



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA TERRA
DEPARTAMENTO DE DEMOGRAFIA E CIÊNCIAS ATUARIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DEMOGRAFIA**

JOSENILDO EUGÊNIO DA SILVA

**HIV/AIDS: UM PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO VÍRUS E UMA ANÁLISE DAS
PRÁTICAS SEGURAS, CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DE MULHERES.**

NATAL/RN

2014

JOSENILDO EUGÊNIO DA SILVA

**HIV/AIDS: UM PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO VÍRUS E UMA ANÁLISE DAS
PRÁTICAS SEGURAS, CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO DE MULHERES.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Demografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Demografia.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Helena Constantino Spyrides

Co-Orientadora: Prof^ª Dr^ª Lára de Melo Barbosa

NATAL/RN

2014.

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / SISBI / Biblioteca Setorial
Centro de Ciências Exatas e da Terra – CCET.

Silva, Josenildo Eugênio da.

HIV/AIDS: um perfil epidemiológico do vírus e uma análise das práticas seguras, conhecimento e percepção de mulheres / Josenildo Eugênio da Silva. - Natal, RN, 2014.

77 f. : il.

Orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Maria Helena Constantino Spyrides.

Co-orientador(a): Prof^ª. Dr^ª. Lara de Melo Barbosa.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Exatas e da Terra. Programa de Pós-Graduação em Demografia.

1. Síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS/HIV) - Dissertação. 2. Conhecimento – Dissertação. 3. Percepção – Dissertação. 4. Prática sexual – Dissertação. 5. Perfil epidemiológico – Dissertação. 6. Demografia – Dissertação. I. Spyrides, Maria Helena Constantino. II. Barbosa, Lara de Melo. III. Título.

RN/UF/BSE-CCET

CDU: 616.98:578.828

JOSENILDO EUGÊNIO DA SILVA

Aprovada em : ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Maria Helena Constantino Spyrides (Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Profª Drª Lára de Melo Barbosa Andrade (Co-Orientadora)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr.ª Nilma Dias Leão Costa (Convidada)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Sérgio Lúcio (Convidado)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Idemauro Antônio Rodrigues de Lara (Convidado)
Escola Superior de Agricultura "Luiz de Queiroz" – ESALQ/USP

NATAL/RN

2014.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a toda minha família e amigos, em especial, minha mãe Josefa Fernandes (*in memoriam*) e minha eterna amiga Fátima Bezerra (*in memoriam*). Além disso, dedico a todos os florianenses/seridoenses, povo de fibra que não se abala com os obstáculos da vida.

Aos portadores do vírus HIV/AIDS pela sua luta e coragem.

AGRADECIMENTOS

Ao arquiteto do Universo, DEUS, pelo dom da ciência e discernimento necessário.

À Virgem Maria pela sua intercessão para conclusão do mestrado.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e ao Programa de Pós-Graduação em Demografia (PPGDEM) pelo apoio.

Às minhas orientadoras Prof^a. Maria Helena e Prof^a. Lára pela paciência, confiança e profissionalismo durante minha caminhada.

Aos Professores Idemauro, Paulo Sérgio e Nilma pelas contribuições significativas para meu trabalho.

À equipe de Professores do PPGDEM.

À Coordenação/Secretaria do PPGDEM pelo apoio e disponibilidade.

Aos colegas de turma, em especial, Felipe Henrique e Thiago Medeiros pela ajuda constante durante o curso, principalmente, na disciplina Demografia 2.

À minha amiga Bibliotecária, Fernanda Santos, pela normalização impecável desta dissertação.

À minha irmã Josilene e ao meu pai José que torceram pela conclusão dessa etapa.

Aos meus conterrâneos floranienses/seridoenses pelas orações.

Aos amigos Heriberto Falcão, Daniel Fonseca, Arion Martins, Hermeson Silva, Daniel Lima, Jefferson Rocha, Otávio e Belmont pelo apoio e torcida.

“Receita para se viver bem.

O tempo passa depressa demais!

Por isso, viva bem, viva feliz...

Se doe mais,

Perdoe,

Ame incondicionalmente,

Sorria do nada, por nada,

Não pense tanto, faça,

Abrace,

Beije,

Cante,

Ouçã mais,

Brinque,

Observe as crianças...

Acredite sempre,

Você pode, eu posso, nós podemos...”

Gilza Medeiros (in memoriam)

RESUMO

O debate em torno do acometimento do vírus HIV/AIDS passou, nas últimas décadas, por grandes transformações. No início, as campanhas de prevenção focavam os grupos de risco, depois, comportamentos de risco e, por fim, vulnerabilidade. Ademais, ao longo dos anos, as dimensões da AIDS que foram surgindo no meio social são estas: interiorização, heterossexualização, pauperização e feminização. Com base nesses contextos, a composição deste estudo compreende dois artigos: o primeiro tem como objetivo geral analisar o perfil epidemiológico e a incidência do vírus HIV/AIDS nas regiões brasileiras, no período de 1980 a 2012 e o segundo artigo tem o intuito de averiguar se há relação entre as práticas seguras, o conhecimento e a percepção das mulheres residentes nas capitais de Manaus e Boa Vista sobre a infecção sobre vírus HIV/AIDS. No Artigo 1, utilizaram-se informações Ministério da Saúde, como fonte de dados. Desenvolveu-se uma análise exploratória e espacial das taxas de incidência e proporção relativa dos casos notificados. No Artigo 2, utilizou-se como fonte de dados a Pesquisa “Avaliando o processo de difusão epidêmica e espacial do HIV/AIDS nas Unidades Federadas da Região Norte do Brasil”, ano 2008. Aplicaram-se técnicas estatísticas de Análise de Agrupamento, Análise de Variância, Qui-Quadrado e Regressão Logística. Verificou-se que, nas Regiões Brasileiras, há predominância de casos notificados entre os heterossexuais, em homens, em idade entre 20-40 anos e residentes em Regiões Metropolitanas. Captou-se correlação espacial significativa da taxa de incidência dos casos notificados do vírus HIV/AIDS. Constatou-se, por meio dos resultados do segundo artigo, que ter bom conhecimento e percepção sobre o vírus HIV/AIDS não implica, essencialmente, numa prática sexual segura. Estes resultados mostram a necessidade de políticas públicas voltadas à orientação da sociedade, com base em estratégias educacionais que visem tanto informações sobre o vírus e suas formas de prevenção, como também a conscientização da população para práticas sexuais seguras em relações estáveis ou não.

Palavras-chave: AIDS. HIV. Conhecimento. Percepção. Prática sexual.

ABSTRACT

In recent decades, the debate surrounding the consequences of the HIV has passed by great changes. Earlier, prevention campaigns focused risk groups then risk behaviors and ultimately vulnerability. Furthermore, over the years, the dimensions of HIV that emerged in the social environment are these: internalization, heterosexualization, impoverishment and feminization. Based on these contexts, the composition of this study comprises two papers: the former has the overall objective to analyze the epidemiology and incidence of HIV in Brazilian regions in the period from 1980 to 2012; the latter, it aims to find out whether there is the relationship among safe practices, knowledge and perception of women residents in Manaus and Boa Vista cities on the infection by HIV. In paper 1, it was used information from the Health Ministry, as a data source. Besides, it was developed an exploratory and spatial analysis of incidence rates and relative proportion of notified cases. In paper 2, was used as a source of data, the research "Evaluating the process of spatial and epidemic diffusion of HIV in the federal units of Brazil-Northern Region" in 2008. Furthermore, Statistical Techniques of Cluster Analysis, Analysis of Variance, Chi-Square and Logistic Regression were applied. In this paper, it was found that, in Brazilian Regions, the prevalence of reported cases occurred among heterosexuals in men 20-40 year age group and residing in metropolitan areas. It was observed a significant spatial correlation of the incidence rate of reported cases of HIV. It was also noted by the results that have good knowledge and awareness about HIV does not imply, essentially, in a safe sexual intercourse. These results have shown the need public policies geared to the guiding of society, based in educational strategies aiming both information about the virus and its prevention, as well as public awareness for safe sex practices or in stable or not intercourses.

Keywords: HIV; Knowledge; Perception; Sexual Intercourse.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Taxas incidência dos casos notificados do vírus HIV/AIDS (por 100.000 habitantes) das regiões brasileiras, por sexo, no período de 1980 a 2012.....	24
Figura 2 – Taxas de incidência dos casos notificados do vírus HIV/AIDS (por 100.000 habitantes) das regiões brasileiras, por grupo etário, no período de 1980 a 2012.....	25
Figura 3 – Distribuição percentual dos casos notificados do vírus HIV/AIDS das regiões brasileiras, por categoria de exposição, nos períodos de 1990, 2000, 2010 e 2012.....	27
Figura 4 – Taxa de Incidência dos casos notificados do vírus HIV/AIDS das regiões brasileiras, por município brasileiro, nos períodos de 1991, 2000, 2005 e 2010.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos grupos em relação a variáveis sócio-demográficas das mulheres residentes em Manaus e Boa Vista (n= 1620 mulheres) – Ano 2008.	46
Tabela 2 – Caracterização dos grupos em relação ao conhecimento sobre a infecção do vírus HIV/AIDS das mulheres residentes em Manaus e Boa Vista (n= 1.620 mulheres) – Ano 2008.	47
Tabela 3 - Caracterização dos grupos em relação à percepção das dificuldades de usar a camisinha, em mulheres das capitais de Manaus e Boa Vista (n= 1.620 mulheres) – Ano 2008.	49
Tabela 4 - Caracterização dos grupos em relação a comportamentos desempenhados no dia-a-dia das mulheres entrevistadas, nas capitais de Manaus e Boa Vista (n= 1620 mulheres) – Ano 2008.	50
Tabela 5 – Análises de Variâncias e respectivos Testes F – Variáveis Conhecimento (Y) e Percepção (Y) e variáveis preditoras (Grupos e usou camisinha).	51
Tabela 6 – Médias* das notas dos Grupos em relação às variáveis conhecimento e percepção sobre o vírus HIV/AIDS, em mulheres das capitais de Manaus e Boa Vista (n= 1.620 mulheres) – Ano 2008.	52
Tabela 7 - Estimativas do modelo final	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
- DATASUS - Departamento de Informática do SUS.
- DSTs - Doenças Sexualmente Transmissíveis.
- HIV - Vírus da Imunodeficiência Adquirida.
- I - Índice de Moran.
- MS - Ministério da Saúde.
- ONU - Organização das Nações Unidas.
- SINAN - Sistema Nacional de Notificação.
- SUS - Sistema Único de Saúde.
- UDIs - Usuários de Drogas Injetáveis.
- UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas HIV/AIDS.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	14
2 ARTIGOS PRODUZIDOS	18
2.1 ARTIGO 1: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO VÍRUS HIV/AIDS NAS REGIÕES BRASILEIRAS (1980 A 2012), BEM COMO SUA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL EM SEUS MUNICÍPIOS (1991, 2000, 2005 E 2010).....	18
2.1.1 Introdução	20
2.1.2 Material e métodos	21
2.1.3 Resultados	23
2.1.4 Discussão	30
2.2 ARTIGO 2: UMA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO SOBRE O VÍRUS HIV/AIDS, NAS CAPITAIS MANAUS-AM E BOA VISTA-RR, E SUAS IMPLICAÇÕES NO COMPORTAMENTO SEXUAL, ANO 2008.....	38
2.2.1 Introdução	40
2.2.2 Material e métodos	42
2.2.3 Resultados	45
2.2.4 Discussão	54
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	64
ANEXOS	69

1 – INTRODUÇÃO

O debate em torno da expansão heterogênea do vírus HIV/AIDS, no Brasil, põe em xeque as políticas públicas desenvolvidas pelo Estado. Nota-se um aumento dos casos notificados nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, enquanto que nas Regiões Sul e Sudeste o declínio é realidade (BEZERRA et al., 2012). Diante desse cenário, o nível de informações apresentado por campanhas de prevenção, é insuficiente para que o cidadão siga uma prática sexual segura. Todavia a inexistência de informações básicas afeta diretamente a sua vulnerabilidade em relação ao vírus (GOMES et al., 2014).

De certa forma, algumas camadas sociais desfavorecidas são excluídas de campanhas que atentem para os conhecimentos não só do vírus HIV/AIDS, como também de outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. Então, infere-se que a distribuição das especificidades sobre o sexo é distribuída de forma heterogênea nas Regiões Brasileiras (FERREIRA et al., 2008). Essa heterogeneidade de informações também está atrelada ao início do combate à doença. No início, todos os esforços das autoridades públicas estavam centrados nos chamados grupos de riscos (gays, usuários de drogas, pessoas promíscuas), dessa forma, pessoas não pertencentes a esses grupos eram esquecidas nas metas das campanhas de prevenção. Essas especificidades, sem dúvidas, dificultaram a percepção individual da população nos anos iniciais (ALVES et al., 2002; RENESTO et al., 2014).

Tentando acabar com essa classificação, os pesquisadores perceberam que a infecção do vírus HIV/AIDS não podia estar vinculada, somente, a comportamentos de riscos e/ou grupos de risco. A partir de então, um novo conceito é definido quando se estuda infecção do vírus HIV/AIDS: a vulnerabilidade (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008). Esta é composta por três vertentes, que são estas: individual, social e programática. A primeira (individual) está ligada a comportamentos sexuais desempenhados pelo indivíduo que impactam no aumento do seu risco de infecção, a segunda (social) seria o acesso das pessoas às informações inerentes ao vírus HIV/AIDS de maneira bem abrangente, já a terceira (programática) seria a frequência de campanhas educativas, investimentos em recursos humanos e físicos no combate ao vírus pelo governo (SCHAURICH; FREITAS, 2011).

Conforme relatório “The Gap Report”, do Programa Conjunto das Nações Unidas HIV/AIDS (UNAIDS)¹, ano 2014, estima-se que no mundo 35 milhões de pessoas vivam com

¹ Disponível em:

<http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2014.

o vírus, tendo um decréscimo de 28% na notificação de novos casos. Esta diminuição está atrelada ao recuo da epidemia em regiões mais vulneráveis como a África Subsaariana, que contabilizou uma redução de 33% de novos casos.

No Brasil, até 2012, foram notificados 538.990 casos do vírus HIV/AIDS. Sendo distribuído da seguinte forma: 359.621 homens, contra 179.369 mulheres². A taxa feminina de incidência de casos notificados, em 1990, foi igual a 1,27 por 100.000 mulheres, já em 2012 essa mesma taxa foi igual a 12,66, tendo um aumento de 896%. Ademais, a razão entre os casos notificados do sexo masculino sobre o feminino registrou uma queda de 1990 para 2012, sendo iguais a 6,29 e 1,85, respectivamente.

Ao longo da difusão da AIDS no mundo e, sobretudo, no Brasil, surgiram cinco dimensões em torno da AIDS: “heterossexualização”, “juvenilização”, “interiorização”, “pauperização” e “feminização” (CARVALHO et al., 2007, GRANJEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

Em relação à heterossexualização, esse processo caracteriza-se pela predominância paulatina das infecções pelas relações heterossexuais como principal meio de transmissão do vírus HIV/AIDS (BASTIANI; PADILHA, 2012). Ao longo da disseminação da doença o grupo de pessoas mais vulneráveis à infecção do vírus era o dos homossexuais. Ao longo da disseminação da AIDS no Brasil, criou-se no meio social um padrão básico da doença que se perpetuou até os dias atuais, atribuindo a propagação da doença a indivíduos que tinham relacionamento com pessoas do mesmo sexo (SCHAURICH; FREITAS, 2011).

Em 2010, a transmissão por via sexual foi bastante significativa. Entre as mulheres, 96,3% tinham sorologia positiva por via sexual, já entre os homens este percentual foi de 71,9%, sendo 20,7% homossexual, 7,8% bissexual e 43,4% heterossexual, constatando a heterossexualização da AIDS (BRUM; MORAIS; ROSO, 2011). O processo de heterossexualização da AIDS é um aspecto que agrega muito para a disseminação da doença entre as mulheres e, sobretudo, as mulheres casadas já que trazem consigo a certeza de que seu parceiro está imune ao vírus, sendo uma dimensão com grande potencial expansivo do vírus HIV/AIDS na sociedade (SANTOS; FRANÇA JÚNIOR; LOPES, 2007).

Analisando a juvenilização da AIDS, observou-se o acréscimo de casos notificados entre a população jovem (MACHADO; SUCCI; TURATO, 2010; RAMIRO et al., 2011). No período entre 1991 e 1993, os maiores percentuais de infectados já predominavam entre as idades 14-29 anos correspondendo a 52,4% de infectados no Brasil. Porém, verificou-se que

² Disponível em: <<http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>>. Acesso em: 27 ago. 2014.

após o período (1986-1995) houve uma estabilização na incidência em idades mais jovens. E, ademais, levando em consideração o sexo do infectado, notou-se um decréscimo significativo nos percentuais entre os pacientes que tinham idade entre 14 a 29 anos. Já em relação ao sexo feminino, houve aumento significativo nos percentuais das infectadas com idade superior a 50 anos (LAZARINI et al., 2013).

A pauperização da AIDS traz o acometimento mais frequente em grupos empobrecidos e com reduzido histórico educacional. Esta condição acarreta para os indivíduos a escassez de informações referentes ao vírus e, principalmente, as formas de prevenção, sendo uma variável que aumenta indiretamente a chance de infecção do vírus HIV/AIDS (SZWARCOWALD, 2012).

Arelada à pauperização está a criação de clichês e crenças populares que agem para contribuir com o preconceito e o desconhecimento sobre a doença que dificultam a percepção das pessoas em identificar comportamentos seguros que diminuam a ocorrência do vírus. Santos e Paiva (2008, p. 6) comentaram que:

Assim, a população fica exposta ao conhecimento inerente à sabedoria popular que, muitas vezes traz consigo estereótipos e fantasias que dificultam a compreensão da vulnerabilidade e, conseqüentemente, a sensibilização para a necessidade da adoção de uma prática sexual protegida.

Uma pesquisa realizada no estado do Ceará, no ano de 2007, confirmou a pauperização como um fator decisivo para aumentar as chances de se contrair o vírus. Pessoas que apresentaram um conhecimento mais aguçado sobre o vírus e suas especificidades práticas e comportamentais são pessoas com maior grau de instrução e renda semelhantes às famílias de classe média (ARAÚJO, 2007).

Outro processo recente da epidemia da AIDS no Brasil refere-se a interiorização da doença que seria o espalhamento mais acentuado em cidades mais distantes de grandes centros urbanos. Na maioria das vezes a falta de assistência hospitalar em cidades pequenas aumenta a vulnerabilidade ao vírus, pois, geralmente, espaços educativos, que trazem o debate em torno das singularidades do vírus e suas formas de prevenção, são localizados nos seus postos de saúde (BASTIANI; PADILHA, 2012).

Numa pesquisa realizada na Zona da Mata de Minas Gerais, Reis et al. (2007) verificaram que a região segue o mesmo padrão nacional em quase sua totalidade composta por pequenos municípios que não possuem recursos técnicos e financeiros suficientes para aportar um serviço especializado em HIV/AIDS. Logo, nota-se que a interiorização é um processo presente na realidade brasileira. Os dados confirmam que o vírus se espalha de

forma preocupante para as cidades mais afastadas dos grandes centros urbanos (PARKER; CAMARGO JUNIOR, 2000).

A fim de aprofundar o debate das peculiaridades das dimensões do vírus HIV/AIDS, será apresentado o **Artigo 1 “Perfil Epidemiológico do vírus HIV/AIDS nas Regiões Brasileiras (1980 a 2012), bem como sua distribuição espacial nos municípios brasileiros (1991, 2000, 2005 e 2010)”** tem como objetivo geral analisar o perfil epidemiológico e a incidência do vírus HIV/AIDS nas regiões brasileiras, analisando as cinco dimensões destas transformações no período de 1980 a 2012.

Das dimensões estudadas no Artigo 1, a feminização requer bastante atenção por seu avanço nas Regiões Brasileiras. A feminização seria o aumento da taxa de infecção pelo HIV entre as mulheres, uma realidade não só do Brasil, mas também no Mundo. Não obstante, o processo de feminização da AIDS no Brasil a cada dia que passa está mais acelerado (ARAÚJO et al., 2007, SAMPAIO et al., 2011). No Brasil houve um decréscimo na razão de casos homem/mulher de 18,91 em 1984; para 1,5 em 2004, já para o ano de 2006 essa razão diminui mais ainda 0,9 quando se consideram somente as idades de 13-19 anos. A tendência de crescimento dos casos notificados entre as mulheres foi notada a partir do ano 2000, mostrando uma gradual convergência com os casos notificados masculinos (ABE-SANDES, 2010).

A nova abordagem, anteriormente definida, traz implicações no combate ao vírus HIV/AIDS, influenciando, de forma direta, a difusão da AIDS. Este processo apresenta indício de expansão rápida ao longo dos anos (LOPES; BUCHALLA; AYRES, 2007).

Ampliando este debate o **Artigo 2 “Uma avaliação do conhecimento e percepção sobre o vírus HIV/AIDS e suas implicações no comportamento sexual”** tem como escopo geral averiguar se há relação entre práticas seguras, conhecimento e percepção das mulheres residentes nas capitais de Manaus e Boa Vista sobre a infecção sobre vírus HIV/AIDS.

2 ARTIGOS PRODUZIDOS

2.1 ARTIGO 1: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO VÍRUS HIV/AIDS NAS REGIÕES BRASILEIRAS (1980 A 2012), BEM COMO SUA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL EM SEUS MUNICÍPIOS (1991, 2000, 2005 E 2010).

Josenildo Eugênio da Silva³
Maria Helena Constantino Spyrides⁴
Lára de Melo Barbosa Andrade⁵

RESUMO

É reconhecido que a incidência da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) vem passando por transformações em cinco dimensões: feminização, heterossexualização, interiorização, pauperização e juvenilização. A velocidade dessas transformações é marcada por contextos sociais e culturais das populações. No Brasil e em suas regiões, tais mudanças estão acontecendo de maneira acelerada com destaque para a interiorização e a heterossexualização. Com base nessa realidade, o presente artigo tem como objetivo principal analisar o perfil epidemiológico e a incidência do vírus HIV/AIDS nas regiões brasileiras, analisando as cinco dimensões destas transformações no período de 1980 a 2012. Utilizaram-se as informações do Ministério da Saúde e os dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os procedimentos metodológicos contemplaram a análise exploratória e inferencial das taxas de incidência de casos notificados, por Regiões Brasileiras, segundo sexo e idade, no período 1980 a 2012, bem como por município de residência. Comparou-se também a evolução da distribuição espacial das taxas de casos notificados nos anos 1991, 2000, 2005 e 2010. Utilizou-se o índice de Moran para avaliar a correlação espacial das taxas. Constatou-se que dentre as dimensões atuais da AIDS os processos de interiorização e feminização são os mais visíveis nas regiões brasileiras e, além disso, detectou-se correlação espacial significativa da taxa de incidência dos notificados do vírus HIV/AIDS. Os resultados mostraram que, nas Regiões Brasileiras, há predominância de casos notificados entre pessoas do sexo masculino, heterossexuais, idade 20-40 anos, residentes em Regiões Metropolitanas. A difusão rápida das dimensões da doença sugere políticas públicas mais eficientes, considerando o contexto social e cultural de cada grupo populacional acometido.

Palavras-chave: AIDS. Transformações. Vírus. Políticas públicas.

³Mestrando em Demografia - PPGDEM/UFRN. Bacharel em Estatística - DEST/UFRN. jajaflorania@yahoo.com.br

⁴ Professora Adjunta do Departamento de Estatística/UFRN. Pesquisadora do Grupo de Estudos Demográficos (GED). syrides@cctufrn.br

⁵ Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Demografia; Professora Adjunta do Departamento de Estatística/UFRN; Pesquisadora do Grupo de Estudos Demográficos (GED). lara@cctufrn.br

ABSTRACT

It is recognized that the incidence Human Immunodeficiency Virus (HIV) has been undergone transformations in five dimensions: feminization, heterosexualization, internalization, pauperization and juvenization. The speed of these changes has been marked by social and cultural contexts of the populations. In Brazil and its regions, such changes are happening at an accelerated pace with emphasis on the internalization and heterosexuals. Based on this fact, this paper aims to analyze the epidemiological profile and incidence of HIV in the Brazilian regions, analyzing the five dimensions of these changes from 1980 to 2012. Information from the Ministry of Health and population data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE in Brazil) were used. The methodological procedures contemplated exploratory and inferential analysis of incidence rates of reported cases, by Brazilian Regions, according to sex and age, in the period from 1980 to 2012, as well as by city of residence. It was also compared the evolution of the spatial distribution of rates of reported cases in the 1991, 2000, 2005 and 2010 years. It was used the Moran index to evaluate the spatial correlation of rates. It was found that among the current dimensions of HIV, processes of internalization and feminization are the most visible in the Brazilian regions; further, it was detected significant spatial correlation of the incidence rate of reported HIV. Results showed that in the Brazilian Regions, the prevalence of reported cases occurred among males, heterosexuals, aged 20-40 years, residing in metropolitan areas. The rapid diffusion of the dimensions of the disease has suggested more efficient public policies, considering the social and cultural context of each disabled population group.

Keywords: HIV; Transformations; Virus; Public Policies.

2.1.1 Introdução

*'Te pego na escola e encho a tua bola com todo o meu amor
Te levo pra festa e testo o teu sexo com ar de professor
Faço promessas malucas tão curtas quanto um sonho bom
Se eu te escondo a verdade, baby é pra te proteger da solidão.'*
Trecho da música 'Faz parte do meu show' – (CAZUZA, 1988)

O vírus HIV/AIDS surgiu no contexto mundial no final do século XX, tendo seu primeiro caso notificado nos Estados Unidos na década de 80. No início da doença foram diagnosticados inúmeros casos parecidos, porém marcados com denotações imprecisas e de difícil compreensão como, por exemplo: câncer gay, pneumonia gay, síndrome gay, entre outros (OLIVEIRA; NEGRA; NOGUEIRA, 2012). Com a difusão do vírus os componentes demográficos são afetados, já que em relação à fecundidade a intenção de gerir filhos decai entre as mulheres portadoras, no aspecto migratório, fluxos populacionais pretendidos são adiados pelo fato do tratamento da doença dispor de um bom tempo, já a mortalidade poderá ter altas taxas, visto que o enfraquecimento do sistema imunológico aumenta as chances de óbito em pouco tempo.

No Brasil, o primeiro caso notificado do vírus HIV/AIDS foi no ano de 1980, na Região Sudeste e o portador era do sexo masculino, no entanto, devido ao período de incubação do vírus, que chega ao menos 10 anos, desconfia-se que a introdução do vírus na realidade brasileira tenha sido na década de 70 (BARBOSA, 2010).

Com base nos dados da Organização Mundial da Saúde, os casos notificados de Doenças Sexualmente Transmissíveis, no Brasil, ocorrem com maior frequência entre a população sexualmente ativa, sendo 937.000 sífilis, 1.541.800 gonorréia, 640.900 herpes e 685.400 Papilomavírus Humano e 592.914 HIV/AIDS, período entre 1980 a 2010 (JARDIM et al., 2013).

Até o ano de 2012 foram notificados 538.990 casos de AIDS. A Região Sudeste, no ano de 2012, apresentou o maior número de casos notificados, em relação às demais regiões, 307.082 portadores, número que representa 57% dos casos. Já a Região Norte registrou a menor concentração de portadores, igual a 23.076. Outra informação de grande valia é que morrem aproximadamente 30 pessoas por dia de AIDS no Brasil ⁶.

Nos últimos anos, houve uma quebra de estereótipos em torno da doença, sabe-se que, atualmente, a AIDS não acomete, apenas, grupos específicos e, sim, sua infecção é ocasionada, em grande parte, por comportamentos sexuais. Atrelado a essa perspectiva, surgiu

⁶ Disponível em: <<http://www2.aids.gov.br/cgi/defthtm.exe?tabnet/br.def>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

cinco dimensões em torno da AIDS: “feminização”, “heterossexualização”, “juvenilização”, “interiorização” e “pauperização” (CARVALHO et al., 2007, GRANJEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

Deste cenário a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma pauta que deve ser discutida e analisada. Inúmeros casos de infecção surgem a cada dia e requer estudos multidisciplinares que possibilitem a melhor compreensão sobre esta problemática da população. É de extrema importância estudos que visem verificar a existência de padrões na distribuição dos dados geográficos da incidência da doença, além de identificar as questões comportamentais que a norteiam. Essas análises são importantes para subsidiar os gestores públicos no desenvolvimento, junto aos órgãos governamentais, de políticas públicas contribuindo para um desenvolvimento sustentável, ou seja, ações que são praticadas no presente visando mitigar os efeitos futuros da proliferação da AIDS.

Este artigo tem como objetivo analisar o perfil epidemiológico e a incidência do vírus HIV/AIDS nas regiões brasileiras, no período de 1980 a 2012. Ademais, propõem-se atingir os seguintes objetivos secundários: verificar a existência de possíveis padrões espaciais de difusão do vírus HIV/AIDS nos municípios do Brasil nos anos 1990, 2000, 2005 e 2010, assim como analisar o progresso das dimensões da AIDS nas Regiões Brasileiras.

2.1.2 Material e métodos

Os dados dos casos notificados e populacionais foram extraídos do sítio do DATASUS⁷ fornecidos Ministério da Saúde e IBGE, respectivamente, sendo selecionadas as seguintes variáveis inerentes aos infectados pelo vírus HIV/AIDS: sexo (variável nominal), idade (variável intervalar), município de residência (variável nominal) e categoria de transmissão (variável categórica). Não há uniformidade na construção dos grupos etários na literatura, porém os intervalos etários do artigo foram adaptados aos estudos mais recentes (PAIVA et al., 2008, SOUZA; SUASSUNA; COSTA, 2009, ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010). Informamos que não foi possível fazer as devidas análises da dimensão pauperização da AIDS, visto que não houve uniformidade entre as categorias da variável escolaridade entre os Censos (1991, 2000 e 2010), dificultando a construção dos gráficos e, conseqüentemente, as suas inferências.

⁷ Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>. Acesso em: 25 jul. 2014.

As informações desta fonte de dados foram utilizadas para traçar o perfil epidemiológico do vírus HIV/AIDS em relação às regiões brasileiras e identificar possíveis padrões espaciais do vírus nas regiões brasileiras. Gráficos e mapas temáticos foram elaborados para visualizar a distribuição da incidência dos casos notificados nas regiões brasileiras e municípios. Outra informação primordial é que se consideraram os anos 1980 a 2012 para as análises das variáveis sexo e idade; 1990, 2000, 2010 e 2012 para as variáveis categorias de exposição e 1991, 1995, 2000 e 2010 para a variável município de residência.

A fim de alcançar os objetivos, taxas de incidência dos casos notificados do vírus HIV/AIDS, das regiões brasileiras, foram calculadas para analisar os processos de feminização, juvenilização e dos municípios brasileiros para o processo de interiorização. Já para o processo de heterossexualização foi calculado percentuais relativos dos casos notificados de cada Região Brasileira.

Os percentuais foram calculados dividindo-se o número de casos notificados em cada categoria da variável analisada, pelo total de casos notificados em cada ano estudado. Já as taxas de incidência, levando em consideração as variáveis: idade, sexo, local de residência dos infectados, foram calculadas com o quociente entre o número de infectados (em cada característica) e a população total exposta ao vírus, fornecida pelo site do DATASUS, por Região Brasileira e, depois, multiplicou-se por 100 mil habitantes. Os mapas temáticos, que trazem a taxa de incidência de infectados por município brasileiro, seguiram a mesma metodologia quanto ao cálculo das taxas, porém, foram padronizadas pela Técnica Direta e Indireta. Primeiramente, calculou-se a taxa usando a padronização indireta (*Apêndice A*).

Com as taxas de incidência elaboraram-se os mapas temáticos usados na análise espacial, cujas malhas digitais estão disponíveis no sítio do IBGE⁸. Esta técnica servirá para verificar a existência de possíveis padrões espaciais de difusão do vírus HIV/AIDS, nas regiões brasileiras. Primeiramente, a fim de avaliar a variabilidade espacial, utilizou-se a matriz de vizinhança W ($n \times n$) composta por um grupo de n áreas $\{A_1, \dots, A_n\}$, nas quais cada par w_{ij} mensura a proximidade entre os elementos A_i e A_j (DRUCK et al., 2004).

Depois, utilizou-se o Índice de Moran (I), este usa a diferença entre cada ponto e a média global. Ademais, varia entre $[-1;1]$, valores positivos entre $[0$ e $1]$ sugerem correlação direta, já valores negativos entre $[-1$ e $0]$ indicam correlação inversa. Para verificar sua validade estatística, utilizou-se um teste de *pseudo-siginificância*, no qual se geraram diferentes permutações dos índices calculados para cada município brasileiro, tendo em

⁸ Disponível em: <http://downloads.ibge.gov.br/downloads_geociencias.htm>. Acesso em: 28 jun. 2014.

seguida um índice global para ser comparado com um nível de significância predefinido (DRUCK et al., 2004).

Testou-se a hipótese nula de correlação espacial significativa da taxa de incidência dos casos notificados. Adotou-se um nível de significância de 5% para as análises. O índice de Moran é calculado com base na fórmula:

$$I = \frac{n}{W} \left(\frac{\sum_i \sum_l w_{ij} z_i z_j}{\sum_i z_i^2} \right) \text{ para } i \neq j$$

sendo: I - Índice de Moran; n - número de observações; W- é a soma dos ponderadores da matriz; w_{ij} - é o elemento da matriz de vizinhança para o par i-j; z_i e z_j .

A análise descritiva é feita com auxílio do *software* Microsoft Excel 2010. Já a construção dos mapas temáticos utilizou-se o *software* TerraView-4.2.2.

2.1.3 Resultados

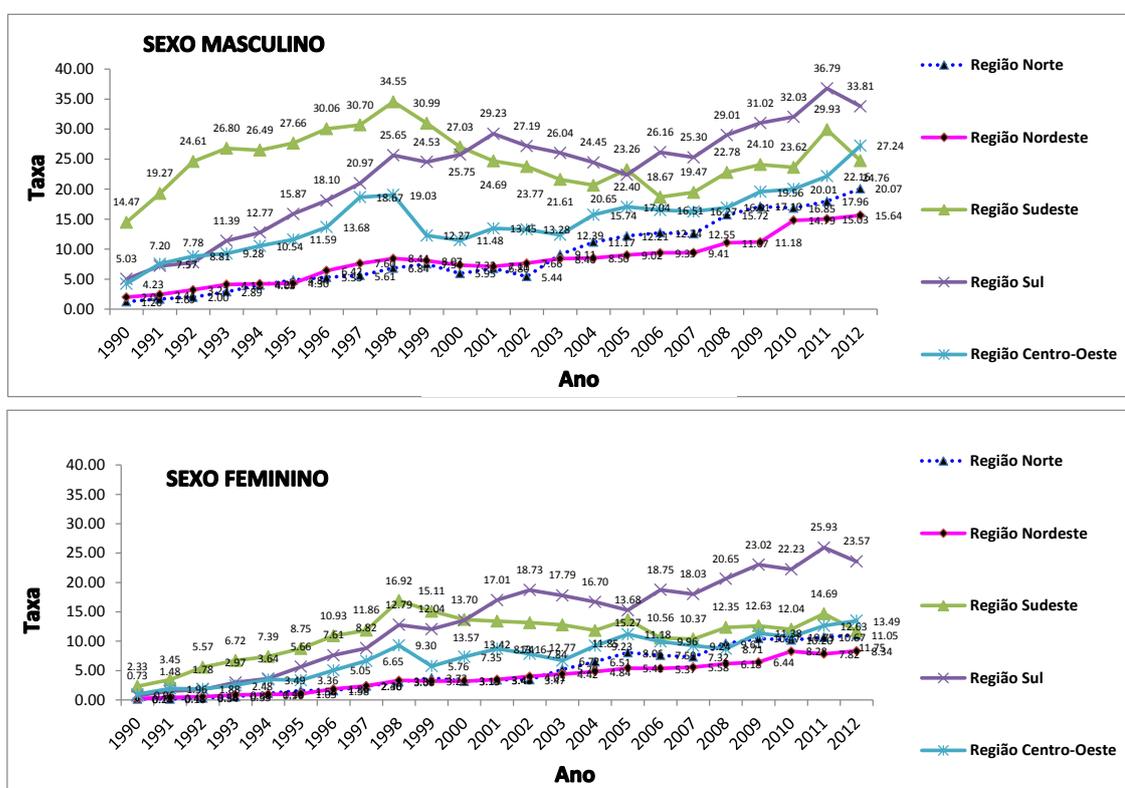
Esta subseção tem por objetivo traçar o perfil epidemiológico do vírus HIV/AIDS nas Regiões Brasileiras, levando em consideração o período entre 1980-2012. As taxas de incidência foram calculadas em relação às seguintes características: sexo (masculino e feminino), categoria de exposição (heterossexual, homossexual, bissexual e outras formas de exposição), município de residência e idade (Até 15 anos, 15 |- 20 anos, 25 |- 40, 40 |- 60 anos e 60 anos e mais). Salienta-se que existe a possibilidade dos dados apresentados estejam subnotificados, já que a AIDS é um tema que concentra vários tabus em vários segmentos sociais. Além do que, as análises são baseadas na série histórica 1980-2012, todavia adotou-se no eixo das abcissas dos gráficos o ano inicial de 1990 para as inferências.

Analisou-se o processo de feminização da AIDS nas regiões brasileiras. Nota-se um aumento médio constante nas taxas de incidência em mulheres nas regiões brasileiras, visto que a variação média ficou entre [24%; 65%]. Das Regiões merecem destaque as Regiões Sul, que no ano de 1990 apresentaram taxas menores do que um, ou seja, nessas regiões a cada 100.000 mulheres tinham menos de uma mulher portadoras do vírus. Ao passo que no ano de 2012, na Região Sul a sua taxa teve um aumento preocupante, em relação ao ano de 1990,

registrando uma taxa igual 23,57. Analisando, ainda, a taxa de incidência feminina a Região Centro-Oeste (24%) apresentou a menor variação média nas taxas de incidência (*Figura 1*).

Em relação ao sexo masculino, no período de 1980-2012, a variação da taxa de incidência nas Regiões Brasileiras ficou entre [33%]; 48%]. As Regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram as maiores taxas masculinas, no ano 2012, iguais a 33,81 e 27,24 por 100.000 habitantes. Verifica-se, também, a menor taxa de incidência dos portadores do vírus na Região Nordeste, em 2012, foi igual a 15,64 por 100.000 habitantes (*Figura 1*).

Figura 1 - Taxas incidência dos casos notificados do vírus HIV/AIDS (por 100.000 habitantes) das regiões brasileiras, por sexo, no período de 1980 a 2012.



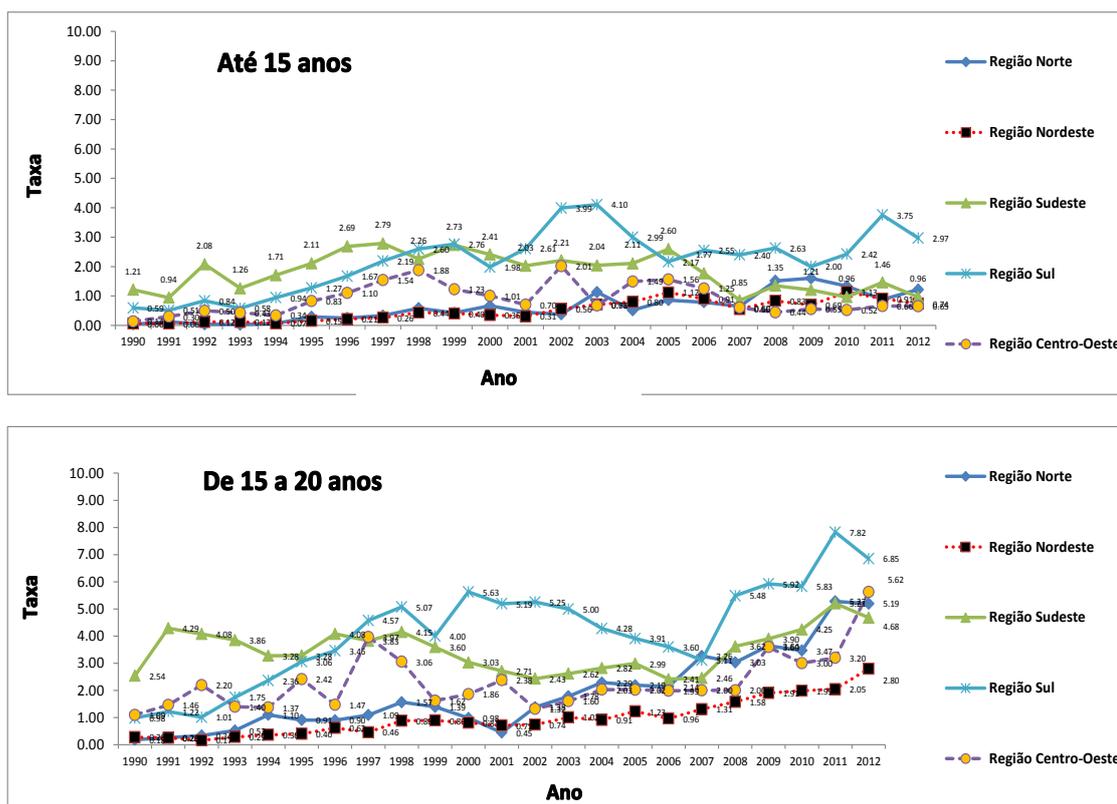
Fonte dos dados básicos: Ministério da Saúde/DATASUS, 2014.

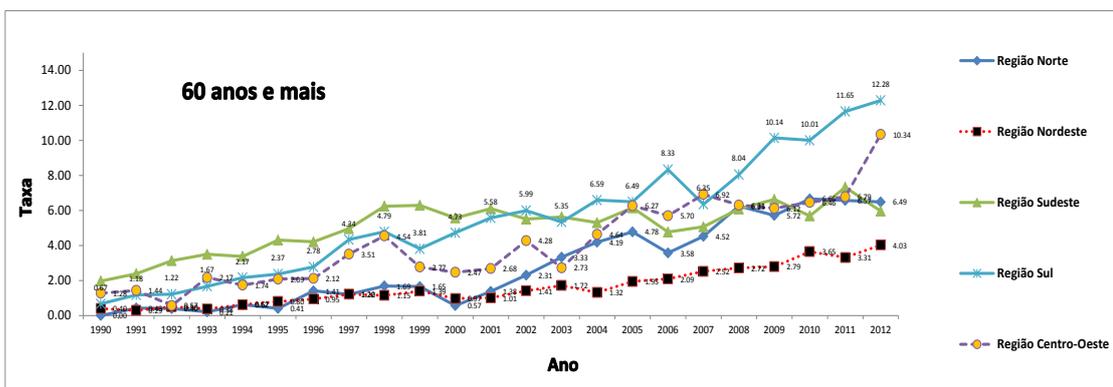
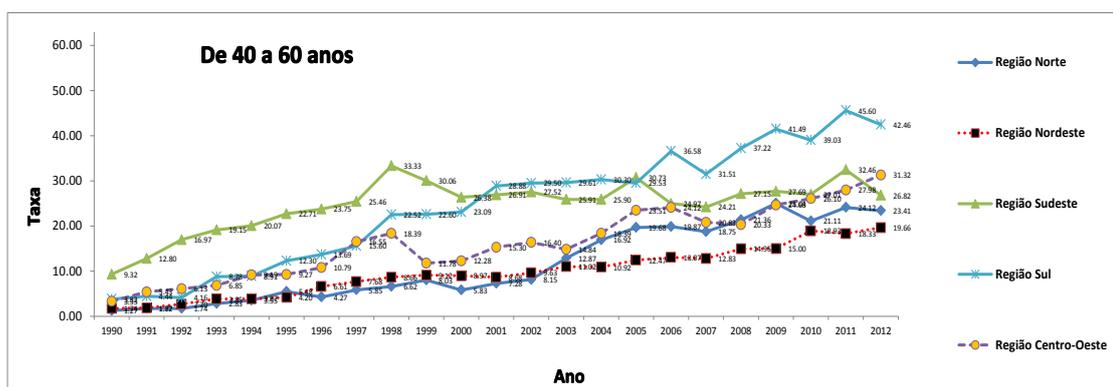
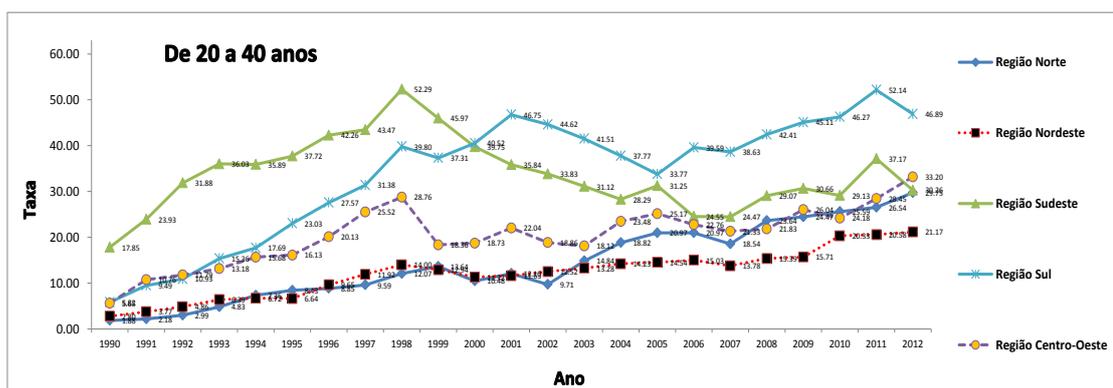
As taxas de incidência dos casos notificados do vírus HIV/AIDS em relação à idade serão apresentadas a seguir. Ressalta-se que para melhor visualização da evolução das séries históricas nos gráficos, não houve padronização nas escalas. Um traço comum observado em todas as Regiões Brasileiras e em todos os anos estudados foi altas taxas de incidência nas idades acima de 20 a 40 anos. As Regiões Centro-Oeste e Norte, além de ter essa característica anteriormente apresentada, exibiu tendência no aumento nas taxas pertencentes ao grupo etário mais jovem de 15-20 anos. No ano de 1991, as três Regiões contabilizaram

taxas (idade entre 15-20 anos) 1,46, 0,25 e 0,18 por 100.000 habitantes. A partir de 2012 essas taxas foram iguais 13,60, 2,80 e 5,19 por 100.000 habitantes, respectivamente. A Região Sul, em 2012, apresentou a maior taxa de incidência nas idades mais jovens igual a 6,85 por 100.000 jovens (*Figura 2*).

Outra parcela da população nas Regiões Brasileiras que merece destaque é o grupo etário 60 anos e mais. Nota-se que em todas as Regiões, na maior parte do período analisado, a sua série histórica apresentou crescimento constante, ademais, com destaque para as Regiões Sul e Centro-Oeste. As Regiões Sul (12,28) e Centro-Oeste (10,34) apresentaram as maiores taxas de incidência entre os idosos, com variação em relação ao ano de 2011 de 5% e 53%, respectivamente. A Região Nordeste contabilizou, no período de 1980-2012, a menor taxa média de incidência 1,44 por 100.000 idosos (*Figura 2*).

Figura 2 – Taxas de incidência dos casos notificados do vírus HIV/AIDS (por 100.000 habitantes) das regiões brasileiras, por grupo etário, no período de 1980 a 2012.





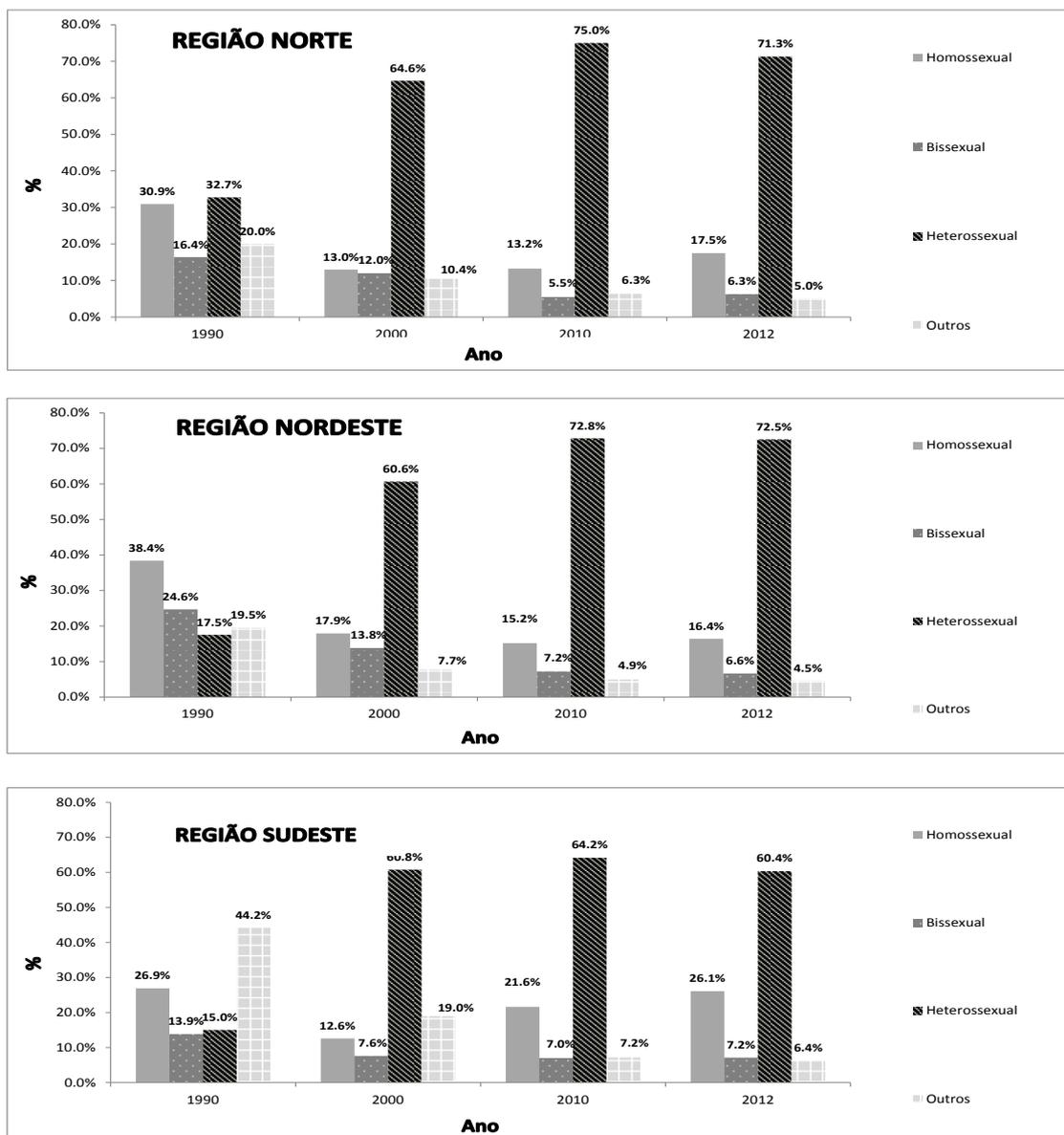
Fonte dos dados básicos: Ministério da Saúde/DATASUS, 2014.

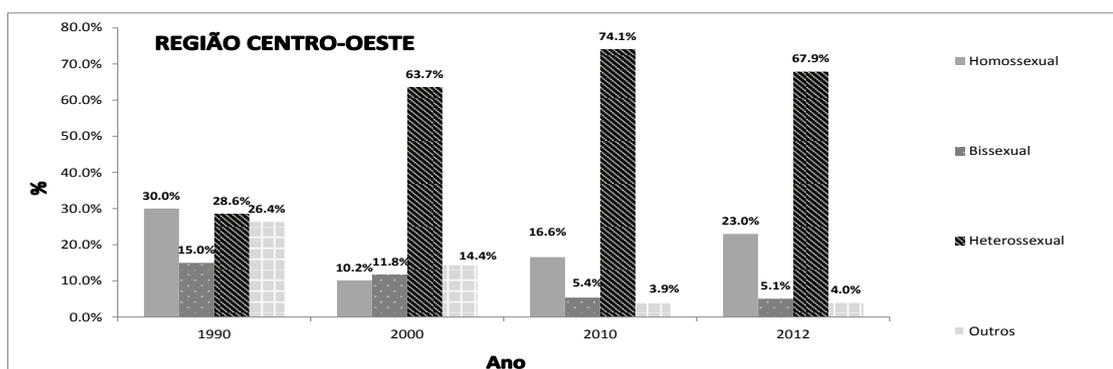
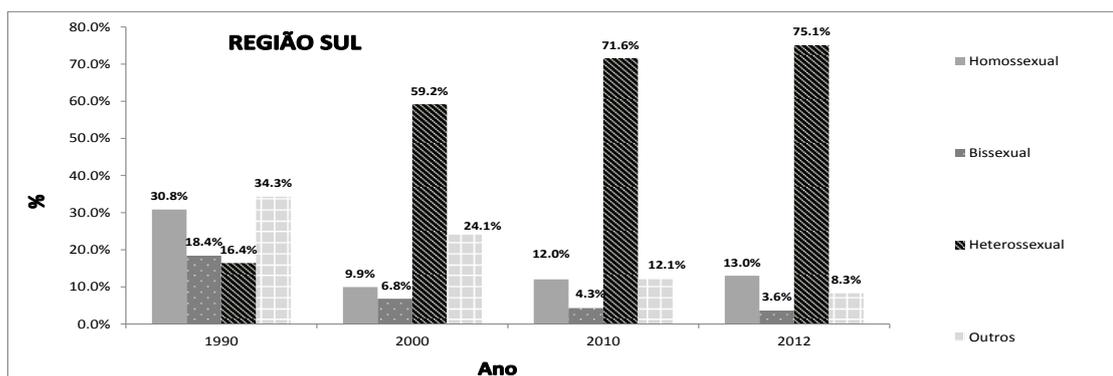
Os percentuais de portadores em relação à categoria de exposição do vírus HIV/AIDS nas Regiões Brasileiras são discutidos a seguir. Consta-se que nos anos 1990, 2000, 2010 houve aumento gradual no percentual de heterossexuais portadores do vírus em todas as Regiões Brasileiras, com destaque para a Região Sul e Nordeste que no ano de 2012 que apresentaram percentual igual a 75% e 73%, respectivamente (*Figura 3*).

Outra informação pertinente é que nas Regiões Centro-Oeste (30%) e Nordeste (38%), no ano 1990, os homossexuais apresentaram o maior percentual de portadores do vírus HIV/AIDS. Nota-se, outrossim, que em todas as Regiões os percentuais de homossexuais são maiores, na maioria dos anos estudados, que o percentual dos bissexuais, ademais, estes

apresentam decaimento nos casos notificados ao longo do tempo. E, por fim, as outras formas de contaminação (transmissão vertical, transfusão, hemofílicos e usuários de drogas) exibiram decréscimo em seus percentuais nas Regiões ao longo do tempo (*Figura 3*).

Figura 3 – Distribuição percentual dos casos notificados do vírus HIV/AIDS das regiões brasileiras, por categoria de exposição, nos períodos de 1990, 2000, 2010 e 2012.



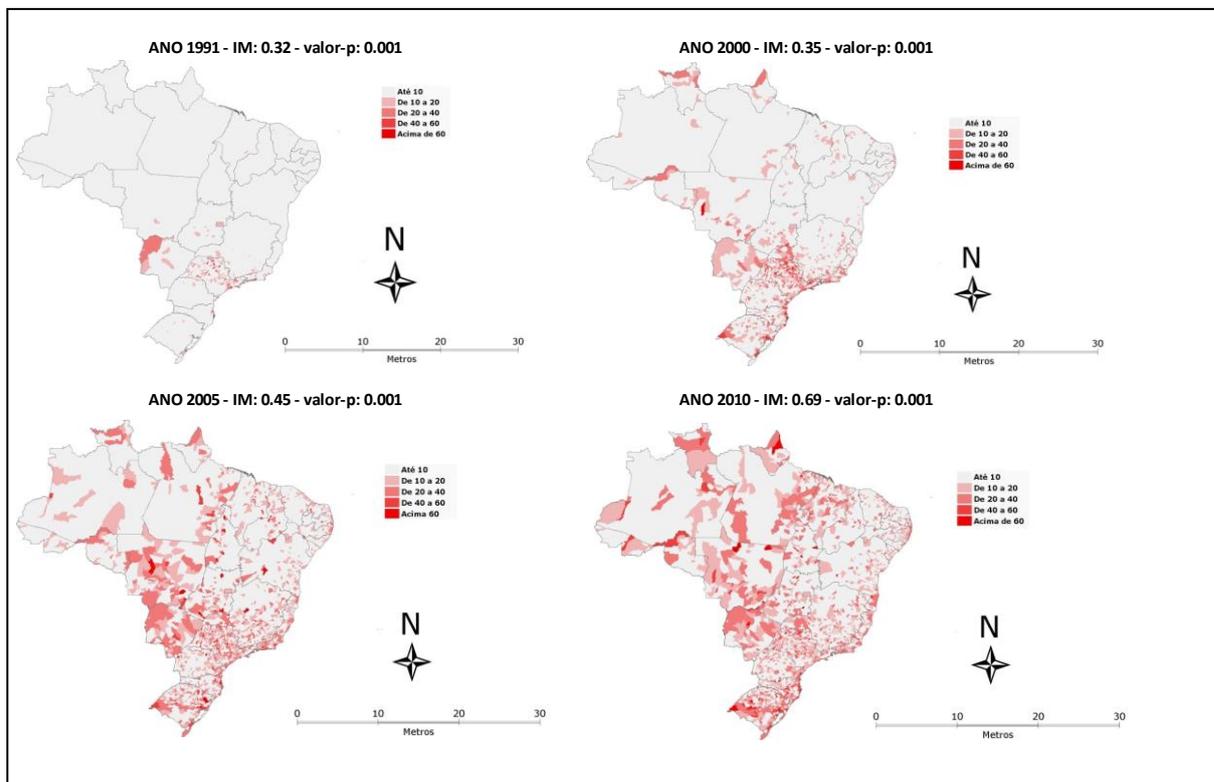


Fonte dos dados básicos: Ministério da Saúde/DATASUS, 2014.

A seguir, analisam-se as taxas de incidência dos casos notificados do vírus HIV/AIDS em relação aos municípios brasileiros, nos anos de 1991, 2000, 2005 e 2010. Com base nos mapas temáticos, notou-se que no ano de 1991 os municípios das regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram as maiores taxas de incidência em comparação às demais cidades. Já no ano de 2000, verifica-se um espalhamento moderado em algumas cidades brasileiras, sobretudo, nas cidades das Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. Nos anos de 2005 e 2010, constata-se um espalhamento mais preocupante nos municípios brasileiros e, além disso, notam-se altas taxas de incidência em cidades mais distantes dos grandes centros urbanos, comprovando que o processo de interiorização da AIDS, no Brasil, está a cada ano mais visível.

Testou-se, também, a correlação entre espacial da taxa de incidência dos casos notificados do vírus HIV/AIDS com o auxílio do Índice de Moran (I), considerou um nível de significância igual a 5%. Em todos os anos constatou-se que há correlação espacial da variável taxa de incidência dos casos do vírus HIV/AIDS (*Figura 4*):

Figura 4 – Taxa de Incidência dos casos notificados do vírus HIV/AIDS das regiões brasileiras, por município brasileiro, nos períodos de 1991, 2000, 2005 e 2010.



Fonte dos dados básicos: Ministério da Saúde/DATASUS, 2014.

2.1.4 Discussão

*‘Amor da minha vida
Daqui até a eternidade
Nossos destinos
Foram traçados na maternidade’
Trecho da música ‘Exagerado’ – (CAZUZA, 1985)*

Diante das análises apresentadas, pode-se inferir que nas Regiões Brasileiras as dimensões da AIDS apresentam algumas particularidades. O processo de feminização é mais claro em algumas regiões, por exemplo, nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. As taxas de incidência masculina apresentaram altos valores nas Regiões Sul.

A grande preocupação com esse processo é o fato de a mulher ter o grande potencial em difundir o vírus mais rapidamente, pois se sabe que, além da companheira transmitir a doença pela relação sexual, ela também pode transmitir o vírus pela transmissão vertical⁹ (GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONDES-MACHADO, 2004). A imposição de o companheiro em deixar de usar a camisinha e o receio da negociação para um sexo seguro são realidades que ajudam a aumentar a vulnerabilidade da mulher em relação à infecção, visto que um vínculo afetivo e de confiança traz uma certeza irrefutável de imunidade do seu parceiro. Esta realidade está ligada a dois aspectos, o primeiro engloba o contato com o parceiro, sendo de convivência frequente, o conhecimento sobre sua família e seus costumes rotineiros como elementos inibidores do risco de infecção na relação sexual. O segundo aspecto, surge com a monogamia, em que a negociação para um sexo seguro faz surgir um sentimento de infidelidade e desconfiança no casal. Nesses dois primeiros aspectos, nota-se que o principal objetivo da relação é o prazer sexual, tendo em segundo plano uma possível relação segura (D’OLIVEIRA; COUTO; CARDOSO, 2007).

No ingênuo meio social, a AIDS é atribuída como “doença dos outros”, “doença da rua” ou “doença dos solteiros”, com essa concepção os homens negligenciam o hábito de usar camisinha com sua parceira fixa e, quando usam, objetivam a combater uma concepção indesejável (LOPES; BUCHALLA; AYRES, 2007). A não aceitação do uso da camisinha por parte do homem surge por sensações de incômodos e por temerem perder sua virilidade na relação sexual. Diante disso, o preservativo feminino aparece como alternativa para a mulher em substituição à camisinha masculina. Pesquisa realizada em São Paulo verificou que 8,2% das mulheres entrevistadas sugeriram aos seus parceiros o uso da camisinha feminina, com

⁹ Transmissão da mãe para seu filho durante a gestação, no parto ou depois na amamentação.

isso, protegendo-as de uma gravidez indesejada e da transmissão do vírus (GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONDES-MACHADO, 2004).

A sensação de imunidade em relação à infecção do vírus HIV/AIDS foi, também, detectada nas mulheres chilenas casadas. Na pesquisa realizada, estas estão mais vulneráveis ao risco de infecção do que mulheres profissionais da área de saúde. Verificou-se, ainda, que a vulnerabilidade feminina é afetada diretamente por comportamentos sexuais masculinos, ademais, a baixa escolaridade das donas de casa chilenas contribuíram de forma decisiva para o aumento do risco de contaminação (URZUA MORALES; BARREDA, 2008). Ao longo do tempo, criou-se o paradigma de que somente a mulher tem o dever de se preocupar com a sua saúde o que implicará numa relação segura. A criação desse padrão faz com que os homens, também responsáveis por um sexo seguro, lancem mão de tratamentos e comportamentos que diminuam a chance de infecção (SAMPAIO et al., 2011).

O desafio de conciliar o trabalho doméstico, a atenção oferecida à família e os compromissos profissionais, forçam a mulher a colocar em segundo plano sua saúde, optando pelas outras atividades familiares (SANTOS; FRANÇA JÚNIOR; LOPES, 2007). Outra característica que influencia para maior vulnerabilidade feminina é a sua condição biológica, pois as mulheres apresentam num de seus órgãos, o epitélio uterino, maior sensibilidade ao vírus e se sabe que, de modo geral as Doenças Sexualmente Transmissíveis são assintomáticas, ou seja, não apresentam sintomas característicos (TAQUETTE et al., 2011).

Como discutido, a feminização está mais presente nas relações heterossexuais, percebe-se que nas mulheres o medo de ser contaminada é menor do que o receio de negociar o uso da camisinha com seu parceiro (BRUM; MORAIS; ROSO, 2011). É evidente que as desigualdades sociais e culturais enfrentadas pelo sexo feminino mostram uma sujeição involuntária ao companheiro ao dispor do seu próprio corpo um bem constitucionalmente protegido (SCHRAIBER et al., 2008).

Em relação à categoria de exposição do vírus HIV/AIDS, notou-se de forma bem clara que o processo heterossexualização da AIDS nas regiões brasileiras é um fato notório, porquanto os maiores percentuais se concentraram entre os heterossexuais, na maioria dos anos. Já as categorias que apresentaram decaimento em seus percentuais foram a dos bissexuais e outras formas de contaminação.

Ao longo da disseminação da AIDS, no Brasil, criou-se no convívio social um estereótipo da doença que se perpetua até os dias atuais, atribuindo a sua propagação a indivíduos que tenham relacionamento com pessoas do mesmo sexo. As mudanças

epidemiológicas da AIDS trouxeram uma nova ótica para seu combate, antes restrita a “grupos de risco”, depois “comportamento de risco” e, atualmente, “vulnerabilidade” (SCHAURICH; FREITAS, 2011).

Do mesmo modo que a feminização, a estabilidade na relação traz para os heterossexuais a crença de uma imunização absoluta ao vírus, desenvolver ações para essa parcela da população é um desafio para o Estado, já que, neste meio, sentimentos de confiança, amor e fidelidade estão presentes (MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008). Estudo realizado com caminhoneiros paulistas mostrou que, apenas, 6% dos homens usavam camisinha na relação sexual com sua parceira fixa, enquanto que com parceiras frequentes ou casuais variou entre 45% e 67%, mostrando que o grau de vulnerabilidade da parceira fixa é mais perceptível. Percebe-se que o risco de contágio, por parte dos heterossexuais-casados, é banalizado, pondo em risco não só a sua saúde, mas também da sua companheira. O grande desafio das campanhas de prevenção está em conscientizar a importância conjunta do casal em se prevenir do vírus HIV/AIDS de forma igualitária (VILLARINHO, 2002).

O processo de interiorização da AIDS foi uma problemática que se mostrou bem presente nas regiões brasileiras, nos anos 2000, 2005 e 2010. Nessas Regiões, foi visível o processo de difusão do vírus em cidades não pertencentes a regiões metropolitanas. Diante disso, nota-se que o progresso da AIDS, no Brasil, aconteceu de forma heterogênea nas suas Regiões, passando de uma doença predominante de grandes cidades para realidade em cidades pequenas (REIS; SANTOS; CRUZ, 2007).

Pesquisa realizada, na Região Norte de Minas Gerais, mostrou que 49,3% dos infectados moravam em cidades de menor porte, contra 38,7% em Montes Claros, cidade de grande porte da região mineira. Essa propensão traz desafios importantes no combate à AIDS, visto que informações sobre a doença, meios de prevenção e implicações clínicas não chegam a essas pessoas (BISCOTTO et al., 2012).

Um terceiro aspecto que ajuda o processo de interiorização da AIDS é o acesso restrito e, muitas vezes, inexistente aos meios educacionais disponíveis pela rede pública de ensino (BASTOS; BARCELLOS, 1995). Mesmo sendo claro o processo de interiorização da AIDS, foram comprovados que os casos notificados da doença, ainda, estão presentes em cidades desenvolvidas, caracterizadas por um processo urbanístico eficaz, índices de desenvolvimento bons e diversificação em suas formas de transmissão (GRANJEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010).

A juvenilização da AIDS é outra transformação preocupante não só para a comunidade científica, mas também para o Estado. Foi clara a predominância de altas taxas de incidência em idades (20-40 anos) em todas as Regiões Brasileiras e em todos os anos analisados. As Regiões Centro-Oeste, Norte apresentaram, ainda, crescimento constante nas taxas de incidência nesses grupos etários mais jovens. Outro grupo etário (60 anos e mais) apresentou um acréscimo constante em suas taxas ao longo do período estudado.

Com a eficácia comprovada, o coquetel que aumenta, consideravelmente, a longevidade dos portadores do vírus HIV/AIDS, permite uma maior aceitação por parte da população jovem. Nessa perspectiva, a juventude tem mais chance de viver experiências de vida como qualquer jovem não infectado. Todavia, encontram obstáculos em suas relações interpessoais, pois são expostos ao preconceito de uma sociedade, que na maioria das vezes é desinformada e preconceituosa. Com o preconceito o jovem renuncia a diversos acontecimentos na sua vida que são corriqueiros a qualquer pessoa como, por exemplo: trabalho, estudo, relações sexuais e, conseqüentemente, constituição familiar (MELO et al., 2012, SERAFINI; BANDEIRA, 2009).

A aceitação do tratamento em combate ao vírus com o uso do coquetel é mais desafiadora entre os adolescentes. Questionamentos e rebeldia, aspectos comuns nessa fase da vida, são fatores que contribuem para não aceitação do tratamento dos medicamentos. Além disso, a gerência dos medicamentos não deve ser responsabilidade apenas do jovem, mas também de todos aqueles que tenham alguma relação direta ou indireta com o paciente (GUERRA; SEIDL, 2010).

A conscientização juvenil para um sexo seguro pode ser intensificada com a Educação Sexual. Desde que desempenhada nos primeiros anos de vida traz o benefício de uma formação de jovens conscientes da sua vulnerabilidade em relação ao vírus HIV/AIDS. E, aliás, a Educação Sexual forma um cidadão não só com o conhecimento adquirido, mas também com a consciência de deixar de lado certos comportamentos de riscos que aumentam suas chances de se acometido pelo vírus (RAMIRO et al., 2011).

Outro grupo etário que apresenta crescimento e não tem recebido a devida atenção são as pessoas com idade mais avançada. No ano 2000 a taxa de incidência de infecção com pessoas com idade entre 50-59 era de 21,5 infectados por 100 mil habitantes, já em 2007 a taxa apresentou um aumento e passou a 27 casos por 100 mil habitantes, inclusive, em 2007, a taxa de incidência com mais de 60 anos foi igual a 9,3 casos por 100 mil habitantes (MELO et al., 2012). Não se pode descartar o crescimento do vírus em idade mais avançadas.

A população idosa está crescendo de forma intrigante ao longo do tempo. Avanços na Medicina e tecnologia ajudam ao aumento da longevidade social e, também, sexual (VIERA; ALVES; SOUSA, 2014). Nas campanhas iniciais de combate à doença, os idosos foram excluídos dos grupos de risco, ajudando a abstenção de se prevenir e a falta de conhecimento sobre a doença (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010).

Dois aspectos estão atrelados a essa omissão, o primeiro seria a grande facilidade aos serviços de saúde essenciais exclusivos oferecidos aos idosos, o segundo seria um preconceito na dicotomia sexo-terceira idade (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010). A sexualidade não está limitada a determinado grupo. É frequente a associação de vida sexual ativa, apenas, em idades mais jovens, com isso, a ilusão de uma abstenção sexual na terceira idade ajudou no aumento de casos notificados entre idosos (SOUZA; SUASSUNA; COSTA, 2009).

Logo, nota-se que tanto o processo de juvenilização, como também o envelhecimento da AIDS está bem presente na realidade brasileira. O debate que pretende comprovar qual dos processos está mais rápido, não é suficiente. Espera-se, também, o desenvolvimento de políticas públicas que enfrentem de forma contundente as especificidades de cada grupo social sejam eles idosos ou jovens (VIERA; ALVES; SOUSA, 2014).

Diante do exposto, recomendam-se, no geral, políticas de prevenção que transcendam o simples uso correto de preservativos (masculinos ou femininos) ou o conhecimento sobre as especificidades da doença. São necessárias, também, ações efetivas que atentem para práticas sexuais seguras com base nas contingências peculiares de cada grupo social (EDMUNDO et al., 2007). Para as mulheres é imprescindível incentivar o seu empoderamento na relação sexual, aprimorando sua participação protagonista na união seja ela estável ou não (AGUIAR, 2012, SCHRAIBER et al., 2008). Já para populações pauperizadas, intervenções educacionais aparecem como meio eficaz, visto que tendem a diminuir sua vulnerabilidade em relação ao vírus (GRANJEIRO, 2012).

Com relação aos heterossexuais, é imprescindível que a dicotomia sexo-prática segura seja desmistificado no casal. É de grande valia campanhas que integrem o casal num debate franco e de mútua cooperação sobre o sexo seguro (BRUM; MORAIS; ROSO, 2011, SCHAURICH; FREITAS, 2011). Para a juventude é aconselhável espaços de debates, questionamentos, pretensões e discussões francas, sendo um ponto de partida, não só para orientações prescritivas, como também para uma consciência sexual efetiva (PAIVA et al., 2008). Quanto à população idosa, uma das metas deve ser a quebra de estigmas do binômio sexualidade-terceira idade, implantando campanhas e intervenções que contribuam no

entendimento claro sobre as questões e práticas sexuais seguras entre os idosos (ANDRADE; SILVA; SANTOS, 2010). Nas cidades de pequeno porte, aconselha-se a interiorização dos Serviços de Saúde, mas também um georefenciamento mais abrangente da AÍDS em regiões longínquas de grandes centros urbanos, essas atitudes ampliarão o debate e entendimento da expansão do vírus (SOUZA et al., 2012).

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Rogério Oliveira de. A Violência Doméstica E Suas Implicações Para A Crescente Feminização Da Epidemia De Hiv/Aids. In.: CONGRESSO INTERNACIONAL DA FACULDADES, São Leopoldo, **Anais...** São Leopoldo, 2012.

ANDRADE, H.A.S.; SILVA, S.K.; SANTOS, M.I.P.O. Aids em idosos: vivências dos doentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.14, n.4, 2010, p.712-719.

BARBOSA, Lára de Melo. Características do comportamento sexual das mulheres residentes em Boa Vista e Manaus frente à epidemia da aids. In.: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP, 17., Caxambú, MG, **Anais...** Caxambú, MG, 2010.

BASTOS, Francisco Inácio.; BARCELLOS, Christovam. Geografia social da AÍDS no Brasil. **Revista da Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.1, p. 52-62, 1995.

BISCOTTO, Cláudia Rocha et al. Interiorização da epidemia HIV/Aids. **RBM**, Minas Gerais, n.8-9, 2012.

BRUM, Luana Martins de; MORAIS, Mariana Resener de; ROSO, Adriane. Relações Conjugais E Hiv/Aids: Articulações Possíveis. In.: JORNADA DE PSICOLOGIA, 4., Santa Cruz do Sul, **Anais...**Santa Cruz do Sul: UNISC, 2011.

CARVALHO, Fernanda Torres de. et al. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**. v.23, n.9, p. 2023-2033, 2007. ISSN 0102-311X.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia; COUTO, Márcia Thereza; CARDOSO, Maria Aparecida. Mulheres vivendo com HIV/Aids parceiras de usuários de drogas injetáveis. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.2, p. 31-38, 2007. ISSN 0034-8910.

DRUCK, Suzana et al.**Análise espacial de dados geográficos**. Planaltina/DG: Editora EMPRABA, 2004.

EDMUNDO, Kátia et al. Vulnerabilidade ao HIV em favela do Rio de Janeiro: impacto de uma intervenção territorial. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.2, p. 127-134, 2007. ISSN 0034-8910.

GALVAO, Marli T Gimenez; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos ; MARCONDES-MACHADO, Jussara. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.2, p. 194-200, 2004. ISSN 0034-8910.

GRANGEIRO, Alexandre et al. Incidência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP.**Rev. Saúde Pública**, v.46, n.4, p. 674-684, 2012. Epub June 19, 2012. ISSN 0034-8910.

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro ; CASTILHO, Euclides Ayres. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002-2006. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.3, p. 430-441, maio 2010. ISSN 0034-89.

GUERRA, Camila Peixoto Pessôa; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Adesão em hiv/aids: estudo com adolescentes e seus cuidadores primários. **Psicol. estud.** v.15, n.4, p. 781-789, 2010. ISSN 1413-7372.

JARDIM, Fabrine Aguilar et al. **Doenças Sexualmente Transmissíveis**: a percepção dos adolescentes de uma escola pública. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri : UFVJM, 2013.

LOPES, Fernanda; BUCHALLA, Cassia Maria; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.2, p. 39-46, 2007. ISSN 0034-8910.

MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce; FREITAS, Daniel. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.2, p. 242-248, 2008. ISSN 0034-8910.

MALHA DIGITAIS DOS MUNICÍPIO BRASILEIROS. Disponível em:<
http://downloads.ibge.gov.br/downloads_geociencias.htm >. Acesso em: Jun. 2014.

MELO, Hugo Moura de Albuquerque et al. O conhecimento sobre aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.1, p. 43-53, 2012. ISSN 1413-8123.

NOTIFICAÇÃO HIV/AIDS. Disponível em:<
<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/> >. Acesso em: Jul. 2014.

OLIVEIRA, Lédice Lino de; NEGRA, Marinella Della; NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. Projetos de vida de adultos jovens portadores de HIV por transmissão vertical: estudo exploratório com usuários de um ambulatório de infectologia. **Saúde soc.** vol.21, n.4, p. 928-939, 2012. ISSN 0104-1290.

PAIVA, Vera et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros . **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.1, p. 45-53, 2008. ISSN 0034-8910.

POPULAÇÃO RESIDENTE DAS REGIÕES BRASILEIRAS. Disponível em:<
<http://tabnetdatasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprn.def>>. Acesso em: Jul.2014.

RAMIRO, Lúcia et al. Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. **Rev. Port. Saúde. Pub**, v.29, n.1, p. 11-21, 2011. ISSN 0870-9025.

REIS, Ana Cristina, SANTOS, Elizabeth Moreira dos, CRUZ, Marly Marques da. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n.3, p.195-205, jul./set., 2007.

SAMPAIO, Juliana et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às dst/aids no semi-árido nordestino. **Saúde soc.** v.20, n.1, p. 171-181, 2011. ISSN 0104-1290.

SANTOS, Elisabete Cristina Morandi dos; FRANCA JUNIOR, Ivan; LOPES, Fernanda. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.2, p. 64-71, 2009. ISSN 0034-8910.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.1, p. 127-137, 2008. ISSN 0034-8910.

SCHAURICH, Diego; FREITAS, Hilda Maria Barbosa de. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. **Revista de Enfermagem da USP**, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400028&script=sci_arttext>. 13 jul. 2014.

SERAFINI, Adriana Jung; BANDEIRA, Denise Ruschel. Jovens vivendo com hiv/aids: a influência da rede de relações, do coping e do neuroticismo sobre a satisfação de vida. **Rev. psiquiatr.** Rio Grande do Sul, v.31, n.1, p. 51-59, 2009. ISSN 0101-8108.

SOUZA, A. C. A. ; SUASSUNA, D. S. B. ; COSTA S. M. L. Perfil Clínico-Epidemiológico de Idosos com Aids. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v.21, n.1, p.22-26, 2009.

SOUZA, Cristiane Chaves de. et al. Interiorização do hiv/aids no Brasil: um estudo epidemiológico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, n.35, p. 25-30, 2012.

TAQUETTE, Stella Regina et al. A epidemia de aids em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do rio de janeiro: descrição espaço-temporal. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**, v.44, n.4, p. 467-470, 2011. ISSN 0037-8682.

URZUA MORALES, Alfonso and BARREDA, Patricia Zúñiga. **Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.42, n.5, pp. 822-829. Epub Aug 28, 2008. ISSN 0034-8910.

VIERA, Gabriel de Deus; ALVES, Thaianne da Cunha; SOUSA, Camila Maciel de. Perfil da aids em indivíduos acima de 50 anos na região amazônica. **Rev. Brasileira de Geriatria**, Rio de Janeiro, v.17, p. 61-66, 2014.

VILLARINHO, Luciana et al. Caminhoneiros de rota curta e sua vulnerabilidade ao HIV, Santos, SP. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p. 61-67, 2002. ISSN 0034-8910.

2.2 ARTIGO 2: UMA AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO E PERCEPÇÃO SOBRE O VÍRUS HIV/AIDS, NAS CAPITAIS MANAUS-AM E BOA VISTA-RR, E SUAS IMPLICAÇÕES NO COMPORTAMENTO SEXUAL, ANO 2008.

Josenildo Eugênio da Silva¹⁰
Lára de Melo Barbosa Andrade¹¹
Maria Helena Constantino Spyrides¹²

RESUMO

Atualmente, a feminização da AIDS é uma das dimensões com maior velocidade de expansão no Brasil e em suas Regiões. Os contextos comportamentais e socioculturais femininos impactam diretamente numa maior vulnerabilidade em relação ao acometimento do vírus HIV/AIDS. Diante disso, este artigo tem como escopo geral averiguar se há relação entre práticas seguras, conhecimento e percepção das mulheres residentes nas capitais de Manaus e Boa Vista sobre a infecção sobre vírus HIV/AIDS. Como fonte de dados, utilizou-se a Pesquisa: “Avaliando o processo de difusão epidêmica e espacial do HIV/AIDS nas Unidades Federadas da Região Norte do Brasil”, ano 2008. A fim de alcançar os objetivos propostos empregaram-se as técnicas estatísticas: Análise de Agrupamento, Análise de Variância, Tukey, Qui-Quadrado e Regressão Logística. Identificaram-se três Grupos com base nas notas de conhecimento e percepção das entrevistadas em relação ao vírus HIV/AIDS: o Grupo 1 (maior conhecimento e percepção), o Grupo 2 (conhecimento intermediário, percepção baixa) e Grupo 3 (menor conhecimento, percepção intermediária). Além disso, captaram-se diferenças significativas entre as médias de percepção dos Grupos e as médias de conhecimento daquelas que usaram ou não a camisinha na última relação sexual. Também, constatou-se que o conhecimento e a percepção adquiridos sobre o vírus HIV/AIDS não condizem, necessariamente, com práticas seguras desempenhadas diariamente pelas mulheres entrevistadas. Logo, pode-se afirmar que campanhas educativas que visem às especificidades e meios de prevenção do vírus HIV/AIDS são imprescindíveis, entretanto insuficientes. Recomendam-se ações educativas que instiguem o empoderamento feminino na relação sexual, como também sua conscientização para desempenhar práticas sexuais seguras diariamente.

Palavras-chave: Conhecimento. Percepção. Mulheres. Feminização.

¹⁰ Mestrando em Demografia - PPGDEM/UFRN. Bacharel em Estatística - DEST/UFRN. jajaflorania@yahoo.com.br

¹¹ Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Demografia; Professora Adjunta do Departamento de Estatística/UFRN; Pesquisadora do Grupo de Estudos Demográficos (GED). lara@cctufnr.br

¹² Professora Adjunta do Departamento de Estatística/UFRN. Pesquisadora do Grupo de Estudos Demográficos (GED). syprides@cctufnr.br

ABSTRACT

Nowadays, the feminization of AIDS is one of the faster dimensions of expansion in Brazil and its Regions. Female behavioral and sociocultural contexts have directly impacted a greater vulnerability in relation to the involvement of HIV. Therefore, this paper aims to ascertain whether there is a relationship between safe practices, knowledge and perception of women residents in Manaus and Boa Vista cities on the infection of HIV. As a source of data, it was used the survey: "Evaluating the process of spatial and epidemic diffusion of HIV in the federal units of the Northern Region of Brazil", in year 2008. In order to achieve the proposed objectives, statistical techniques were employed: Cluster Analysis, Analysis of Variance, Tukey, Chi-Square and Logistic Regression. We identified three groups based on the notes of knowledge and perception of the interviewees in relation to HIV: Group 1 (higher knowledge and perception); Group 2 (intermediate knowledge, low perception) and Group 3 (less knowledge and intermediate perceptions). Furthermore, significant differences were captured between the mean perception of groups and average knowledge of those who used a condom or not at last intercourse. Further, it was found that the acquired knowledge and perception about does not suit necessarily with safe practices performed daily by the women interviewed. Therefore it can be said that educational campaigns aiming at specificities and means of prevention of HIV are essential, however, insufficient. Educational actions are recommended in order to encourage the female empowerment in sexual intercourse, as well as their awareness of playing safe sex practices daily.

Keywords: Knowledge; Perception; Women; Feminization.

2.2.1 Introdução

'AIDS não está no rosto, na orientação sexual ou no modo de vida. AIDS está no sangue e no sêmen. Previna-se; use camisinha.'
Well Sanchez

A feminização da AIDS apresenta cenário de expansão a nível regional e, sobretudo, a nível nacional. A demanda desse processo não se restringe, apenas, aos aspectos científicos, ao contrário, abrange padrões sociais, comportamentais e culturais (TRINDADE E SCHIAVO, 2001).

De 1980 a 2011, no Brasil foram notificados 210 mil mulheres com vírus HIV/AIDS, tendo uma convergência de crescimento nas Regiões Sul, Norte e Nordeste. A maioria das mulheres são pobres, com baixa escolaridade, características que trazem um acesso restrito às informações sobre o HIV/AIDS (RENESTO et al., 2014).

Tendo em consideração as várias regiões brasileiras, a região Norte vem se destacando por aumento significativo dos casos de HIV/AIDS ao longo dos anos. Este aumento está sendo ocasionado por práticas sexuais inseguras e baixa quantidade de exames anti-HIV (GRANJEIRO; ESCUDER; CASTILHO, 2010). Até o ano de 2012, foram notificados 23.076 casos de AIDS na região Norte, tendo seu primeiro caso notificado em 1985. Em 1986, registraram-se 8.070 casos femininos, contra 15.006 casos masculinos. A taxa de incidência dos casos notificados femininos foi igual a 0,02 por 100.000 mulheres, já em 2012 essa mesma taxa foi igual 11,05. Além disso, em 1989, a razão entre casos notificados masculino-femininos era igual a 16,33, já em 2012 essa razão teve um decréscimo de 89% (1,85). Nesse sentido, percebe-se uma tendência de aumento nos casos notificados femininos na Região Norte¹³.

Com essas perspectivas, estudos de comportamentos e práticas sexuais femininos estão sendo indispensáveis para compreender a associação entre a sexualidade e a transmissão sexual do HIV. Tais estudos trazem o debate sobre a eficácia das campanhas de prevenção desenvolvidas pelos órgãos públicos (BARBOSA et al., 2008, BERQUO et al., 2008). Apesar de as campanhas, atualmente, terem uma cobertura mais abrangente, o número de casos notificados entre as mulheres está em ascensão ao longo dos últimos anos. Além disso, verifica-se que o grande desafio dessas políticas está em mudar tanto hábitos sexuais, como também o ambiente sociocultural dessas mulheres (ALVES et al., 2002).

¹³ <http://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>

Uma prática sexual segura feminina, na maioria das vezes, é atribuída ao consentimento do seu parceiro, já que a negociação para o uso da camisinha é vista com desconfiança e infidelidade. Ademais, à medida que se prolonga a relação sexual, o uso da camisinha é negligenciado por ambos, trazendo uma confiança indiscutível da não contaminação do casal (D'OLIVEIRA; COUTO; CARDOSO, 2007).

A estabilidade na relação, trazendo práticas sexuais não seguras, aparece como protagonista no aumento dos casos notificados entre as mulheres heterossexuais-casadas, visto que a crença de ser a única parceira do companheiro, traz uma segurança que diminui sua percepção de risco frente ao contágio do vírus HIV/AIDS (GALVÃO; CERQUEIRA; MARCONDES-MACHADO, 2004). Corroborando com esse debate, estudo realizado com mulheres negras e não-negras paulistas portadoras do vírus mostrou que 40% delas teve como principal via de exposição a categoria “relações sexuais desprotegidas com parceiro infectado por mulher extraconjugal” (LOPES; BUCHALLA; AYRES, 2007). Contribuindo, também, para outra alteração do perfil epidemiológico da AIDS no Brasil, a heterossexualização (AGUIAR, 2012). Verifica-se que não só aspectos culturais ajudam na feminização da AIDS, mas também o contexto social que é determinante para aumentar sua vulnerabilidade. Estratos sociais marginalizados e com pouca escolaridade estão mais propensos a desenvolver situações de alto risco de infecção (BRUNELLO et al., 2011).

Diante desse quadro de feminização da AIDS, este artigo tem como escopo geral averiguar a relação entre práticas seguras, conhecimento e percepção das mulheres residentes nas capitais de Manaus e Boa Vista sobre o vírus HIV/AIDS. Como objetivos específicos, identificar características sociodemográficas e comportamentais inerentes às mulheres entrevistadas sobre o vírus, bem como captar possíveis fatores sociodemográficos, cognitivos e comportamentais associados ao uso da camisinha. Com este intuito utilizou-se a Pesquisa: “Avaliando o processo de difusão epidêmica e espacial do HIV/AIDS nas Unidades Federadas da região Norte do Brasil”, realizada no ano de 2008, coordenada pela Prof^a. Dr^a Lára de Mello Barbosa, como fonte de dados.

2.2.2 Material e métodos

A fonte de informação é constituída por dados da Pesquisa “Avaliando o processo de difusão epidêmica e espacial do HIV/AIDS, nas Unidades Federadas da região Norte do Brasil”. A Pesquisa contou com 1.620 mulheres de 15 a 69 anos, distribuídas em 810 residentes em Manaus e 810 em Boa Vista. A Pesquisa foi coordenada pela Prof^a. Dr^a. Lára de Mello Barbosa, financiada pelo Programa Nacional de Combate à AIDS e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFRN – registro 89/05. As mulheres entrevistadas assinaram um “Termo de Consentimento”, após saberem dos objetivos, justificativa e metodologia do estudo, ademais, o anonimato foi assegurado, bem como sua recusa voluntária.

Foi usada uma amostragem estratificada em múltiplos estágios em duas etapas, tal técnica divide a população em unidades primárias, que são subdivididas em unidades secundárias. Utilizou-se a alocação de Neyman e adotou-se um erro de estimação igual a 5% e um grau de confiança de 95%. Na etapa inicial, foram escolhidos os subdistritos e os 60 setores censitários para compor a amostra. Com os setores e subdistritos, selecionou-se uma amostra aleatória sem reposição, e nos estratos foram sorteados os seguintes elementos: subdistritos, setores censitários, domicílios elegíveis e uma mulher na faixa etária de 15 a 69 anos.

O questionário foi composto por três blocos: o primeiro traçou aspectos sociodemográficos das mulheres entrevistadas, o segundo sobre o conhecimento em relação à infecção do vírus HIV/AIDS com a seguinte pergunta “*Em sua opinião, o que uma pessoa pode fazer para evitar a infecção pelo HIV?*” e o último sobre a percepção das mulheres em relação às dificuldades do uso da camisinha nas relações sexuais. As informações da Pesquisa, em foco, serviram para averiguar se o conhecimento e percepção adquiridos pelas mulheres, residentes em Manaus e Boa Vista, eram condizentes com seus comportamentos sexuais desempenhados diariamente.

O presente estudo teve como parâmetros duas variáveis: as notas de conhecimento e percepção (variáveis contínuas). As notas destas variáveis foram criadas levando-se em conta a seguinte metodologia: mensurou-se o nível de conhecimento e percepção em relação ao vírus HIV/AIDS de cada mulher entrevistada por meio de cada resposta certa declarada pela entrevistada, em relação à pergunta formulada. Atribuíram-se pesos e as respostas corretas receberam pesos maiores. Consequentemente, após a coleta dos dados e alocação dos pesos nas respostas, calculou-se a média e o desvio-padrão de todas as notas das entrevistadas em

relação ao conhecimento e percepção. A seguir, as notas foram padronizadas com base na Distribuição Normal Acumulada. Sendo a nota final (NF) da entrevistada igual a:

$$NF = 10 * \Phi(Z) = \Phi\left(\frac{X - \mu}{\sigma}\right)$$

sendo,

z o escore de uma distribuição normal padronizada.

Com a criação das notas finais de conhecimento e percepção outro método usado para atingir o objetivo, em foco, foi a Análise de Agrupamento ou *Clusters*. Esta análise tem por objetivo agrupar elementos amostrais com características semelhantes em relação às notas de conhecimento e percepção sobre o vírus HIV/AIDS. O agrupamento é determinado em função da homogeneidade dentro dos grupos e da heterogeneidade entre os grupos formados (MINGOTI, 2005).

Com as médias das notas finais calculadas de cada entrevistada, utilizou-se a análise de variância (ANOVA) e, posteriormente, o teste de Tukey para identificar possíveis diferenças significativas entre as médias de conhecimento e autopercepção segundo alguns grupos. A ANOVA tem como objetivo testar as diferenças entre pelo menos um par de médias e suas respectivas interações.

Desenvolveram-se duas análises: uma para captar diferenças significativas entre as médias de conhecimento e outra para as médias dos escores de percepção, entre variáveis preditoras Grupos (1, 2 e 3), Usou camisinha (Sim e Não) e capital de residência (Manaus e Boa Vista). As análises e gráficos foram processados no *software R .2.11.1*.

Consequentemente a análise permite identificar características sociodemográficas e comportamentais comuns nas mulheres entrevistadas, segundo os grupos formados por esta técnica estatística. Antes de analisar as informações oriundas da Análise de Clusters foi necessário delimitar três questões primordiais: que medida de similaridade será usada, como constituir os grupos e, por fim, quantos grupos serão formados.

A análise utiliza como medida de similaridade dentre outras medidas: Distância Euclidiana, Distância Minkowsky, Distância Mahalanobis entre outras. Todos esses métodos partem da premissa de que quanto menor for à medida de dissimilaridade maior será a semelhança entre os componentes de cada grupo.

Neste estudo, utilizou-se a Distância Euclidiana, dada pela fórmula:

$$d(x, y) = \left[\sum_{i,j} (x_i - y_j)^2 \right]^{1/2} \quad i, j = 1, 2, \dots, p$$

sendo,

x_i : representa a característica do indivíduo i ; y_j : representa a característica do indivíduo j .

Calculada as medidas de similaridade, escolheu-se o método de agrupamento mais adequado à situação analisada. Existem dois métodos de agrupamento: os hierárquicos e não hierárquicos. Optou-se pelo método de ligação hierárquico Ward que reúne os objetos mais similares obtendo-se, posteriormente, um gráfico chamado Dendrograma (MINGOTTI, 2005). No Método de Ward a medida de igualdade usada para formar os grupos é obtida por meio da soma de quadrados entre dois grupos homogêneos levando em consideração todas as variáveis (SEIDEL et al., 2008). Utilizou-se o *software SPSS 21* para desenvolver a Técnica de Análise de Agrupamento.

O Teste Qui-Quadrado de Pearson foi aplicado para verificar possíveis associações entre os grupos formados na análise de agrupamentos e as variáveis sociodemográficas e comportamentais. Adotou-se um nível de significância de 5% para todos os testes realizados.

Com o intuito de detectar possíveis determinantes sociodemográficos e comportamentais que influenciam no uso da camisinha em suas relações sexuais, aplicou-se a regressão logística. O Modelo Linear Generalizado (MLG) é uma gama de modelos da família exponencial de distribuições e envolve três componentes: sistemático, aleatório e função de ligação (NELDER; WEDDERBURN, 1972). Considerou-se, para efeito deste estudo, o uso da camisinha (sim, não) como variável dependente, com distribuição de probabilidade Bernoulli e função de ligação logit. O componente sistemático compreendeu as variáveis sociodemográficas e comportamentais. Para a construção do modelo, foram utilizados os comandos do *software R.2.11.1*. O modelo é descrito por:

$$\ln \left[\frac{\pi(x)}{1 - \pi(x)} \right] = \alpha + \beta_1 * \chi_1 + \beta_2 * \chi_2 + \dots + \beta_p * \chi_p + \varepsilon_i$$

sendo,

$\ln \left[\frac{\pi(x)}{1-\pi(x)} \right]$ - a função de ligação logit; $\pi(x)$ - corresponde à probabilidade de

ocorrência do evento; α - coeficiente linear; χ_p - variável independente; β_p - coeficiente angular; ε_i : erros aleatórios.

2.2.3 Resultados

A cidade de Manaus é a capital do estado de Amazonas, sendo a cidade mais populosa do Estado. Em 2012, com uma população igual a 1.861.838 habitantes, tem uma área igual a 11.401 km². Já a cidade de Boa Vista capital do estado de Roraima, tem uma extensão igual a 5.177 km², no ano de 2012 contabilizou uma população igual a 296.959 habitantes¹⁴.

Aplicou-se a técnica análise de agrupamento com o objetivo de identificar características sociodemográficas e comportamentais das mulheres entrevistadas, com base nas notas de conhecimento e percepção sobre o vírus HIV/AIDS. De posse do Dendrograma (*Anexo D*) e do Gráfico *Screepplot* (*Anexo C*) identificaram-se três grupos de entrevistadas. O Grupo 1 composto por 600 mulheres, o Grupo 2 com 679 mulheres e Grupo 3 com 341 mulheres.

Realizaram-se as análises descritivas para identificar características sociodemográficas e comportamentais intrínsecas de cada grupo formado (*Tabela 1*). Em relação à idade das entrevistadas, nota-se a predominância da faixa etária 25 a 60 anos, com destaque para o Grupo 2 (conhecimento intermediário, baixa percepção) com percentual igual a 77,8%. Outra característica comum entre os Grupos foi a concentração de mulheres com mais de 9 anos de estudos. O Grupo 1 (maior conhecimento, maior percepção) concentrou o maior percentual (78,2%) de mulheres com mais de 9 anos de estudo. O estado civil casada/unida foi o mais declarado pelas mulheres entrevistadas, tendo o Grupo 2 (conhecimento intermediário, baixa percepção) percentual igual a 65,8%. Já a etnia branca foi, também, a mais declarada entre os Grupos. A pesquisa compreendeu mulheres com baixo poder aquisitivo, visto que a maioria declarou receber até 3 salários mínimos. Porém, cerca de 9% das entrevistadas do Grupo 1 (maior conhecimento, maior percepção) declararam receber acima de 6 salários mínimos. As católicas prevaleceram entre os Grupos, seguida da religião evangélica como a mais declarada

¹⁴ <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>

entre as entrevistadas. No Grupo 3 (menor conhecimento, percepção intermediária) 37% das entrevistadas eram evangélicas. Não se detectou associação significativa do uso de camisinha e os Grupos e nem com as variáveis etnia, renda familiar e religião.

Tabela 1 – Caracterização dos grupos em relação a variáveis sócio-demográficas das mulheres residentes em Manaus e Boa Vista (n= 1620 mulheres) – Ano 2008.

Variáveis	Grupos					
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	N	%	N	%	N	%
Idade**						
De 15 a 24 anos	179	29,8%	106	15,6%	76	22,3%
De 25 a 60 anos	404	67,3%	528	77,8%	254	74,5%
Acima de 60 anos	17	2,8%	45	6,6%	11	3,2%
Anos de estudo**						
0 a 4 anos	16	2,7%	47	6,9%	13	3,8%
5 a 9 anos	115	19,2%	254	37,5%	96	28,2%
Mais de 9 anos	469	78,2%	376	55,5%	232	68,0%
Estado Civil**						
Solteira	216	36,0%	142	20,9%	79	23,2%
Casada/Unida	310	51,7%	447	65,8%	218	63,9%
Alguma vez unida	74	12,3%	90	13,3%	44	12,9%
Etnia						
Branca	150	25,3%	144	21,3%	74	21,9%
Pardas	324	54,5%	377	55,9%	199	58,9%
Outras	120	20,2%	154	22,8%	65	19,2%
Renda Familiar						
Até 3 SM	439	73,9%	535	79,3%	260	77,4%
3 a 6 SM	99	16,7%	80	11,9%	50	14,9%
Acima de 6 SM	56	9,4%	60	8,9%	26	7,7%
Religião						
Sem religião	60	10,0%	71	10,5%	25	7,4%
Católica	345	57,6%	363	53,5%	182	53,5%
Evangélica	175	29,2%	231	34,0%	125	36,8%
Outras	19	3,2%	14	2,1%	8	2,4%

**Associação Significativa - p-valor < 5%

Fonte: Pesquisa Avaliando o processo de difusão epidêmica e espacial do HIV/AIDS, nas Unidades Federadas da região Norte do Brasil, Ano 2008.

Analisa-se a seguir, com a **Tabela 2**, o conhecimento das mulheres entrevistadas sobre as formas de evitar a infecção do vírus HIV/AIDS. A maioria das entrevistadas declarou que ter um só parceiro, usar seringas/agulhas descartáveis, não ter relações com homossexuais ou

usar camisinha na última relação sexual reduz as chances de acometimento do vírus. De modo contrário, segundo as entrevistadas, não conviver com pessoa infectada, não usar banheiro público ou evitar beijo na boca não aumentam as chances de contágio do vírus. Não foi captada associação significativa, apenas, entre a variável não ter relações homossexuais e os Grupos.

Tabela 2 – Caracterização dos grupos em relação ao conhecimento sobre a infecção do vírus HIV/AIDS das mulheres residentes em Manaus e Boa Vista (n= 1.620 mulheres) – Ano 2008.

Variáveis	Grupos					
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	N	%	N	%	N	%
Ter um só parceiro**						
Sim	536	90,2%	603	88,9%	319	93,5%
Não	58	9,8%	75	11,1%	22	6,5%
Usar camisinha**						
Sim	596	99,3%	664	98,7%	340	99,7%
Não	4	0,7%	9	1,3%	1	0,3%
Só usar seringas/agulhas descartáveis**						
Sim	574	95,7%	667	98,4%	341	100%
Não	26	4,3%	11	1,6%	0	0%
Evitar beijo na boca**						
Sim	95	16,0%	130	19,4%	16	4,7%
Não	500	84,0%	539	80,6%	324	95,3%
Não conviver com pessoa infectada**						
Sim	120	20,3%	180	26,8%	17	5,0%
Não	470	79,7%	491	73,2%	323	95,0%
Ir ao médico**						
Sim	571	95,2%	657	96,9%	338	99,1%
Não	29	4,8%	21	3,1%	3	0,9%
Não usar banheiro público**						
Sim	183	31,0%	248	37,2%	58	17,4%
Não	408	69,0%	419	62,8%	276	82,6%
Não ter relações com homossexuais						
Sim	420	70,9%	482	72,5%	226	67,7%
Não	172	29,1%	183	27,5%	108	32,3%

**Associação Significativa - p-valor < 5%

Fonte: Pesquisa Avaliando o processo de difusão epidêmica e espacial do HIV/AIDS, nas Unidades Federadas da região Norte do Brasil, Ano 2008.

Na **Tabela 3** é possível verificar a caracterização dos Grupos em relação à percepção das mulheres quanto às dificuldades de usar camisinha. Primeiramente, houve associação significativa entre todas as variáveis e os Grupos, indicando que os grupos se diferenciam

quanto à percepção sobre a doença. As mulheres dos Grupos 1, que é composto por mulheres com maior conhecimento sobre a doença e os mais elevados níveis de percepção (92,2%) e Grupo 3 (menor conhecimento, percepção intermediária) (71%) discordaram que o uso da camisinha reduz o prazer do homem. Em contrapartida, 52,2% das mulheres do Grupo 2, que são aquelas com conhecimento intermediário e menores níveis de percepção concordaram que o uso da camisinha reduz o prazer do homem.

Já 94,5% das mulheres do Grupo 1 e 77,8% do Grupo 3 discordaram que a camisinha quebra o clima da relação sexual, opostamente, 50,1% do Grupo 2 concordaram que a camisinha quebra o clima. Somente, 5,8% e 15% das entrevistadas do Grupo 1 concordaram que o pedido ao companheiro para usar camisinha prejudica a relação e que a mulher teme em negociar o uso da camisinha com o companheiro, respectivamente. Para 83,9% das entrevistadas do Grupo 2 o pedido para o companheiro usar camisinha pode gerar desconfiança no parceiro.

Tabela 3 - Caracterização dos grupos em relação à percepção das dificuldades de usar a camisinha, em mulheres das capitais de Manaus e Boa Vista (n= 1.620 mulheres) – Ano 2008.

Variáveis	Grupos					
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	N	%	N	%	N	%
O uso da camisinha reduz o prazer do homem**						
Concorda	39	7,8%	253	52,2%	85	29,0%
Discorda	464	92,2%	232	47,8%	208	71,0%
A camisinha quebra o clima da emoção da relação sexual**						
Concorda	29	5,5%	262	50,1%	67	22,2%
Discorda	495	94,5%	261	49,9%	235	77,8%
Pedir para usar camisinha pode causar algum problema junto ao companheiro**						
Concorda	31	5,8%	388	63,3%	85	25,9%
Discorda	505	94,2%	225	36,7%	243	74,1%
A mulher tem medo de pedir ao parceiro para usar camisinha**						
Concorda	80	15,0%	430	68,7%	137	41,3%
Discorda	455	85,0%	196	31,3%	195	58,7%
Pedir o uso da camisinha pode poduzir desconfiança no companheiro**						
Concorda	78	14,6%	520	83,9%	167	50,6%
Discorda	456	85,4%	100	16,1%	163	49,4%

**Associação Significativa - p-valor < 5%

Fonte: Pesquisa Avaliando o processo de difusão epidêmica e espacial do HIV/AIDS, nas Unidades Federadas da região Norte do Brasil, Ano 2008.

Na caracterização dos Grupos quanto aos comportamentos diários desempenhados pelas mulheres entrevistadas, os resultados mostram que 67,3% no Grupo 2 sabiam se o seu parceiro sexual tinha feito o exame HIV/AIDS (*Tabela 4*). Este grupo registrou a maior concentração de mulheres casadas/unidas (65,8%).

Quando foi perguntado se a entrevistada usou camisinha na última relação sexual, 71% das participantes do Grupo 1 não haviam usado, além do que, este Grupo reuniu a maior parcela de solteiras (36%) entre as entrevistadas, enquanto que 83% do Grupo 2 e 85% do Grupo 3 usaram camisinha. Houve predominância entre os Grupos no fato delas quererem

usar camisinha com uma pessoa que não queria, com destaque para o Grupo 1 (67%). Este Grupo também declarou que, atualmente, tem relações de forma regular, neste quesito o Grupo 3 contabilizou 70,4%. Supondo que na hora da relação sexual o parceiro (a) fosse pouco conhecido pela entrevistada e não quisesse usar camisinha, em todos os Grupos, as mulheres não transariam com o parceiro (a), sendo Grupo 1 (96,6%), Grupo 2 (88,7%) e Grupo 3 (95,2%). Nos últimos 12 meses, 7,2% das mulheres do Grupo 1 tiveram relações com mais de um parceiro, já 79,6% do Grupo 2 se relacionaram, apenas, com um parceiro, nos últimos 12 meses. Foi captada associação significativa entre os Grupos e todas as variáveis analisadas.

Tabela 4 - Caracterização dos grupos em relação a comportamentos desempenhados no dia-a-dia das mulheres entrevistadas, nas capitais de Manaus e Boa Vista (n= 1620 mulheres) – Ano 2008.

Variáveis	Grupos					
	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
	N	%	N	%	N	%
Conhecimento se o parceiro fez o teste HIV/AIDS**						
Sim, ele fez	168	47,9%	145	32,7%	99	43,4%
Sim, ele não fez	183	52,1%	299	67,3%	129	56,6%
Usou camisinha na última relação sexual**						
Sim	486	71,7%	501	83,5%	290	85,0%
Não	192	28,3%	99	16,5%	51	15,0%
Já quis usar camisinha com uma pessoa que não queria**						
Sim	179	33%	251	37%	128	38%
Não	359	67%	428	63%	213	62%
Atualmente tem uma pessoas com a qual mantém relações sexuais**						
Não tem ninguém	132	24,5%	161	23,7%	77	22,6%
Sim, de forma regular	363	67,3%	451	66,4%	240	70,4%
Sim, de forma ocasional	44	8,2%	67	9,9%	24	7,0%
Se fosse ter relações sexuais com uma pessoa conhecesse pouco e ela não quisesse usar camisinha, o que você faria**						
Transaria assim mesmo	15	2,9%	46	7,0%	12	3,6%
Deixaria de transar	504	96,6%	581	88,7%	315	95,2%
Outro	3	0,6%	28	4,3%	4	1,2%
Nos últimos 12 meses, nº de pessoas que teve relações sexuais**						
Ninguém	115	16,9%	67	12,4%	49	14,4%
Até 1 parceiro	515	75,8%	429	79,6%	270	79,2%
Mais de 1 parceiro	49	7,2%	43	8,0%	22	6,5%

**Associação Significativa - p-valor < 5%

Fonte: Pesquisa Avaliando o processo de difusão epidêmica e espacial do HIV/AIDS, nas Unidades Federadas da região Norte do Brasil, Ano 2008.

Ainda utilizando a Análise de Agrupamento, os grupos caracterizaram-se da seguinte forma Grupo 1 compreende mulheres que demonstraram maior conhecimento (5,53) e percepção (8,00) sobre o vírus HIV/AIDS. O Grupo 2 composto por mulheres com conhecimento intermediário (5,06), porém com mais baixa percepção (1,89). E o Grupo 3 com menor conhecimento (3,08), todavia com percepção intermediária (4,31) sobre o vírus HIV/AIDS (*Tabela 6*).

Houve diferença significativa entre as médias das notas de percepção entre os Grupos e entre aquelas que usaram ou não a camisinha. Analisando a variável conhecimento, detectou-se interação entre Grupos e uso da camisinha (*Tabela 5*).

Tabela 5 – Análises de Variâncias e respectivos Testes F – Variáveis Conhecimento (Y) e Percepção (Y) e variáveis predictoras (Grupos e uso camisinha).

Fonte de Variação	F ₀	valor-p	F ₀	valor-p
	PERCEPÇÃO		CONHECIMENTO	
Grupos	3,65	<0,001***	83,10	<0,001***
Usou camisinha	14,11	<0,001***	1,79	0,182
Usou camisinha*Grupos	0,54	0,581	4,86	0,008**

Nível de Significância: 0 '**' - 0,001 '***' - ' ' 1**

Fonte: Pesquisa Avaliando o processo de difusão epidêmica e espacial do HIV/AIDS, nas Unidades Federadas da região Norte do Brasil, Ano 2008.

Tabela 6 – Médias* das notas dos Grupos em relação às variáveis conhecimento e percepção sobre o vírus HIV/AIDS, em mulheres das capitais de Manaus e Boa Vista (n= 1.620 mulheres) – Ano 2008.

Grupos	Percepção	Conhecimento
	Grupo 1	8,00 ^a
Grupo 2	1,89 ^b	5,06 ^e
Grupo 3	4,31 ^c	3,08 ^f

Conhecimento - Grupos x Uso da camisinha		
Grupos	Sim	Não
Grupo 1	5,96 ^g	5,37 ^g
Grupo 2	4,87 ^h	5,27 ^h
Grupo 3	3,38 ⁱ	2,87 ⁱ

*Letras iguais: médias estatisticamente iguais

*Letras diferentes: médias estatisticamente diferentes

Fonte: Pesquisa Avaliando o processo de difusão epidêmica e espacial do HIV/AIDS, nas Unidades Federadas da região Norte do Brasil, Ano 2008.

Com o intuito de captar possíveis fatores sociodemográficos e comportamentais associados ao uso da camisinha ajustou-se um modelo logístico. Tendo como variável resposta a probabilidade da mulher usar camisinha (sim=1 e não=0) e como variáveis explicativas variáveis comportamentais e sócio-demográficas.

Para análise integrada do modelo de regressão logística múltipla foi utilizado como estratégia de seleção de variáveis os métodos *stepwise* e *forward*. Primeiramente, foram analisadas todas as variáveis (Estado Civil, Religião, Educação, Etnia, Idade, Número de parceiros, Renda, Grupos, Conhecimento, percepção) que no teste de associação obtiveram valor-p<0,20. Depois, as candidatas ao modelo múltiplo final foram aquelas estatisticamente significativas valor-p < 0,05.

Os resultados mostraram que apenas as variáveis: idade (p-valor = 0,001) e Grupos (p-valor = 0,001) atenderam o requisito proposto para serem candidatas ao modelo final. Depois, utilizando as informações da **Tabela 7**, tem-se o modelo final que registrou o menor valor de AIC, sendo o melhor modelo ajustado pelo Método *Stepwise*. Constataram-se significância as faixas etárias e os grupos. A deviance residual não foi significativa, considerando um alfa de 5%, ou seja, o modelo está bem ajustado.

Com o modelo selecionado, os resultados mostram que as mulheres do Grupo 2 (conhecimento mediano e baixos níveis de percepção) têm 1,80 vezes mais chances de usar camisinha do que as mulheres do Grupo 1 (elevado conhecimento e elevados níveis de percepção). Enquanto as mulheres do Grupo 3 (baixo conhecimento e mediano nível de percepção) têm 2,10 vezes mais chances de usar camisinha do que as mulheres do Grupo 1.

Considerando os coeficientes do modelo da variável idade, conclui-se que a chance da mulher que têm idade entre 15 e 24 anos de usar camisinha é 12,16 vezes maior do que aquelas que têm idade acima de 60 anos. Por outro lado, as mulheres com idade entre 25 a 60 anos de idade têm 9,41 vezes maior chance de usar camisinha do que as mulheres idosas (60 anos ou mais).

Tabela 7 - Estimativas do modelo final

Coeficientes	Estimativa	Std.Error	z value	Pr (> z)	Razão de Chance (RC)	IC (RC)
(Intercept)	1,762	0,268	4,394	< 0,001	---	---
Grupos						
Grupo 1	---	---	---	---	---	---
Grupo 2	0,587	0,145	4,048	< 0,001	1,798	[1,356 ; 2,396]
Grupo 3	0,743	0,18	4,127	< 0,001	2,102	[1,487 ; 3,015]
Idade						
De 15 a 24 anos	2,49	0,302	8,279	< 0,001	12,155	[6,821 ; 22,345]
De 25 a 60 anos	2,242	0,272	8,256	< 0,001	9,411	[5,606 ; 16,338]
Acima de 60 anos	---	---	---	---	---	---
Deviance Residual=1550		AIC=1.560				

Fonte: Pesquisa Avaliando o processo de difusão epidêmica e espacial do HIV/AIDS, nas Unidades Federadas da região Norte do Brasil, Ano 2008.

2.2.4 Discussão

*'O teu futuro é duvidoso
Eu vejo grana, eu vejo dor
No paraíso perigoso
Que a palma da tua mão mostrou....'
Trecho da música 'Bete Balanço' – (CAZUZA, 1984)*

Sabe-se que a feminização da AIDS está se difundindo de forma acelerada não só no Brasil, mas também no contexto mundial. Comprova-se que esta dimensão apresenta várias peculiaridades e, conseqüentemente, traz desafios para os gestores públicos de como combatê-la de forma mais eficaz. Uma localidade onde não tem políticas públicas para combater essa problemática expõe sua população feminina a uma maior vulnerabilidade em relação aos demais locais.

Os resultados obtidos nesse trabalho mostraram que o fato de pertencer aos Grupos 2 ou 3 foi um fato decisivo para que as mulheres entrevistadas fossem mais propensas a usar a camisinha nas relações sexuais, resultado não esperado uma vez que as mulheres do Grupo 1 foram as com maior média de conhecimento e percepção sobre o vírus HIV/AIDS. Não obstante, constatou-se que mesmo com os conhecimentos e percepção adquiridos, eles não se harmonizam com os seus comportamentos diários.

Os Grupos mais propensos a usar camisinha na relação sexual agruparam a maior quantidade de solteiras na pesquisa, ao passo que o Grupo 1 contou com a maior concentração de casadas, mostrando que a estabilidade na relação afetou diretamente na abstenção em usar a camisinha. Seguindo a mesma tendência, estudo realizado com homens jovens paulistas que trabalham no mercado da prostituição, mostrou que a prática do sexo seguro foi negligenciada, o uso da camisinha é realizado, apenas, no sexo anal, às vezes, no sexo oral e nunca com parceiros (as) estáveis (FERREIRA et al., 2008, SANTOS, 2011).

Essa abstenção feminina, em relação ao uso da camisinha, é relacionada ao seu contexto sociocultural vivenciado, o receio de negociação com o parceiro aparece como vilão para uma prática sexual insegura (URZUA MORALES; BARREDA, 2008). A relação monogamia-sexo seguro traz uma certeza irrefutável de não contaminação do casal (LOPES; BUCHALLA; AYRES, 2007). Pesquisa realizada, em São Paulo, constatou que 68% jovens paulistas, com relação estável, declararam que mesmo com o acesso gratuito ao preservativo, continuariam sem utilizá-lo, inferindo-se que o simples aumento na sua distribuição não é suficiente para ampliar a sua utilização (PRAÇA; LATORRE; HEARST, 2003).

O Grupo 1 (maior conhecimento e percepção) foi predominante de mulheres com mais de 9 anos de estudos, verifica-se que a escolaridade contribui diretamente num conhecimento

mais aguçado sobre o vírus, resultado diverso foi obtido numa pesquisa realizada no Ceará com estudantes da área de saúde, já que pelo seu nível de escolaridade seu conhecimento sobre o vírus ficou aquém do esperado (BEZERRA et al., 2012).

Diante disso, nota-se que não há associação entre o uso de métodos preventivos com o conhecimento e percepção sobre o vírus HIV/AIDS, mesmo tendo iniciativas e planos educativos acessíveis (ALVES et al., 2002). A conscientização de prática sexual segura está atrelada às contingências históricas e culturais que inibem comportamentos seguros desempenhados diariamente (JARDIM et al., 2013).

Ademais, outra variável que explicou de forma significativa o uso da camisinha foi a idade das entrevistadas. Com os resultados do artigo, têm-se evidências que a chance das mulheres entrevistadas aderirem ao uso da camisinha, diminui à medida que a idade das entrevistadas aumenta. A mesma inferência do artigo foi encontrada em pesquisa realizada em Portugal, na qual a variável idade foi decisiva, no uso da camisinha, tanto para homens, como para mulheres. A população mais jovem foi mais propensa ao uso frequente da camisinha, mostrando que pessoas com idades mais avançadas, geralmente, aderem pouco ao uso da camisinha, pelo fato do início de uma relação estável (ABOIM, 2012).

Já em pesquisa realizada, em Peruíbe/SP, mostrou que à medida que a idade diminui as dúvidas em usar o preservativo de maneira correta aumenta e esta dificuldade é mais presente entre as mulheres, já que de maneira geral a camisinha masculina é mais utilizada, nota-se a necessidade de diretrizes educacionais mais efetivas entre as mulheres sobre o uso correto do condom (VAL et al., 2013).

Com base no debate feito, anteriormente, o medo de acometimento do vírus HIV/AIDS entre as mulheres é menor do que o processo de negociação com seu parceiro para o uso da camisinha (BERQUÓ et al., 2008). Conclui-se que o uso do condom está ligado ao tempo de relacionamento, englobando aspectos sentimentais e de confiança, além do que, a camisinha é mais utilizada para interromper uma gravidez indesejável do que proteger-se do vírus (TRINDADE; SCHIAVO, 2001).

Assim sendo, sugere-se um planejamento educacional-preventivo que mude a concepção feminina de submissão na relação sexual, é necessário mostrar o seu direito de pactuar com seu parceiro um sexo seguro, o emponderamento feminino na relação sexual é indispensável, atualmente (ALVES et al., 2002). Atividades educativas de prevenção que se restrinjam, somente, ao conhecimento sobre as características do HIV/AIDS são insuficientes (ANTUNES et al., 2002). É preciso medidas educacionais que conscientizem uma prática

segura entre as mulheres/homens em todas as relações sexuais estáveis ou não (BRUM; MORAIS; ROSO, 2011, D´OLIVEIRA; COUTO; CARDOSO, 2007).

REFERÊNCIAS

ABOIM, Sofia. Risco e prevenção do HIV/Aids: uma perspectiva biográfica sobre os comportamentos sexuais em Portugal . **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.1, p. 99-112, 2012. ISSN 1413-8123.

AGUIAR, Rogério Oliveira de. A Violência Doméstica E Suas Implicações Para A Crescente Feminização Da Epidemia De Hiv/Aids. In.: CONGRESSO INTERNACIONAL DA FACULDADES, São Leopoldo, **Anais...** São Leopoldo, 2012.

ALVES, Rozilda Neves et al. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p. 32-39, 2002. ISSN 0034-8910.

ANTUNES, Maria Cristina et al. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4, p. 88-95, 2002. ISSN 0034-8910.

BARBOSA, Lára de Melo. Características do comportamento sexual das mulheres residentes em Boa Vista e Manaus frente à epidemia da aids. In.: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 17., Caxambú, MG, **Anais...**Caxambú, MG: ABEP, 2010.

BARBOSA, L. M. **Perfis de vulnerabilidade ao risco de contrair o HIV/aids nas regiões Nordeste e Sudeste brasileiras**: aspectos individuais e da comunidade. 2001. 158 f. Tese (Doutorado em Demografia), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2001.

BARBOSA, Regina Maria et al. Comportamento e práticas sexuais de homens e mulheres, Brasil 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.1, p. 21-33, 2008. ISSN 0034-8910.

BERQUO, Elza et al. Uso do preservativo: tendências entre 1998 e 2005 na população brasileira. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.1, p. 34-44, 2008. ISSN 0034-8910.

BEZERRA, E.O. et al. Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS. **Rev Rene**, v.13, n.5, p.1121-31.

BRUM, Luana Martins de; MORAIS, Mariana Resener de; ROSO, Adriane Relações Conjugais E Hiv/Aids: Articulações Possíveis. In.: JORNADA DE PSICOLOGIA, 4., Santa Cruz do Sul, **Anais...** Santa Cruz do Sul : UNISC, 2011.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino et al. Áreas de vulnerabilidade para co-infecção HIV-aids/TB em Ribeirão Preto, SP. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.3, p. 556-563, 2011. ISSN 0034-8910.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia; COUTO, Márcia Thereza and CARDOSO, Maria Aparecida. Mulheres vivendo com HIV/Aids parceiras de usuários de drogas injetáveis. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.2, p. 31-38, 2007. ISSN 0034-8910.

FERREIRA, Maria Paula et al. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.1, p. 65-71, 2008. ISSN 0034-8910.

GALVAO, Marli T Gimenez; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos and MARCONDES-MACHADO, Jussara. Medidas contraceptivas e de proteção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/Aids. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.2, p. 194-200, 2004. ISSN 0034-8910.

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro ; CASTILHO, Euclides Ayres. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002-2006. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.3, p. 430-441, 2010. ISSN 0034-8910.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: Jul.2014.

JARDIM, Fabrine Aguilar et al. **Doenças Sexualmente Transmissíveis: a percepção dos adolescentes de uma escola pública**. 2013. 85 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, 2013.

LOPES, Fernanda; BUCHALLA, Cassia Maria; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.2, p. 39-46, 2007. ISSN 0034-8910.

MINGOTI, Sueli Aparecida. **Análise de dados através de métodos de Estatística Multivariada: uma abordagem aplicada**, Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

NELDER, J. A.; WEDDERBURN, R. W. M. Generalized Linear Models. **Journal of the Royal Statistical Society A**, v.135, n.3, p.370-84, 1972.

NOTIFICAÇÃO HIV/AIDS. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/>>. Acesso em: Ago. 2014.

O QUE É AIDS? .Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/aids> >. Acesso em: Jul. 2014.

POPULAÇÃO RESIDENTE DAS REGIÕES BRASILEIRAS. Disponível em: <<http://tabnetdatasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprn.def>>. Acesso em: Jul.2014.

PRAÇA, N.S.; LATORRE M.R.D.O., Hearst N. Fatores associados à percepção de risco de infecção pelo HIV por puérperas internadas. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n.5, p. 543-51.

RENESTO, Helana Maria Ferreira et al. Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n.1, p. 36-42, 2014. ISSN 0034-8910.

SANTOS, Manoel Antônio dos. Prostituição masculina e vulnerabilidade às dsts/aids. **Texto contexto - enferm**, v.20, n.1, p. 76-84, 2011. ISSN 0104-0707.

SEIDEL, Enio Júnior et al. **Comparação entre o método Ward e o método K-médias no agrupamento de produtores de leite**. Mato Grosso do Sul: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2008.

SILVA, Josenildo Eugênio da. **Violência em foco: uma análise da criminalidade violenta na Região Metropolitana de Natal nos anos de 2005 a 2007**. 2010. 56 f. Trabalho de Conclusão de Curso- (Graduação em Estatística). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2010.

TRINDADE, MP; SCHIAVO, MR. Comportamento sexual das mulheres em relação a HIV/Aids. **DST – J Bras Doenças Sex Transm**, v.13, p.17-22, 2001.

URZUA MORALES, Alfonso; BARREDA, Patricia Zúñiga. Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.5, p. 822-829, ago. 2008. ISSN 0034-8910.

VAL, Luciane Ferreira do et al. Estudantes do ensino médio e o conhecimento em HIV/AIDS: que mudou em dez anos?. **Rev. esc. enferm. USP**, v.47, n.3, p. 702-708, 2013. ISSN 0080-6234.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nesses artigos foi possível construir uma reflexão sobre as dimensões e as especificidades do vírus HIV/AIDS no Brasil e em suas Regiões. No artigo 1 traçou-se o perfil epidemiológico do vírus nas Regiões Brasileiras, anos 1980 a 2012. Os casos notificados do vírus concentraram-se em pessoas do sexo masculino, idade 20-40 anos, heterossexuais e residentes em Regiões Metropolitanas.

Além disso, verificou-se que as dimensões da AIDS nos aspectos da feminização, juvenilização, interiorização e heterossexualização apresentaram crescimento em algumas regiões. Em relação à feminização, notou-se um processo de expansão avançado nas regiões Norte, Nordeste e Sul. No tocante à juvenilização da AIDS destacou-se a consolidação dessa dimensão na região Centro-Oeste. Todavia, o grupo etário de 60 anos e mais apareceu com taxas preocupantes e com tendência de crescimento na maioria das Regiões Brasileiras, trazendo à tona uma nova dimensão da AIDS, o seu envelhecimento. Quando analisada a exposição ao risco, nas Regiões Brasileiras, percebeu-se o predomínio dos percentuais dos casos notificados entre os heterossexuais, além do que, na região Sul os percentuais apresentaram tendência de crescimento desde 1990 a 2012.

A materialização da dimensão interiorização da AIDS foi perceptível com ajuda dos mapas temáticos. Constatou-se que, em 1991, o acometimento do vírus era restrito nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. A partir dos anos 2000, 2005 e 2010 sobreveio a difusão heterogênea do vírus nas demais Regiões Brasileiras e, especialmente, para as cidades longínquas dos grandes centros urbanos. Aplicando a análise espacial foi captada correlação espacial significativa entre as taxas de incidência dos casos notificados do vírus HIV/AIDS, em todos os anos. Como limitação do artigo 1, não foi possível comparar ao longo do tempo a escolaridade, pois houve incompatibilidade das categorias de escolaridade entre os Censos (1991, 2000 e 2010), com isso, não foi possível fazer inferências sobre a dimensão da pauperização da AIDS nas Regiões Brasileiras.

Diante dos resultados do primeiro artigo, recomenda-se ao poder público um olhar crítico e estratégico para as inferências apresentadas. A implantação de um planejamento estratégico de médio/longo prazo é essencial, para que haja controle na expansão dessas dimensões nas Regiões Brasileiras. Obviamente, as políticas públicas de combate ao vírus HIV/AIDS devem se pautar em aspectos socioculturais e comportamentais das regiões analisadas. É de grande valia uma ação conjunta e estruturada dos governos federal, estaduais

e municipais, que tenham como meta apresentar à população brasileira ações eficazes que combatam a expansão do vírus no Brasil e em suas regiões.

Quanto ao artigo 2, mais centrado na dimensão feminização da AIDS, concluiu-se que não houve coerência no comportamento das mulheres entrevistadas com relação às declarações sobre as práticas seguras, conhecimento e percepção do vírus HIV/AIDS. Isto é, ter um bom conhecimento e percepção sobre as singularidades e formas de prevenção do vírus não foram fatores decisivos para efetivar práticas sexuais seguras nas mulheres entrevistadas. Este estudo identificou três grupos distintos de comportamento. As mulheres do Grupo 1 demonstraram ter um maior conhecimento e maior percepção sobre o vírus, entretanto foram aquelas com menor chance de usar camisinha na relação sexual. Já o Grupo 2 apresentou baixa percepção sobre o vírus HIV/AIDS, entretanto agrupou o segundo maior percentual de mulheres que desempenharam uma prática sexual segura, ou seja, usaram camisinha na última relação sexual. Por fim, o Grupo 3 foi caracterizado com a menor média de conhecimento sobre o vírus HIV/AIDS, mas agrupou as mulheres mais propensas a usar a camisinha nas relações sexuais. A variável idade teve associação significativa com o uso da camisinha. As análises mostraram que as mulheres mais jovens estão mais propensas ao uso da camisinha, ou seja, à medida que a idade das mulheres entrevistadas aumenta o uso da camisinha diminui.

Com os resultados deste estudo foram atingidos todos os objetivos propostos, inicialmente. Não obstante, deve-se destacar que as inferências restringem-se a uma população específica, retratando apenas as mulheres de Boa Vista e Manaus. Desta forma, uma das limitações consiste no fato de as análises não comportarem extensões para o contexto nacional.

Mesmo com a limitação das análises a nível nacional, as inferências do artigo 2 possibilitam elucidação de comportamentos e uma orientação aos gestores públicos na formulação de políticas públicas essenciais que controlem as taxas de incidência e de exposição ao risco de contrair o vírus entre as mulheres em todo o Brasil. Sugere-se as autoridades governamentais campanhas educativas que ultrapassem a simples divulgação do uso correto da camisinha entre as mulheres, mas também, é imprescindível alertar a população para a conscientização de práticas sexuais seguras, tanto em relações estáveis como não estáveis. Recomenda-se, além disso, estratégias preventivas que instiguem nas relações heterossexuais a responsabilidade mútua entre o casal de um sexo seguro durante toda sua vida. Em relação às perspectivas, nos dados do Artigo 2, aplicar-se-á, oportunamente, a

técnica Análise de Correspondência que terá como objetivo mostrar como as variáveis estão relacionadas e não, apenas, se a relação existe. Além disso, outro método aplicado será a Teoria da Resposta ao Item que tem seu foco no item e não no total de acertos.

REFERÊNCIAS

- ABE-SANDES, Kiyoko. Ancestralidade Genômica, nível socioeconômico e vulnerabilidade ao hiv/aids na bahia, Brasil. **Saúde soc**, v.19, n. 2, p. 75-84, 2010. ISSN 0104-1290. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19s2/08.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2014.
- ALVES, Rozilda Neves et al. Fatores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.4,p. 32-39, 2002. ISSN 0034-8910.
- ARAÚJO, Vera Lúcia Borges de et al.. **Características da aids na terceira idade em um hospital de referência do estado do ceará, brasil**. São Paulo/SP: Universidade Federal do Ceará, 2007. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2007000400013&script=sci_arttext> Acesso em: dez., 2012.
- BASTIANI, Janelice de Azevedo Neves; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. Aspectos Epidemiológicos da aids em Florianópolis/sc, Brasil. **Esc. Anna Nery**, v.16, n.3, p. 569-575, 2012. ISSN 1414-8145.
- BEZERRA, Elys Oliveira et al. Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS. **Rev Rene**. v.13, n.5, p.1121-1131, 2012.
- BRUM, Luana Martins de; MORAIS, Mariana Resener de; ROSO, Adriane. Relações Conjugais E Hiv/Aids: Articulações Possíveis. In: JORNADA DE PSICOLOGIA, 4., 2011, Santa Cruz do Sul,. **Anais...** Santa Cruz do Sul: UNISC, 2011.
- CARVALHO, Fernanda Torres de, et al. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Pública**. v.23, n.9, p. 2023-2033, 2007. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900011>. Acesso em: 15 jul. 2014.
- FERREIRA, Maria Paula et al. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. **Rev. Saúde Pública**. vol.42, n.1, p. 65-71, 2008. ISSN 0034-8910. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/09.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2013.
- GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhães et al. HIV/AIDS knowledge among men who have sex with men: applying the item response theory. **Rev. Saúde Pública.**, v.48, n.2, p. 206-215, 2014. ISSN 0034-8910. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24897041>>. Acesso em: 26 ago. 2014.

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; CASTILHO, Euclides Ayres. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002-2006. **Rev. Saúde Pública**. v.44, n.3, p. 430-441, maio 2010. ISSN 0034-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300006>. Acesso em: 15 jul. 2014.

LAZARINI, Flaviane Mello et al. Tendência da epidemia de casos de aids no sul do Brasil no período de 1986 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, vol.46, n.6, p. 960-968, jan. 2013. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000600005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 jun. 2014.

LOPES, Fernanda; BUCHALLA, Cassia Maria; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.2, p. 39-46, 2007. ISSN 0034-8910.

MACHADO, D.M.; SUCCI, R.C., TURATO, E.R. Transitioning adolescents living with HIV/AIDS to adult-oriented health care: an emerging challenge. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.86, n.6, p. 465-472, 2010.

MAIA, Christiane; GUILHEM, Dirce; FREITAS, Daniel. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.2, p. 242-248, fev. 2008.. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200008>. Acesso em: jul. 2014.

NOTIFICAÇÃO HIV/AIDS. Disponível em:< <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/> >. Acesso em: Jul.2014.

PARKER, Richard; CAMARGO JUNIOR., Kenneth Rochel de. Pobreza e hiv/aids: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, v.16, n.1, p. 89-102, 2000. ISSN 0102-311X.

PROGRAMA CONJUNTO DAS NAÇÕES UNIDAS HIV/AIDS (UNAIDS). **Relatório The Gap Report**. 2014. Disponível em:< http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf >. Acesso em: ago. 2014.

RAMIRO, Lúcia et al.. Educação sexual, conhecimentos, crenças, atitudes e comportamentos nos adolescentes. **Rev. Port. Sau. Pub**, vol.29, n.1, p. 11-21, 2011. ISSN 0870-9025.

REIS, Ana Cristina et al. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.16, n.3, p.195-205, jul./set., 2007.

RENESTO, Helana Maria Ferreira et al. Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. **Rev. Saúde Pública** , v.48, n.1, p. 36-42, 2014. ISSN 0034-8910.

SAMPAIO, Juliana et al. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às dst/aids no semi-árido nordestino. **Saude soc**, v.20, n.1, p. 171-181, 2011. ISSN 0104-1290.

SANTOS, Elisabete Cristina Morandi dos; FRANCA JUNIOR, Ivan; LOPES, Fernanda. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. v.41, n.2, p. 64-71, 2007. ISSN 0034-8910.

SANTOS, Ninalva de Andrade, PAIVA, Mirian Santos. Trajetória da infecção pelo hiv/aids em município do interior da Bahia. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS : O VIH/SIDA NA CRIANÇA E NO IDOSO, 7., [S. 1.]. **Anais...**[S.1.],2008.

SCHAURICH, Diego; FREITAS, Hilda Maria Barbosa de. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. **Revista de Enfermagem da USP**, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400028&script=sci_arttext>. 13 jul. 2014.

SZWARCWALD, Celia Landmann et al. **A disseminação da epidemia da aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial**. Rio de Janeiro/RJ: Fundação Oswaldo Cruz, 2000. Disponível: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2209.pdf> > Acesso em: dez. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Padronização Direta e Indireta

1º passo: Calculou-se o número de infectados esperados de cada região brasileira de cada ano:

$$\overline{Inf}_{est} = \sum_n M_{x,s} * P_{x,est}$$

Sendo: \overline{Inf}_{est} - número de infectados esperados totais de cada Região; ${}_n M_{x,s}$ - taxa específica de incidência por idade de cada região; $P_{x,est}$ - população por idade de cada região.

2º passo: Com o número de infectados esperados foi calculado o K e depois se multiplicou cada K pela taxa padrão:

$$K = \frac{Inf_{est}}{\overline{Inf}_{est}}$$

Sendo: Inf_{est} - número de infectados observados de cada região; \overline{Inf}_{est} : número de infectados esperados de cada Região.

3º passo: Multiplicou-se cada K pela taxa padrão e, em seguida, se obteve a taxa de cada Região por idade para cada ano:

$${}_n M_{x,est} = K \times {}_n M_{x,s}$$

Com a utilização da Padronização Indireta obtiveram-se as taxas do respectivo ano e município e, depois, calculou-se a taxa bruta de incidência com a Padronização Direta. Essa padronização foi necessária, pois o evento em foco é mais raro de acontecer em algumas faixas etárias, em especial entre os jovens de 15 a 29 anos. Com isso, regiões com populações mais velhas podem apresentar taxas mais baixas, mas não necessariamente são regiões com menos infectados. Com os dados do 1º passo, multiplicou-se cada taxa por idade (padronização indireta) de cada município pela população padrão do Brasil por idade em cada ano, com essa multiplicação obteve-se o número de infectados esperados. Depois, foram somados os infectados e dividiu-se pela respectiva população do município no respectivo ano. Usou-se a seguinte fórmula:

$$Taxa = \frac{\sum_n M_{x,est} \times P_x}{\sum_n P_x}$$

Taxa - Taxa Final Padronizada (padronização direta) de cada região brasileira no seu respectivo ano; $n M_{x,est}$ - taxa específica de incidência (padronização indireta) por idade de cada região do Brasil; nPx: População Padrão.

APÊNDICE B

#Modelo3_NAO

```
(modelo3=glm(y~x3,family=binomial(),data=dados1))
```

```
summary(modelo3)
```

```
1-pchisq(modelo3$deviance,1320)
```

#Modelo4_NAO

```
(modelo4=glm(y~x4,family=binomial(),data=dados1))
```

```
summary(modelo4)
```

```
1-pchisq(modelo4$deviance,1289)
```

#Modelo5

```
(modelo5=glm(y~x5,family=binomial(),data=dados1))
```

```
summary(modelo5)
```

```
1-pchisq(modelo5$deviance,1321)
```

#Modelo6_NAO

```
(modelo6=glm(y~x6,family=binomial(),data=dados1))
```

```
summary(modelo6)
```

```
1-pchisq(modelo6$deviance,1289)
```

#Modelo7_NAO

```
(modelo7=glm(y~x7,family=binomial(),data=dados1))
```

```
summary(modelo7)
```

```
1-pchisq(modelo7$deviance,1289)
```

#Modelo8

```
(modelo8=glm(y~x8,family=binomial(),data=dados1))
```

```
summary(modelo8)
```

```
1-pchisq(modelo8$deviance,1617)
```

#Modelo9_NAO

```
(modelo9=glm(y~x9,family=binomial(),data=dados1))
```

```
summary(modelo9)
```

```
1-pchisq(modelo9$deviance,1321)
```

```

#Modelo10_Conhecimento
(modelo10=glm(y~x10,family=binomial(),data=dados1))
summary(modelo10)
1-pchisq(modelo10$deviance,1289)
#Modelo11_NÃO
(modelo11=glm(y~x11,family=binomial(),data=dados1))
summary(modelo11)
1-pchisq(modelo11$deviance,1321)
#Modelo12
modelo12=glm(y~x10+x8+x5+x1,family=binomial(),data=dados1)
summary(modelo12)
1-pchisq(modelo12$deviance,1612)
step <- stepAIC(modelo12, direction="both")
step$anova # display results
#ModeloFinal
modelofinal=glm(y~x8+x5,family=binomial(),data=dados1)
summary(modelofinal)
1-pchisq(modelofinal$deviance,1615)
confint(modelofinal)
#Grupos
exp(0.58)
exp(0.74)
#Idade
exp(2.49)
exp(2.24)

#----- LISTA: ANÁLISE DE AGRUPAMENTO (CLUSTER) -----#
# Comandos para a determinação do número de grupos
dados1=read.table("dadosjosenildo.txt",header=T)
attach(dados1)
names(dados1)
dados=dados1[,-1]
attach(dados)
mydata <- na.omit(dados) #
mydata <- scale(dados) # padronizar variáveis

```

```

# Determinar número de cluster
wss <- (nrow(dados)-1)*sum(apply(dados,2,var))
for (i in 2:8) wss[i] <- sum(kmeans(dados, centers=i)$withinss)
plot(1:8, wss, type="b", xlab="Número de cluster", ylab="Soma de quadrados"

# LEITURA DE DADOS
rm(list=ls())
setwd('C:/Users/Josenildo/Desktop/Defesa')
(dados=read.table("dados.csv",header=T,sep=";",dec="."))
attach(dados)
names(dados)
# MATRIZ DE DISTÂNCIA
(d=round(dist(dados[,-1], method = "euclidean"),2))

# MÉTODOS DE AGRUPAMENTOS
simples=hclust(d,method="single")
completo=hclust(d,method="complete")
# DENDOGRAMAS
plclust(completo,sub="",ylab="Distância",xlab="Variáveis",main="Método Completo")
rect.hclust(completo)

#ANOVA e TUKEY
rm(list=ls())
setwd('H:/Resultados/Clusters')
(dados=read.table("dados.csv",header=T,sep=";",dec="."))
attach(dados)
names(dados)
Capital=is.factor(Capital)
Camisinha=as.factor(Camisinha)
Grupos=as.factor(Grupos)
MdCon=as.numeric(MdCon)
MdPer=as.numeric(MdPer)
#Conhecimento
aov_conh = aov(MdCon~Capital+Grupos+Camisinha+Grupos*Camisinha, data=dados)
summary(aov_conh)

```

```
Tukey_Conh<- TukeyHSD(aov_conh,ordenou=T,conf.level = 0.95)
plot(Tukey_Conh)
#Percepção
aov_per = aov(MdPer~Capital+Grupos+Camisinha+Grupos*Camisinha, data=dados)
summary(aov_per)
Tukey_Per<- TukeyHSD(aov_per,ordenou=T,conf.level = 0.95)
plot(Tukey_Per)
```

ANEXOS

ANEXO A



Avaliando o processo de difusão epidêmica e espacial do HIV/Aids nas Unidades Federadas da região Norte

SECÃO 0 - IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

001 – Número do questionário	[]			
002 – Código da UF	[] Código da UF: 13 – Amazonas, 14 – Roraima			
003 – Código do município	[] Código do Município: 130260 – Manaus 140010 – Boa Vista			
004 – Código do distrito	[]			
005 – Código do subdistrito	[]			
006 – Código do setor censitário	[]			
007 – Código e nome da entrevistadora	[]			
008 – Endereço:				
009 - Data e Resultado da Entrevista	Data	Início da Entrevista	Fim da Entrevista	Resultado
1ª Tentativa	___/___/___ Dia Mês Ano	___:___ Hora Minuto	___:___ Hora Minuto	[]
2ª Retorno (Em caso de continuidade da entrevista em outro dia)	___/___/___ Dia Mês Ano	___:___ Hora Minuto	___:___ Hora Minuto	[]

[1] Realizada [2] Incompleta [3] Não realizada por impossibilidade de privacidade [4] Recusou-se a ser entrevistada
 [5] Domicílio fechado [6] Domicílio vago [7] Unidade inexistente [8] Uso Ocasional [9] Pessoas menores de 15 anos ou maiores 69 anos

SECÃO 1 - CARACTERIZAÇÃO DO DOMICÍLIO

Quadro de moradores do domicílio

Nº. de ordem (V1)	Nome (V2)	Relação com o responsável da casa (*) (V3)	Sexo Homem ou Mulher (V4)	Idade (anos completos) (V5)	Selecionada Marque com um X (V6)
01		[]	1. H 2. M	[]	()
02		[]	1. H 2. M	[]	()
03		[]	1. H 2. M	[]	()
04		[]	1. H 2. M	[]	()
05		[]	1. H 2. M	[]	()
06		[]	1. H 2. M	[]	()
07		[]	1. H 2. M	[]	()
08		[]	1. H 2. M	[]	()
09		[]	1. H 2. M	[]	()
10		[]	1. H 2. M	[]	()
11		[]	1. H 2. M	[]	()
12		[]	1. H 2. M	[]	()

(*) Códigos para a questão V3 (Relação com o responsável da casa):

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1. Responsável pelo domicílio (Chefe da Casa) | 8. Sogro/Sogra |
| 2. Esposa/Esposo | 9. Irmão/Irma |
| 3. Filho/Filha | 10. Outro Familiar |
| 4. Cunhado/Cunhada | 11. Filho(a)/Adotado(a)/Enteado(a) |
| 5. Genro/Nora | 12. Sem Parentesco |
| 6. Neto/Neta | 97. NS |
| 7. Pai/Mãe | 98. NR |

SECÃO 3 - ASPECTOS RELACIONADOS À ATIVIDADE SEXUAL E ANTICONCEPCÃO

V23	Você já teve relações sexuais (sexo com penetração vaginal, oral, anal)?				[]
	1. Sim	97. NS →V48			
	2. Não →V48	98. NR →V48			
V24	Você tem atualmente uma pessoa com a qual mantém relações sexuais de forma regular, de forma ocasional, ou não tem ninguém?				[]
	1. Não tem ninguém atualmente				
	2. Sim, de forma regular	97. NS	98. NR	99. NA	
	3. Sim, de forma ocasional				
V25	Que idade tinha na sua primeira relação sexual com penetração?				[]
	__ ano (os)	97. NS	98. NR	99. NA	
V26	Nessa primeira relação vocês usaram algum método anticoncepcional? Qual? (apenas o principal método)				[]
	1. Não usaram →V28	5. Abstinência periódica	9. Diu	97. NS →V28	
	2. Esterilização feminina	6. Norplant (implantes)	10. Injeções	98. NR →V28	
	3. Esterilização masculina	7. Coito interrompido	11. Pílula	99. NA	
	4. Preservativo/camisinha	8. Diafragma/espuma/tablete	12. Outro: _____		
V27	Porque utilizou este método na primeira relação sexual?				[]
	1. Evitar DST e HIV/aids	3. Evitar doenças e gravidez	97. NS	98. NR	99. NA
	2. Evitar gravidez	4. Outro: _____			
V28	No último mês, com quantas pessoas você teve relações sexuais?				[]
	0. Ninguém →V31	97. NS →V31	98. NR →V31	99. NA	
	___ Pessoas				
V29	Nessa (s) relação (ões), vocês usaram algum método anticoncepcional? Qual? (apenas o principal método)				[]
	1. Não usaram →V31	5. Abstinência periódica	9. Diu	13. Outro: _____	
	2. Esterilização feminina	6. Norplant (implantes)	10. Injeções	97. NS →V31	
	3. Esterilização masculina	7. Coito interrompido	11. Pílula	98. NR →V31	
	4. Preservativo/camisinha	8. Diafragma/espuma/tablete	12. Fez esterequitomia	99. NA	
V30	Porque utilizou este método?				[]
	1. Evitar DST e HIV/aids	4. Outro: _____			
	2. Evitar gravidez	97. NS	98. NR	99. NA	
	3. Evitar doenças e gravidez				
V31	Nos últimos 12 meses, com quantas pessoas você teve relações sexuais?				[]
	0. Ninguém →V40	97. NS →V40	98. NR →V40	99. NA	
	___ Pessoas				
V32	Você usou camisinha nos últimos 12 meses nas relações sexuais que você teve?				[]
	1. Sim →V34				
	2. Às vezes	97. NS →V34	98. NR →V34	99. NA	
	3. Não				
V33	Por que não/às vezes utilizou a camisinha nas relações nos últimos 12 meses?				[]
	1. Porque acha que não há risco de pegar aids	8. Porque o parceiro não mantém relações com outras pessoas			
	2. Porque acha que não há risco de DST	9. Porque usa outros métodos para evitar filhos			
	3. Porque acha que não há risco de engravidar	10. Quer engravidar			
	4. Porque conhece o parceiro	11. Porque tem alergia			
	5. Porque não tem hábito	12. Porque não estava no período fértil			
	6. Porque o parceiro não gosta	13. Outro: _____			
	7. Porque não gosta	97. NS	98. NR	99. NA	
V34	Que tipo de relacionamento você tem/tinha com a pessoa com quem teve a sua última relação sexual?				[]
	1. Companheiro/marido	6. Um parente	11. Patrão		
	2. Noivo/namorado	7. Empregado	12. Outro: _____		
	3. Ex-noivo/Ex-namorado	8. Garoto de programa	97. NS		
	4. Amante	9. Cliente	98. NR		
	5. Amigo	10. Estranho/recém-conhecido	99. NA		

V35	Você usou camisinha nessa última relação sexual que você teve?				[]
	1. Sim →V37	97. NS →V37	98. NR →V37	99. NA	
	2. Não				
V36	Por que não utilizou a camisinha na última relação que teve?				[]
	1. Porque acha que não há risco de pegar aids	8. Porque o parceiro não mantém relações com outras pessoas			
	2. Porque acha que não há risco de DST	9. Porque usa outros métodos para evitar filhos			
	3. Porque acha que não há risco de engravidar	10. Quer engravidar			
	4. Porque conhece o parceiro	11. Porque tem alergia			
	5. Porque não tem hábito	12. Porque não estava no período fértil			
	6. Porque o parceiro não gosta	13. Outro: _____			
	7. Porque não gosta	97. NS	98. NR	99. NA	
V37	Você sabe se antes da relação com você, esta pessoa tinha feito o teste de aids?				[]
	1. Sim, ele fez	97. NS	98. NR	99. NA	
	2. Sim, ele não fez				
V38	E você, antes da primeira relação com essa pessoa, tinha feito o teste de aids?				[]
	1. Sim	97. NS	98. NR	99. NA	
	2. Não				
V39	E depois de ter tido relação com essa pessoa, você fez algum teste de aids?				[]
	1. Sim	97. NS	98. NR	99. NA	
	2. Não				

SEÇÃO 4 - REPRODUÇÃO

V40	Quantos filhos e filhas nascidos vivos você teve até hoje? (Não considerar os adotivos)	__ N° de filho(s)	__ N° de filha(s)		[]	[]
		Se 00 (zero) filho e 00 (zero) filha →V42				
		*Se não tiver filhos (00 filho e 00 filha) vá para a V42				
		99. NA			[]	[]
V41	Quantos filhos e filhas nascidos vivos já morreram?	__ N° de filho(s)	__ N° de filha(s)		[]	[]
		97. NS	98. NR	99. NA	[]	[]
V42	Quer ter um /outro filho?					[]
	1. Sim	97. NS →V44	98. NR →V44	99. NA		
	2. Não → V44					
V43	Quanto tempo quer esperar para ter um/outro filho?					[]
	1. Meses	4. Não pode ficar grávida				
	2. Anos	5. Esperar se casar	97. NS	98. NR	99. NA	
	3. Não quer esperar	6. Outro: _____				
V44	Se pudesse escolher exatamente o número de filhos que teria em toda a sua vida, quantos seriam?					[]
		__ N° de filho(s)/filhas(s)	97. NS	98. NR	99. NA	
V45	Você já teve algum aborto?	1. Sim, espontâneo. Quantos foram? __ __			[]	[]
		2. Sim, provocado. Quantos foram? __ __ →V47			[]	[]
		3. Não teve aborto			[]	[]
		97. NS	98. NR	99. NA	[]	[]
V46	Você realizaria algum aborto provocado?					[]
	1. Sim	97. NS	98. NR	99. NA		
	2. Não					
V47	Em sua opinião, o aborto deveria ser legalizado no Brasil?					[]
	1. Sim	97. NS	98. NR	99. NA		
	2. Não					

SECÃO 5 - CONHECIMENTOS SOBRE AIDS

V48	Você já ouviu falar sobre doenças que podem ser transmitidas através de relações sexuais?							[]
	1. Sim	97. NS	98. NR	99. NA				
	2. Não							
V49	Você já ouviu falar sobre aids?							[]
	1. Sim	97. NS →V59	98. NR →V59	99. NA				
	2. Não →V59							
V50	Em sua opinião, o que uma pessoa pode fazer para evitar a infecção pelo HIV?							[]
	50.1 Praticar sexo seguro	1. Sim	2. Não	97. NS	98. NR	99. NA		[]
	50.2 Abster-se de relações sexuais	1. Sim	2. Não	97. NS	98. NR	99. NA		[]
	50.3 Usar camisinha	1. Sim	2. Não	97. NS	98. NR	99. NA		[]
	50.4 Ter um só parceiro	1. Sim	2. Não	97. NS	98. NR	99. NA		[]
	50.5 Diminuir o número de parceiros	1. Sim	2. Não	97. NS	98. NR	99. NA		[]
	50.6 Não ter relações com homossexuais	1. Sim	2. Não	97. NS	98. NR	99. NA		[]
	50.7 Tomar cuidado se precisar de transfusão de sangue	1. Sim	2. Não	97. NS	98. NR	99. NA		[]
	50.8 Não doar sangue	1. Sim	2. Não	97. NS	98. NR	99. NA		[]
	50.9 Só usar seringas/agulhas descartáveis	1. Sim	2. Não	97. NS	98. NR	99. NA		[]
	50.10 Evitar beijo na boca	1. Sim	2. Não	97. NS	98. NR	99. NA		[]
	50.11 Não conviver com pessoa infectada	1. Sim	2. Não	97. NS	98. NR	99. NA		[]
	50.12 Ir ao médico	1. Sim	2. Não	97. NS	98. NR	99. NA		[]
	50.13 Não usar banheiro público	1. Sim	2. Não	97. NS	98. NR	99. NA		[]
	50.14 Não há nada que se possa fazer	1. Sim	2. Não	97. NS	98. NR	99. NA		[]
V51	O seu conhecimento sobre a aids influenciou o seu comportamento sexual?							[]
	1. Sim	97. NS →V53	98. NR →V53	99. NA				
	2. Não →V53							
V52	De que maneira seu conhecimento sobre aids influenciou o seu comportamento sexual? (Leia as opções de resposta)							[]
	1. Não começou a ter relação sexual	5. Se limita a ter relações com um só parceiro	97. NS					
	2. Deixou de ter relações sexuais	6. Reduziu o número de parceiros	98. NR					
	3. Começou a usar camisinha	7. Parou de ter relações com bi/homossexuais	99. NA					
	4. Passou a usar camisinha em todas as relações	8. Outro: _____						
V53	Você já fez alguma vez o exame ou teste de HIV (não queremos saber o resultado, apenas saber se você já fez o teste)?							[]
	1. Sim	97. NS →V55	98. NR →V55	99. NA				
	2. Não →V55							
V54	Quantas vezes você fez o exame de HIV?							[]
	0. Nunca fez	97. NS →V56	98. NR →V56	99. NA				
	Nº de vezes que fez o teste →V56							
V55	Por qual motivo você nunca fez o exame de HIV?							[]
	1. Acha que não é necessário (não se encontra no grupo de risco)	4. Parceiro nunca solicitou	97. NS					
	2. O médico nunca solicitou	5. Tem medo do resultado	98. NR					
	3. Nunca se interessou em fazer	6. Outro: _____	99. NA					
V56	Gostaria que você me dissesse qual dessas opções melhor representa o que significa praticar sexo seguro para você. (Leia as opções de resposta)							[]
	1. Não ter relação sexual/abstinência	5. Ter um único parceiro	97. NS					
	2. Não ter relação com penetração	6. Evitar relações com bi/homossexuais	98. NR					
	3. Usar camisinha	7. Outro: _____	99. NA					
	4. Evitar relações com muitos parceiros							
V57	Você considera que o seu risco de ser infectada pelo HIV é:							[]
	1. Nenhum risco →V59	3. Moderado	5. Tem aids →V59					
	2. Alto	4. Baixo →V59	97. NS →V59	98. NR →V59	99. NA			
V58	Qual o principal motivo que faz você achar que seu risco é alto/moderado?							[]

	97. NS 98. NR 99. NA							
SE NUNCA TEVE RELAÇÃO SEXUAL, OU SEJA, NÃO RESPONDEU "1" NO QUESITO 23, ENCERRE A ENTREVISTA								

SECÃO 6 - USO DA CAMISINHA/PRESERVATIVO

V59	Vamos lembrar mais uma vez sobre o uso da camisinha, você já usou camisinha em algum momento da sua vida?						[]
	1. Sim →V61	99. NA					
	2. Nunca usou camisinha						
V60	Qual o motivo principal que fez com que você nunca tivesse usado camisinha em algum momento da sua vida?						[]
	1. Não conhece camisinha	6. Parceiro não gosta de usar camisinha	11. É esterilizada				
	2. Não sabe usar camisinha	7. Parceiro não mantinha relações sexuais com outras pessoas	12. Outro: _____				
	3. A camisinha é cara	8. Usa outros métodos contraceptivos	97. NS				
	4. Quer engravidar	9. Não tinha camisinha no momento	98. NR				
	5. Não gosta de usar	10. Parceiro fixo/não precisa	99. NA				
SE RESPONDEU 2 (NUNCA USOU CAMISINHA) NO QUESITO 59, PASSE PARA O QUESITO 63							
V61	Você usou camisinha nas relações sexuais no último mês?						[]
	1. Sim, usou camisinha todas às vezes →V63	3. Não usou camisinha	97. NS	98. NR			
	2. Sim, usou camisinha algumas vezes	4. Não teve relação no último mês →V63	99. NA				
V62	Qual o motivo principal que fez com que você não usasse ou usasse só algumas vezes?						[]
	1. Não conhece camisinha	9. Não tinha camisinha no momento					
	2. Não sabe usar camisinha	10. Parceiro fixo/não precisa					
	3. A camisinha é cara	11. É esterilizada					
	4. Quer engravidar	12. Porque tem alergia					
	5. Não gosta de usar	13. Não estava no período Fértil					
	6. Parceiro não gosta de usar camisinha	14. Outro: _____					
	7. Parceiro não mantinha relações sexuais com outras pessoas	97. NS	98. NR	99. NA			
	8. Usa outros métodos contraceptivos						
V63	Você já quis usar camisinha com uma pessoa que não queria usar?						[]
	1. Sim	97. NS →V65	98. NR →V65	99. NA			
	2. Não →V65						
V64	O que você fez?						[]
	1. Usou camisinha sem entrar em entendimento com o parceiro	5. Fez sexo com penetração sem camisinha					
	2. Usou a camisinha após entrar em entendimento com o parceiro	97. NS					
	3. Decidiu não fazer sexo	98. NR					
	4. Fez sexo sem penetração	99. NA					
V65	Se você fosse ter relações sexuais com uma pessoa que você conhece pouco e ela não quisesse usar camisinha, mas esta relação fosse muito importante para você, o que você faria?						[]
	1. Transaria assim mesmo						
	2. Deixaria de transar	97. NS	98. NR	99. NA			
	3. Outro: _____						

SECÃO 7 - PERCEÇÃO DAS DIFICULDADES DE USO DA CAMISINHA

Das afirmações que farei em seguida, diga com quais você "Concorda" ou "Discorda"	Concorda	Discorda	NS	NR	NA	
V66 O uso da camisinha reduz o prazer da mulher	1	2	97	98	99	[]
V67 O uso da camisinha reduz o prazer do homem	1	2	97	98	99	[]
V68 A camisinha quebra o clima da emoção na relação sexual	1	2	97	98	99	[]
V69 A camisinha deve ser usada pelas mulheres sem parceiro fixo	1	2	97	98	99	[]
V70 O uso da camisinha deve ser dispensado quando a mulher é casada ou possui parceiro fixo	1	2	97	98	99	[]
V71 A mulher deve negociar com o parceiro sobre o uso da camisinha	1	2	97	98	99	[]
V72 Pedir para usar a camisinha pode causar algum problema junto ao parceiro	1	2	97	98	99	[]
V73 A mulher tem medo de pedir ao parceiro para usar a camisinha	1	2	97	98	99	[]
V74 Pedir o uso da camisinha pode produzir desconfiança no parceiro	1	2	97	98	99	[]
V75 A mulher que pede o uso da camisinha admite que poderá estar sendo traída ou está traindo	1	2	97	98	99	[]
V76 O homem é quem decide se deve usar a camisinha	1	2	97	98	99	[]
V77 Usar a camisinha nas relações é uma mudança difícil de ser feita	1	2	97	98	99	[]
V78 Pode ser um problema pedir ao parceiro que use camisinha	1	2	97	98	99	[]

PEÇA ALGUNS MINUTOS PARA VOCÊ VERIFICAR SE SEGUIU TODOS OS PULOS E PREENCHEU TODAS OS CAMPOS CORRETAMENTE ... E AGRADEÇA A ATENÇÃO E A DISPONIBILIDADE DISPENSADAS

ANEXO B



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Parecer Consubstanciado do Projeto de Pesquisa Nº 89/ 2005

Registro no CEP-UFRN	89/05
Projeto de Pesquisa:	Comportamento sexual e o risco de infecção pelo HIV entre as mulheres esterilizadas e não esterilizadas
Pesquisador Responsável	Lara de Melo Barbosa
Instituição	Departamento de Estatística
Área temática	Grupo I

Objetivos: a pesquisa pretende contribuir, através de uma pesquisa de campo, para o conhecimento das características das condições sócio-demográficas, do nível de conhecimento sobre DST/AIDS e das atitudes dos entrevistados com relação aos mecanismos de transmissão e prevenção da infecção pelo vírus HIV entre as mulheres esterilizadas e não esterilizadas.

Folha de rosto: adequada.

Declaração de ressarcimento e indenização: adequada

Metodologia: o projeto prevê a aplicação de um questionário estruturado com perguntas fechadas diretamente aos sujeitos a serem pesquisados. A população em estudo será composta por 614 mulheres em união formal ou consensual, de 15 a 49 anos de idade. Por razões estratégicas, o questionário será aplicado na Maternidade Escola Januário Cicco e na Clínica Fértil e serão entrevistadas as mulheres esterilizadas das classes sociais A e B; mulheres esterilizadas das classes sociais C, D e E; mulheres não esterilizadas das classes sociais A e B; mulheres não esterilizadas das classes C, D e E. Os estratos A, B, C, D, E são pertencentes a grupos homogêneos compostos por variáveis previamente selecionadas no estudo.

Cronograma: adequado

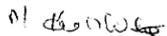
Orçamento: gastos a cargo do pesquisador.

Riscos e Benefícios: a pesquisa não oferece riscos à população. Com os resultados obtidos pretende-se colaborar com a produção científica na área do conhecimento abordado na Pesquisa.

Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE): adequado

Parecer: Aprovado

Natal, 1º de julho de 2005.

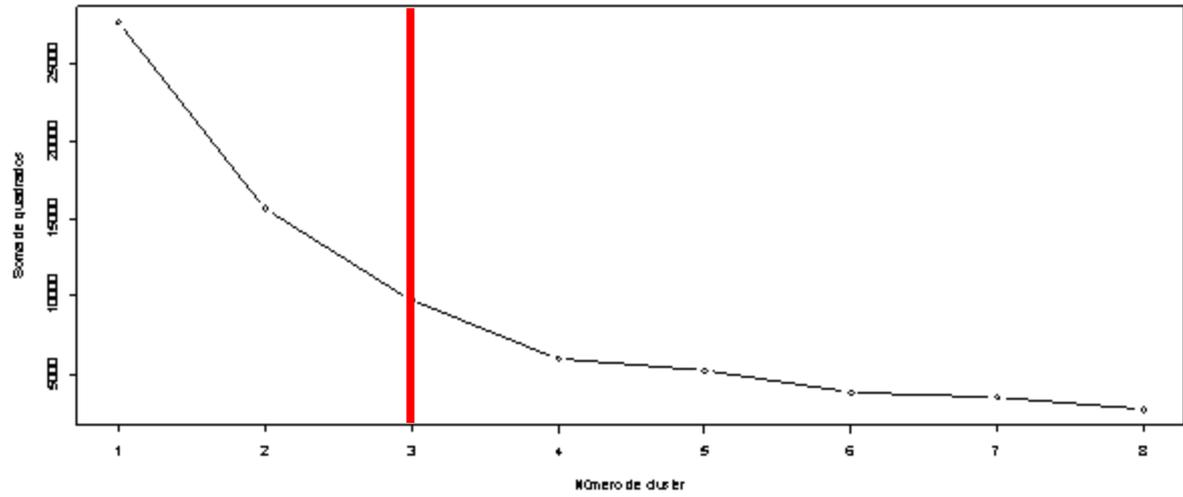

Selma Maria Bezerra Jerônimo

Profª Selma Maria B. Jerônimo
Coordenadora do CEP/UFRN

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UFRN) – CP 1666, Campus Universitário, Av. Senador Salgado Filho, SN, Lagoa Nova, Natal, 59.0782-970, e-mail cepufnr@reitoria.ufrn.br; telefone/Fax: 0xx 84 215- 3135 . www.etica.ufrn.br

ANEXO C

Gráfico *Screep*lot



ANEXO D

Dendrograma

