

Ivan França Junior^I

Gabriela Calazans^{II}

Eliana Miura Zucchi^{III}

Grupo de Estudos em
População, Sexualidade e Aids*

Mudanças no âmbito da testagem anti-HIV no Brasil entre 1998 e 2005

Changes in HIV testing in Brazil between 1998 and 2005

RESUMO

OBJETIVO: Analisar mudanças na realização de teste anti-HIV, as razões alegadas entre as pessoas que foram ou não testadas e o recebimento de aconselhamento.

MÉTODOS: Estudos transversais conduzidos com homens e mulheres de 16 a 65 anos, com amostras representativas do Brasil urbano em 1998 (n=3.600) e 2005 (n=5.040). Características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e de experiências de vida e saúde foram consideradas na análise. A avaliação das possíveis diferenças nas distribuições das variáveis baseou-se nos testes qui-quadrado de Pearson e *F design-based* ($\alpha < 5\%$).

RESULTADOS: Em 1998, 20,2% dos entrevistados haviam realizado o teste e 33,6% em 2005. Foram testadas 60% das mulheres na faixa 25-34 anos, mas as que iniciaram a vida sexual antes dos 16 anos e reportaram quatro ou mais parceiros sexuais nos cinco anos anteriores à entrevista foram menos testadas. Não se observou aumento significativo da testagem entre homens, exceto para os de 55-65 anos, renda per capita entre 1-3 e 5-10 salários mínimos, aposentados, protestantes históricos e adeptos de cultos afro-brasileiros, moradores da região Norte/Nordeste e os que declararam parceria homo/bissexual ou não tiveram relações sexuais nos cinco anos anteriores à entrevista. Não aumentou a frequência de testagem entre pessoas auto-avaliadas como sob alto risco para o HIV. Entre as mulheres, a frequência de testagem pré-natal aumentou e a testagem por trabalho diminuiu entre os homens. Em 2005, metade dos testados não recebeu orientação antes ou após o teste.

CONCLUSÕES: Houve expansão desigual na testagem, atingindo principalmente mulheres em idade reprodutiva, adultas e pessoas com melhores condições sociais. A testagem parece estar aumentando no País sem a devida atenção à decisão autônoma das pessoas e sem o provimento de maior e melhor oferta de aconselhamento.

DESCRITORES: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, diagnóstico. HIV. Fatores Socioeconômicos. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Desigualdades em Saúde. Estudos Transversais. Estudos Populacionais em Saúde Pública. Brasil. Estudos transversais.

^I Departamento de Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Saúde Pública (FSP). Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

^{II} Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. FSP-USP. São Paulo, SP, Brasil

* Integrantes: Elza Berquó, Francisco Inácio Pinkusfeld Bastos, Ivan França Junior, Regina Barbosa, Sandra Garcia, Vera Paiva, Wilton Bussab.

Correspondência | Correspondence:
Ivan França Junior
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública – USP
Av. Dr. Arnaldo, 715 – sala 218
01246-940 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: ifjunior@usp.br

Recebido: 16/10/2007
Revisado: 5/5/2008
Aprovado: 19/5/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze changes in HIV testing, reasons reported by those who were tested or not and received counseling.

METHODS: Cross-sectional studies conducted in both men and women aged 16 to 65 years based on representative samples of urban Brazil in 1998 (n=3,600) and 2005 (n=5,040). Sociodemographic, sexual, reproductive characteristics, life experiences and health data were collected and analyzed. Potential differences in the distribution of variables was analyzed using Pearson's chi-square and design-based F test ($\alpha < 5\%$).

RESULTS: In 1998 and 2005, 20.2% and 33.6% of interviewees had been tested, respectively. A total of 60% women aged 25–34 years were tested, but those who reported sexual initiation before the age of 16 and four or more sexual partners in the five years prior to the interview were less tested. There was no significant increase in testing among men, except among those aged 55–65 years, per capita income between 1–3 and 5–10 monthly minimum wages, retired, historical Protestant and followers of African-Brazilian religions, living in the North/Northeast region and who reported homosexual/bisexual partners or no sexual relationship in the five years prior to the interview. Testing rates did not increase in those who self-reported as high risk for HIV. Among women, prenatal testing rate increased while work-related testing decreased among men. In 2005, half of those who were tested did not receive any advice before or after testing.

CONCLUSIONS: HIV testing scaling up was unequal and was mostly seen among women at childbearing age, adults and those better off. There seems to be an increase in testing rates in Brazil but without regard for people's right to free choice and without offering more widely and better quality counseling.

DESCRIPTORS: Acquired Immunodeficiency Syndrome, diagnosis. HIV. Socioeconomic Factors. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Health Inequalities. Cross-Sectional Studies. Population Studies in Public Health. Brazil. Cross-sectional studies.

INTRODUÇÃO

O teste anti-HIV, licenciado em 1985, dirigia-se inicialmente ao controle de sangue e hemoderivados. Também se recomendava a oferta da testagem voluntária com aconselhamento para pessoas com risco acrescido em serviços de saúde, constituindo-se como padrão de prevenção primária e secundária.^{31,a,b} Em São Paulo, os testes tornaram-se disponíveis em 1986 em resposta à pressão da sociedade civil sobre a Assembléia Legislativa para tornar obrigatória a triagem sorológica para o HIV nos bancos de sangue.^c Em 1988, essa obrigatoriedade expandiu-se para todo o País.^d

Entre 1987 e 1988, foram criados os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), então designados Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS); voltados para a testagem gratuita, confidencial e anônima principalmente aos designados “grupos de risco” – homossexuais masculinos, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis.^a

A introdução da terapia anti-retroviral de alta atividade (TARV), em 1996, como direito no Brasil, converteu o teste em recurso diagnóstico destinado a identificar aqueles em necessidade e com direito à TARV. Como

^a Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Aconselhamento: um desafio para prática integral em saúde - avaliação das ações. Brasília; 1999.

^b Wolfenbüttel K. A organização tecnológica do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no enfrentamento da epidemia de DST/Aids no Estado de São Paulo. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2006.

^c Lei nº 5.190, de 20 de junho de 1986. Dispõe sobre a realização de testes para detecção de anticorpos do vírus da Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS). Diário Oficial do Estado de São Paulo. 21 jun 1986.

^d Brasil. Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 27 jan 1988.

medida preventiva, o diagnóstico precoce busca oferecer cuidados clínicos integrais à saúde que permitam a diminuição da morbi-mortalidade e assim reduzir a transmissão vertical, sexual e parenteral pela menor circulação do HIV a partir da redução da carga viral.⁸

Dados os processos de estigmatização e discriminação associados ao HIV/Aids reconhecidos desde o início da epidemia,²² a ampliação da testagem baseou-se nos princípios normativos: aconselhamento e informação sobre HIV/Aids antes e depois do teste; consentimento informado, específico e voluntário pela pessoa a ser testada; e confidencialidade dos resultados do teste.^a Desse modo, busca-se integrar os direitos de liberdade (autonomia privada) e de igualdade (saúde e educação).¹²

O objetivo do presente artigo foi analisar mudanças na realização de teste anti-HIV e as razões alegadas entre as pessoas que foram ou não testadas e o recebimento de aconselhamento.

MÉTODOS

Os dados analisados referem-se aos achados da pesquisa “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira Sobre HIV/Aids”, realizada em 2005,^b e cotejados com pesquisa similar realizada em 1998.^c

Ambas pesquisas basearam-se em amostras representativas da população urbana brasileira a partir de micro-áreas definidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O plano amostral, estratificado em múltiplos estágios, sorteou, em cada microrregião e sucessivamente, setores censitários, domicílios particulares e indivíduos entre 16 e 65 anos.

Para 2005 aumentou-se o número e modificou-se o critério para a seleção das microrregiões, incluindo mais áreas urbanas do que a amostra de 1998.⁶

As amostras finais foram de 3.600, em 1998, e de 5.040, em 2005, homens e mulheres, na faixa etária de 16 a 65 anos.

Características sociodemográficas, sexuais, reprodutivas e de experiências de vida e saúde foram consideradas variáveis dependentes; realização de teste anti-HIV, razões para ser testado e recebimento de aconselhamento foram analisados como desfechos.

Para as análises temporais, foram elaboradas tabelas de dupla entrada, segundo sexo, com as principais variáveis sociodemográficas: idade, cor da pele, nível educacional completado, renda familiar per capita, macrorregião do País, estado conjugal, ocupação atual,

religião atual, práticas sexuais e reprodutivas, idade na primeira relação sexual, uso de condom na primeira relação sexual, tipo de parceria sexual nos cinco anos anteriores à entrevista, número de parceiros sexuais nos cinco anos anteriores à entrevista, ocorrência pregressa de doença sexualmente transmissível (DST), existência de filhos, experiências de vida e saúde relacionadas à epidemia, auto-avaliação de risco para o HIV, posição quanto à compulsoriedade do teste. As categorias das variáveis foram definidas de modo a manter a comparabilidade entre as pesquisas de 1998 e 2005.

Na edição de 2005, foram acrescentadas questões sobre as razões para realizar ou não o último teste e existência de aconselhamento, individual ou grupal, pré e pós-teste. Considerando que parte da população desconhece a expressão aconselhamento, foi perguntado “Conversou sobre o assunto antes de fazer o último teste?”.

Os dados analisados foram ajustados por peso, unidade estatística primária e estrato amostral para amostras complexas (Stata 8.0).⁶ As diferenças entre 1998 e 2005 foram testadas usando o qui-quadrado de Pearson e a estatística F *design-based*, com níveis de significância de 5%.

O projeto da pesquisa “Comportamento Sexual e Percepções da População Brasileira Sobre HIV/Aids” foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

RESULTADOS

Em 1998, 20,2% dos entrevistados tinham feito o teste anti-HIV (IC 95%: 16,2;24,3), e em 2005, essa proporção foi de 33,6% (IC 95%: 31,7;35,4). Contudo, essas taxas incluem testes feitos na doação de sangue, cuja exclusão reduz as proporções dos que realizaram testes para 15,3% e 28,6% em 1998 e 2005, respectivamente. Se, além dessa exclusão, forem retirados os testes do pré-natal, o acesso aos testes diminui para 13,5% e 20,8% respectivamente.

Na Tabela 1 são apresentadas as mudanças ocorridas entre 1998 e 2005 na realização de testes para homens e mulheres, segundo variáveis sociodemográficas.

Dentre as mulheres, tanto em 1998 como em 2005, identificou-se menor proporção de testes nos extremos de idade (16-19 e 55-65 anos), na região Norte/Nordeste, em algumas ocupações (empregada(o) doméstica(o), profissional liberal, aposentada(o), estudante e dona de casa). Em 2005, observaram-se diferenças significativas, com menor participação relativa na testagem das mulheres negras, analfabetas ou com ensino fundamental,

^a Jürgens R. Increasing access to HIV testing and counseling while respecting human rights [internet]. New York: Public Health Program of the Open Society Institute; 2007. Disponível em: http://www.soros.org/initiatives/health/articles_publications/publications/testing_20070907/increasing_20070907.pdf [Acesso em 10 out 2007].

^b Pesquisa coordenada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap) e Ministério da Saúde.

^c Berquó E, coordenador. In: Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/Aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional DST e Aids; 2000 (Série avaliação, 4).

Tabela 1. Realização de testes anti-HIV, segundo características sociodemográficas. Brasil, 1998 e 2005.

Variável	Mulher				Homem			
	1998		2005		1998		2005	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Faixa etária (anos)								
16 - 19	201	14,0 (5,7;30,4)	227	18,5 (14,0;24,0)***	216	15,6 (4,2;43,6)	233	5,4 (3,1;9,4)***
20 - 24	212	21,2 (12,3;34,0)	321	45,6 (39,3;52,1)**	211	18,5 (10,8;29,8)	301	22,1 (16,9;28,3)***
25 - 34	500	19,6 (12,4;29,7)	716	60,3 (55,7;64,8)**	397	40,4 (30,8;50,9)	574	40,9 (36,0;45,9)***
35 - 44	416	15,1 (8,2;26,4)	616	42,6 (37,6;47,8)**	312	35,0 (23,0;49,3)	532	36,0 (31,2;41,0)***
45 - 54	274	9,6 (4,7;18,8)	469	25,1 (21,0;30,0)**	201	19,4 (11,1;31,8)	380	30,4 (25,1;36,2)***
55 - 65	229	1,0 (0,4;2,4)	382	16,1 (12,1;21,0)**	148	7,2 (3,2;15,7)	272	20,8 (15,9;26,7)**
		p<0,05		p<0,00001		p<0,02		p<0,00001
Cor da pele								
Branca	875	15,9 (10,8;22,9)	1350	41,7 (38,4;45,0)**	693	30,0 (21,0;40,9)	1127	30,1 (27,4;33,2)***
Negra	813	14,1 (8,1;23,3)	1282	35,0 (31,8;38,5)**	713	22,6 (17,9;28,1)	1113	26,7 (23,6;30,2)***
		p<0,6		p<0,003		p<0,16		p<0,15
Nível educacional								
Não lê/escreve	185	7,8 (2,6;21,4)	160	14,0 (8,8;21,5)***	116	10,8 (5,0;22,1)	113	10,0 (4,9;19,1)***
Fundamental	978	14,8 (8,0;25,9)	1212	33,1 (30,0;36,5)**	875	21,0 (15,7;27,5)	1027	21,7 (19,1;24,6)***
Médio	494	16,7 (11,7;23,2)	876	43,2 (39,4;47,0)***	356	33,5 (24,1;44,4)	801	31,3 (27,8;35,0)***
Superior	175	15,2 (10,2;21,9)	443	50,1 (44,6;55,6)***	138	48,0 (32,3;64,0)	321	48,1 (41,4;55,0)***
		p<0,59		p<0,0001		p<0,001		p<0,0001
Renda familiar (salário mínimo)								
Até 1	209	2,9 (1,5;5,5)	450	31,6 (26,7;36,9)**	114	10,2 (4,8;20,5)	236	8,3 (5,2;13,1)***
Mais de 1 a 3	427	13,0 (7,1;22,6)	1048	33,8 (30,3;37,5)**	350	8,7 (5,5;13,5)	844	21,8 (18,8;25,1)**
Mais de 3 a 5	301	12,9 (7,1;22,2)	506	42,4 (37,4;47,5)**	293	29,7 (20,4;41,0)	501	31,2 (26,7;36,1)***
Mais de 5 a 10	288	27,4 (12,3;50,5)	377	43,5 (37,6;49,6)***	309	23,6 (15,1;34,8)	394	38,6 (33,1;44,4)*
Mais de 10	255	13,7 (7,4;24,0)	209	48,1 (40,6;55,7)**	232	30,8 (21,7;41,6)	213	36,9 (30,1;44,3)***
Não sabe/ignorado	352	12,0 (6,9;20,0)	141	39,0 (31,2;47,5)**	187	41,7 (25,2;60,3)	104	35,7 (25,1;54,5)*
		p<0,075****		p<0,0002****		p<0,002****		p<0,00001****
Região do Brasil								
Norte/Nordeste	611	4,4 (2,4;7,9)	701	27,1 (23,3;31,3)**	493	15,6 (11,9;20,3)	557	22,1 (18,4;26,4)*
Centro-Oeste/Sudeste	768	13,7 (9,3;19,9)	680	37,8 (32,6;43,2)**	612	28,8 (17,8;43,1)	579	27,2 (23,4;31,4)***
Estado de São Paulo	188	24,6 (11,6;44,7)	665	45,7 (41,1;50,3)*	133	29,8 (20,2;41,6)	586	33,6 (29,6;37,9)***
Sul	265	18,7 (12,0;28)	685	44,5 (40,4;48,7)**	247	31,9 (21,0;45,1)	570	32,0 (27,5;36,8)***
		p<0,013		p<0,00001		p<0,13		p<0,0001
Estado conjugal								
Solteira(o)	512	13,9 (8,4;21,9)	722	29,5 (25,6;33,7)**	549	21,6 (13,2;33,3)	831	23,5 (20,2;27,1)***
Casado(a)/unido(a)/ mora junto	999	15,6 (10,0;23,4)	1544	42,6 (39,7;45,6)**	862	29,2 (23,6;35,6)	1307	31,6 (28,7;34,7)***
Separada(o)/ divorciada(o)/ Viúva(o)	186	22,5 (13,0;36,1)	315	45,3 (38,0;52,8)**	58	29,0 (12,8;53,3)	129	36,2 (26,1;47,8)***
Não sabe/ignorado	135	6,0 (1,6;20,1)	150	22,2 (15,5;30,9)*	16	9,6 (1,3;45,5)	25	17,8 (5,7;43,4)***
		p<0,41****		p<0,0001****		p<0,29****		p<0,0001****

Continua

Continuação Tabela 1

Variável	Mulher				Homem			
	1998		2005		1998		2005	
	n	% (IC 95%)						
Ocupação atual								
Empregado privado	200	30,0 (17,0;47,3)	509	46,6 (41,4;51,9)***	437	30,5 (23,3;38,9)	848	31,8 (28,0;35,9)***
Empregado público	199	14,9 (7,4;27,9)	203	49,2 (40,8;57,7)**	132	47,5 (34,1;61,2)	171	56,6 (47,3;65,5)***
Trabalhador autônomo	178	14,7 (5,5;33,5)	330	43,6 (37,7;49,8)**	412	21,0 (12,6;33,0)	577	24,5 (20,6;28,8)***
Empregado doméstico	128	7,5 (3,2;16,7)	191	24,7 (18,5;32,3)*	4	0 (0)	3	60,9 (11,6;94,9)
Profissional liberal	12	7,5 (1,4;31,4)	45	35,3 (21,7;51,8)***	24	18,3 (6,4;42,2)	57	30,5 (20,5;43,1)***
Dono de negócio	71	15,7 (4,4;43,0)	64	37,2 (26,0;49,9)***	86	35,4 (16,2;60,9)	81	27,6 (17,8;40,1)***
Desempregado	97	28,1 (12,5;51,7)	218	48,4 (40,7;56,0)***	170	30,1 (17,3;46,9)	212	22,4 (16,5;29,5)***
Aposentado	163	5,3 (1,8;14,4)	217	22,8 (16,7;30,2)**	107	11,2 (4,4;25,8)	165	24,6 (17,8;32,9)*
Estudante	136	10,2 (4,4;21,9)	164	19,4 (13,5;27,0)***	111	17,5 (5,6;42,8)	137	10,4 (6,2;16,8)***
Dono de casa	638	10,8 (6,7;16,9)	745	36,0 (31,9;40,2)**	0	-	0	-
Outras	10	1,5 (0,2;12,3)	44	41,3 (25,7;58,8)***	2	31,4 (2,7;88,1)	41	28,2 (15,1;46,4)***
		p<0,015		p<0,0001		p<0,072		p<0,00001
Religião atual								
Católica	1316	14,7 (9,5;21,9)	1718	35,5 (32,7;38,5)**	1105	27,8 (21,1;35,8)	1531	28,4 (25,6;31,4)***
Protestante histórico	81	6,5 (1,6;22,5)	224	39,3 (32,2;46,8)**	81	13,0 (5,8;26,8)	167	28,1 (20,9;36,6)*
Pentecostal	228	17,6 (8,8;32,0)	439	38,6 (33,7;43,8)**	111	15,0 (6,7;30,2)	231	24,0(18,2;30,9)***
Espírita	59	16,3 (6,5;35,2)	116	53,2 (41,9;64,1)**	33	46,2 (19,3;75,5)	63	43,0 (29,8;57,3)***
Afro-brasileira	6	1,4 (0,1;12,2)	18	51,9 (25,5;77,3)***	7	6,4 (0,8;37,7)	9	68,9 (28,9;92,3)*
Nenhuma	86	8,1 (2,5;23,1)	168	49,7 (40,7;58,6)**	119	29,4 (15,2;49,4)	254	29,1 (22,7;36,4)***
Outra	54	23,9 (6,5;58,4)	44	43,0 (27,6;60,0)	25	18,7 (4,3;53,7)	35	23,7 (11,6;42,4)***
		p<0,56		p<0,004		p<0,21		p<0,11
Total	1832	14,8 (10,3;20,9)	2731	38,2 (35,7;40,7)	1485	26,2 (20,6;32,6)	2292	28,4 (26,3;30,7)

Diferenças entre 1998 e 2005:

* p<0,05

** p<0,01

*** p=não significativo

**** Não sabe ou não respondeu foram excluídos do teste.

com renda menor do que três salários mínimos (SM), moradoras das regiões Norte/Nordeste e Centro-Oeste/Sudeste, solteiras, aposentadas, estudantes e adeptas ao catolicismo e protestantismo.

Comparando-se os resultados de 1998 e 2005, observou-se aumento na testagem entre as mulheres em quase todas as categorias consideradas, alcançando 60% na faixa etária 25-34 anos. Não houve aumento significativo entre mulheres de 16-19 anos, entrevistadas que declararam não saber ler ou escrever, que declararam renda familiar per capita entre 5-10 SM e algumas ocupações (empregadas do setor privado, desempregadas e estudantes). O número de entrevistadas foi pequeno em algumas categorias (profissionais liberais, dona de negócio, religião afro-brasileiras), dificultando a identificação de diferenças.

Em relação aos homens, em ambas as pesquisas, observou-se menor realização de teste nos extremos de

idade (16-19 e 55-65 anos), entre analfabetos ou aqueles com ensino fundamental, e entre aqueles com renda inferior a três SM. Observam-se em 2005 diferenças significativas na testagem, com menor frequência de testagem entre residentes nas regiões Norte/Nordeste e Centro-Oeste/Sudeste, solteiros, desempregados e estudantes. Contudo, comparando-se a frequência de testagem em 1998 com a de 2005, não houve incremento na realização de testes, exceto para aqueles com 55-65 anos, renda entre 1-3 e 5-10 SM per capita, aposentados, adeptos do protestantismo histórico e de cultos afro-brasileiros, moradores da região Norte/Nordeste, e, por fim, os que declararam relações homossexuais ou que relataram não ter tido relações sexuais nos cinco anos anteriores à entrevista. Entre os mais frequentemente testados, apenas os seguidores de cultos afro-brasileiros e os com relações homossexuais atingiram proporções elevadas.

Tabela 2. Realização de testes anti-HIV, segundo características sexuais e reprodutivas. Brasil, 1998 e 2005.

Variável	Mulher				Homem			
	1998		2005		1998		2005	
	n	% (IC95%)						
Sexualmente ativo								
Sim	1638	16,3 (11,3;22,9)	2555	41,3 (38,7;44,0)**	1402	27,8 (22,2;34,2)	2188	30,1 (27,8;32,5)***
Nunca	194	2,7 (0,4;14,9)	168	3,4 (1,5;7,5)	83	0 (0)	102	3,1 (1,0;9,3)
Idade na 1ª relação sexual (anos)								
Antes dos 15	132	27,1 (10,5;54,1)	270	51,8 (43,8;59,7)***	377	29,5 (20,0;41,1)	649	29,6(25,7;33,7)***
15 a 23	1286	15,7 (10,9;22,0)	1980	40,7 (37,8;43,7)**	982	26,1 (19,6;33,9)	1440	30,9 (28,0;34,0)***
24 ou mais	218	12,2 (5,3;25,6)	263	37,2 (29,6;45,4)**	221	57,5 (38,1;74,8)	543	21,3 (11,1;37,0)***
		p<0,29		p<0,02		p<0,14		p<0,41
Uso de preservativo na 1ª relação sexual								
Sim	221	17,9 (7,2;37,8)	543	49,7 (44,7;54,7)**	240	35,6 (21,4;52,8)	504	27,2 (22,9;31,8)***
Não	1417	15,9 (11,8;21,1)	1989	38,6 (35,8;41,5)**	1162	26,1 (21,3;31,5)	1673	31,1 (28,4;33,9)***
		p<0,66		p<0,0002		p<0,19		p<0,15
Parcerias sexuais nos últimos cinco anos								
Heterossexual	1418	16,9 (11,2;24,7)	2482	39,2 (36,7;41,8)**	1312	28,0 (22,1;34,9)	2197	27,7 (25,6;30,0)***
Homo/bissexual	21	44,5 (10,3;84,8)	19	72,7 (47,2;88,8)*	23	8,6 (2,5;25,6)	45	58,5 (41,8;73,4)**
Sem relações	392	4,9 (2,1;10,9)	230	21,2 (15,3;28,6)**	149	12,5 (4,0;33,2)	50	34,1 (18,9;53,6)*
Não respondeu	1	0 (0)	0	-	1	100 (0)	0	-
		p<0,17****		p<0,00001		p<0,026****		p<0,0006
Nº de parceiros sexuais (últimos 5 anos)								
Nenhum	190	5,6 (1,9;15,2)	231	21,7 (15,8;29,2)**	31	45,4 (13,7;81,3)	50	34,1 (18,9;53,6)***
Um	1136	12,5 (8,3;18,4)	1847	40,0 (37,1;43,0)**	606	29,3 (22,6;36,9)	1091	29,1 (26,2;32,2)***
De dois a três	155	29,3 (15,5;48,2)	245	55,2 (47,4;62,7)*	154	20,9 (12,7;32,5)	219	37,5 (30,3;45,3)*
De 4 a 5	123	36,6 (16,0;63,8)	166	52,7 (43,4;61,8)***	274	32,2 (18,4;50,1)	397	28,4 (23,2;34,3)***
Mais de 6	26	61,1 (29,3;85,6)	43	65,0 (48,1;78,8)***	301	24,0 (16,7;33,2)	386	31,2 (26,0;37,1)***
Não sabe	3	9,6 (0,9;56,0)	4	18,7 (1,2;72,3)***	29	27,4 (6,3;68,0)	26	13,4 (4,9;31,7)***
Não respondeu	5	41,5 (5,5;89,7)	18	39,5 (18,3;65,6)***	7	0	19	33,7 (11,5;66,5)
		p<0,0002****		p<0,0001		p<0,62****		p<0,35
Teve DST na vida?								
Sim	109	8,8 (3,9;18,7)	439	47,8 (42,2;53,5)**	307	24,3 (16,7;34,0)	413	35,8 (29,8;42,3)*
Não	1700	15,4 (10,6;21,9)	2166	37,9 (35,2;40,7)**	1166	26,6 (20,6;34,0)	1773	27,3 (25,0;29,6)***
Não sabe	4	0	12	27,3 (7,4;63,6)	4	0	5	54,4 (15,2;88,8)
Não respondeu	19	0	2	45,2 (4,9;93,0)	8	0	0	-
		p<0,19****		p<0,003		p<0,67****		p<0,008
Teve filhos?								
Sim	1345	15,1 (9,1;23,8)	2070	42,9 (40,0;45,8)**	886	29,0 (23,9;34,8)	1397	31,8 (29,0;34,8)***
Não	483	12,2 (7,2;20,0)	661	25,2 (21,4;29,5)**	598	22,6 (13,4;35,5)	889	23,9 (20,6;27,5)***
Não sabe/ respondeu	5	96,4 (71,3;99,7)	3	-	5	0	6	7,2 (1,3;30,9)
		p<0,57****		p<0,0001		p<0,32****		p<0,001****
Total	1832	14,8 (10,3;20,9)	2731	38,2 (35,7;40,7)	1485	26,2 (20,6;32,6)	2292	28,4 (26,3;30,7)

Diferenças entre 1998 e 2005:

* p<0.05

** p<0.01

*** p=NS

**** Não sabe ou não respondeu foram excluídos do teste.

Na Tabela 2 são exibidas as freqüências de testagem na vida para homens e mulheres, segundo variáveis sexuais e reprodutivas. Foi possível identificar diferenças entre sexos em cada ano de estudo. Em 1998, mulheres com um ou nenhum parceiro sexual nos cinco anos anteriores à entrevista e homens que declararam parceria homo e bissexual foram menos testados.

No que se refere às mulheres, em 2005, observaram-se diferenças significativas em todas as variáveis consideradas, com menor proporção de testes para as que: iniciaram a vida sexual entre 16 e 23 anos, não usaram preservativo na primeira relação, declararam não ter tido relações nos cinco anos anteriores à entrevista ou serem heterossexuais, não apresentaram DST na vida ou não tiveram filhos.

Quanto aos homens, em 2005, registrou-se testagem significativamente menor entre heterossexuais, sem DST na vida e sem filhos.

Observou-se aumento significativo, entre 1998 e 2005, na realização de teste entre mulheres em quase todas as categorias, exceto para as que tiveram a primeira

relação sexual antes dos 16 anos ou que declararam ter tido quatro ou mais parceiros sexuais nos cinco anos anteriores à entrevista. Para os homens, contudo, observou-se aumento significativo na testagem entre os que declararam nos cinco anos anteriores à entrevista: ter tido parceria homo ou bissexual, não ter tido relações sexuais, dois a três parceiros sexuais e os que apresentaram alguma DST na vida.

Quando analisadas as mudanças de realização de teste por experiências de vida e saúde (Tabela 3), foram expressivas as mudanças entre 1998 e 2005 entre as mulheres, exceto para aquelas que se auto-avaliaram como sob alto risco para infecção por HIV. Por outro lado, não se observou incremento significativo na testagem em nenhuma das variáveis consideradas.

Persistiram em 2005 diferenças significativas, também identificadas em 1998, na realização mais freqüente de testes por mulheres e homens que conheciam pessoalmente alguém com HIV. Entre as mulheres, em 1998, as que se auto-avaliaram como sob alto risco foram mais testadas, enquanto em 2005 foram

Tabela 3. Realização de testes anti-HIV, segundo percepções e experiências de vida e saúde. Brasil, 1998 e 2005.

Variável	Mulher				Homem			
	1998		2005		1998		2005	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Conhece alguém pessoalmente com HIV								
Sim	405	24,9 (13,2;41,9)	1258	47,8 (44,5;51,1)**	229	42,5 (30,8;55,1)	979	39,1 (35,8;42,5)***
Não	1418	10,8 (7,4;15,5)	1472	30,2 (27,0;33,2)**	1253	22,4 (16,4;29,8)	1309	20,4 (17,9;23,1)***
Não sabe	7	45,4 (10,9;84,9)	1	100 (-)	3	0	3	100 (-)
Não respondeu	2	0	0	-	0	-	1	0
	p<0,02****		p<0,00001****		p<0,003****		p<0,00001****	
Auto-avaliação do risco de contrair HIV								
Nenhum	827	11,8 (7,0;19,1)	1785	33,3 (30,5;36,2)**	703	26,8 (21,1;33,4)	1519	26,4 (23,8;29,1)***
Baixo	647	16,3 (9,7;26,0)	621	50,4 (45,7;55,2)**	537	28,0 (18,9;39,4)	542	36,1 (31,7;40,6)***
Médio	211	13,4 (6,9;24,2)	211	41,5 (34,3;49,0)**	147	24,2 (12,4;41,7)	146	23,3 (16,3;32,2)***
Alto	69	54,5 (30,4;76,6)	70	37,3 (25,6;50,8)***	60	18,9 (7,5;40,1)	70	28,0 (17,6;41,4)***
Não sabe	75	2,2 (0,6;7,9)	42	45,3 (28,4;63,3)**	37	10,2 (1,7;42,4)	13	20,9 (6,6;49,4)***
Não respondeu	3	0	2	51,5 (6,1;94,6)	1	0	2	38,8 (3,8;91,1)
	p<0,0007****		p<0,00001****		p<0,78****		p<0,0017****	
Para teste, a pessoa deve obrigatoriamente autorizar								
Sim	1240	15,3 (10,4;22,0)	1946	36,2 (33,5;39,1)**	1016	23,8 (16,8;32,6)	1735	28,2 (25,7;30,9)***
Não	541	14,6 (9,2;22,3)	734	43,7 (39,7;47,9)**	412	33,9 (24,5;44,8)	522	30,1 (25,7;34,8)***
Não sabe	49	0	51	31,9 (20,1;46,5)	56	15,7 (6,5;33,2)	34	14,4 (6,1;30,2)***
Não respondeu	2	0	0	-	1	0	1	100
	p<0,80****		p<0,0014****		p<0,14****		p<0,50****	
Total	1832	14,8 (10,3;20,9)	2731	38,2 (35,7;40,7)	1485	26,2 (20,6;32,6)	2292	28,4 (26,3;30,7)

Diferenças entre 1998 e 2005

* p < 0,05

** p < 0,01

*** p = NS

**** Não sabe ou não respondeu foram excluídos do teste.

Tabela 4. Razões para realização do último teste anti-HIV declarados por brasileiros de 16 a 65 anos, de ambos os sexos, vivendo em áreas urbanas segundo ano do estudo. Brasil, 1998 e 2005.

Razão para fazer o teste	Teste anti-HIV				p<
	1998		2005		
	n (%)		n (%)		
Iniciativa própria	161* (26)		502 (28)		
Indicação médica	92 (19)		307 (17)		
Doação de sangue	165 (29)		345 (21)		
Consulta pré-natal	40 (10)		514 (27)		
Por motivo de trabalho	49 (11)		105 (5,5)		
Outros	19 (5)		29 (1,4)		0,0001
	Homem	Mulher	Homem	Mulher	
Iniciativa própria	86* (29)	75 (22)	259 (37)	243 (21)	
Indicação médica	32 (10)	60 (33)	106 (15)	201 (19)	
Doação de sangue	135 (40)	30 (12)	238 (36)	107 (10)	
Consulta pré-natal	0 (0)	40 (25)	4 (0,3)	510 (46)	
Por motivo de trabalho	35 (15)	14 (4)	73 (10)	32 (2)	
Outros	13 (6)	6 (3)	12 (1)	17 (1,5)	0,0001

* Quinze pessoas responderam mais de uma razão, além de iniciativa própria.

mais testadas as que se auto-avaliaram sob baixo ou médio risco.

Em 2005, observou-se testagem menos freqüente para mulheres que consideravam que as pessoas deveriam necessariamente autorizar a realização de testes. Os homens que se auto-avaliaram como sob baixo risco foram mais freqüentemente testados que aqueles auto-avaliados sob nenhum ou médio risco.

As razões para fazer o teste estão expostas na Tabela 4. Entre as mulheres, houve aumento significativo da participação do pré-natal como momento de testagem. Houve diminuição da participação dos “motivos por trabalho”, especialmente para os homens.

Diferenças significativas nas motivações entre homens e mulheres persistiram em 2005. Em 1998 e 2005, mesmo ao excluir as mulheres que declararam terem sido testadas no pré-natal, predominaram a indicação médica para as mulheres (44% e 35%, respectivamente 1998 e 2005) e a doação de sangue para os homens (39% e 36%, respectivamente 1998 e 2005).

Entre os que nunca haviam sido testados na vida, 72% alegaram que era pouco provável que tivessem sido expostos ao HIV, 4,7% referiram não saber onde fazer o teste, 2,5% disseram que não queriam pensar sobre HIV, 2% alegaram medo de se descobrir soropositivos, e 1,7% disseram ter medo de agulhas. Por sua vez, 30 (0,7%) declararam acreditar que os resultados não seriam confidenciais, 18 pessoas relataram medo de perder emprego, seguro, casa, família e amigos, e cinco

pessoas do total de 5.040 referiram ter medo de que seu nome pudesse ser notificado ao governo em caso de soropositividade.

Em 2005, mais da metade de homens e mulheres não receberam qualquer orientação pré ou pós-teste. Dos que receberam, a orientação foi dada em sessão individual. Entre 1% e 2,5% não sabiam que estavam sendo testados. (Tabela 5)

DISCUSSÃO

A comparação de estudos transversais com metodologias similares permite detectar mudanças nos anos de intervalo e a identificação de eventuais desigualdades geracionais, sociais, regionais, étnico/raciais e por sexo na testagem anti-HIV.⁷

A proporção de indivíduos testados uma vez na vida aumentou significativamente entre 1998 e 2005 (de 20% para 33,6%), o que equivaleria a quase 27 milhões de pessoas testadas alguma vez na vida no Brasil urbano em 2005. Excluídos os doadores, os testados seriam 22,7 milhões (28,6%).⁶

Em pesquisa realizada em 1991 pelo Datafolha em sete capitais (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Porto Alegre, Curitiba, Salvador e Recife), indicou-se uma cobertura global de 14%.^a Ou seja, teria havido aumento de aproximadamente 100% entre 1991 e 2005. A mesma tendência é confirmada na comparação com estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo^b (2001),

^a Datafolha. Relatório de pesquisa de opinião número 1055, 9 de dezembro de 1991. São Paulo; 1991.

^b Fundação Perseu Abramo. Núcleo de Opinião Pública. A mulher brasileira nos espaços público e privado [internet]. São Paulo; 2001. Disponível em: <http://www.fpabramo.org.br/nop/mulheres/download.htm> [Acesso em 12 out 2003].

Tabela 5. Características do aconselhamento na realização do teste anti-HIV declarados por brasileiros de 16 a 65 anos, de ambos os sexos, vivendo em áreas urbanas. Brasil, 2005.

Variável	n (%)	Homem n (%)	Mulher n (%)
Conversou sobre o assunto antes de fazer o último teste?			
Sim, sessão individual	641 (35,2)	230 (33,6)	411 (36,4)
Sim, sessão em grupo	123 (6,7)	46 (7,1)	77 (6,5)
Não recebeu orientação	995 (55,4)	394 (55,6)	601 (55,2)
Não sabia que estava sendo testada(o)	29 (1,6)	17 (2,5)	12 (1,0)
Não sabe	13 (0,8)	5 (0,9)	8 (0,8)
Recusa	3 (0,2)	1 (0,3)	2 (0,2)
Total	1804	693	1111
Conversou sobre o assunto depois de fazer o último teste?			
Sim, sessão individual	624 (35,2)	193 (29,7)	431 (39,0)
Sim, sessão em grupo	90 (4,9)	31 (5,3)	59 (4,7)
Não recebeu orientação	1018 (55,5)	438 (60,3)	580 (52,3)
Não sabia que estava sendo testada(o)	26 (1,4)	13 (1,8)	13 (1,2)
Não pegou o resultado	29 (1,6)	13 (1,7)	16 (1,5)
Não sabe	16 (1,3)	5 (1,3)	8 (1,2)
Recusa	1 (0,05)	0 (0)	1 (0,08)
Total	1804	693	1111

representativo das mulheres brasileiras acima de 15 anos de idade: 25% das que se declararam não virgens (88% da amostra) relataram terem feito teste na vida, projetando ao menos 22% de cobertura, comparativamente aos 38,2% em 2005. Assim, há evidências de que a realização de testes vem aumentando no País.

Os níveis atuais de realização de testes são similares aos registrados nos Estados Unidos (34%)¹⁶ e Suíça (40%)^{25,33} em 1997-1998 e no Canadá (34,9%) em 1995-1996.¹⁵ Nesses estudos estão excluídos os testes por doação de sangue. Com a exclusão de doadores, a testagem em 2005 no Brasil está significativamente abaixo desses países.

Nos Estados Unidos, desde 1973, os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) coletam periodicamente informações sobre saúde e, desde 1995, sobre testagem anti-HIV, por meio do inquérito denominado *National Survey of Family Growth*. Esses inquéritos indicam crescimento da frequência de testagem entre mulheres norte-americanas de 34,5% em 1995 para 54,9% em 2002 (excluídas as doações de sangue).³ Na Itália, identificou-se ocorrência de testes em 39,3% da população de quatro províncias em 2002. A amostra por cotas (com recusas de cerca de 40%) e métodos diferentes de coleta não permitem inferir aumento na

proporção da realização de teste na Itália entre 1998 e 2002.²⁹

A testagem no Brasil parece ter sido mais freqüente do que na Grécia (10,1%), Itália (15,5%), e Noruega (17,4%), em 1997-1998.²⁵ De acordo com Jeannin et al¹⁷ (1998), países europeus teriam cobertura de 9% (Holanda) a 30% (Alemanha Ocidental), na década de 90.

Contudo, a expansão na cobertura da testagem anti-HIV entre 1998 e 2005 foi, sobretudo, feminina e entre mulheres em idade reprodutiva para redução da transmissão vertical do HIV. Com efeito, 27,2% das mulheres relataram o pré-natal como razão para testagem em 1998; em 2005, 46% referiram tal motivação. Pela primeira vez, em 2005, a cobertura de teste no Brasil entre as mulheres alcançou proporção superior à dos homens.^{a,b}

Esta expansão seletiva é coerente com a histórica medicalização do corpo feminino, enquanto o corpo masculino não tem sido objeto sistemático de intervenção nos serviços de saúde brasileiros. Um exemplo disso está no Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado na década de 80 e que privilegiou a mulher como ser sexual/reprodutivo.⁹ No Brasil, a vinculação da testagem anti-HIV à assistência pré-natal, solicitada rotineiramente e sem consentimento e orientação adequados, fez a testagem subir para 60% das mulheres entre 25 e 34 anos.

^a Datafolha. Relatório de pesquisa de opinião número 1055, 9 de dezembro de 1991. São Paulo; 1991.

^b Berquó E, coordenador. In: Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional DST e Aids; 2000 (Série avaliação, 4).

Também nos Estados Unidos, mulheres foram mais freqüentemente testadas do que os homens em 2002,² em comparação com 1998.¹⁶ Na Itália, entretanto, a testagem anti-HIV é menos freqüente entre mulheres, enquanto que na Grécia e Noruega não foram observadas diferenças por sexo.²⁶

Há evidências de que a diminuição nas taxas de transmissão vertical do HIV seja decorrente da política de rastreamento e tratamento de gestantes portadoras.⁵ Contudo, a redução da transmissão vertical do HIV não deve diminuir a atenção aos padrões éticos relativos à decisão soberana das gestantes quanto à testagem.

No presente estudo, 55% dos entrevistados não receberam aconselhamento e 1,6% não sabiam que estavam sendo testados. Isto significa que, das 26,7 milhões de pessoas já testadas na vida entre 79,5 milhões, mais de 14,7 milhões o foram sem orientação e mais de 420 mil sem saber que estavam sendo testadas.

Segundo Goldani et al¹³ (2003), o teste na gestação vem se configurando mais como estratégia compulsória do que voluntária. Nesse estudo, realizado com 1.658 parturientes em três maternidades públicas de Porto Alegre (RS), identificou-se que 59,2% das mulheres não haviam sido aconselhadas previamente, 18,1% não foram informadas que seriam testadas e 3,2% ouviram que o teste era mandatório. Por sua vez, Morimura et al¹⁹ (2006), em estudo com gestantes em maternidade-escola no Recife, mostram igualmente a ausência de aconselhamento pré-teste (52% no pré-natal e 90% no teste rápido dentro da maternidade), além de problemas de recebimento dos resultados. Segurado et al²⁸ (2003), entrevistando mulheres vivendo com HIV/Aids em serviços de referência em São Paulo, identificaram que 42% tinham recebido aconselhamento pré-teste e 62,5% pós-teste. Essas pesquisas indicam que o teste vem sendo realizado sem consentimento das mulheres, portadoras ou não do HIV, em situações de assistência à gestação ou outras e sem aconselhamento. Por outro lado, em estudo norte-americano, verificou-se que a testagem para HIV era recomendada com base na percepção do profissional sobre os comportamentos de risco da gestante, denotando decisão valorativa.⁴

A testagem parece estar aumentando no País sem a devida atenção à decisão autônoma das pessoas e sem o provimento de maior e melhor oferta de aconselhamento. Ser testado pode ser incluído no que Paiva et al²¹ conceituaram como o “direito à prevenção”: a mobilização pelo acesso aos insumos de prevenção (preservativos, seringas), pelo acesso à informação, à educação ou ao aconselhamento de qualidade; mesmo onde a interface com a assistência é maior, como no caso do acesso ao tratamento de qualidade das DST, da saúde sexual e reprodutiva, ou à prevenção da transmissão vertical.

Sobre a realização do teste anti-HIV, nem toda diferença em saúde significa desigualdade. São desigualdades em saúde as diferenças iníquas, entendidas como aquelas que “além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias”.⁷

A realização menos freqüente de testes pode estar relacionada a menores chances da identificação precoce de certas parcelas da população com necessidades de prevenção e tratamento. No presente estudo, documenta-se que jovens, de ambos os sexos, com idades entre 16 e 19 anos, têm sido menos freqüentemente testados, consistentemente em 1998 e 2005, e sem mudanças significativas neste período. Tais diferenças podem ser iníquas ao afetarem sistematicamente grupos sociais economicamente desfavorecidos.

De modo similar, a testagem foi menos freqüente na faixa etária 16-19 anos nos Estados Unidos (12,2% em 1998,¹⁶ e 18,7% em 2002³), Canadá (18%, 1995-1996¹⁵), Itália (4,9% homens; 6,3% mulheres²⁶) e em outros países europeus.²⁵

Documentos internacionais atestam que jovens podem resistir a buscar testagem quando não encontram serviços amigáveis.^{18,20} Estudos africanos têm considerado que serviços amigáveis aos jovens devem assegurar confidencialidade, aconselhadore bem-treinados e não-estigmatizadores, diferentes abordagens de serviços que desenvolvam estratégias de integração com as redes familiares e sociais e a população jovem.^{a,b} Nos Estados Unidos, embora os adolescentes atribuam serem testados à recomendação do profissional de saúde, menos da metade dos profissionais o faz, desconsiderando recomendação da *American Academy of Pediatrics*.⁴ A baixa realização de teste entre jovens de 16 a 19 anos pode refletir a orientação das ações de prevenção direcionadas a essa população que se restringem, basicamente, ao fornecimento de informação e do preservativo masculino em escolas.²¹

Outro segmento sem avanços na testagem foram os homens e mulheres analfabetos, consistentemente com outras pesquisas na Grécia, Itália, Suíça e Noruega, que apresentam freqüência de realização de testes mais baixa entre seus cidadãos com baixa escolaridade,²⁵ como também nos Estados Unidos.¹⁶ Os analfabetos apresentam uma série de desvantagens em suas condições de saúde no Brasil.¹

Homens e mulheres com renda inferior a três SM per capita mantiveram-se, em 2005, com as menores proporções de testagem. Levando-se em conta os dados de analfabetismo e baixa renda, é possível afirmar que persistem desigualdades de ordem socioeconômica no acesso à testagem.

As desigualdades regionais, apesar da maior freqüência de testagem nas regiões Norte/Nordeste do Brasil, mantiveram-se em 2005. No presente estudo, mulheres negras

foram menos testadas para HIV do que brancas, corroborando achados de estudo do Ministério da Saúde.^a

Outros dados relevantes da presente pesquisa foram a estabilização na testagem entre empregadas(os) privadas(os), donas(os) de negócio, desempregadas(os) e estudantes, assim como para as pessoas que declararam ter iniciado a vida sexual antes dos 15 anos. Não foram encontradas na literatura pesquisas sobre testagem para o HIV nestas subpopulações.

Mulheres que relataram a primeira relação sexual antes dos 15 anos passaram a ser mais freqüentemente testadas do que as demais. Na literatura estrangeira, tem sido estabelecida associação entre idade na primeira relação sexual e infecção pelo HIV.^{14,23} No Brasil, em estudo de D'Oliveira et al,^b uma em cada três mulheres, na cidade de São Paulo e Zona de Mata de Pernambuco, declarou que a primeira relação sexual foi forçada quando ela ocorreu antes dos 15 anos. Relações sexuais antes dos 15 anos e forçadas podem aumentar a incidência de HIV e levar à procura de mais testes.

Não houve aumento da freqüência de testagem, de 1998 a 2005, entre mulheres que declararam ter tido quatro ou mais parceiros sexuais nos cinco anos anteriores à entrevista ou que se auto-avaliaram sob alto risco para infecção por HIV. Deve-se observar essa tendência, pois esses grupos têm maiores chances de adquirir a infecção pelo HIV.⁴

De Cock et al¹⁰ (2006) observam que a expansão equitativa da testagem de HIV requer abordagens inovadoras, incluindo novos métodos, como a aplicação do teste com amostra de saliva ou por punção digital, bem como procedimentos que viabilizem o teste para famílias inteiras no serviço de saúde, no domicílio ou em espaços comunitários. Contudo, essas estratégias serão efetivas se articuladas ao enfrentamento do estigma associado ao HIV.

Com efeito, os segmentos populacionais (homens, analfabetos e empobrecidos) excluídos da expansão da testagem para o HIV são aqueles com persistentes incrementos na incidência de Aids no Brasil a partir de 1999.^{11,27}

As desigualdades socioeconômicas, geracionais, regionais, étnico/raciais na testagem coincidem com as dificuldades enfrentadas em outros países como Itália, Canadá e Estados Unidos.^{15,16,25,26}

No presente trabalho, diminuíram as taxas de testes não-voluntários (doação de sangue e trabalho) em 2005, particularmente para os homens, enquanto cresceu a testagem decorrente de assistência pré-natal entre as mulheres em contextos que indicam não-voluntariedade da testagem e ausência de aconselhamento. Em 1998, 80% da população urbana brasileira consideravam que o teste deveria ser obrigatório para qualquer pessoa, independentemente da situação de vulnerabilidade ao HIV.^c É neste contexto que se observa a emergência de práticas efetivas de testagem obrigatória ou sem aconselhamento para as mulheres: no pré-natal e no parto para prevenção da transmissão vertical.^{13,19,28} A expansão da cobertura é contraditória por não resguardar o direito à autonomia e integridade corporal das mulheres. A discussão sobre aumento de cobertura e obrigatoriedade da testagem é tão pertinente quanto o papel do aconselhamento na testagem. As recomendações dos CDC⁴ e da OMS/UNAIDS³² sobre testagem e aconselhamento no contexto dos serviços de saúde compartilham a proposta de ampliação da cobertura de testes impulsionada pela oferta da testagem pelo profissional de saúde.

Apesar do consenso sobre a ampliação da testagem, são discutidos aspectos sobre a oferta da testagem pelos profissionais de saúde e sobre a testagem como rotina nos serviços. Tais situações podem implicar a realização de testes sem o consentimento das pessoas, gerando debate entre lideranças na esfera dos direitos humanos e da saúde pública sobre a possível necessidade e, em que medida, de afrouxar os princípios de aconselhamento, consentimento e confidencialidade.³⁰ É necessário identificar os contextos populacionais e epidêmicos para que se encontre o balanço entre ampliação da oferta de testagem e aconselhamento voluntário, particularmente para populações mais vulneráveis à infecção pelo HIV, e ampliação da oferta de testagem por profissionais de saúde.

Desde 1997, a prática do aconselhamento tem sido referida como ação/tecnologia a ser incorporada mais amplamente nos diversos serviços de saúde existentes na rede de assistência.⁴

Uma potencial limitação do presente estudo foi o aumento na representação amostral da população urbana. Comparando-se os universos de 1998 e 2005, baseados no censo do IBGE de 2000, as amostras das duas edições englobam 90,2% da mesma população urbana.⁶

^a França Junior, I, Lopes, F, Paiva, V, Venturi, G Acesso ao teste anti-HIV no Brasil 2003: a pesquisa MS/IBOPE [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/main.asp?ViewID=%7BA62BDF6E%2D914A%2D4DF7%2DA10E%2DCE06AB4E26F7%7D¶ms=itemID=%7BAEAB8D56%2D0731%2D4276%2DA8B2%2DB7C7279EE8BB%7D;&UIPartUID=%7B585687B3%2DF650%2D459E%2DAC6E%2D23C0B92FB5C4%7D> [Acesso em 1 abril 2008].

^b Pesquisa sobre fatores associados à violência por parceiros íntimos em mulheres em duas regiões do Brasil, por d'Oliveira AFL, Schraiber LB, França Junior I, Ludermitz AB, Portella AP, Diniz CSG (dados inéditos).

^c Berquó E, coordenador. In: Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional DST e Aids; 2000 (Série avaliação, 4).

^d Ministério da Saúde. Programa Nacional de controle de DST/AIDS. Aconselhamento em DST, HIV e AIDS - Diretrizes e procedimentos básicos. Brasília; 1997.

O aumento do número de setores e a inclusão daqueles com mais de 100 mil habitantes na amostra de 2005 expandiu a representatividade (de 77,7 para 87,7% da população urbana), sem perder comparabilidade com a anterior. As recusas foram relativamente baixas e declinantes entre as duas edições: 11,5% em 1998 e 7,5% em 2005.^{6,a} Portanto, em suas duas edições, a pesquisa contou com amostras representativas e comparáveis da população urbana brasileira.

Não é esperado que o aumento da representação do universo em 2005 tenha repercutido nas estimativas de expansão da testagem em relação a 1998. Não há elementos empíricos que sustentem que moradores de regiões urbanas entre 100 e 200 mil habitantes tenham comportamento distinto na testagem que expliquem o incremento de testes entre as mulheres e a estabilização entre os homens.

Na edição de 2005, houve aumento do número de indivíduos amostrados. Contudo, algumas populações persistiram com pequenos números e intervalos de confiança amplos, tais como: mulheres e homens em algumas ocupações (empregados no setor público, desempregados, estudantes, profissionais liberais e donos de negócio); adeptos das religiões espírita e afro-brasileira; pessoas com parceria homo ou bissexual, ou com auto-avaliação de alto risco para infecção pelo HIV. Homens viúvos e mulheres com mais de seis parceiros sexuais mantiveram IC amplos. Novas edições deste estudo poderão contar com amostras maiores, equiparáveis aos desenhos internacionais sobre sexualidade e percepção de risco, cujas amostras incluem mais de 10 mil entrevistados.

Na análise de testes ao longo da vida, deve-se considerar a possibilidade de respostas inconsistentes decorrentes de engano ou esquecimento do depoente, inclusive quanto ao teste realizado no último ano. A partir de inquéritos nacionais, nos Estados Unidos, foram identificadas mudanças nas declarações dos mesmos indivíduos sobre ter sido testado no intervalo

de um ano.²⁴ Contudo, este estudo não conseguiu aferir a direção do viés (sub ou superestimação), além de ter sido realizado entre 1990 e 1992, antes da TARV.

Por outro lado, em estudos populacionais podem ser subestimadas as proporções de respostas a questões sensíveis que possam ser alvo de estigma e discriminação. O Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (Ibope), responsável pela coleta de dados em 2005, buscou garantir mecanismos potencialmente mitigadores como, por exemplo, estabelecer que os respondentes fossem entrevistados por pessoa do mesmo sexo que o entrevistado. Outro procedimento para evitar a subestimação foi explicitar aos entrevistadores e respondentes que não seria perguntado o resultado da sorologia durante a coleta de dados da presente pesquisa.

Para se fortalecer como estratégia preventiva, é preciso aumentar a testagem acompanhada do aconselhamento. Tal combinação relaciona-se à possibilidade de interromper a cadeia de transmissão do HIV, pois permite conhecer o estado sorológico e propicia reflexão sobre os riscos de infecção e a necessidade de sua prevenção por meio de mudanças comportamentais.^{b,c} Estima-se que novas infecções poderiam ser reduzidas em 30% ao ano caso todas as pessoas infectadas soubessem sua sorologia para o HIV.⁴

Campanhas como “Fique Sabendo”^{2d} continuam sendo oportunas, mas devem ser direcionadas aos segmentos que têm sido sistematicamente excluídos e efetivadas de forma a afirmar os direitos daqueles que são testados. Futuras campanhas devem reforçar que os testes devem ser sempre voluntários, confidenciais e acompanhados de aconselhamento de alta qualidade. O acesso ao teste, oferecido desse modo, é um direito do cidadão e um dever dos provedores, públicos ou privados. Deve-se também estabelecer mecanismos de referência e contra-referência, notadamente onde isto tem sido insuficiente: bancos de sangue, laboratórios privados, unidades básicas de saúde, entre outros.

^a Berquó E, coordenador. In: Comportamento sexual da população brasileira e percepções do HIV/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional DST e Aids; 2000 (Série avaliação, 4).

^b Ministério da Saúde. Programa Nacional de controle de DST/AIDS. Aconselhamento em DST, HIV e AIDS - Diretrizes e procedimentos básicos. Brasília; 1997.

^c Ministério da Saúde. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) – Manual. Brasília; 1999.

^d Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Fique Sabendo [homepage na internet]. Brasília; 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/fiquesabendo/> [Acesso em 20 jun 2003].

REFERÊNCIAS

1. Almeida MF, Barata RB, Monteiro CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Cien Saude Col.* 2002;7(4):743-56.
2. Anderson JE, Mosher WD, Chandra A. Measuring HIV risk in the U.S. population aged 15-44: Results from Cycle 6 of the National Survey of Family Growth. *Adv Data.* 2006;(377):1-27.
3. Anderson JE, Chandra A, Mosher WD. HIV Testing in the United States, 2002. *Adv Data.* 2005;(363):1-32.
4. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2006;55(RR-14):1-17.
5. Brito AM, Sousa JL, Luna CF, Dourado I. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2006;40(Supl):18-22.
6. Bussab W de O, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Plano amostral da Pesquisa Nacional sobre Comportamento Sexual e Percepções sobre HIV/Aids, 2005. *Rev Saude Publica.* 2008;42(Supl 1):12-20
7. Buss PM, Pellegrini Filho A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Cad. Saude Publica* [periódico na internet]. 2006;22(9). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200600090033&lng=en&nrm=iso [Acesso em 14 abr 2008]. doi: 10.1590/S0102-311X20060009000033
8. Cassel MM, Surdo A. Testing the limits of case finding for HIV prevention. *Lancet Infect Dis.* 2007;7(7):491-5.
9. D'Oliveira AFL. Health care and education: a discussion of power in women's health care. *Interface Comun Saude Educ.* 1999;3(4):105-22.
10. De Cock KM, Bunnell R, Mermin J. Unfinished business - expanding HIV testing in developing countries. *N Engl J Med.* 2006;354(5):440-2.
11. Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev Saude Publica.* 2006;40(Supl):9-17.
12. França Junior I, Ayres JRCM. Saúde Pública e Direitos Humanos. In: Zóboli E, Fortes P, organizadores. *Bioética e saúde pública.* São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2003. p. 63-9.
13. Goldani MZ, Rosa H, Giugliani E, Tomkins A, Scanlon T, Castilhos K, et al. Voluntary counselling and HIV testing during antenatal care in Southern Brazil. *Rev Saude Publica.* 2003;37(5):552-8.
14. Hallett TB, Lewis JJC, Lopman BA, Nyamukapa CA, Mushati P, Wambe M, et al. Age at First Sex and HIV Infection in Rural Zimbabwe. *Stud Fam Plann.* 2007;38(1):1-10.
15. Houston S, Archibald CP, Strike C, Sutherland D. Factors associated with HIV testing among Canadians: results of a population-based survey. *Int J STD AIDS.* 1998;9(6):341-6.
16. Inungu JN. Potential barriers to seeking human immunodeficiency virus testing among adults in the United States: data from the 1998 National Health Interview Survey. *AIDS Patient Care STDS.* 2002;16(6):293-9.
17. Jeannin A, Cohen M, Bajos N. Voluntary HIV testing. In: Hubert M, Bajos N, Sandfort T, organizers. *Sexual Behaviour and HIV/AIDS in Europe.* London: UCL Press; 1998. p.287-302.
18. McCauley AP. Equitable access to HIV counseling and testing for youth in developing countries: a review of current practice. Washington, DC: Population Council; 2004. (Horizons Report).
19. Morimura MCR, Mendes MDC, Souza AI, Alencar LCA. Frequência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. *Rev Bras Saude Matern Infant.* 2006;6(Supl 1):s69-76.
20. Oberzaucher N, Baggaley R. HIV Voluntary Counseling and Testing: a gateway to prevention and care. Geneva: UNAIDS; 2002.
21. Paiva V, Pupo LR, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2006;40(Supl):109-19.
22. Parker RG, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med.* 2003;57(1):13-24.
23. Pettifor AE, van der Straten A, Dunbar MS, Shiboski SC, Padian NS. Early age of first sex: a risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS.* 2004;18(10):1435-42.
24. Phillips KA, Catania JA. Consistency in self-reports of HIV testing: longitudinal findings from the National AIDS Behavioral Surveys. *Public Health Rep.* 1995;110(6):749-53.
25. Renzi C, Zantedeschi E, Signorelli C, NEM Group. Voluntary HIV testing in Europe. *Scand J Public Health.* 2004;32(2):102-10.
26. Renzi C, Zantedeschi E, Signorelli C, Osborn JF. Factors associated with HIV testing: results from an Italian General Population Survey. *Prev Med.* 2001;32(1):40-8.
27. Rodrigues-Júnior AL, Castilho EA. A epidemia de Aids no Brasil, 1991 – 2000: descrição de espaço temporal. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2004;37(4):312-7.
28. Segurado AC, Miranda SD, Latorre MD, Brazilian Enhancing Care Initiative Team. Evaluation of the Care of Women Living with HIV/AIDS in Sao Paulo, Brazil. *AIDS Patient Care STDS.* 2003;17(2):85-93.
29. Signorelli C, Pasquarella C, Limina RM, Colzani E, Fanti M, Cielo A, et al. Third Italian national survey on knowledge, attitudes, and sexual behaviour in relation to HIV/AIDS risk and the role of health education campaigns. *Eur J Public Health.* 2006;16(5):498-504.

30. Tarantola D, Gruskin S. New guidance on recommended HIV testing and counseling. *Lancet*. 2007;370(9583):202-3.
31. Valdiserri RO. HIV counseling and testing: its evolving role in HIV prevention. *AIDS Educ Prev*. 1997;9(3 Suppl):2-13.
32. World Health Organization; UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. Geneva; 2007.
33. Zwahlen M, Neuenschwander BE, Jeannin A, Dubois-Arber F, Vlahov D. HIV testing and retesting for men and women in Switzerland. *Eur J Epidemiol*. 2000;16(2):123-33.

Artigo baseado em dados da pesquisa "Comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/Aids", realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), com o apoio do Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde (Processo n.º ED 213427/2004).

Este artigo seguiu o mesmo processo de revisão por pares de qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, sendo garantido o anonimato entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudessem afetar o processo de julgamento dos artigos.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.