELLAR, D. A. et al. Reasons for not HIV testing, testing intentions, and potential use of an over-the-counter rapid HIV test in an internet sample of men who have sex with men who have never tested for HIV. **Sex Transm Dis**, v. 38, n. 5, p. 419, 2011. ISSN 0148-5717.

MAIA, C.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 242-8, 2008.

MANGA, N. et al. Late diagnosis of HIV infection in the Fann, Dakar clinic of infectious diseases: testing circumstances, therapeutic course of patients, and determining factors. **Medecine et maladies infectieuses**, v. 39, n. 2, p. 95, 2009. ISSN 0399-077X.

MARKS, G. et al. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 39, n. 4, p. 446, 2005. ISSN 1525-4135.

MONTEALEGRE, J. R. et al. HIV testing behaviors among undocumented Central American immigrant women in Houston, Texas. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 14, n. 1, p. 116-123, 2012. ISSN 1557-1912.

MORENO, D. M. F. C. **Comunicação do resultado do teste HIV positivo no contexto do aconselhamento sorológico: a versão do cliente**. 2006. Universidade de São Paulo

MOUNIER-JACK, S.; NIELSEN, S.; COKER, R. HIV testing strategies across European countries. **HIV Med**, v. 9, p. 13-19, 2008. ISSN 1468-1293.

OLIVEIRA, I. C. V.; ARAÚJO, L. F.; SALDANHA, A. A. W. Percepções dos profissionais de saúde acerca da aids na velhice; Health professional perceptions about aids in old age. **DST j. bras. doenças sex. transm**, v. 18, n. 2, p. 143-147, 2006. ISSN 0103-4065.

OLIVEIRA, M. A.; ESHER, A.; BERMUDEZ, J. Acesso universal ao tratamento para as pessoas vivendo com HIV e AIDS no Brasil. **Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del estado**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, p. 233-250, 2004.

ONUSIDA. **Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA**. . Ginebra: Onusida: Disponível: <http://www.unaids.org>, junho de 2013. 2002.

_____. **Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida**. UNAIDS 2012.

PARKER, R.; DE CAMARGO JR, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos Poverty and HIV/AIDS: anthropological and sociological aspects. **Cad. saúde pública**, v. 16, n. Sup 1, p. 89-102, 2000.

PASCOM, A. R. P.; ARRUDA, M.; SIMÃO, M. B. G. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira de 15 a 64 anos 2008. **Brasília: MS/Departamento DST, Aids e Hepatites Virais**, 2011.

PASCOM, A. R. P.; SZWARCOWALD, C. L. Sex inequalities in HIV-related practices in the Brazilian population aged 15 to 64 years old, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. s27-s35, 2011. ISSN 0102-311X.

PERALTA, L. et al. Barriers and facilitators to adolescent HIV testing. **AIDS Patient Care STDS**, v. 21, n. 6, p. 400-408, 2007. ISSN 1087-2914.

PHARRIS, A. et al. Expanding HIV testing efforts in concentrated epidemic settings: a population-based survey from rural Vietnam. **PLoS One**, v. 6, n. 1, p. e16017, 2011. ISSN 1932-6203.

RODRIGUES-JÚNIOR, A. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 37, n. 4, p. 312-7, 2004.

SCHWARCZ, S. et al. Late diagnosis of HIV infection: trends, prevalence, and characteristics of persons whose HIV diagnosis occurred within 12 months of developing AIDS. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 43, n. 4, p. 491-494, 2006. ISSN 1525-4135.

SHERR, L. et al. Voluntary counselling and testing: uptake, impact on sexual behaviour, and HIV incidence in a rural Zimbabwean cohort. **AIDS**, v. 21, n. 7, p. 851-860, 2007. ISSN 0269-9370.

SILVA, R.; ARAÚJO, C.; PAZ, F. A realização do teste anti-HIV no pré-natal: os significados para a gestante. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 4, p. 630-36, 2008.

SOARES, P. S.; BRANDÃO, E. R. O aconselhamento ea testagem anti-HIV como estratégia preventiva: uma revisão da literatura internacional, 1999-2011. **Revista Demo**, v. 21, n. 4, p. 940-953, 2012.

SOUSA-GOMES, M. L. D. et al. Coinfecção Leishmania-HIV no Brasil: aspectos epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 20, n. 4, p. 519-526, 2011. ISSN 1679-4974.

SOUSA, A. C. A.; SUASSUNA, D. S.; COSTA, S. M. Perfil clínico-epidemiológico de idosos com Aids. **DST-J bras Doenças Sex Transm**, v. 21, n. 1, p. 22-26, 2009. ISSN 0103-4065.

SZWARCWALD, C. L. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo, no Brasil. **Relatório técnico entregue ao Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**, 2009.

SZWARCWALD, C. L. et al. HIV-related risky practices among Brazilian young men, 2007. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. s19-s26, 2011. ISSN 0102-311X.

SZWARCWALD, C. L. et al. HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 12, n. 3, p. 167-172, 2008. ISSN 1413-8670.

UNAIDS. **Beijing Declaration**. UNAIDS 2011.

_____. **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2012**. 2012

UNGASS. Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/Aids UNGASS–HIV/Aids. 2010.

VIALI, A. H. et al. Results of the Expanded HIV Testing Initiative- 25 Jurisdictions, United States, 2007-2010. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 60, n. 24, 2011. ISSN 0149-2195.

VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **International journal of epidemiology**, v. 26, n. 1, p. 224-227, 1997. ISSN 0300-5771.

WHO. **Towards Universal Access: Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector: Progress Report 2009**. Malta: World Health Organization. UNAIDS AND UNICEF 2009.

YOUNG, S. D. et al. HIV-Related Stigma, Social Norms and HIV Testing in Soweto and Vulindlela, South Africa: NIMH Project Accept (HPTN 043). **Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)**, v. 55, n. 5, p. 620, 2010.

ZIRABA, A. K. et al. Determinants for HIV testing and counselling in Nairobi urban informal settlements. **BMC Public Health**, v. 11, n. 1, p. 663, 2011. ISSN 1471-2458.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/ UFC

Termo de consentimento livre e esclarecido para População Geral

Convidamos você a participar de uma pesquisa intitulada “*Incentivos e barreiras para a realização do teste HIV entre profissionais de saúde, organizações não governamentais e comunidades em diferentes áreas do Brasil: uma abordagem quali-quantitativa*”, que será realizada em Fortaleza, entre população geral, a partir de 18 anos de idade e populações específicas: homens que fazem sexo com outros homens (HSH), profissionais do sexo (PS), profissionais da saúde e militantes de ONGs. Os objetivos principais deste estudo são: conhecer quais os comportamentos, as atitudes e as práticas sexuais em relação ao HIV/AIDS, bem como os incentivos e barreiras à realização do teste do HIV, entre as populações estudadas (geral, HSH, e PS). As informações fornecidas por você ajudarão na realização das campanhas de prevenção das DSTs e da AIDS e, conseqüentemente, no aumento da qualidade de vida da população em geral. Ainda, sua participação nesse estudo ajudará os pesquisadores no desenvolvimento do questionário voltado para as populações específicas (HSH e PS) desta pesquisa.

Por isso, pedimos seu consentimento para realizarmos uma entrevista individual, que durará em torno de 1 (uma) hora. Durante a entrevista, faremos perguntas sobre seus conhecimentos, comportamentos e crenças em relação à AIDS e ao teste de HIV, bem como sobre as motivações e as barreiras para a realização deste.

Garantiremos o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato. Seu nome não será relacionado às respostas que você der. A entrevista não oferecerá riscos à sua saúde. Você tem o direito de deixar de responder as questões que não se sentir confortável e de parar de participar a qualquer momento desta pesquisa, sem nenhuma perda ou transtornos para você.

Em caso de dúvida, você poderá procurar **Ligia Kerr** nos telefones (85) 3366-8044 ou 3366-8050 ou o **Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.**

Portanto, eu _____ declaro que compreendi o estudo e aceito participar da entrevista

Assinatura do participante: _____

Entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Local _____ e data _____ / _____ / _____

(1ª Via Entrevistador/Pesquisador; 2ª Via participante)

Polegar
Direito

(analfabeto)

APENDICE B - Questionário

BARREIRAS E INCENTIVOS A TESTAGEM PARA HIV E COMPORTAMENTO, ATITUDES, PRÁTICAS E PREVALÊNCIA DE HIV NA POPULAÇÃO GERAL EM FORTALEZA/CE.

BLOCO A: INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Id do participante _____

Confirmação do id do participante _____

Data da entrevista _____

A.1. Sexo:

1. Masculino
2. Feminino

A.2. Qual a sua idade? _____ anos

A.3. Em que bairro você mora? _____ bairro onde mora

A.4. Como você se classifica em relação a sua cor ou raça?

1. Branca
2. Preta
3. Amarela
4. Parda
5. Indígena
6. Outra
7. Não sei responder

A.5. Qual o seu estado conjugal atual?

1. Nunca foi casado (pular para A8)
2. Casado atualmente
3. Vive com companheiro atualmente
4. Separado
5. Divorciado
6. Viúvo

A.6. Você casou/viveu com parceiro sexual estável por mais de uma vez?

1. Sim
2. Não

A.7. Com que idade você se casou/viveu com o seu primeiro parceiro sexual estável?

_____ Anos

A.8. Qual o seu grau de escolaridade?

1. Analfabeto
2. 1ª a 3ª série do ensino fundamental
3. 4ª a 7ª série do ensino fundamental
4. Ensino fundamental completo
5. 1ª ou 2ª série do ensino médio
6. Ensino médio completo
7. Superior incompleto
8. Superior completo

A.9. Qual é a sua religião?

1. Católica
2. Evangélica
3. Espírita
4. Umbanda/Candomblé
5. Outras religiões

A.10. Você se considera religioso?

1. Sim
2. Não

A.11. Nos últimos 12 meses, qual foi sua principal ocupação? [Entrevistador: com a ajuda do entrevistado, classifique a ocupação no grupo ocupacional mais adequado.]

1. Não trabalhou
2. Altos funcionários do governo, dirigentes, gerentes ou altos funcionários de empresa
3. Profissionais do nível superior
4. Profissionais das artes
5. Profissionais ou técnicos de nível médio
6. Trabalhadores de serviços administrativos
7. Trabalhadores da prestação de serviços e comerciários
8. Trabalhadores de serviços domésticos
9. Trabalhadores agropecuários, florestais de caça e pesca
10. Trabalhadores manuais (produção de bens e serviços industriais)
11. Trabalhadores manuais da construção civil
12. Trabalhadores manuais de reparação e manutenção
13. Membros das forças armadas, policiais e bombeiros militares
14. Ocupações mal especificadas do trabalho informal (ambulante, manobrista, guardador de carro, etc)

A.12. Qual é a sua situação de trabalho atual?

1. Servidor público
2. Empregado com carteira de trabalho
3. Empregado sem carteira de trabalho
4. Trabalha por conta própria e não tem empregados
5. Empregador
6. Não trabalha atualmente

A.13. Quanto você ganha aproximadamente por mês? [Depois de resp.pular para A14]

1. Não tem rendimentos

2. Menos de 1 S.M
3. De 1 a 4 S.M
4. De 4 a 8 S.M
5. De 8 à 12 S.M
6. 12 ou mais S.M
7. Não sei
8. Não respondeu

Se A12≠6, vá para A15

A.14. Qual a principal razão de você não estar trabalhando atualmente?

1. Dona de casa / cuidando da família
2. Procurou, mas não conseguiu encontrar trabalho
3. Trabalhos não remunerados
4. Estudos / treinamento
5. Aposentado / incapacitado para o trabalho
6. Doença
7. Outro

A.15. Você é o chefe do seu domicílio?

1. Sim (PULAR PARA A17)
2. Não

A.16. Qual foi o curso mais elevado que o chefe de sua família completou?

1. Analfabeto
2. 1ª a 3ª série do ensino fundamental
3. 4ª a 7ª série do ensino fundamental
4. Ensino fundamental completo
5. 1ª ou 2ª série do ensino médio
6. Ensino médio completo
7. Superior incompleto
8. Superior completo

A.17. Quais e quantos dos itens abaixo existem na casa onde você mora?

a. Televisão	<input type="checkbox"/> Não tem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 ou +
b. Rádio	<input type="checkbox"/> Não tem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 ou +
c. Banheiro	<input type="checkbox"/> Não tem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 ou +
d. Automóvel	<input type="checkbox"/> Não tem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 ou +
e. Empregada mensalista	<input type="checkbox"/> Não tem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 ou +
f. Máquina de lavar	<input type="checkbox"/> Não tem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 ou +
g. Videocassete ou DVD	<input type="checkbox"/> Não tem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 ou +
h. Geladeira	<input type="checkbox"/> Não tem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 ou +
i. Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	<input type="checkbox"/> Não tem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 ou +

A.18. Quantas pessoas moram com você?

1. nenhuma (PULAR PARA A20)
2. 1 a 2
3. 3 a 5
4. 6 a 10
5. 11 a 19
6. 20 ou mais
7. Não respondeu

A.19. Com quem você mora atualmente?

A. Parceira mulher	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
B. Parceiro homem	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
C. Amigos(as) ou colegas	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
D. Mãe e/ou pai	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
E. Filhos	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
F. Outros parentes	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
G. Outras pessoas	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

A.20. Em que tipo de lugar você mora?

1. Casa ou apartamento próprio
2. Casa ou apartamento alugado
3. Quarto ou cômodo alugado
4. Quarto de hotel ou de pensão
5. Casa da cafetina/cafetão
6. Quarto cedido no local do trabalho
7. Barraco
8. Outro

A.21. Onde você viveu a maior parte de sua vida ou nos últimos 10 anos ?

1. Em Fortaleza
2. No interior
3. Em outro estado ou país
4. Não respondeu

A.22. Nos últimos 5 anos em quantas cidades você morou?

1. Uma cidade
2. Duas
3. Três
4. Quatro ou mais
5. Não sabe
6. Não respondeu

BLOCO B: FORMAS DE TRANSMISSÃO DO HIV/AIDS

B.1. Qual a sua opinião acerca das afirmações abaixo sobre as DST's e Aids

a) Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da Aids ao ser picado por um pernilongo.	1. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Não sei	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
b) Existe diferença entre uma pessoa ter o vírus (HIV) e ter AIDS	1. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu

			sei	
c) Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da Aids ao usar banheiros públicos.	1. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Não sei	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
d) Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da Aids ao compartilhar seringa ou agulha de com outras pessoas	1. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Não sei	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
e) Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da Aids se não usar preservativo nas relações sexuais	1. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Não sei	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
f) Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectado pelo vírus da AIDS	1. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Não sei	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
g) As pessoas podem se prevenir contra o HIV deixando de transar	1. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Não sei	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
h) Uma pessoa pode se infectada com vírus da Aids compartilhando talheres, copos, ou refeições	1. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Não sei	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
i) Uma mulher grávida que esteja com o vírus da Aids e recebe um tratamento específico durante a gravidez, no momento do parto diminui o risco de passar o vírus da Aids para o seu filho	1. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Não sei	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
j) A proteção de infecção pelo HIV, que causa Aids, pode ser feita usando corretamente preservativo em todas as vezes que se faz sexo	1. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo	3. <input type="checkbox"/> Não sei	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu

B.2. Você conhece algum grupo organizado, movimento social ou ONG (Organização não-governamental) que trabalhe com HIV/Aids?

1. Sim
2. Não
3. Não respondeu

B.3. Nos últimos 12 meses, você recebeu algum material educativo sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids?

1. Sim, de um serviço público de saúde
2. Sim, de uma ONG
3. Sim, de ambos
4. Não
5. Não respondeu

B.4. Nos últimos 12 meses, você participou de alguma palestra ou oficina sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids?

1. Sim, de um serviço público de saúde
2. Sim, de uma ONG
3. Sim, de ambos
4. Não
5. Não respondeu

B.5. Nos últimos 12 meses, você recebeu aconselhamento sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids?

1. Sim, de um serviço público de saúde
2. Sim, de uma ONG
3. Sim, de ambos
4. Não
5. Não respondeu

ão respondeu

BLOCO C: DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

MENSAGEM PARA O ENTREVISTADOR:

Agora vou fazer perguntas sobre algumas doenças sexualmente transmissíveis.

C.1. Você tem filhos?

- | | |
|----|---------------------|
| 1. | Sim |
| 2. | Não (PULAR PARA C3) |
| 3. | Não respondeu |

C.2. Quantos?

- | | |
|----|---------------|
| 1. | 1 a 3 |
| 2. | 4 a 6 |
| 3. | 7 ou mais |
| 4. | Não respondeu |

C.3. MULHER: Quando foi a última vez que fez um exame ginecológico?

- Nos últimos 3 anos
- 4-5 anos atrás
- Mais de 5 anos atrás
- Nunca fez (PULAR PARA C5)
- Não sabe
- Não respondeu

C.4. MULHER: Pensando nessa última vez que você fez o exame ginecológico, você fez o exame chamado papanicolaou, onde o médico ou a enfermeira fez coleta material para exame preventivo de câncer?

- Sim
- Não
- Não lembra

C.5. MULHER: Você já teve, alguma vez na vida, algum dos seguintes problemas:

a) Corrimento	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se sim. Idade do ultimo episodio: ____ anos
b) Feridas na vagina	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se sim. Idade do ultimo episodio: ____ anos
c) Pequenas bolhas na vagina	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se sim. Idade do ultimo episodio: ____ anos
d) Verrugas na vagina	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se sim. Idade do ultimo episodio: ____ anos

C.6. HOMEM: Você já teve, alguma vez na vida, algum dos seguintes problemas:

a) Corrimento canal da urina	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se sim. Idade do ultimo episodio: ____ anos
b) Feridas no pênis	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se sim. Idade do ultimo episodio: ____ anos
c) Pequenas bolhas no pênis	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se sim. Idade do ultimo episodio: ____ anos
d) Verrugas no pênis	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	Se sim. Idade do ultimo episodio: ____ anos

[SE TODAS AS RESPOSTAS PARA **MULHERES** E **HOMENS** FOREM 2, PULAR PARA BLOCO D]

MENSAGEM PARA O ENTREVISTADOR:

TODOS, HOMENS E MULHERES RESPONDEM SE ALGUM DOS ITENS ANTERIORES FOR 1.

C.7. E, na última vez em que você teve algum desses problemas, você fez algum tipo de tratamento?

1. Sim
2. Não
3. Não lembra

C.8. Quem foi a primeira pessoa que você procurou na última vez que teve algum desses problemas?

1. Médico
2. Farmacêutico
3. Outra pessoa
4. Não procurou atendimento [pular para C10]

C.9. O profissional de saúde que te atendeu passou algum medicamento para você tomar ou passar no local por causa desse(s) sintoma(s)?

1. Sim
2. Não
3. Não respondeu

C.10. Você usou algum medicamento?

1. Sim
2. Não (PULAR PARA C12)
3. Não respondeu

C.11. Você conseguiu o medicamento prescrito?

1. Sim
2. Não
3. Não respondeu

C.12. Você ficou curada(o) do problema?

1. Sim
2. Não
3. Não respondeu

C.13. Na última vez que você teve um desses problemas, recebeu alguma dessas orientações?

a) Usar regularmente preservativo	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
b) Informar aos (às) parceiros (as)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
c) Fazer o teste de HIV	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
d) Fazer o teste de sífilis	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

C.14. HOMEM: Você já operou de fimose ou fez circuncisão?

1. Sim
2. Não
3. Não respondeu

BLOCO D: TESTE DE HIV**MENSAGEM PARA O ENTREVISTADOR:**

Agora, gostaria de perguntar sobre sua experiência com o teste para HIV

D.1. Você já ouviu falar no teste para o HIV (se entrevistado(a) não entender, pergunte sobre teste para a aids)?

1. Sim
2. Não [Se D1=2, vá para D3]

D.2. O que você sabe sobre o teste para HIV?

A. Serve para saber se tem o vírus da AIDS	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
B. Serve para saber se tem anti-corpo do vírus da AIDS	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
C. Sabe que pode ser feito pelo sangue coletado no dedo	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
D. Sabe que pode ser feito pelo sangue coletado na veia	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
E. Sabe que pode ser feito pela saliva	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
F. O resultado do teste no sangue coletado na veia demora 15 a 20 dias	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
G. O resultado do teste no sangue coletado no dedo demora 15 minutos	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

H. O resultado do teste na saliva demora 15 minutos	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
I. Teste positivo significa que a pessoa tem o HIV	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

D.3. Você sabe de algum serviço público de saúde onde o teste de aids é feito gratuitamente?

1. Sim
2. Não [Se D3=2, vá para D5]

D.4. Quais os locais que você conhece onde é possível se fazer o teste para HIV em Fortaleza [Entrevistador, não leia as alternativas]?

1. CTA/COAS	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
2. P.S – CEMJA	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
3. Centros de Saúde/Postos de Saúde	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
4. Hospitais públicos	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
5. Hospitais particulares	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
6. Laboratórios particulares	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

D.5. Em Fortaleza, tem algum local que atende pessoas com aids?

1. Sim
2. Não [Se D5=2 ou 3 vá para D7]
3. Não sei

D.6. Quais [Entrevistador, não leia as alternativas] ?

A. Hospital São José	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
B. Hospital Geral de Fortaleza	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
C. Hospital das Clínicas	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
D. Hospital Nossa Senhora da Conceição	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
E. Hospital Gonzaguinha de Messejana	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
F. CEMJA	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
G. Outros	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

Especificar _____

D.7. Existe um procedimento padrão para quem vai fazer o teste para HIV em serviços públicos. Você conhece quais são as etapas deste procedimento?

A. Aconselhamento coletivo ou individual pré-teste	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
B. Coleta de sangue	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
C. Aconselhamento individual pós-teste	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu

D.8. Você sabe o que é aconselhamento para o teste anti-HIV?

1. Sim
2. Não [Se D8=2, vá para D10]
3. Não respondeu

D.9. Se sim, você considera que:

a) É uma conversa que ajuda a preparar o indivíduo para fazer e receber o resultado do teste	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
b) É uma conversa sobre as formas de transmissão e prevenção	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
c) É feita por profissionais bem preparados	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
d) É uma palestra impessoal	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
e) É um momento que o profissional aproveita para dar conselhos	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu

D.10. Você acha que o teste para HIV deveria ser:

a) Compulsório (junto com outros exames de rotina) para as pessoas que têm mais risco	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
b) Compulsório (junto com outros exames de rotina) para todas as pessoas	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
c) Obrigatório para todas as pessoas	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
d) Obrigatório somente para pessoas que têm mais risco	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
e) De rotina para todos	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
f) De rotina somente para pessoas que têm mais risco	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
g) Voluntário	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu

D.11. Você acha que todas as pessoas que vão ser testadas precisam dar consentimento/autorização? (se não entender, explicar que é fazer sem que a pessoa saiba que está fazendo)

1. Sim
2. Não
3. Não respondeu

D.12. Com que frequência você acha que as pessoas deveriam fazer o teste anti-HIV?

1. Sempre que tiver tido uma situação de risco
2. Nunca
3. A cada três meses
4. Entre 3 e 12 meses
5. Entre 1 e 5 anos
6. Mais de 5 anos

D.13. Você acha que tem alguma vantagem para a pessoa fazer o teste para HIV?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe
4. Não respondeu

[Se D13#1, pule para D15]

D.14. Na sua opinião, quais as vantagens de uma pessoa fazer a testagem para HIV (1er)?

a) Saber se tem o vírus	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
b) Iniciar logo o tratamento, se infectado	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
c) Cuidar melhor do corpo, da saúde	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
d) Evitar possíveis doenças que podem vir com a aids	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
e) Proteger o/a (os/as) parceiro/a (os/as)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
f) Ficar mais seguro para transar sem medo	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
g) Poder transar sem camisinha	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
h) Aumentar a sobrevida/viver mais e melhor	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
i) Finalizar o relacionamento com parceiro/a se o resultado for positivo	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
j) Serve de alerta para a pessoa começar a se cuidar melhor	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu

D.15. Qual sua opinião sobre as afirmações abaixo, relativas ao teste para HIV (ler)

a) Todas as pessoas deveriam se testar mais	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
b) O teste serve para proteger os dois durante a relação sexual	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
c) O fato de sempre usar camisinha me deixa confortável para não fazer o teste	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
d) As profissionais do sexo deveriam se testar mais que a população geral	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
e) Os gays e os homens que fazem sexo com outros homens deveriam se testar mais que a população em geral	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
f) Toda vez que você tem um comportamento de risco você deveria se testar	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
g) É importante fazer o teste periodicamente	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu

D.16. Você já fez o teste para HIV (ou vírus da aids) alguma vez na vida?

1. Sim [PULAR PARA D18]
2. Não

D.17. Qual o principal motivo de você não ter feito o teste da AIDS?

1. Não me sinto em risco
2. Não vejo motivo
3. Porque a unidade de saúde é muito distante
4. Porque não sei onde fazer o teste
5. Porque tenho medo
6. Outro

[PULAR PARA D30]

D.18. Quando foi a última vez que você fez o teste para HIV?

1. Há menos de três meses
2. Entre 3 e 6 meses atrás
3. Entre 6 e 12 meses
4. Entre 1 e 5 anos atrás
5. Mais de 5 anos atrás
6. Não sabe ou não se lembra

D.19. Quantas vezes você fez o teste para HIV na vida?

__ __ vezes

D.20. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você fez o teste anti-HIV?

__ __ vezes

[Se não lembra, digite "88"] [Parâmetros: 01-99 e ≠0]

D.21. Você recebeu orientação ou aconselhamento antes de fazer o último teste para HIV?

1. Sim, orientação ou aconselhamento individual
2. Sim, orientação ou aconselhamento em grupo
3. Não
4. Não se lembra

D.22. Você recebeu orientação ou aconselhamento quando foi receber o resultado do seu último teste para HIV?

1. Sim, orientação ou aconselhamento individual
2. Não
3. Não se lembra

D.23. Em que local você fez o último teste para HIV?

1. Nos (CATV) Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária
2. Em um centro de saúde
3. Em um hospital público
4. Na doação de sangue
5. Em hospitais particulares
6. Em laboratórios particulares
7. Em outro local. Outro _____
8. Não lembra

D.24. Você já fez o teste para o HIV (vírus da AIDS) que o resultado saiu na hora?

1. Sim
2. Não [PULAR PARA D25]

D.25. Se não, quantos dias você esperou para que o resultado do último teste ficasse pronto?

__ __ __ dias

[Se não lembra, digite "88"]

D.26. O que o levou a fazer o teste para HIV (qualquer deles)?

a) A campanha fique sabendo	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
b) A campanha nos centros de saúde			
c) Acidente com materiais perfuro-cortantes	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
d) Acidente com sangue	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
e) Certeza de que o parceiro tem muitos parceiros	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
f) Doação de sangue	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
g) Exigência do empregador	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
h) Experiência de alguém próximo ou familiar com aids	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
i) Facilidade de acesso nas Unidades de saúde	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
j) Não confio na fidelidade do parceiro	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
k) Profissional de saúde incentivou a realização	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
l) Saber que a AIDS tem tratamento	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
m) Solicitado em consulta médica	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
n) Tem muitos parceiros	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
o) Ter certeza de que não está infectado	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu

p) Ter me exposto a situações de risco	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
q) Ter sido oferecido em pesquisa	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
r) Tive experiência com meu parceiro(a) com aids	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
s) Tive relações sexuais sem camisinha	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu

D.27. Em relação ao último teste para HIV que você fez, você sabe o resultado?

1. Sim[PULAR PARA D29]
2. Não
3. Não foi buscar o resultado

D.28. Porque você não sabe o resultado ou não foi buscar?

a) Acredita que não corre risco de se infectar	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
b) Medo da quebra de sigilo pelos profissionais	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
c) Medo de sofrer discriminação se o resultado for positivo	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
d) Medo do resultado ser positivo	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
e) Não confio no resultado do teste	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
f) Não se acha que pertence a grupos de risco	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
g) Não tem disponibilidade de horário	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
h) Por achar que não tinha nenhum risco	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
i) Porque o(a) parceiro(a) está infectado(a) pelo VIH ou tem AIDS	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
j) Por outro motivo	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu

D.29. Você se importa em me dizer o resultado do seu último teste?

1. Positivo
2. Negativo
3. Inconclusivo
4. Não quero dizer

D.30. Você toma algum anti-retroviral?

1. Sim
2. Não

D.31. O que você acha que estimularia ou levaria as pessoas a fazerem o teste para HIV?

a) Estar disponível em outros locais que não relacionados à saúde	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
b) Estar disponível em unidades com horários extra comercial	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

c) Estar disponível na maioria das unidades de saúde pública	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
d) Saber que o diagnóstico precoce aumenta a qualidade de vida	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
e) Saber que o diagnóstico precoce aumenta os anos de vida	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
f) Saber que terei acesso à medicação para aids	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
g) Saber que vou ter apoio dos serviços públicos de saúde	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
h) Se fosse o teste rápido	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
i) Se o teste fosse feito só na saliva	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
j) Outro. Qual? _____	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

D.32. Você já doou sangue alguma vez na vida?

1. Sim [PULAR PARA D34]
2. Não
3. Não se lembra

D.33. Se não, por que?

1. Nunca quis
2. Tenho medo de me infectar se eu doar
3. Tenho alguma doença (aids ou não) ou problema que impede
4. Me acho em risco de ter o HIV
5. Outros. Especificar:

[Se D29=1, mostrar a mensagem "Entrevistador, o entrevistado é positivo, assinale D34 DEVERÁ SER IGUAL A 5 e pule para D39]

D.34. Quais são as suas chances de se infectar com o vírus da AIDS?

1. Nenhuma chance
2. Pouca chance
3. Chance moderada
4. Grande chance
5. Já sou infectado [Se D34=5, PULE AUTOMATICAMENTE PARA D39]
6. Não sabe

D.35. O que você acha que aconteceria se você tivesse um resultado positivo?

a) Ficaria indiferente	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
b) Ficaria triste no começo, depois me ergueria	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
c) Entraria em depressão	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
d) Ficaria em desequilíbrio emocional	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
e) Teria o apoio da família	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
f) Teria o apoio dos amigos	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
g) Teria o apoio do parceiro	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
h) Perderia o emprego	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
i) Perderia o parceiro	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

[SE D34 FOR ≠ 5, ENCERRE ESTE BLOCO]

D.36. Ao descobrir que era positivo para o HIV, você contou para alguém?

1. Sim
2. Não [PULAR PARA BLOCO E]

D.37. Se sim, quanto tempo depois de fazer o teste? _____ dias

D.38. Se sim, contou para quem?

A. Mãe	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tenho
B. Pai	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tenho
C. Irmão	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tenho
D. Melhor amigo	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tenho
E. Parceiro sexual	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tenho
F. Patrão	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tenho
G. Outros:	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não tenho

D.39. O que aconteceu com você quando você descobriu que era positiva para o HIV?

a) Tive apoio da minha família	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
b) Tive apoio de meus amigos	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
c) Tive apoio do meu parceiro(a)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
d) Ficou em desequilíbrio emocional	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
e) Entrou em depressão	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
f) Fiquei muito triste, no começo, depois me recuperei	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
g) Perdeu o apoio dos amigos	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
h) Perdeu o apoio dos familiares	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
i) Perdeu o parceiro	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

[SE D38.F ≠ 1, ENCERRE ESTE BLOCO]

D.40. Qual a reação de seu patrão ao descobrir que você era positivo(a) para o HIV?

A. Apoiou você	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
B. Contou para outras pessoas do trabalho	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
C. Encaminhou ao serviço médico da empresa	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
D. Fui discriminado(a)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
E. Fui demitido(a)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

BLOCO E: DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIA

MENSAGEM PARA O ENTREVISTADOR:

Agora, gostaria de falar um pouco sobre discriminação e violência.

E.1. Nos últimos 12 meses, você se sentiu discriminado (tratado pior do que os seus pares) por alguma pessoa ou instituição, por algumas das seguintes razões? [Todas as questões devem ser marcadas]

a. Por causa de sua cor ou raça?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
b. Por ser homem ou mulher?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
c. Por causa de falta de dinheiro ou condição social	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
d. Por sua orientação sexual	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
e. Por sua profissão ou ocupação	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
f. Por ser HIV positivo, se for o caso	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
g. Por causa de doença ou incapacidade	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
h. Por sua idade	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
i. Por causa de sua aparência física	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
j. Outro.	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

E.2. Nos últimos 12 meses, com que frequência alguém xingou, humilhou, depreciou ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesma?

- 1) Nenhuma vez
- 2) Uma vez
- 3) Poucas vezes
- 4) Muitas vezes

E.3. Gostaria de saber se você concorda com as seguintes afirmações:

“Se um membro de uma família ficasse doente com o vírus da aids, essa pessoa deveria ser cuidada na casa dessa família”	1. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo
“Se uma pessoa soubesse que alguém que trabalha vendendo legumes e verduras está com o vírus da aids, ela poderia continuar comprando esses alimentos dele”	1. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo
“Se uma professora tem o vírus da aids, mas não está doente, ela pode continuar a dar aulas em qualquer escola”	1. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo
“Se um membro de uma família for infectado pelo vírus da aids, essa família deveria manter isso em segredo”	1. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo

Você sabe se alguém próximo a você (parente, amigo ou colega) está infectado pelo vírus da aids ou morreu de aids?	1. <input type="checkbox"/> Concordo	2. <input type="checkbox"/> Discordo
--	--------------------------------------	--------------------------------------

E.4. Você sabe se alguém próximo a você (parente, amigo ou colega) está infectado pelo vírus da aids ou morreu de aids?

1. Sim
2. Não
3. Não respondeu

E.5. Nos últimos 12 meses, alguém agrediu você fisicamente, ou seja, você levou socos, tapas, chutes, empurrões ou foi ferida com algum objeto?

A. Companheiro(a), cônjuge, namorado(a) ou parceiro(a) sexual fixo(a)	1. Sim, muitas vezes	2. Sim, algumas vezes	3. Sim, uma vez	4. Nenhuma vez
B. Cliente	1. Sim, muitas vezes	2. Sim, algumas vezes	3. Sim, uma vez	4. Nenhuma vez
C. Familiar	1. Sim, muitas vezes	2. Sim, algumas vezes	3. Sim, uma vez	4. Nenhuma vez
D. Conhecido(a)	1. Sim, muitas vezes	2. Sim, algumas vezes	3. Sim, uma vez	4. Nenhuma vez
E. Autoridade policial	1. Sim, muitas vezes	2. Sim, algumas vezes	3. Sim, uma vez	4. Nenhuma vez
F. Desconhecido(a) (assaltante, bandido, ladrão etc.)	1. Sim, muitas vezes	2. Sim, algumas vezes	3. Sim, uma vez	4. Nenhuma vez

E.6. Alguma vez na vida alguém forçou você fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade?

1. Sim
2. Não [PULAR PARA BLOCO F]
3. Não respondeu

E.7. Se sim, quem foi?

A. Companheiro(a), cônjuge, namorado(a) ou parceiro(a) sexual fixo(a)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
B. Cliente	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
C. Familiar	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
D. Conhecido(a)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
E. Autoridade policial	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não
F. Desconhecido(a) (assaltante, bandido, ladrão etc.)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não

BLOCO F: ACESSO A PRESERVATIVOS/CAMISINHAS

F.1. Nos últimos 12 meses, você:

E1. Recebeu algum material educativo sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids?	1. Não	2. Sim, de um serviço público de	3. Sim, de uma	4. Sim, de	5. Na
--	--------	----------------------------------	----------------	------------	-------

		saúde	ONG	ambos	escola
E2. Participou de alguma palestra ou oficina sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids?	1. Não	2. Sim, de um serviço público de saúde	3. Sim, de uma ONG	4. Sim, de ambos	5. Na escola
E3. Recebeu aconselhamento sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids?	1. Não	2. Sim, de um serviço público de saúde	3. Sim, de uma ONG	4. Sim, de ambos	5. Na escola

F.2. Nos últimos 12 meses, você comprou preservativos/camisinhas?

1. Sim
2. Não [PULAR PARA F5]
3. Não respondeu

F.3. Onde você costuma comprar camisinha?

Supermercado	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
Farmácia	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
Vendedores ambulantes (sacoleiras, camelô)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
Outro	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu

F.4. Que outro lugar?**F.5. Nos últimos 12 meses, você recebeu preservativos/camisinhas gratuitos?**

1. Sim
2. Não [PULAR PARA F10]
3. Não respondeu

F.6. Onde você recebeu esses preservativos/camisinhas gratuitos?

Em um serviço público de saúde	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
Em uma ONG	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
Em bares, boates ou saunas	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
Outros locais	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu

F.7. Que outro lugar?**F.8. No último mês, ao todo, quantas preservativos/camisinhas você recebeu gratuitamente?**

1. 0 (nenhuma) [PULAR PARA F10]
2. 1 a 5
3. 6 a 10
4. 11 a 20
5. 21 a 30
6. 31 a 50
7. 51 e 100
8. 101 e 200
9. 201 e mais
10. Não respondeu

F.9. Você acha que elas foram suficientes?

1. Sim
2. Não
3. Não respondeu

F.10. Você conhece o preservativo feminino, mesmo que só de ouvir falar?

1. Sim
2. Não [PULAR PARA F17]
3. Não respondeu

F.11. SOMENTE PARA HOMEM: Você já teve relação sexual com mulher usando preservativo feminino?

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não sei/ não quero responder

F.12. SOMENTE PARA MULHER: Você já teve relação sexual usando preservativo feminino?

- 1) Sim
- 2) Não
- 3) Não sei/ não quero responder

F.13. Nos últimos 12 meses, você recebeu preservativos/camisinhas femininas gratuitamente?

1. Sim
2. Não
3. Não respondeu

F.14. Nos últimos 12 meses, você comprou preservativos/camisinhas femininas?

1. Sim
2. Não
3. Não respondeu

F.15. Onde você costuma comprar camisinha feminina?1

Supermercado	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
Farmácia	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
Vendedores ambulantes (sacoleiras, camelô)	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
Outro	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu

F.16. Que outro lugar?

F.17. Você está estudando atualmente?

1. Sim
2. Não [PULAR PARA BLOCO G]

F.18. Nos últimos 12 meses, você recebeu ou pegou camisinha gratuita na escola?

1. Sim
2. Não

MENSAGEM PARA O ENTREVISTADOR:

Como as próximas perguntas do questionário podem ser consideradas de caráter íntimo. Caso tenha alguma dúvida, estarei à disposição para possíveis esclarecimentos.

Gostaria de repetir que nenhuma entrevista será analisada individualmente, mas sempre em conjunto, garantindo a confidencialidade. É importante que suas respostas sejam sinceras. Mas primeiramente, preciso te fazer uma pergunta um pouco mais íntima:

G.1. Você já teve relações sexuais alguma vez na sua vida?

1. Sim
2. Não [PULAR PARA BLOCO H]
3. Não respondeu

G.2. Com quantos anos de idade você teve a sua primeira relação sexual?

___ anos

G.3. Você usou camisinha na sua primeira relação sexual?

1. Sim
2. Não
3. Não sei/ não quero responder

G.4. Você já teve mais do que um parceiro sexual em toda sua vida?

1. Sim
2. Não [pular para G6]
3. Não sei/ não quero responder [pular para G6]

G.5. Quantos parceiros sexuais você já teve em toda sua vida?

G.6. Você já teve relação sexual com pessoa que pagou para ter sexo com você?

1. Sim
2. Não

G.7. Você já teve relação sexual com pessoa do mesmo sexo que o seu alguma vez na vida?

1. Sim [SE MULHER PULAR PARA G10]
2. Não
3. Não quero responder

G.8. SOMENTE PARA HOMEM: Atualmente, de uma maneira geral, você tem relações sexuais com homens e com mulheres?

1. Sim
2. Não
3. Não sei/ não quero responder

G.9. SOMENTE PARA HOMEM: Atualmente, de uma maneira geral, você tem relações sexuais somente com homens?

1. Sim
2. Não
3. Não sei/ não quero responder

Se homem, pular para G12

G.10. SOMENTE PARA MULHER: Atualmente, de uma maneira geral, você tem relações sexuais com homens e com mulheres?

4. Sim
5. Não
6. Não sei/ não quero responder

G.11. SOMENTE PARA MULHER: Atualmente, de uma maneira geral, você tem relações sexuais somente com mulheres?

4. Sim
5. Não
6. Não sei/ não quero responder

G.12. Você teve relações sexuais nos últimos 12 meses?

1. Sim
2. Não
3. Não quero responder

G.13. Você teve relação sexual com parceiros (as) fixos (as), ou seja, namorado (a), noiva, esposa, companheiro (a), etc., nos últimos 12 meses?

1. Sim
2. Não [PULAR PARA G22]
3. Não quero responder[PULAR PARA G22]

G.14. Com quantos parceiros fixos você teve relação sexual nos últimos 12 meses?

_____parceiros.

G.15. Pensando na sua última relação sexual, vocês usaram camisinha?

1. Sim
2. Não
3. Não sei/ não quero responder

G.16. Quem sugeriu o uso do preservativo?

1. Você
2. Parceiro
3. Ambos
4. Não lembra
5. Não respondeu

G.17. Com esses parceiros fixos, você usou camisinha nos últimos 12 meses no sexo vaginal?

- 1) Nenhuma das vezes
- 2) Menos da metade das vezes
- 3) Mais da metade das vezes
- 4) Todas as vezes

- G.18. E com esses parceiros fixos, você usou camisinha nos últimos 12 meses no sexo anal (sexo por trás)?**
1. Nenhuma das vezes
 2. Menos da metade das vezes
 3. Mais da metade das vezes
 4. Todas as vezes
 5. Não fiz sexo por trás
- G.19. E com esses parceiros fixos, você usou camisinha nos últimos 12 meses no sexo oral (sexo com a boca)?**
1. Nenhuma das vezes
 2. Menos da metade das vezes
 3. Mais da metade das vezes
 4. Todas as vezes
- G.20. Pensando somente na última relação sexual com um parceiro fixo nos últimos 12 meses, vocês usaram camisinha?**
1. Sim
 2. Não
- G.21. Pensando no seu último parceiro fixo, você sabia a sorologia dele para HIV?**
1. Sim, era positivo
 2. Sim, era negativo
 3. Não sabia

MENSAGEM AO ENTREVISTADOR:

Agora, vamos falar de suas experiências sexuais ocasionais somente dos últimos 12 meses

- G.22. Você teve relação sexual parceiros (as) casuais, ou seja, paqueras, “ficantes”, rolos, etc., nos últimos 12 meses?**
1. Sim
 2. Não [PULAR PARA G31]
 3. Não quero responder [PULAR PARA G31]
- G.23. Com quantos parceiros ocasionais/casuais você teve relação sexual nos últimos 12 meses?**
_____parceiros.
- G.24. Pensando na sua última relação sexual, vocês usaram camisinha?**
1. Sim
 2. Não
 3. Não sei/ não quero responder
- G.25. Quem sugeriu o uso do preservativo?**
1. Você
 2. Parceiro
 3. Ambos
 4. Não lembra
 5. Não respondeu

G.26. Com esses parceiros ocasionais/casuais, você usou camisinha nos últimos 12 meses no sexo vaginal?

- 1) Nenhuma das vezes
- 2) Menos da metade das vezes
- 3) Mais da metade das vezes
- 4) Todas as vezes

G.27. E com esses parceiros ocasionais/casuais, você usou camisinha nos últimos 12 meses no sexo anal (sexo por trás)?

1. Nenhuma das vezes
2. Menos da metade das vezes
3. Mais da metade das vezes
4. Todas as vezes
5. Não fiz sexo por trás

G.28. E com esses parceiros ocasionais/casuais, você usou camisinha nos últimos 12 meses no sexo oral (sexo com a boca)?

1. Nenhuma das vezes
2. Menos da metade das vezes
3. Mais da metade das vezes
4. Todas as vezes

G.29. Pensando somente na última relação sexual com um parceiro ocasionais/casuais nos últimos 12 meses, vocês usaram camisinha?

1. Sim
2. Não

G.30. Pensando no seu último parceiro ocasionais/casuais, você sabia a sorologia dele para HIV?

1. Sim, era positivo
2. Sim, era negativo
3. Não sabia

BLOCO H: ÁLCOOL E DROGAS

Vamos falar um pouco sobre hábitos e costumes. Por favor marque um X na alternativa escolhida.

H.1. Você concorda com a seguinte afirmação: “o uso de álcool ou drogas pode fazer com que as pessoas transem sem usar camisinha”?

1. Sim
2. Não
3. Não sei/ não quero responder

H.2. Isso já aconteceu com você?

1. Sim
2. Não
3. Não sei/ não quero responder

H.3. Alguma vez em sua vida você já tomou bebida alcoólica?

1. Sim

2. Não [PULAR PARA H8]
3. Não sei/ não quero responder

H.4. Você bebe atualmente?

1. Sim
2. Não
3. Não sei/ não quero responder

H.5. Com que frequência você consome: HOMENS: 5 ou mais doses em uma única ocasião, MULHERES: 3 ou mais doses em uma única ocasião?

1. Nunca
2. Uma vez por mês ou menos
3. 2 a 4 vezes por mês
4. 2 a 3 vezes por semana
5. 4 ou mais vezes por semana

H.6. Nos últimos 12 meses, das vezes que você teve relação sexual, com que frequência você ingeriu alguma bebida alcoólica durante a relação sexual ou antes da relação?

- 1) Sempre
- 2) Na maioria das vezes
- 3) Algumas vezes
- 4) Raramente
- 5) Nunca

H.7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você:

a) Não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?	1. Nunca	2. Menos de uma vez por mês	3. Uma vez por mês	4. Uma vez por semana	5. Quase todos os dias
b) Foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?	1. Nunca	2. Menos de uma vez por mês	3. Uma vez por mês	4. Uma vez por semana	5. Quase todos os dias

H.8. Alguma vez em sua vida você já fumou cigarro?

1. Sim
2. Não [PULAR PARA H10]
3. Não sei/ não quero responder [PULAR PARA H10]

H.9. Você fuma cigarro atualmente?

1. Sim
2. Não
3. Não sei/ não quero responder

H.10. Alguma vez na vida você:

a) Tomou bolinha ou anfetaminas (Hipofagin, Moderex, Glucoenergin, Inibex, Calina, etc)?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
b) Fumou maconha?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu

c) Fumou crack ou merla?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
d) Tomou ecstasy?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
e) Cheirou cocaína?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
f) Injetou cocaína na veia?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
g) Usou alguma outra droga?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
h) Não consegui fazer o que era esperado de você por causa das drogas?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu
i) Foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido às drogas?	1. <input type="checkbox"/> Sim	2. <input type="checkbox"/> Não	3. <input type="checkbox"/> Não respondeu

[PULAR PARA H12 SE **TODAS** AS ASSERTATIVAS FOREM # 1]

H.11. Que idade você tinha quando usou drogas a primeira vez?

__ __ anos

H.12. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você:

a) Tomou bolinha ou anfetaminas (Hipofagin, Moderex, Glucoenergin, Inibex, Calina, etc)?	1. Nunca	2. Menos de uma vez por mês	3. Uma vez por mês	4. Uma vez por semana	5. Quase todos os dias
b) Fumou maconha?	1. Nunca	2. Menos de uma vez por mês	3. Uma vez por mês	4. Uma vez por semana	5. Quase todos os dias
c) Fumou crack ou merla?	1. Nunca	2. Menos de uma vez por mês	3. Uma vez por mês	4. Uma vez por semana	5. Quase todos os dias
d) Tomou ecstasy?	1. Nunca	2. Menos de uma vez por mês	3. Uma vez por mês	4. Uma vez por semana	5. Quase todos os dias
e) Cheirou cocaína?	1. Nunca	2. Menos de uma vez por mês	3. Uma vez por mês	4. Uma vez por semana	5. Quase todos os dias
f) Injetou cocaína na veia?	1. Nunca	2. Menos de uma vez por mês	3. Uma vez por mês	4. Uma vez por semana	5. Quase todos os dias
g) Usou alguma outra droga?	1. Nunca	2. Menos de uma vez por	3. Uma vez por mês	4. Uma vez por semana	5. Quase todos os dias

		mês			
h) Não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa das drogas?	1. Nunca	2. Menos de uma vez por mês	3. Uma vez por mês	4. Uma vez por semana	5. Quase todos os dias
i) Foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido às drogas?	1. Nunca	2. Menos de uma vez por mês	3. Uma vez por mês	4. Uma vez por semana	5. Quase todos os dias

H.13. Nos últimos 12 meses, das vezes que você teve relação sexual, com que frequência você usou alguma dessas drogas pouco antes ou durante a relação sexual?

- 1) Sempre
- 2) Na maioria das vezes
- 3) Algumas vezes
- 4) Raramente
- 5) Nunca

H.14. Nos últimos 6 meses, com que frequência você tem:

a) Se sentido tenso ou preocupado?	1. Nunca	2. Uma ou duas vezes	3. Algumas vezes	4. Muitas vezes/o tempo todo	5. Não respondeu
b) Tido problemas para dormir?	1. Nunca	2. Uma ou duas vezes	3. Algumas vezes	4. Muitas vezes/o tempo todo	5. Não respondeu
c) Sentido medo ou pânico por nenhuma razão aparente?	1. Nunca	2. Uma ou duas vezes	3. Algumas vezes	4. Muitas vezes/o tempo todo	5. Não respondeu
d) Se sentido triste ou deprimido?	1. Nunca	2. Uma ou duas vezes	3. Algumas vezes	4. Muitas vezes/o tempo todo	5. Não respondeu
e) Tido a idéia de acabar com sua própria vida?	1. Nunca	2. Uma ou duas vezes	3. Algumas vezes	4. Muitas vezes/o tempo todo	5. Não respondeu

APENDICE C – Tabela com a população de Fortaleza distribuído por bairros, 2011.

Regional	Bairro	População	
			%
I	Barra do Ceará - Fortaleza - CE	16.528	20,9%
I	Vila Velha - Fortaleza - CE	11.881	15,0%
I	Floresta - Fortaleza - CE	6.945	8,8%
I	Cristo Redentor - Fortaleza - CE	6.624	8,4%
I	Carlito Pamplona - Fortaleza - CE	6.165	7,8%
I	Álvaro Weyne - Fortaleza - CE	5.674	7,2%
I	Jardim Iracema - Fortaleza - CE	5.427	6,9%
I	Pirambú - Fortaleza - CE	4.293	5,4%
I	Jardim Guanabara - Fortaleza - CE	3.456	4,4%
I	Jacarecanga - Fortaleza - CE	3.434	4,3%
I	Monte Castelo - Fortaleza - CE	3.030	3,8%
I	Farias Brito - Fortaleza - CE	2.944	3,7%
I	Vila Ellery - Fortaleza - CE	1.820	2,3%
I	Arraial Moura Brasil - Fortaleza - CE	889	1,1%
	TOTAL	79.110	
II	Aldeota - Fortaleza - CE	10.356	14,1%
II	Vicente Pinzon - Fortaleza - CE	9.174	12,5%
II	Meireles - Fortaleza - CE	8.532	11,6%
II	São João do Tauapé - Fortaleza - CE	7.031	9,6%
II	Joaquim Távora - Fortaleza - CE	6.124	8,4%
II	Cais do Porto - Fortaleza - CE	5.073	6,9%
II	Papicu - Fortaleza - CE	5.007	6,8%
II	Estância (Dionísio Torres) - Fortaleza - CE	3.815	5,2%
II	Coco - Fortaleza - CE	3.634	5,0%
II	Mucuripe - Fortaleza - CE	3.068	4,2%
II	Engenheiro Luciano Cavalcante - Fortaleza - CE	2.386	3,3%
II	Cidade 2000 - Fortaleza - CE	2.079	2,8%
II	Varjota - Fortaleza - CE	2.027	2,8%
II	Praia do Futuro II - Fortaleza - CE	1.751	2,4%
II	Praia de Iracema - Fortaleza - CE	866	1,2%
II	Guarapes - Fortaleza - CE	736	1,0%
II	Praia do Futuro I - Fortaleza - CE	714	1,0%
II	Salinas - Fortaleza - CE	524	0,7%
II	Manuel Dias Branco - Fortaleza - CE	408	0,6%
	Total	73.305	
III	Amadeo Furtado - Fortaleza - CE	2.899	3,5%
III	Quintino Cunha - Fortaleza - CE	10.125	12,2%
III	Bonsucesso - Fortaleza - CE	9.238	11,2%
III	Pici (Parque Universitário) - Fortaleza - CE	8.977	10,9%
III	Henrique Jorge - Fortaleza - CE	6.247	7,6%
III	Antônio Bezerra - Fortaleza - CE	5.966	7,2%
III	Presidente Kennedy - Fortaleza - CE	5.685	6,9%

III	Autran Nunes - Fortaleza - CE	4.849	5,9%
III	Jóquei Club (São Cristóvão) - Fortaleza - CE	4.546	5,5%
III	Rodolfo Teófilo - Fortaleza - CE	4.449	5,4%
III	João XXIII - Fortaleza - CE	4.260	5,2%
III	Bela Vista - Fortaleza - CE	4.077	4,9%
III	Parquelândia - Fortaleza - CE	3.452	4,2%
III	Padre Andrade (Cachoeirinha) - Fortaleza - CE	3.168	3,8%
III	Dom Lustosa - Fortaleza - CE	3.095	3,7%
III	Parque Araxá - Fortaleza - CE	1.631	2,0%
	Total	82.664	
IV	Parangaba - Fortaleza - CE	7.018	10,7%
IV	Montese - Fortaleza - CE	6.703	10,2%
IV	Serrinha - Fortaleza - CE	6.136	9,3%
IV	Fátima - Fortaleza - CE	6.015	9,1%
IV	Vila Pery - Fortaleza - CE	4.838	7,3%
IV	Itaperi - Fortaleza - CE	4.130	6,3%
IV	Vila União - Fortaleza - CE	3.745	5,7%
IV	Benfica - Fortaleza - CE	3.517	5,3%
IV	Itaóca - Fortaleza - CE	3.282	5,0%
IV	Jardim América - Fortaleza - CE	2.991	4,5%
IV	Demócrito Rocha - Fortaleza - CE	2.836	4,3%
IV	Parreão - Fortaleza - CE	2.432	3,7%
IV	José Bonifácio - Fortaleza - CE	2.415	3,7%
IV	Damas - Fortaleza - CE	2.335	3,5%
IV	Pan-Americano - Fortaleza - CE	2.200	3,3%
IV	Aeroporto (Base Aérea) - Fortaleza - CE	1.865	2,8%
IV	Bom Futuro - Fortaleza - CE	1.682	2,6%
IV	Couto Fernandes - Fortaleza - CE	1.211	1,8%
IV	Dendê - Fortaleza - CE	520	0,8%
	Total	65.871	
V	Mondubim (Sede) - Fortaleza - CE	19.740	18,1%
V	Granja Lisboa - Fortaleza - CE	11.605	10,6%
V	Genibau - Fortaleza - CE	9.360	8,6%
V	Granja Portugal - Fortaleza - CE	8.638	7,9%
V	Bom Jardim - Fortaleza - CE	8.037	7,4%
V	Manoel Sátiro - Fortaleza - CE	7.986	7,3%
V	Canindezinho - Fortaleza - CE	7.192	6,6%
V	Prefeito José Walter - Fortaleza - CE	6.482	5,9%
V	Siqueira - Fortaleza - CE	5.683	5,2%
V	Conjunto Ceará II - Fortaleza - CE	5.492	5,0%
V	Conjunto Ceará I - Fortaleza - CE	4.477	4,1%
V	Conjunto Esperança - Fortaleza - CE	3.856	3,5%
V	Parque São José - Fortaleza - CE	2.626	2,4%
V	Parque Santa Rosa (Apolo XI) - Fortaleza - CE	2.618	2,4%
V	Maraponga - Fortaleza - CE	2.240	2,1%

V	Jardim Cearense - Fortaleza - CE	1.816	1,7%
V	Parque Presidente Vargas - Fortaleza - CE	1.140	1,0%
	Total	108.988	
VI	Jangurussu - Fortaleza - CE	15.302	14,0%
VI	Messejana (sede) - Fortaleza - CE	9.301	8,5%
VI	Passaré - Fortaleza - CE	9.299	8,5%
VI	Jardim das Oliveiras - Fortaleza - CE	7.190	6,6%
VI	Parque Dois Irmãos - Fortaleza - CE	5.825	5,3%
VI	Barroso - Fortaleza - CE	5.732	5,3%
VI	Lagoa Sapiranga (Coité) - Fortaleza - CE	5.317	4,9%
VI	Lagoa Redonda - Fortaleza - CE	5.180	4,7%
VI	Edson Queiroz - Fortaleza - CE	4.692	4,3%
VI	Paupina - Fortaleza - CE	4.617	4,2%
VI	Cidade dos Funcionários - Fortaleza - CE	4.171	3,8%
VI	Ancuri - Fortaleza - CE	3.364	3,1%
VI	Alagadiço - Fortaleza - CE	3.357	3,1%
VI	Alto da Balança - Fortaleza - CE	3.289	3,0%
VI	Aerolândia - Fortaleza - CE	2.975	2,7%
VI	Dias Macedo - Fortaleza - CE	2.915	2,7%
VI	José de Alencar - Fortaleza - CE	2.704	2,5%
VI	Cajazeiras - Fortaleza - CE	2.454	2,2%
VI	Curió - Fortaleza - CE	1.752	1,6%
VI	Parque Manibura - Fortaleza - CE	1.572	1,4%
VI	Guajeru - Fortaleza - CE	1.399	1,3%
VI	Cambeba - Fortaleza - CE	1.269	1,2%
VI	Coaçu - Fortaleza - CE	1.248	1,1%
VI	Castelão - Fortaleza - CE	1.113	1,0%
VI	Parque Iracema - Fortaleza - CE	1.072	1,0%
VI	Mata Galinha - Fortaleza - CE	1.024	0,9%
VI	Sabiaguaba - Fortaleza - CE	620	0,6%
VI	Pedras - Fortaleza - CE	368	0,3%
	Total	109.121	
VII	Centro - Fortaleza - CE	7.020	
	Total Geral	996.995	

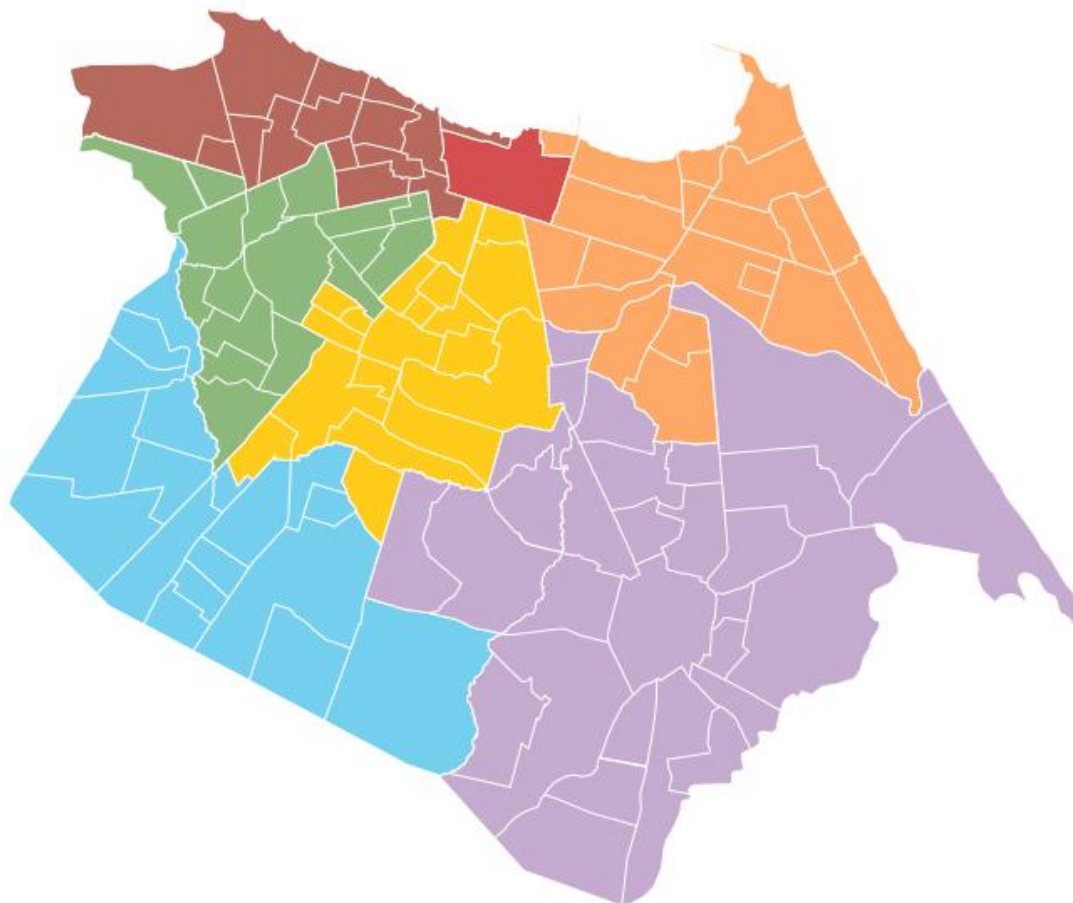
APENDICE D - Tabela com a distribuição dos bairros selecionados para a coleta de dados, Fortaleza, 2011.

Regional	BAIRRO	População	Percentual	Amostra
1	Barra do Ceará - Fortaleza - CE	16.528	34,3%	19
1	Vila Velha - Fortaleza - CE	11.881	24,7%	13
1	Floresta - Fortaleza - CE	6.945	14,4%	8
1	Cristo Redentor - Fortaleza - CE	6.624	13,8%	7
1	Carlito Pamplona - Fortaleza - CE	6.165	12,8%	7
		48.143	100,0%	54
2	Aldeota - Fortaleza - CE	10.356	20,2%	10
2	Vicente Pinzon - Fortaleza - CE	9.174	17,9%	9
2	Meireles - Fortaleza - CE	8.532	16,6%	8
2	São João do Tauapé - Fortaleza - CE	7.031	13,7%	7
2	Joaquim Távora - Fortaleza - CE	6.124	11,9%	6
2	Cais do Porto - Fortaleza - CE	5.073	9,9%	5
2	Papicu - Fortaleza - CE	5.007	9,8%	5
		51.297	100,0%	48
3	Quintino Cunha - Fortaleza - CE	10.125	19,8%	11
3	Bonsucesso - Fortaleza - CE	9.238	18,1%	10
3	Pici (Parque Universitário) - Fortaleza - CE	8.977	17,6%	9
3	Henrique Jorge - Fortaleza - CE	6.247	12,2%	7
3	Antônio Bezerra - Fortaleza - CE	5.966	11,7%	6
3	Presidente Kennedy - Fortaleza - CE	5.685	11,1%	6
3	Autran Nunes - Fortaleza - CE	4.849	9,5%	5
		51.087	100,0%	54
4	Parangaba - Fortaleza - CE	7.018	20,1%	9
4	Montese - Fortaleza - CE	6.703	19,2%	8
4	Serrinha - Fortaleza - CE	6.136	17,6%	8
4	Fátima - Fortaleza - CE	6.015	17,3%	7
4	Vila Pery - Fortaleza - CE	4.838	13,9%	6
4	Itaperi - Fortaleza - CE	4.130	11,9%	5
		34.840	100,0%	43
5	Mondubim (Sede) - Fortaleza - CE	19.740	25,0%	18
5	Granja Lisboa - Fortaleza - CE	11.605	14,7%	10
5	Genibau - Fortaleza - CE	9.360	11,8%	8

5	Granja Portugal - Fortaleza - CE	8.638	10,9%	8
5	Bom Jardim - Fortaleza - CE	8.037	10,2%	7
5	Manoel Sátiro - Fortaleza - CE	7.986	10,1%	7
5	Canindezinho - Fortaleza - CE	7.192	9,1%	6
5	Prefeito José Walter - Fortaleza - CE	6.482	8,2%	6
		79.040	100,0%	71
6	Jangurussu - Fortaleza - CE	15.302	26,4%	18
6	Messejana (sede) - Fortaleza - CE	9.301	16,0%	11
6	Passaré - Fortaleza - CE	9.299	16,0%	11
6	Jardim das Oliveiras - Fortaleza - CE	7.190	12,4%	8
6	Parque Dois Irmãos - Fortaleza - CE	5.825	10,0%	7
6	Barroso - Fortaleza - CE	5.732	9,9%	7
6	Lagoa Sapiranga (Coité) - Fortaleza - CE	5.317	9,2%	6
		57.966	100,0%	68
7	Centro - Fortaleza - CE	7.020	100,0%	5

ANEXOS

ANEXO A – Mapa de Fortaleza com a distribuição das Regionais Executivas



Fonte: Secretaria Municipal de Fortaleza, 2013.



ANEXO B - Carta de Aprovação Comitê de Ética



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 260/09

Fortaleza, 28 de agosto de 2009

Protocolo COMEPE nº 263/ 09

Pesquisador responsável: Lígia Regina Franco Sansigolo Kerr

Deptº./Serviço: Departamento de Saúde Comunitária/ UFC

Título do Projeto: "Incentivos e barreiras para a realização do teste HIV entre profissionais de saúde, organizações não governamentais, populações vulneráveis ao HIV e população geral: uma abordagem quali-quantitativa"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 27 de agosto de 2009.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC