

### **3- ACESSO AO TESTE ANTI-HIV NO BRASIL 2003: A PESQUISA NACIONAL MS/IBOPE**

**Ivan França-Junior<sup>1,2</sup>, Fernanda Lopes<sup>1,3</sup>,  
Vera Paiva<sup>1,4</sup>, Gustavo Venturi<sup>1,5</sup>**

1. Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS (NEPAIDS-USP)

[www.usp.br/nepaids](http://www.usp.br/nepaids)

2. Prof. Dr. Faculdade de Saúde Pública – USP,

[ifjunior@usp.br](mailto:ifjunior@usp.br)

3. Dra. em Saúde Pública - FSP- USP,

[lopesf@usp.br](mailto:lopesf@usp.br)

4. Profa. Dra. Instituto de Psicologia – USP,

[veroqa@usp.br](mailto:veroqa@usp.br)

5. Dr. em Ciência Política – USP,

[gventuri@uol.com.br](mailto:gventuri@uol.com.br)

Este artigo é o terceiro de uma série de publicações no formato eletrônico disponibilizada em [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) que discute os resultados de pesquisa nacional realizada pelo IBOPE a pedido da CN-DST/AIDS do Ministério da Saúde, entre 26 e 29 de janeiro de 2003.

## INTRODUÇÃO

A testagem sorológica para o HIV, acompanhada do adequado aconselhamento, foi formulada como uma das principais estratégias de prevenção já em 1986, três anos após o isolamento do agente causal da AIDS (WHO 1990; Kalichman 1993). Seja o resultado negativo ou positivo, acredita-se que a testagem-aconselhamento possa favorecer a mudança de comportamentos associados ao maior risco de infecção pelo HIV e, através da detecção precoce da infecção pelo HIV, facilitar as intervenções clínicas, garantindo melhor prognóstico e qualidade de vida (UNAIDS/WHO 1998; CDC 1998).

Descrevem-se várias maneiras de emprego do teste anti-hiv como medida preventiva na história da epidemia. O teste voluntário tem sido resultado da iniciativa individual, ou da avaliação pessoal e compartilhada com o profissional de saúde sobre situações de risco para a infecção. Podem ser consideradas formas voluntárias o teste realizado por curiosidade, por perceber-se vulnerável ou por indicação médica.

Os rastreamentos sorológicos, considerados como não-voluntários, podem ser feitos na doação de sangue, células, tecidos e órgãos; também por solicitação dos empregadores periodicamente (ilegal no Brasil) ou na pré-admissão e na gestação (os profissionais são obrigados a oferecer no Brasil). A testagem pré-nupcial depende da legislação do país, e pode ser voluntária ou obrigatória; tem sido empregada em vários locais, mas tem sido considerada como custosa e ineficaz, além de colocar questões éticas não menos importantes (Turnock, Kelly 1989).

A introdução da testagem para doadores de sangue nos países desenvolvidos foi uma das primeiras medidas preventivas, mas não isenta das polêmicas que têm acompanhado várias medidas preventivas no campo da aids. Sua introdução não foi imediata em bancos de sangue e em todo o processo de produção de hemoderivados (Kalichman 1993), cuja comercialização era uma das atividades mais lucrativas da saúde. A crise e a emergência da aids tiveram a virtude de mobilizar as forças que se dispuseram a interromper este negócio que foi causa de inúmeras infecções e mortes

por HIV/AIDS e outros patógenos de transmissão sangüínea. No Brasil, a comercialização acabou sendo proibida, definitivamente, pela Constituição de 1988 (Constituinte proíbe ... 1988)<sup>1</sup>.

Tanto em nosso país como internacionalmente, o movimento social e a punição legal foram importantes para obstaculizar práticas que ajudavam a disseminar o vírus, tais como a remuneração em dinheiro de doações de material biológico. Ainda hoje, há denúncias de fraude e omissão criminosa de autoridades públicas - caso da França - e da indústria farmacêutica - caso da Bayer - na distribuição e comercialização de hemoderivados contaminados, ocorridas na década de 80 (Craven, Stewart, Khan 1997; Bogdanich, Koli 2003). Vale lembrar que o Estado brasileiro foi condenado a indenizar a família do cartunista Henfil, hemofílico falecido em 1988, por sua infecção pelo HIV (Pasternak e cols. 1993).

O estado de São Paulo foi o primeiro que obrigou hospitais, bancos de sangue, maternidades e centros hemoterápicos a triar sorologicamente o material colhido, por meio da Lei no. 5.190, de 20 de junho de 1986. No Brasil, esta obrigatoriedade foi implementada a partir da aprovação da Lei Federal 7.649, de 25 de janeiro de 1988 (Pasternak e cols. 1993). O sentido destas leis é respeitar e proteger o direito à saúde e à vida dos receptores, configurando um direito social. Estas leis são as únicas a prever a realização obrigatória de testes sorológicos em nosso país.

Apesar da testagem ser compulsória no sangue doado, doá-lo é um ato voluntário e individual. Deste modo, os serviços de coleta devem obedecer aos princípios da confidencialidade, do direito do doador de conhecer quais testes serão empregados para o material doado e de receber os resultados com adequado aconselhamento (Connor 1988). Contudo, estudos com mulheres portadoras do HIV, nas cidades de São Paulo e Santos, indicam que realizar exame sorológico em bancos de sangue diminui as chances de receber aconselhamento pré ou pós-teste de modo adequado (Segurado e cols. 2003).

---

<sup>1</sup> Emenda Constitucional Nº 29, de 2000 § 4.º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

A solicitação por parte do empregador é outra situação enfrentada como obrigatória, porém é claramente ilegal no contexto brasileiro, conforme a Portaria Interministerial no. 869 de 11 de março de 1992. Tanto no Brasil como no exterior, tem-se acumulado relatos da ocorrência desta prática ilegal, que pode redundar em discriminação, impedindo o acesso ou manutenção de emprego, por exemplo (Pasternak e cols. 1993; UNAIDS/IPU 1999).

Um outro modo de fazer o teste anti-hiv é a sua realização em gestantes durante o atendimento pré-natal. No emprego de técnicas de rastreamento (*screening*), os profissionais freqüentemente esquecem do caráter voluntário e confidencial da testagem, bem como dos necessários esclarecimentos por ocasião do aconselhamento. Marques e cols. (2002) identificaram que mais de 40% das gestantes portadoras do HIV não foram informadas da importância do teste. A testagem nas condições de um rastreamento descuidado pode ser caracterizada como uma testagem obrigatória (UNAIDS/IPU 1999).

Outra estratégia relevante da testagem tem sido o encorajamento para que as pessoas, quando curiosas ou acreditam estar em risco para a infecção para o HIV, busquem voluntariamente a testagem e o aconselhamento. Nos moldes das experiências bem-sucedidas nos EUA, desde o fim da década de 80 começaram a se organizar os CTA brasileiros (Centros de Testagem Anônima). Um dos primeiros CTA foi o COAS-Henfil fundado em 12/12/1989, localizado no centro da cidade de São Paulo (COAS-Henfil 1999) e, em 1999, o Ministério da Saúde estimava a existência de mais de 150 CTA no Brasil (MS 1999).

Muitos estudos têm se dedicado a examinar a cobertura da testagem em populações especialmente vulneráveis, tais como: homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo (Riess, Kim, Downing 2001; Valleroy e cols. 2000). Contudo, são poucos os estudos, nacionais ou internacionais, que buscaram aferir a cobertura em populações gerais (Anderson, Carey, Taveras 2000; Renzi e cols. 2001; Inungu 2002; Kellerman e cols. 2002; MS/CEBRAP 2000; Schraiber e cols. 2002). O grande problema identificado na testagem

focalizada nos grupos vulneráveis é que a população geral continua recebendo um diagnóstico tardio. As pessoas, de um modo geral, ainda continuam não sendo motivadas a fazer o teste voluntariamente e encontram dificuldades para realizá-lo nos serviços de saúde. Recentemente, o Ministério da Saúde desencadeou a campanha "Fique Sabendo", que pretende se constituir em um movimento para incentivar os brasileiros a realizarem espontaneamente o teste do HIV (Ministério da Saúde 2003).

Este artigo tem como objetivo examinar a proporção de pessoas, sexualmente ativas nos últimos seis meses, que referiram ter feito teste sorológico anti-hiv, na vida e nos últimos seis meses. Da população que referiu ter sido testada, foram avaliadas as razões subjacentes à demanda pelo teste, se o exame foi pago e quais foram os locais acessados para a sua realização. Com relação a estas questões, foram examinadas eventuais diferenças segundo variáveis sociodemográficas, de práticas sexuais e tipos de parceria.

## **SUJEITOS, MATERIAIS E MÉTODOS**

A metodologia deste estudo está descrita no artigo 1, artigo de França Junior e cols. (2003). Sinteticamente, trata-se de um estudo transversal, construído com base em estratégia amostral por conglomerados, que buscou ser representativo da população brasileira que relatou ter atividade sexual nos últimos seis meses. Foram realizadas 1.298 entrevistas de 26 a 29 de janeiro de 2003. Eventuais recusas não foram registradas pelo IBOPE.

As variáveis explanatórias empregadas nesta análise são detalhadamente apresentadas no artigo referido acima. De particular interesse, o acesso ao teste na vida foi perguntado da seguinte maneira: "*O(A) Sr(a) já fez o teste para AIDS/HIV alguma vez na vida?*". Para os últimos seis meses, foi indagado "*O(A) Sr(a) fez o teste para AIDS/HIV nos últimos seis meses?*".

As estimativas apresentadas nesta série de artigos necessitaram de ponderação, pois a coleta de dados da amostra inicial, apesar de planejada como totalmente proporcional e aleatória, foi

interrompida. Após a ponderação, a amostra final atingiu o número de 1302 de entrevistados. O intervalo de confiança estimado foi de 95% e a margem de erro máxima estimada foi de 2,7 pontos percentuais para mais ou para menos sobre os resultados encontrados no total da amostra. No tocante ao cálculo ponderado de proporções e medidas de tendência central e de dispersão foi utilizado o programa estatístico SPSS 10.0.

## RESULTADOS

A média de idade, em anos, da amostra foi de 36,6 (IC95% 35,8-37,3), sendo os homens (média: 37,6; IC95% 36,5-38,7) mais velhos do que as mulheres (média 35,4; IC 95% 34,4-36,4).

No artigo de França-Junior e cols. (2003), são apresentadas as principais características sociodemográficas, das práticas sexuais e tipo de parceria da amostra consideradas nesta análise.

De forma resumida, há predominância do sexo masculino, da faixa etária de 26 a 40 anos (40,0%) e de pessoas negras (56,4%). Um em cada dois entrevistados relatou nenhum rendimento ou renda individual de até 1 salário mínimo (R\$ 200,00). Dois terços da amostra apresentava instrução até a 8ª série. Quase metade foi classificada como pertencentes às classes D e E no esquema ANEP (Associação Nacional de Empresas de Pesquisa). Quanto à macro-região de residência, 60,1% das pessoas estavam no Sul e do Sudeste. Quase a metade da amostra residia em municípios com mais de cem mil habitantes. Poucas pessoas residiam em área rural ou em favelas.

A grande maioria (84,2%) da amostra relatou parceria estável nos últimos seis meses. No tocante à frequência mensal de relações sexuais, observa-se que a maior ocorrência deu-se no estrato de cinco a doze (40,8%), seguido pelo estrato de até 4 relações sexuais (32,6%). Identificaram-se proporções pequenas de relatos de práticas sexuais homossexuais entre homens (1,7%), bissexuais (0,4%) e, de mulheres que fazem sexo com mulheres (0,9%).

Um contingente expressivo (77,8%), das pessoas que declararam ter parceiro fixo, não usou preservativo masculino na última relação. Inversamente, foi possível identificar um uso majoritário (82,8%) dos preservativos, entre aqueles que declararam ter parceiro eventual.

Quando indagadas sobre a realização do teste, três em cada 10 pessoas referiram ter realizado pelo menos um teste na vida (Tabela 1). Das que realizaram o teste, cerca de um terço o fez nos últimos seis meses e 18% referiram ter pago para realizá-lo.

Entre as pessoas que não pagaram, a rede pública de saúde foi citada como local de realização do teste por 57,5%, seguida dos bancos de sangue. Oito pessoas informaram outros locais, além dos que constam da tabela abaixo, para testes não pagos: a) três pessoas, testadas na rede pública, informaram outros exames no momento da doação de sangue; b) duas, testadas gratuitamente em suas empresas, fizeram exames adicionais em planos de saúde; c) duas pessoas foram testadas em instituições privadas, além da rede pública e d) uma informou ter sido testada em três locais: por ocasião da doação de sangue e também em outra instituição privada, além da rede pública.

**Tabela 1.** Cobertura de teste anti-HIV na vida e nos últimos 6 meses.

Variáveis	Total (%)
<b>Teste na vida</b>	
Sim	29,7
Não	70,3
Total* <sup>1</sup>	1300
<b>Teste nos últimos 6 meses</b>	
Sim	31,9
Não	68,1
Total* <sup>2</sup>	385
<b>Precisou pagar para fazer o teste</b>	
Sim	18,3
Não	81,7
Total* <sup>3</sup>	382
<b>Onde fez o teste e não precisou pagar</b>	
Rede Pública de Saúde	57,5
Doação de sangue	21,2
Na empresa onde trabalha	3,7
Plano de saúde da empresa	9,1
Outras instituições privadas	7,1
Total* <sup>4</sup>	312

\*1) 02 pessoas não sabiam informar;

\*2) Apenas os que informaram teste na vida, 01 pessoa não sabia informar

\*3) 04 pessoas não sabiam informar

\*4) 13 pessoas não sabiam informar (4,1%)

Na Tabela 2 é possível identificar diferenças, estatisticamente significativas, com relação a quase todas as variáveis sociodemográficas examinadas, com exceção do setor censitário de residência (urbano, rural ou favela). É maior a proporção de realização do teste entre pessoas do sexo feminino (33,7%), entre os pertencentes às faixas etárias de 14 a 40 anos (33-35%), entre os que declaram cor da pele não-negra (33,2%), que cursaram ensino médio (42,2%) e superior (54,2%), com 10 ou mais salários mínimos de renda individual mensal ( $\geq 50\%$ ), residentes nas macro-regiões Sul (37,6%) e Sudeste (33,3%) e em municípios de mais de cem mil habitantes.

Moradores de favela foram freqüentemente mais testados, mas as diferenças quanto ao tipo de setor não foram estatisticamente significativas. A falta de significância pode ser decorrente das pequenas amostras referentes à favela e à zona rural.



**Tabela 2.** Número e percentagem de testes anti-hiv durante a vida, segundo variáveis sociodemográficas.

Variável	Teste anti-hiv na vida		Valor de p<
	Sim %	Não %	
<b>Sexo</b>			
Masculino	26,2	73,8	0,004
Feminino	33,7	66,3	
<b>Faixa etária (anos)</b>			
14/25	32,9	67,1	0,001
26/40	35,4	64,6	
41/55	23,8	76,2	
56 e mais	15,1	84,9	
<b>Raça/cor da pele</b>			
Não negra	33,2	66,8	0,02
Negra	27,1	72,9	
<b>Grau de instrução</b>			
Até a 4 <sup>a</sup> série	15,3	84,7	0,001
5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup> série	29,8	70,2	
Ensino médio	42,2	57,8	
Ensino superior e mais	54,2	45,8	
<b>Renda individual mensal (SM)</b>			
Sem rendimentos	30,5	69,5	0,001
Até 1	16,6	83,4	
Mais de 1 a 2	29,8	70,2	
Mais de 2 a 5	40,4	59,6	
Mais de 5 a 10	46,5	53,5	
Mais de 10 a 20	50,0	50,0	
Mais de 20	60,0	40,0	
<b>Classe socioeconômica (ANEP)</b>			
A/B	47,0	53,0	0,001
C	34,6	65,4	
D/E	20,3	79,7	
<b>Região de residência</b>			
Nordeste	20,0	80,0	0,001
Norte/Centro-oeste	27,3	72,7	
Sudeste	33,3	66,7	
Sul	37,6	62,4	
<b>Porte do município (número de habitantes)</b>			
Até 20 mil	19,2	80,8	0,000
Mais de 20 a 100 mil	27,8	72,2	
Mais de 100 mil	37,3	62,7	
<b>Setor</b>			
Urbano	29,7	70,3	0,25
Rural	22,0	78,0	
Favela	40,7	59,3	

Na Tabela 3, observa-se que diferenças com significância estatística foram identificadas com relação à variável "número de relações sexuais por mês", indicando que quanto maior a frequência declarada de relações sexuais, maior a proporção de pessoas testadas. Igualmente, houve diferenças

quanto ao padrão de uso de preservativo, com um gradiente claro: quem mais freqüentemente o utiliza, mais freqüentemente faz o teste. Com relação à natureza da parceria sexual, encontraram-se maiores proporções de testes entre aqueles que relataram parceria fixa e eventual, nos últimos seis meses.

Observou-se diferença, não estatisticamente significativa, na realização do teste segundo a orientação sexual, com maior proporção de testes entre bissexuais masculinos e mulheres que fazem sexo com mulheres. No que se refere ao uso de condom, observam-se comportamentos distintos em função do tipo de parceria sexual. Há um gradiente, entre os que têm parceiro fixo, de quanto mais freqüente o uso de preservativo, maior a demanda coberta de teste anti-hiv. Já para aqueles envolvidos em parcerias eventuais, não identificou-se diferença estatisticamente significativa, com pouco menos de um quinto dos entrevistados relatando ter feito teste na vida.

**Tabela 3.** Número e percentagem de testes anti-hiv durante a vida, segundo práticas sexuais e tipo de parceria.

Variável	Teste anti-hiv na vida		Valor de p<
	Sim (%)	Não (%)	
<b>Tipo de parceria sexual</b>			
Fixo	30,3	69,7	0,03
Fixo e eventual	34,3	65,7	
Eventual	18,7	81,3	
<b>Número estimado de relações sexuais por mês*</b>			
Até 4	26,3	73,7	0,013
De 5 a 12	30,1	69,9	
Mais de 12	37,4	62,6	
<b>Orientação sexual</b>			
Homem/ Mulher	29,4	70,6	0,7
HSH	27,3	72,7	
MSM	58,3	41,7	
Bissexual	60,0	40,0	
<b>Uso de preservativo nas relações com parceiro fixo nos últimos 6 meses</b>			
Sempre	42,7	57,3	0,004
Às vezes	32,8	67,2	
Nunca	27,9	72,1	
<b>Uso de preservativo na última relação com parceiro eventual</b>			
Sempre	29,6	70,4	0,46
Às vezes	20,7	79,3	
Nunca	26,3	73,7	

\* 286 (22%) das pessoas não quiseram informar

Apenas 123 de 386 pessoas (31,9%) declararam ter realizado o teste nos últimos seis meses.

Não foi identificada nenhuma diferença quanto a variáveis sociodemográficas e por prática e parceria sexuais (dados não mostrados). Eventuais diferenças podem não ter sido detectadas devido ao pequeno tamanho da amostra.

A Tabela 4 refere-se à realização de teste gratuito ou pago durante a vida. Houve diferença estatística apenas para os graus médio e superior de instrução, que relataram maiores proporções de pagamento. O valor da probabilidade para teste pago, na estatística  $\chi^2$ , foi limítrofe para a classe social, com maiores ocorrências entre a classe A. As demais variáveis sociodemográficas estudadas não se mostraram estatisticamente diferentes com relação a teste pago. Chama atenção o fato de que quase uma em cada cinco pessoas testadas tenha efetuado pagamento para ter acesso ao

sorodagnóstico, mesmo aquelas com nenhum ou pouco rendimento individual e aquelas pertencentes às classes socioeconômicas D e E.

Não foram identificadas diferenças segundo tipo de parceria sexual, número declarado de relações sexuais, orientação sexual e uso de condom na última relação.

**Tabela 4.** Acesso pago ao teste anti-hiv segundo variáveis sociodemográficas.

Variável	Pagou para fazer o teste		Valor de p<
	Sim (%)	Não (%)	
<b>Sexo</b>			
Masculino	21,2	78,8	0,20
Feminino	16,2	83,8	
<b>Faixa etária (anos)</b>			
14/25	16,8	83,2	0,97
26/40	19,2	80,8	
41/55	18,3	81,7	
56 e mais	18,2	81,8	
<b>Raça/cor da pele</b>			
Não negra	18,9	81,1	0,63
Negra	17,0	83,0	
<b>Grau de instrução</b>			
Até a 4ª série	13,9	86,1	0,04
5ª a 8ª série	11,5	88,5	
Ensino médio	24,5	75,5	
Ensino superior e mais	20,0	80,0	
<b>Renda individual mensal (SM)</b>			
Sem rendimentos	17,5	82,5	0,60
Até 1	11,9	88,1	
Mais de 1 a 2	18,8	81,3	
Mais de 2 a 5	20,5	79,5	
Mais de 5 a 10	25,0	75,0	
Mais de 10 a 20	23,1	76,9	
Mais de 20	33,3	66,7	
<b>Classe socioeconômica (ANEP)</b>			
A/B	24,5	75,5	0,05
C	19,4	80,6	
D/E	11,9	88,1	

<b>Região de residência</b>			
Norte/Centro-oeste	22,7	77,3	
Nordeste	20,6	79,4	0,64
Sudeste	17,7	82,3	
Sul	14,5	85,5	
<b>Porte do município (número de habitantes)</b>			
Até 20 mil	10,0	90,0	0,12
Mais de 20 a 100 mil	19,1	80,9	
Mais de 100 mil	21,0	79,0	
<b>Setor</b>			
Urbano	19,3	80,7	0,10
Rural	0	100,0	
Favela	0	100,0	

Das 386 pessoas que relataram ter realizado pelo menos um teste na vida, obtivemos resposta de 359 acerca das razões para a realização do último teste, com perda de informação da ordem de 7,0%. Se agruparmos como não-voluntárias (solicitação do empregador, doação de sangue e pré-natal), teremos, para as mulheres, uma taxa de testes mandatórios de 64,8%. Baseado na hipótese de que o teste é oferecido adequadamente, de modo voluntário e confidencial durante a gestação, a taxa de testes obrigatórios diminui, igualmente para as mulheres sexos, para 15,8%.

Para os homens, estas mudanças não são importantes (de 49,7% para 49,1%).

As situações para o teste diferiram, estatisticamente, por sexo, onde os homens tiveram na doação a sua maior ocorrência de teste na vida, ao passo que metade das mulheres o tiveram no pré-natal (Tabela 5). As diferenças permanecem estatisticamente significativas mesmo quando são excluídas as mulheres que fizeram o teste durante a gestação (dados não mostrados).

É muito elevada a ocorrência de pessoas testadas, ilegalmente, por solicitação do empregador, particularmente entre homens que respondem por 94% destas solicitações.

**Tabela 5.** Razões alegadas para a realização do último teste.

Razão para realização do teste	Sexo		
	Masculino	Feminino	Ambos
	(%)	(%)	(%)
Solicitação do empregador	16,0	1,0	7,8
Doação de sangue	33,1	14,8	23,2
Por achar que tinha algum risco	13,5	6,1	9,2
Pré-natal	0,6	49,0	27,2
Curiosidade	20,2	8,2	13,7
Indicação médica	14,7	16,3	15,7
Para casar (exame pré-nupcial)	0,6	3,1	1,7
Outras razões	1,2	1,5	1,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Outro resultado que chama a atenção é o desconhecimento de locais para teste gratuito, excluídos os bancos de sangue. Dois terços da população brasileira não conhece outro local para testes gratuitos que não sejam bancos de sangue. Trinta e duas pessoas (2,5%) não opinaram, souberam informar ou lembravam de locais gratuitos.

Aqueles entrevistados que declararam conhecer a existência de locais para teste gratuito foram mais frequentemente testadas (52,1%) do aqueles que os desconheciam (18,6%). O mesmo padrão foi identificado para o teste realizado nos últimos 6 meses, ainda que com proporções diferentes – conheciam, 18,6% e não conheciam, 6,1%.

Na Tabela 6, examinamos eventuais diferenciais no que diz respeito ao conhecimento da gratuidade entre os segmentos populacionais. Não foram observadas diferenças quanto a conhecimento com relação à cor da pele e setor de residência. O contrário foi identificado quanto às demais variáveis. Os menos informados foram os homens, as pessoas com 56 anos ou mais, com menor escolaridade e renda, residentes no Nordeste/Norte/Centro-oeste e em pequenas cidades.

**Tabela 6 .** Conhecimento de locais para teste gratuito segundo variáveis sociodemográficas.

Variável	Conhece local gratuito para teste anti-hiv* <sup>1</sup>		Valor de p<
	Sim (%)	Não (%)	
<b>Sexo</b>			
Masculino	27,3	72,7	0,001
Feminino	39,6	60,4	
<b>Faixa etária (anos)</b>			
14/25	34,1	65,9	0,03
26/40	35,7	64,3	
41/55	32,9	67,1	
56 e mais	21,7	78,3	
<b>Raça/cor da pele</b>			
Não negra	35,4	64,6	0,17
Negra	31,7	68,3	
<b>Grau de instrução</b>			
Até a 4 <sup>a</sup> série	21,6	78,4	0,001
5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup> série	39,3	60,7	
Ensino médio	38,9	61,1	
Ensino superior e mais	41,7	58,3	
<b>Renda individual mensal (SM)</b>			
Sem rendimentos	33,2	66,8	0,001
Até 1	23,0	77,0	
Mais de 1 a 2	37,1	62,9	
Mais de 2 a 5	39,9	60,1	
Mais de 5 a 10	46,3	53,7	
Mais de 10 a 20	38,5	61,5	
20 ou mais	11,1	88,9	
<b>Classe socioeconômica (ANEP)</b>			
A/B	40,6	59,4	0,001
C	37,4	62,6	
D/E	27,4	72,6	
<b>Região de residência</b>			
Nordeste	23,6	76,4	0,001
Norte/Centro-oeste	28,4	71,6	
Sudeste	37,0	63,0	
Sul	41,7	58,3	
<b>Porte do município (número de habitantes)</b>			
Até 20 mil	20,0	80,0	0,001
Mais de 20 a 100 mil	35,6	64,4	
Mais de 100 mil	39,7	60,3	
<b>Setor</b>			
Urbano	33,4	66,6	0,35
Rural	22,5	77,5	
Favela	32,1	67,9	

\* 13 homens e 19 mulheres não sabiam, lembravam ou quiseram informar.

Não foram identificadas diferenças no que se refere ao número declarado de relações sexuais, ao tipo de parceria (fixa ou eventual) e orientação sexual (ainda que 60% dos bissexuais

tenham declarado terem sido testados), e uso de condom na última relação.



## DISCUSSÃO

Aspectos da validade do estudo MS/IBOPE foram discutidos no artigo 1 (França-Junior e cols. 2003) e, naturalmente, são relevantes para a análise relativa ao acesso a testes anti-hiv. Sinteticamente, podemos considerar o estudo MS/IBOPE como válido, pois os dados sociodemográficos da amostra de contatados (n=1882) são comparáveis aos dados censitários do IBGE.

Para esta análise, há que considerar a ocorrência de outra fonte potencial de viés, uma vez que as estimativas sobre testagem anti-hiv se basearam em auto-relatos. Phillips e Catania (1995) identificaram, nos EUA, respostas inconsistentes quanto à testagem, baseados em dois *surveys* nacionais, em 1990-91 e 1992. Dezoito por cento das pessoas que haviam informado ter sido testadas em 1990-91, negaram esta informação em 1992. Adicionalmente, daqueles que alegaram ter realizado testes na doação de sangue em 1990-91, 29% informaram que nunca haviam sido testadas em 1992. Assim, encontra-se dificuldades na confiabilidade de auto-relatos relacionados a testes anti-hiv.

Estes autores fazem recomendações para reduzir erros de medidas, tais como a utilização de linguagem adequada na pergunta, de modo a torná-la mais natural (ser bastante precisa quanto a testes sangüíneos para a AIDS) e apresentação da questão (abrindo com frases enfatizando que “Muitas pessoas têm sido testadas ...”), entre outras. Estes cuidados não foram mencionados no instrumento desenvolvido pela pesquisa MS/IBOPE.

Assuntos sensíveis, como comportamentos em saúde, particularmente aqueles que são considerados socialmente indesejáveis, estão sujeitos à superestimação em estudos populacionais. Estabelecer com os entrevistadores que eles devam ter posturas não-julgadoras e compreensivas é um modo de tentar minimizar vieses de informação. O IBOPE afirma ter garantido alguns destes mecanismos, com impactos potencialmente mitigadores, por exemplo ao determinar que homens são entrevistados por homens e mulheres por mulheres.

Como neste trabalho não foram realizadas análises multivariadas, é possível que algumas das diferenças encontradas se modifiquem após aferição de estimativas ajustadas. Assim, as diferenças aqui encontradas devem ser vistas como condições que podem denotar uma menor chance dos brasileiros terem acesso ao exame. Não há pretensão de indicar fatores preditores e/ou causais. Estes marcadores de acesso ao exame são interessantes, pois permitem aprimorar as estratégias de saúde pública, orientando os serviços para um melhor planejamento e priorização nos níveis nacional, regional e local.

A proporção de brasileiros que relatou ter sido testada, pelo menos uma vez na vida, é relativamente alta (29,9%), ainda que o desejável seja algo próximo de 100% (Stover e cols. 2002). A comparação com outros países não pode ser direta, pois a amostra estudada no Brasil referiu-se às pessoas que declararam vida sexual ativa nos últimos seis meses, diferentemente do encontrado nos estudos internacionais. Nestes últimos, as amostras se referiam à população em geral ou àquelas que declaram que, nos últimos 12 meses, tinham tido pelo menos uma relação sexual na vida.

Um estudo sobre a população italiana, com vida sexual ativa, identificou uma ocorrência de testagem equivalente (30%), mas é possível que estes valores sejam diferentes caso a condição de elegibilidade – vida sexual ativa - estiver restrita aos últimos seis meses, como no estudo MS/IBOPE (Renzi e cols. 2001). De acordo com Jeannin, Cohen e Bajos (1998) citados por Renzi e cols. (2001), outros países europeus teriam coberturas de 9 a 30%. No Canadá, entre 1995 e 1996, 40,4% e 30,4% de homens e mulheres acima de 15 anos, respectivamente, teriam sido testados na vida (Houston e cols. 1998).

Nos EUA, desde 1987, são coletadas anualmente informações sobre testagem anti-hiv, por meio do NHIS (*National Health Interview Survey*). Estes inquéritos indicam um crescimento importante da cobertura do teste em toda a população civil norte-americana, independentemente da atividade sexual, de cerca de 15% em 1987 para 39,7% em 1995 (Anderson, Carey, Taveras 2000). Inungu (2002), por outro lado, relatou que 34% dos entrevistados tinham sido testados no NHIS de

1998. Isto pode indicar estagnação ou estas variações podem ser oriundas de mudanças metodológicas (p.ex., a coleta foi feita, pela primeira vez, com o uso de computadores portáteis no NHIS de 1998).

As coberturas européias e norte-americanas são dificilmente comparáveis com os dados brasileiros em virtude das diferenças amostrais e da falta de séries históricas para nosso país. Mas considerando-se que o IBOPE abordou 1882 pessoas, das quais 1302 relataram vida sexual nos últimos seis meses, poder-se-ia esperar uma cobertura populacional geral de testes na vida, pelo menos 20,6%, equivalente à cobertura dos EUA em 1989 e inferior aos valores atuais da Itália, Canadá e outros países europeus.

Consistentemente com os valores projetados para 2003, o estudo MS/CEBRAP (2000) encontrou coberturas menores de teste a vida (20,2%) do que as dos países desenvolvidos. Em função das diferenças metodológicas (amostra da população residente em áreas urbanas - 77,7% dos brasileiros à época; faixa etária diferente com limite de 65 anos e atividade sexual nos últimos 12 meses), é difícil avaliar se houve, desde 1997-98, anos da coleta de MS/CEBRAP, aumento da cobertura da testagem para o HIV.

Considerando um período mais longo, há fortes indícios de que a cobertura tenha aumentado: valores apontados, em fins de 1991, pelo estudo realizado pelo Datafolha em sete capitais (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Curitiba, Salvador e Recife) indicavam uma cobertura global de 14% (DATAFOLHA 1991). Ou seja, uma taxa cerca de 2,5 vezes menor que a encontrada hoje em municípios com mais de 100 mil habitantes. A mesma tendência é confirmada por estudo mais recente, realizado pelo Núcleo de Opinião Pública da *Fundação Perseu Abramo* (2001), representativo do conjunto das mulheres brasileiras acima de 15 anos de idade: 25% das que se declararam não virgens (88% da amostra), relataram terem feito teste anti-hiv na vida, projetando ao menos 22% de cobertura entre essa população feminina.

As diferenças para a cobertura de teste por idade (extremos etários com menor cobertura) e região (Sul com maior cobertura e Norte e Nordeste com menores) foram consistentes com os achados de MS/CEBRAP (2000) para o Brasil, de Renzi e cols. (2001) para a Itália e Inungu (2002) para os EUA (exceto para os mais jovens), ainda que com valores absolutos diferentes. Dito de outro modo, os mais jovens, os mais velhos e os residentes em regiões mais pobres relatam menos testes.

Por outro lado, as coberturas de teste na vida sofrem uma inversão nos dados da MS/IBOPE segundo sexo, onde as mulheres alcançaram proporções superiores às dos homens ao contrário do identificado no estudo MS/CEBRAP (2000). O Datafolha (1991) tinha identificado o mesmo padrão quando os homens (19%) relataram mais testes do que as mulheres (10%). Para a Itália, as mulheres também tiveram coberturas menores, enquanto para os EUA não foram observadas diferenças por sexo (Renzi e cols. 2001; Inungu 2002). É possível que os esforços para a triagem de gestantes tenham modificado as proporções de testagem entre homens e mulheres desde a coleta de dados de MS/CEBRAP (1997-98) até o início de 2003. Com efeito, 27,2% das mulheres relataram o pré-natal como razão para testagem em 1997-98; em 2003, atingiu-se o percentual de 49,0%.

Há poucas informações de impacto desta política de rastreamento e tratamento de gestantes portadoras, com a esperada diminuição nas taxas nacionais de transmissão vertical. O Ministério da Saúde (2002b) estima que, a partir de 1997, estaria em curso uma possível redução no número de casos entre menores de 5 anos. Contudo, devemos manter o alerta quanto à ruptura dos padrões éticos relativos à decisão soberana das mulheres serem testadas ou não durante a gestação.

Os resultados deste estudo foram coincidentes com as diferenças encontradas em estudos com populações gerais dos EUA e Itália, quando observaram menores coberturas para os menos escolarizados, os moradores de regiões mais pobres e regiões não-metropolitanas. Estes resultados indicam que o desenvolvimento de estratégias para redução de iniquidades no acesso ao teste anti-hiv constitui uma tarefa nacional e internacional.

Nesta análise dos dados da pesquisa MS/IBOPE, assim como nos estudos nacionais e internacionais (Renzi e cols. 2001; Inungu 2002; Anderson, Carey, Taveras 2000; Holtzman e cols. 2001), as pessoas que declaram maior frequência de relações sexuais são mais frequentemente testadas para o HIV.

No que tange ao pagamento de testes, identificou-se uma proporção inversa à dos EUA (Anderson, Carey e Taveras 2000), onde 64,5% das pessoas obtiveram testes no setor privado. No Brasil, cerca de 80% declararam não terem pago pelo exame e 60,3%, dos que não pagaram, foram testados na rede pública de saúde. Em outros termos, um em cada dois testados fez o teste no setor público.

São extremamente elevadas as taxas de testes não-voluntários encontradas nesta análise, particularmente para os homens. Estas taxas já eram igualmente altas para o Brasil em 1998 - 56% para homens e 44,1% para mulheres (MS/CEBRAP 2000). Estes dados são menos surpreendentes se lembrarmos que oito em cada dez pessoas da população urbana brasileira considerou que o teste deveria ser obrigatório para qualquer pessoa, independentemente da situação de vulnerabilidade em relação ao HIV (MS/CEBRAP 2000). Foram descritas taxas elevadas de apoio à testagem obrigatória também para entre heterossexuais italianos, 70,7% para homens e 82,7% para mulheres.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A proporção de brasileiros testados ao menos uma vez na vida é relativamente alta, quase um terço dos entrevistados, com fortes indícios de que tem aumentado. As mulheres alcançaram proporções superiores aos homens, provavelmente em função do esforço para triagem de gestantes, que aumentou desde a pesquisa realizada em 1998 (MS/CEBRAPE 2000).

A grande maioria dos entrevistados realizou o teste no setor público, mas os menos escolarizados e moradores de regiões mais pobres têm menos acesso ao teste. O desenvolvimento de estratégias para redução de iniquidades no acesso ao teste anti-hiv é uma tarefa importante.

Descreveu-se uma população altamente vulnerável a estratégias coercitivas para testagem. Deste modo, a campanha "Fique Sabendo" é extremamente oportuna (Ministério da Saúde 2003). Particularmente em função das indicações da análise de Paiva e cols. (2003) que aponta para a urgência de se associar o teste anti-hiv ao abandono do uso do preservativo ou a escolha de outros métodos contraceptivos nas relações estáveis e conjugais, buscando a prevenção compartilhada ente casais.

Seria importante o Estado fortalecer, durante campanhas semelhantes a do "Fique Sabendo", as noções de que os testes devem ser, sempre, voluntários e confidenciais e acompanhados de aconselhamento de alta qualidade; que o acesso ao teste, oferecido deste modo, é um direito do cidadão. Devem-se também estabelecer mecanismos de referência e contra-referência em todos os espaços onde há disponibilidade de testes anti-hiv, notadamente onde isto tem sido insuficiente: bancos de sangue, laboratórios privados, unidades básicas de saúde, entre outros.

Recomenda-se que novas pesquisas sejam conduzidas em território nacional com critérios de elegibilidade que sejam comparáveis ao estudo de 2003 bem como aos de outras populações nacionais como EUA, Canadá e Itália. Do contrário, será impossível, no futuro, avaliar as tendências brasileiras e a posição relativa do país no cenário internacional.

***AGRADECIMENTOS: A Francisco I. Bastos (FIOCRUZ), ao Professor Norman Hearst ( da Universidade da Califórnia São Francisco) e aos técnicos do Programa Nacional de DST/AIDS pela paciente e competente revisão crítica dos manuscritos. A Aline Lopes (ABIA-RJ), Fernando P. Ramos, Eliana M. Zucchi, Graziela M. Gomes e Pedro B. Garrido, alunos do Instituto de Psicologia da USP, que colaboraram na busca de material bibliográfico.***

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson JE, Carey J, Taveras S. HIV testing among the general US population and persons at increased risk: information from national surveys, 1987-1996 **American Journal of Public Health**. 2000 Jul; 90(7): 1089-95

Bogdanich W, Koli E. 2 Paths of Bayer Drug in 80's: Riskier Type Went Overseas. **New York Times** New York, 2003 May 22; Business. Available from <URL: <http://www.nytimes.com/2003/05/22/business/22BLOO.html>> [2003 may 23]

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-infected adults and adolescents. **MMWR** 1998;47(No. RR-5).

COAS-Henfil. **Boletim Técnico Ano I No. 1**. São Paulo; 1999.

Connor, SS SIDA: aspectos sociales, jurídicos y eticos de la "tercera epidemia" *Bol Of Sanit Panam*,105 (5-6), 1988, p.587-604

Constituinte proíbe toda comercialização de sangue. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 1988 maio 18; cad. 1: 3.

Craven BM, Stewart GT, Khan M AIDS: safety, regulation and the law in procedures using blood and blood products. **Med Sci Law** 1997 Jul;37(3):215-27

DATAFOLHA. **Relatório de pesquisa de opinião número**. São Paulo; 1991.

França Junior e cols. Aspectos metodológicos e analíticos da pesquisa MS/IBOPE, Brasil - 2003 (2003)

Fundação Perseu Abramos. Núcleo de Opinião Pública. **A mulher brasileira nos espaços público e privado** [online]. 2001 Disponível em URL:<http://www.fpabramo.org.br/nop/mulheres/download.htm> [2003 Out 12].

Holtzman D, Bland S, Lansky A, Mack KA. HIV-related behaviors and perceptions among adults in 25 states: 1997 Behavioral Risk Factor Surveillance System. **Am J Public Health** 2001; 91 (11): 1882-1888.

Houston S, Archibald CP, Strike C, Sutherland D. Factors associated with HIV testing among Canadians: Results of a population-based survey. **International Journal of STD and AIDS** 1998; 9 (6): 341-346.

Inungu,-J-N Potential barriers to seeking human immunodeficiency virus testing among adults in the United States: data from the 1998 National Health Interview Survey. **AIDS Patient Care STDS**. 2002 Jun; 16(6): 293-9

Kalichman AO. **Vigilância epidemiológica de AIDS: recuperação histórica de conceitos e práticas**. São Paulo; 1993. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina da USP].

Kellerman SE, Lehman JS, Lansky A, Stevens MR, Hecht FM, Bindman AB, Wortley PM. HIV testing within at-risk populations in the United States and the reasons for seeking or avoiding HIV testing. **J Acquir Immune Defic Syndr**. 2002 Oct 1; 31(2): 202-10.

Marques HHS, Latorre MRDO, DellaNegra M, Pluciennik AMA, Salomão MLM e Grupo de Pesquisadores do Enhancing Care Initiative-ECI-Brazil. Falhas na identificação da infecção pelo HIV durante a gravidez em São Paulo, SP, 1998. **Rev Saúde Pública** 2002;36(4):385-92.

Ministério da Saúde 1999. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – Manual**, Brasília, 35 pp.

Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS**, Ano XV, n. 1, out. 2001 a mar. 2002. Brasília: MS; 2002a.

Ministério da Saúde. Secretaria de Programas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Unidade de Prevenção. **Políticas e diretrizes de prevenção e assistência das DST/AIDS entre mulheres**. Brasília: MS; 2002b. (mimeo)

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Fique Sabendo** [online]. 2003 Disponível em URL:<http://www.aids.gov.br/fiquesabendo/> [2003 jun 20]

MS/CEBRAP. **Comportamento sexual da População Brasileira e Percepções do HIV/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

Pasternak J, Marchi MM, Amato VS, Amato Neto V Implicações éticas da triagem sorológica para o Vírus da Imunodeficiência Humana. **Bioética** 1993; 1(1): 23-37.

Phillips KA, Catania JA. Consistency of self-reports of HIV testing: longitudinal findings from the National AIDS Behavioral Surveys. **Public Health Reports** 1995; 110: 749-753.

Renzi, C; Zantedeschi, E; Signorelli, C; Osborn, JF Factors associated with HIV testing: results from an Italian General Population Survey. **Prev Med**. 2001 Jan; 32(1): 40-48.

Riess, TH; Kim,C; Downing,M Motives for HIV testing among drug users: An analysis of gender differences. **AIDS Education and Prevention**. 2001 Dec; Vol 13(6): 509-523.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL., França-Junior I, Diniz CSG, Portella AP, Ludermir AB, Falcão MTC, Valença O. Cobertura de testes anti-hiv em mulheres em idade reprodutiva na cidade de São Paulo (SP) e zona da mata de Pernambuco (PE) e sua distribuição por características sociodemográficas [resumo]. In: **V Congresso Brasileiro de Epidemiologia**; 2002, Curitiba(PR). Curitiba: ABRASCO, 2002.

Segurado AC, Miranda SD, Latorre MRDO, Ayres JRCM, Marques HS, Buchalla C, Franca-Jr I, Paiva V, Pluciennik AA, Gravato-Silva N, Lacerda R, Salomao ML, della-Negra M. Evaluation of the Care of Women Living with HIV/AIDS in Sao Paulo, Brazil. **AIDS Patient Care and STDs** 2003; 17(2): 85-93.

Szwarcwald CL, Castilho EA. Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. **Cadernos de Saúde Pública**. 2000 16 (1): 135-141.



Turnock BJ, Kelly CJ Mandatory premarital testing for human immunodeficiency virus: the Illinois experience. *JAMA* 1989; **261**: 3415-3418.

UNAIDS/IPU *Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights*, Geneva, Switzerland, 1999, 152 pp.

UNAIDS/WHO. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS/WHO 1998.

Valleroy, LA; MacKellar, D-A; Karon, J-M; Rosen, D-H; McFarland, W; Shehan, D-A; Stoyanoff, S-R; LaLota, M; Celentano, D-D; Koblin, B-A; Thiede, H; Katz, M-H; Torian, L-V; Janssen, R-S HIV prevalence and associated risks in young men who have sex with men. Young Men's Survey Study Group. *JAMA*. 2000 Jul 12; 284(2): 198-204

World Health Organization. *Guidelines for Counseling about HIV Infection and Disease*. Geneva, Switzerland: WHO Series 8, Global Programme on AIDS, 1990.