

1-ASPECTOS METODOLÓGICOS E ANALÍTICOS DA PESQUISA MS/IBOPE, BRASIL – 2003

**Ivan França-Junior^{1,2}, Vera Paiva^{1,3},
Fernanda Lopes^{1,4}, Gustavo Venturi^{1,5}**

Coleção Memória

HSM - 08/2003

1. Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS (NEPAIDS-USP)
www.usp.br/nepaids
2. Prof. Dr. Faculdade de Saúde Pública – USP,
ifjunior@usp.br
3. Profa. Dra. Instituto de Psicologia – USP,
veroca@usp.br
- 4.Dra. em Saúde Pública - FSP- USP,
lopesf@usp.br
- 5.Dr. em Ciência Política – USP,
gventuri@uol.com.br

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

INTRODUÇÃO

Na maior parte dos países e comunidades mais afetadas pela epidemia do HIV/AIDS, quase sempre as mais pobres do planeta, a prevenção segue sendo a única estratégia possível para controlar a epidemia.

O programa brasileiro de AIDS tem sido reconhecido como um exemplo da interação de políticas e programas governamentais e não-governamentais. A resposta brasileira à epidemia vem se transformando em referência internacional, especialmente pelo acesso universal à medicação anti-retroviral (ARV), que inclui produção de genéricos, negociação dura para reduzir preços e distribuição de ARVs em serviços especializados em constante aprimoramento, buscando qualidade no atendimento ao portador. Chama a atenção de analistas a “integração entre tratamento e prevenção, perseverança, criatividade e compaixão” no enfrentamento da epidemia, nas palavras de William Foege (membro sênior da Fundação Bill & Melinda Gates e Presidente do Corpo de Diretores do Conselho Global de Saúde). Recentemente, o Brasil recebeu o Prêmio Gates de Saúde Global de 2003, no valor de 1 milhão de dólares (Programa Brasileiro de AIDS 2003).

Os índices de mortalidade por AIDS, de adesão à medicação e até de baixa resistência divulgados recentemente (Brindeiro e cols. 2003), colocam o Brasil em patamares equivalentes ou até superiores aos dos países mais ricos do mundo. A despeito de importantes avanços, há certamente muito por fazer, especialmente no campo da prevenção de novas infecções pelo HIV.

As respostas nacionais e internacionais no campo da prevenção ainda se revelam problemáticas e lacunares (Global HIV Prevention Working Group 2002). O compromisso global com a crise do HIV/AIDS estabelecido na UNGASS, sessão especial da Assembléia Geral das Nações Unidas dedicada à epidemia em Junho 2001, definiu a prevenção como fundamento da resposta global, mas identificou lacunas importantes. As prioridades definidas na UNGASS para os próximos anos fazem sentido também para o quadro da epidemia brasileira: reduzir a prevalência entre jovens, desafiar as desigualdades de gênero e a estigmatização dos portadores do HIV, implementar um conjunto de programas integrados - nos locais de trabalho, de redução de drogas para usuários de drogas, de tratamento para DSTs, de testagem anônima e voluntária acompanhada de aconselhamento, e programas que permitam grupos mais vulneráveis reduzir sua exposição sexual ao HIV. (UNAIDS 2002).

Sabemos que no Brasil, como em outros países que adotaram políticas para estimular o uso de preservativos, a compra e distribuição de preservativo vêm crescendo - 15 vezes em uma década , 6 vezes de 2000 a 2002 (MS 2003). Em alguns países da África, por exemplo, cresce ainda mais: Uganda 30 vezes de 1996-2000 e na África do Sul 33 vezes de 1994-1999 (Hearst e Chen 2003). Nem sempre o uso consistente ou o efetivo acesso ao preservativo acompanha o crescimento da quantidade de preservativos disponíveis, pois, especialmente as comunidades mais pobres ou estigmatizadas dependem de intervenções no plano estrutural e psicossocial, além de programas organizados de distribuição (Parker e Camargo 2000; Stover e cols 2002). O mesmo pode-se dizer do teste anti-HIV.

Os recursos preventivos - testes e preservativos masculinos - eram também pouco abundantes nos primeiros anos da epidemia no Brasil. À época, apenas se começava o convencimento público de que a epidemia de HIV/AIDS era uma prioridade para as políticas de saúde brasileiras. Tanto no caso da oferta do teste anti-HIV como para a distribuição do preservativo, a prioridade era atingir os grupos em situações mais vulneráveis, onde a incidência de aids crescia mais rapidamente: populações dos grandes centros urbanos, trabalhadores do sexo, homens que fazem sexo com homens, pessoas com ocupações que implicam em muitas viagens ou exposição a sangue contaminado, portadores do HIV e seus familiares ou parceiros. Quando se investiu no trabalho de prevenção permanente para todos esses grupos e nos vários cantos do planeta as taxas de uso consistente de preservativo tornaram-se bastante altas (Hearst e cols, 2003), em geral associadas aos modelos de trabalho face a face e comunitário (Malcolm, Dowsett 1998; Stover e cols 2002). Se não se conseguiu, em duas décadas de epidemia, mudar o país a ponto de diminuir a “sinergia de pragas” que se somam para aumentar a vulnerabilidade individual e coletiva ao HIV - pobreza, sexismo, baixa escolaridade, violações de direitos humanos, estigmatização e discriminação associadas a raça e etnias diversas e ao HIV (Parker, Camargo 2000)- certamente as políticas de controle da epidemia tiveram um papel importante na diminuição da vulnerabilidade ao HIV no plano programático tal como definem Mann e cols. (1994) e Ayres e cols. (1999).

No Brasil, essas políticas se materializam nas diversas iniciativas de governos e da sociedade civil para a prevenção que devem ser freqüentemente avaliadas e monitoradas. É sabido que sem investimento constante não se sustentam os avanços conseguidos com campanhas gerais e projetos educativos ou de assistência; sem a compreensão do que faz

diferença (ou não), ou de quais foram as alterações, não temos como aprimorar ou modificar o rumo e a qualidade do que fazemos (UNAIDS 2003; Stover e cols. 2002).

O Ministério da Saúde (MS), através de sua Coordenação Nacional de DST AIDS, preocupado em monitorar mais freqüentemente as mudanças de atitudes e práticas no campo da prevenção do HIV/AIDS, produziu em conjunto com o Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE) um inquérito junto à população brasileira que teve como objetivo descrever a situação atual de práticas preventivas, tais como o teste e o uso de preservativos masculinos e femininos. A sua realização periódica criará bases para avaliações contínuas e sistemáticas das práticas preventivas em nosso país.

SUJEITOS, MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo MS/IBOPE foi de corte transversal, realizado em todo território nacional e delineado para construir amostras representativas da população brasileira. Era elegível para o estudo, por definição da CN-DST/AIDS, todo aquele que declarasse ser sexualmente ativo nos últimos seis meses, que tivesse 14 anos ou mais e que residisse nas áreas amostradas.

Empregou-se a estratégia amostral por conglomerados em múltiplos estágios (Silva 1998). A população foi estratificada com alocação proporcional a partir da definição da proporção de cada região do País, da proporção de cada estado dentro de cada região e da proporção das regiões metropolitanas dentro de cada estado. Após a estratificação, foi sorteada a unidade amostral primária: o município – primeiro estágio. Estes foram selecionados por probabilidade proporcional ao tamanho (PPT), onde as regiões

metropolitanas e as capitais de cada estado entraram obrigatoriamente na amostra (com probabilidade igual a 1). Foram sorteados 147 municípios em todo o país. No segundo estágio, dentro dos municípios selecionados no primeiro estágio, foram sorteados probabilisticamente os setores censitários, também pelo método PPT. Nas cidades maiores, o número médio de setores foi de 7, enquanto nas menores variou de 4 a 7. No terceiro estágio, as pessoas a serem entrevistadas foram selecionadas dentro dos setores censitários utilizando cotas proporcionais, segundo dados do Censo do IBGE/2000, para as seguintes variáveis: sexo, grupo de idade (14-17, 18-24, 25-29, 30-39, 40-49, 50 anos e mais), atividade (agricultura, indústria de transformação, indústria de construção, outras indústrias, comércio, prestação de serviços, transporte e comunicação, atividade social, administração pública, outras atividades, estudantes e inativos), posição na ocupação (empregado, conta própria e patrão) e localização geográfica (setores censitários) (IBOPE - Opinião 2003).

A CN-DST/AIDS solicitou ao IBOPE uma amostra de 1000 indivíduos. Para atingir tal amostra, o IBOPE planejou abordar 2000 pessoas, estimando que pelo menos 50% seriam elegíveis, isto é, maiores de 14 anos e sexualmente ativos nos últimos 6 meses. Segundo o IBOPE - Opinião (2003), “*Para evitar a realização de um número muito maior de entrevistas do que o contratado, os trabalhos de campo foram interrompidos quando já havia sido atingido, na verdade um pouco ultrapassado, o número de 1000 entrevistas completas com sexualmente ativos. Os trabalhos de campo encerraram-se, portanto, quando tinham sido contatados 1882 respondentes iniciais, dos quais 1298 eram sexualmente ativos e responderam o questionário completo (298 entrevistas a mais do que*

o contratado). A proporção encontrada de sexualmente ativos na população de 14 anos ou mais foi de 69% na média nacional."

O questionário foi elaborado pelas equipes técnicas da Coordenação Nacional de DST-AIDS e do IBOPE e contemplou cerca de 50 questões que abrangiam a caracterização sociodemográfica, de práticas sexuais, uso de preservativos, acesso a testes sorológicos anti-hiv, nível de conhecimento sobre DST/AIDS e vontade de participar em estudos sobre vacinas para a AIDS.

Os entrevistados foram classificados por estrato socioeconômico, valendo-se dos critérios da Associação Nacional de Empresas de Pesquisa –ANEPE (Critério de Classificação Econômica Brasil 2003), utilizados em outras pesquisas sobre Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV/AIDS (MS/CEBRAP 2000) ou sobre saúde reprodutiva, como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde. Esta variável é composta por cinco classes socioeconômicas, A, B, C, D e E, construídas a partir da somatória de pontos adquiridos pela combinação do nível de instrução do chefe da família, independentemente do entrevistado ser ou não o chefe da família, e posse de bens de consumo duráveis (eletroeletrônicos e eletrodomésticos).

A cor da pele/raça foi categorizada como negra e não-negra a partir da autoclassificação das pessoas entrevistadas, usando-se as categorias classificatórias utilizadas pelo IBGE: branca, preta, parda/morena, amarela/oriental e indígena. Da somatória de pretos e pardos/morenos, derivou-se a categoria negros, das demais a categoria não-negro.

As entrevistas foram realizadas por equipes do IBOPE, integradas por homens e mulheres que completaram o ensino secundário treinados para esta abordagem. O IBOPE

trabalha com equipes fixas de entrevistadores, remuneradas com salário e ganhos por produção, distribuídas em escritórios localizados em 9 capitais, trabalhando na empresa há vários anos. Orientado especificamente para este projeto, cada entrevistador (ou entrevistadora) sempre abordou pessoas de seu próprio sexo.

Os informantes foram abordados em seus domicílios com a seguinte frase: “*Estamos realizando uma pesquisa para o Ministério da Saúde. Não vamos precisar saber seu nome nem qualquer outra informação que o identifique e sua participação estará contribuindo para fortalecer a saúde pública no nosso país*”.

Não foram registradas a taxa de recusa nem as características das pessoas que se recusaram a participar.

O tempo médio de entrevista foi de 30 minutos. As entrevistas foram conduzidas em situação de privacidade. Como se trata de pesquisa de opinião, em condições de anonimato, o Ministério da Saúde e o IBOPE entenderam como desnecessário a coleta, por escrito, de consentimento livre e esclarecido. Sendo assim, o consentimento foi verbal.

As estimativas apresentadas neste artigo necessitaram de ponderação, pois a coleta de dados da amostra inicial, apesar de planejada como totalmente proporcional e aleatória, foi interrompida. Esta interrupção criou desproporção da representação geográfica. Segundo o IBOPE - Opinião (2003), “*Quando o número de contatados para o filtro foi atingido, dentro do segmento geográfico determinado na amostra, o IBOPE Opinião considerou o percentual de sexualmente ativos do segmento como estimador deste percentual no universo. Quando o número de contatados para o filtro não foi atingido, apesar da amostra total já ter ultrapassado 1000 casos, o IBOPE Opinião usou ponderação. Ponderou-se a amostra dentro dos segmentos geográficos não atingidos, pela*

razão entre o número previsto de contatos pelo número de contatos realizados, corrigindo assim as distorções que ocorreriam caso não houvesse ponderação.” Após a ponderação, a amostra final atingiu o número de 1302 de entrevistados.

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

PERFIL DA AMOSTRA

A média de idade, em anos, da amostra foi de 36,5 (IC95% 35,74-37,42), sendo os homens (média: 37,6 ; IC95% 36,4-38,9) mais velhos do que as mulheres (média 35,4; IC95% 34,3-36,5). A Tabela 1 sumaria as características sociodemográficas da amostra.

Nota-se a predominância do sexo masculino, da faixa etária de 26 a 40 anos e de pessoas negras. A cada dois entrevistados, um relatou não ter nenhum rendimento ou ter renda individual de até 1 salário mínimo (R\$ 200,00). Quase dois terços da amostra apresentavam instrução até a 8^a série. Coerentemente, perto de metade foi classificada como das classes D e E, segundo esquema da ANEP.

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra.

Variáveis	(%)
Sociodemográficas	
Sexo	
Masculino	53,1
Feminino	46,9
Total (n)	1302
Faixa etária (anos)	
14/25	25,2
26/40	40,0
41/55	23,6
56 e mais	11,2
Total (n)	1302
Raça/cor da pele	
Não negra	43,5
Negra	56,5
Total (n) ¹	1289
Grau de instrução	
Até a 4 ^a série	36,1
5 ^a a 8 ^a série	29,4
Ensino médio	27,0
Ensino superior e mais	7,5
Total (n)	1302
Renda individual mensal (salários mínimos)	
Sem rendimentos	25,4
Até 1	27,6
Mais de 1 a 2	21,2
Mais de 2 a 5	16,3
Mais de 5 a 10	6,7
Mais de 10 a 20	2,1
Mais de 20	0,7
Total (n) ²	1284
Classe socioeconômica (ANEPE)	
A/B	16,7
C	34,7
D/E	48,6
Total (n)	1302
Região de residência	
Nordeste	26,5
Norte/Centro-oeste	13,4
Sudeste	43,1
Sul	17,0
Total (n)	1302
Porte do município (número de habitantes)	
Até 20 mil	28,8
Mais de 20 a 100 mil	24,7
Mais de 100 mil	46,5
Total (n)	1302
Setor	
Urbano	94,7
Rural	3,1
Favela	2,1
Total (n)	1302

*1) 03 deram outras respostas; *2) 18 não quiseram informar

No que se refere à macro-região de residência, 60% das pessoas estavam no Sul e do Sudeste. Cerca de 50% da amostra residia, no momento da entrevista, em municípios com mais de cem mil habitantes. Há pequenas proporções de pessoas residentes em área rural ou em favelas.

Na Tabela 2, estão sintetizadas as informações sobre práticas sexuais e tipos de parceria da população maior de 14 anos e sexualmente ativa nos últimos 6 meses. A grande maioria da amostra relatou parceria fixa nos últimos seis meses. Duas pessoas não quiseram responder esta pergunta.

No tocante à freqüência mensal de relações sexuais, observa-se que a maior ocorrência deu-se no estrato de cinco a doze relações sexuais por mês, seguida pelo estrato de até 4 relações sexuais. Vale notar que 286 pessoas (22% da amostra) não quiseram opinar nesta pergunta. O relato de práticas sexuais homo (HSH) ou bissexuais de homens que fazem sexo com homens e, igualmente, de mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), foi proporcionalmente pequeno em relação aos demais grupos.

Um contingente expressivo, das pessoas que declararam ter parceiro fixo, não usou preservativo masculino na última relação. Inversamente, foi possível identificar um uso majoritário de preservativos, entre aqueles que declararam ter parceiro eventual.

Tabela 2. Características das práticas sexuais e tipo de parceria

<i>Sexuais/reprodutivas</i>	
Tipo de parceria sexual nos últimos 6 meses	
Fixo	84,2
Fixo e eventual	7,6
Eventual	8,2
Total (n) *1	1300
Número estimado de relações性ais por mês	
Até 4	32,6
De 5 a 12	40,8
Mais de 12	26,6
Total (n) *2	1016
Orientação sexual	
Heterossexual	97,0
Homens que fazem sexo com homens	1,7
Mulheres que fazem sexo com mulheres	0,9
Bissexual	0,4
Total (n) *3	1301
Uso de preservativo na última relação com parceiro fixo	
Sim	22,2
Não	77,8
Total (n) *4	1055
Uso de preservativo na última relação com parceiro eventual	
Sim	82,8
Não	17,2
Total (n) *5	190

Na Tabela 3, podemos observar que três em cada 10 entrevistados declarou ter realizado algum teste sorológico para o HIV, alguma vez na vida. Destes três, cerca de um o fez nos últimos 6 meses. No período dos últimos 6 meses, 123 pessoas (9,5%) declararam ter realizado um teste.

Tabela 3. Realização de teste sorológico para o HIV – Brasil 2003.

Teste anti-hiv na vida	
Sim	29,7
Não	70,3
Total (n) * ⁶	1300
Teste anti-hiv nos últimos 6 meses	
Sim	31,9
Não	68,1
Total (n)	386

*1) Duas pessoas sem informação; *2) 286 pessoas sem informação;

*3) 1 pessoa sem informação *4) 247 pessoas sem informação,
pois não opinaram, quiseram informar ou não se aplicava

*5) 1112 pessoas sem informação, pois não opinaram, quiseram informar ou
não se aplicava *6) 02 pessoas sem informação

VALIDADE

A validação de estudos epidemiológicos é tarefa difícil em estudos observacionais, pois é preciso demonstrar que este não foi enviesado em seus desenho, métodos e procedimentos (Szklo e Javier Nieto 2000). Isto é ainda mais difícil em estudos que se referem a crenças e práticas.

Amostras planejadas como a do estudo MS/IBOPE têm a potencial vantagem de oferecer estimativas que são generalizáveis para o conjunto do universo representado. Para avaliação da validade interna, não há dados populacionais que sejam diretamente comparáveis com a população elegível, pois não há informações que falem do universo de pessoas sexualmente ativas, nos últimos seis meses, com idade superior a 14 anos.

Por outro lado, dispomos de informações censitárias (Fundação IBGE 2000) para a faixa etária que são comparáveis a amostra contatada pelo IBOPE - Opinião. Assim, para fins de validação, são expostos, na Tabela 4, os dados sociodemográficos selecionados

como sexo, idade, educação e ocupação da população brasileira acima de 14 anos, com base na Contagem Populacional de 1996, ajustada pela PNAD de 2001, ambas do IBGE.

Tabela 4. Características sociodemográficas das populações brasileira e da amostra.

	IBGE* ¹	Amostra IBOPE para contatos* ²
SEXO	%	%
Masculino	48	48
Feminino	52	52
TOTAL	100	100
IDADE	%	%
14 a 17	11	11
18 a 24	18	18
25 a 29	11	10
30 a 39	20	21
40 a 49	16	16
50 a 69	18	18
70 e mais	5	5
TOTAL	99	99
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	9	8
Até primário	35	30
Ginásio	22	29
Colegial	24	27
Superior	10	6
TOTAL	100	100
OCUPAÇÃO		
Ocupados	63	61
Não ocupados	37	39
TOTAL	100	100
BASE	124.294.386	1.882

*1 Estimativa baseada no IBGE/96, ajustada pela PNAD/2001, para a população de 14 anos e +.

*2 Estimativa ponderada para a interrupção da coleta.

A amostra de contatados (1882) apresentou distribuição, por sexo, idade e ocupação similar à população brasileira recenseada. Assim a amostra global parece ser representativa da população geral.

Contudo, quando examinamos a amostra de sexualmente ativos, há uma clara preponderância do sexo masculino (53,1%), enquanto os resultados do censo de 2000 indicam uma ligeira maioria de mulheres (52%). Assim, a distribuição por sexo inverteu-se,

indicando que os homens relataram ou tiveram, efetivamente, mais frequentemente atividade sexual nos últimos 6 meses, configurando-se como um dado relevante de pesquisa.

Com relação ao grau de instrução, foi possível identificar pequenas diferenças, em especial para aqueles com educação primária, ginásial e superior. A amostra de contatados do IBOPE tendeu a subestimar as pessoas com nível primário e superior. Por exemplo, a proporção amostral de pessoas com nível superior ou mais foi de 6% e na população recenseada foi de 10%.

Pode haver, a partir da variável de grau de instrução, indicações de vieses de seleção na amostra do MS/IBOPE, assim como há indício de viés amostral na variável urbano/rural, dada a forte desproporção entre a composição da amostra final (respectivamente 94,7% e 3,1%) e os dados censitários (81% e 19%).

Assuntos sensíveis, como comportamento sexual, uso de drogas e engajamento em comportamentos violentos tidos como socialmente desviantes estão sujeitos à subestimação em estudos populacionais, particularmente nos estudos como este, onde os indivíduos são abordados em seus domicílios. Estabelecer claramente o compromisso da confidencialidade das informações, conduzir as entrevistas em local com privacidade e tempo adequado e contar com entrevistadores experientes e sensíveis são maneiras de reduzir este problema. O IBOPE garantiu alguns destes mecanismos, possivelmente minimizando vieses de informação. Uma indicação do grau de sensibilidade destas questões pode ser vista no fato de que 286 pessoas (22% da amostra) não quiseram responder a pergunta sobre freqüência de relações sexuais.

Como, nesta série de artigos, não foram realizadas análises multivariadas, é possível que algumas das diferenças encontradas venham a desaparecer após aferição de estimativas ajustadas. Assim, as diferenças aqui encontradas devem ser vistas como marcadores, isto é, condições que podem denotar uma chance menor ou maior dos brasileiros terem acesso a preservativos e ao exame. Não pode haver pretensão de indicar fatores preditores e/ou causais.

De qualquer modo, estes resultados são interessantes, pois permitem aprimorar as estratégias de saúde pública, identificando as populações mais vulneráveis e orientando os serviços para um melhor planejamento e priorização nos níveis nacional, regional e local.

RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES

No plano da produção de conhecimento, é importante que futuras pesquisas sobre práticas preventivas aprimorem seus desenhos, métodos e procedimentos. Sinteticamente, sugerimos os seguintes pontos para futuras investigações:

- a) Amostras maiores que a utilizada na MS/IBOPE serão necessárias, caso se queira explorar os comportamentos preventivos de minorias sexuais ou de localização rural.
- b) Coletar um mínimo de informação (sexo, raça/cor, local de residência) sobre aqueles que se recusam participar da pesquisa.
- c) A definição de atividade sexual deve ser comparável aos estudos brasileiros MS/CEBRAP e MS/IBOPE, assim como aos estudos internacionais. Para tanto, deve-se considerar elegível toda pessoa que tenha declarado ter tido relações sexuais na vida (respostas SIM/NÃO). Adicionalmente, devem ser coletadas informações sobre a atividade sexual nos últimos 6 meses e nos últimos 12 meses (respostas SIM/NÃO).

d) A aferição da idade da primeira relação sexual e da participação em atividades de sexo comercial devem ser incluídas, mesmo no caso de um estudo para avaliação entre períodos mais curtos.

e) Utilizar, de preferência e pelo menos, alguns dos mesmos indicadores sugeridos pela *HIV/AIDS Survey Indicators Database* (2003), o que permitirá a desejada comparabilidade internacional, decidida pela UNGASS em um contexto de epidemia global, sem perder a liberdade e criatividade necessárias para incluir indicadores relevantes para o Brasil e seus programas de controle da epidemia.

f) Incluir medidas de auto-definição de vulnerabilidade (ou de percepção de risco). Estas medidas permitem a comparação com as práticas relatadas, protegidas ou não, e dos diversos níveis de prontidão e sensibilização para o uso de preservativo ou realização dos testes.

g) Aprimorar o texto dos indicadores de confiança no preservativo.

h) Aprimorar a formulação das perguntas sobre impacto do preço de testes e preservativos.

i) Nos estudos sobre a atividade sexual da população brasileira, acrescentar questões que têm se mostrado relevantes na adoção de práticas preventivas, tais como violência física e sexual doméstica ou não, motivos para repetir o teste anti-hiv, caracterização maior das relações afetivas e da rede social de suporte, local das últimas relações sexuais, entre outras.

j) Também prever o seguimento de uma sub-amostra de entrevistados para entender como se comportam os vários indicadores de uso de preservativo e teste na população brasileira (uso na última relação, gradientes de uso consistente nos últimos 12 meses, uso

consistente x uso inconsistente). Um estudo realizado na África do Sul, por exemplo, sugeriu que o padrão de uso na última relação sexual é melhor preditor de seu uso futuro (Myer e cols 2002).

k) Especial atenção deve ser dada para a dificuldade para obter informações confiáveis sobre questões sensíveis como práticas sexuais, comportamento violento e de prevenção relacionados ao HIV/AIDS. Assim, o recrutamento, o treinamento e a supervisão das equipes de campo devem contemplar as dimensões ética e sensível das questões consideradas.

l) Explorar quais as fontes de informação sobre prevenção, tais como o local de obtenção de preservativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa MS/IBOPE é importante para que se crie uma linha de base para futuras avaliações que repercutirão na tomada de decisões de organizações, governamentais ou não, quanto à prevenção em nosso país. Esta primeira pesquisa com abrangência nacional e seus resultados devem ser valorizados e aprofundados em estudos futuros.

Mesmo com os limites apontados, as análises comparativas, epidemiológica e comportamental auxiliam a demonstrar tendências de mudanças gerais (ou estagnação) de práticas, opiniões, atitudes no curso da epidemia, como tem reconhecido o programa de AIDS das Nações Unidas, UNAIDS. (UNAIDS 2003) Auxiliam, principalmente, a vislumbrar a direção e o ritmo das mudanças e ajudam a explicitar os horizontes normativos, isto é, a definição objetiva de situações de saúde desejáveis que podem ser atingidas por quaisquer populações humanas em suas trajetórias históricas e sociais.

Horizonte normativo que, usualmente, corresponde à noção de um “normal” sanitário que se depreende a partir das trajetórias de indicadores de saúde observadas em populações e em grupos sociais de países altamente desenvolvidos do ponto de vista social. (França Junior, Monteiro 2000). A resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS pode ser considerada como um horizonte normativo para os países em desenvolvimento.

Nos artigos que se seguem a este, a comparação com dados de países também em desenvolvimento ou com índices de desenvolvimento humano maiores que os do Brasil, guiam a exposição de resultados bem como a sua interpretação. Em relação à prevenção, pressupõe-se como desejável que a distribuição, o acesso e a utilização sistemáticos de testes e preservativos se dêem de forma eqüitativa por idade, sexo, renda, raça ou qualquer outra condição. A equidade é fundamental, principalmente levando em conta a existência de grupos mais vulneráveis. Outro elemento crucial no horizonte normativo para as práticas preventivas é que sejam voluntárias e resultado de decisões privadas e bem informadas; que o acesso aos recursos necessários à prevenção, em nível populacional – uso de preservativo e testagem anônima acompanhados de aconselhamento de qualidade irretocável – sejam considerados como direitos individuais e sociais. Os recursos preventivos devem ser dispensados sem constrangimentos e acompanhado de informação adequada. Estigma, mitos, desinformações e interdições preconceituosas não deveriam figurar como razões para não se aumentar o acesso a preservativos e testes na população brasileira.

Nossa intenção é interpretar as mudanças, sempre dinâmicas, para acompanhar os complexos caminhos seguidos pela expansão (ou controle) de novas infecções pelo HIV, refletindo sobre os horizontes acima apontados. Caminhos que devem ser monitorados, mais afinada e qualitativamente, nas frentes de trabalho, clínico e educativo, onde a

qualidade e os sentidos de cada prática aparecem mais claramente. O desafio de um modelo emancipatório de prevenção do HIV e da AIDS ainda está para ser enfrentado nacional e internacionalmente. O Brasil pode, como tem feito em outras áreas, oferecer importantes, pois criativas e engajadas, experiências para o mundo.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ayres JRCM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa RM, Parker RG. (Orgs.) **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidade e poder.** São Paulo: Ed. 34, 1999, p. 49-72.

Brindeiro RM, Diaz RS, Sabino EC, Morgado G, Pires IL, Brígido L, Dantas MC, Barreira D, Teixeira PR, Tanuri A, The Brazilian Network for Drug Resistance Surveillance. Brazilian Network for HIV Drug Resistance Surveillance (HIV-BResNet): a survey of chronically infected individuals. **AIDS** 2003; 17: 1063-1069

Critério de Classificação Econômica Brasil Acessado em junho de 2003 em <http://www.anep.org.br/codigosguias/CCEB.pdf>.

França Junior I, Monteiro CA. Estudo da tendência secular de indicadores de saúde como estratégia de investigação epidemiológica **Rev. Saúde Pública** 2000; 34 (6 suppl): 5-7.

Global HIV Prevention Working Group 2002. **Access to HIV Prevention: Closing the Gap.** Available at www.gatesfoundation.org/nr/downloads/globalhealth/aids/PWGFoundationReport.pdf

Hearst N, Chen S. **Condoms for AIDS prevention in the developing world- a review of the scientific literature.** Report to UNAIDS. 2003 (mimeo)

Fundação IBGE 2000. **Censo Demográfico: Dados do Universo.** Acessado em 17 junho de 2003 em ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2000/Dados_do_Universo/Brasil/

IBOPE – Opinião. Descrição da metodologia, procedimentos amostrais e de ponderação para pesquisa nacional contratada pela Coordenação Nacional de Prevenção de DST/Aids com população brasileira sexualmente ativa. São Paulo (2003).

Malcolm A, Dowsett G. Partners in Prevention: international case studies of effective health promotion practice in HIV/AIDS. Genebra: UNAIDS (1998).

Mann J, Tarantola D, Netter TW. **Aids no mundo.** Rio de Janeiro: Relumê –Dumará /IMS/ ABIA, 1994.

Myer, L; Mathews, C; Little, F. Measuring consistent condom use: a comparison of cross sectional an prospective measurementes. **International Journal of STD & AIDS.** Volume 13 January 2002.

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

MS. Política Brasileira de Aids - Principais resultados e avanços - 1994 – 2002. Acessado em 17 de junho 2003 <URL:www.aids.gov.br/final/biblioteca/politica/94_02.pdf>

Parker R, Camargo-Jr K. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cad. Saúde Pública*, 2000, vol.16 suppl.1, p.89-102.

Programa Brasileiro de Aids recebe o Prêmio Gates de Saúde Global de 2003
Prêmio de US\$1 milhão reconhece a ampla resposta brasileira ao HIV/Aids. Available at <URL: <http://www.globalhealth.org/assets/press/pr-pgates03.pdf>>

Silva NN. **Amostragem probabilística: um curso introdutório.** São Paulo : EDUSP, 1998

Szklo M, Javier Nieto E. **Epidemiology: beyond the basics.** Gaithersburg: Aspen Publications; 2000.

Stover J; Walker GPG; Salomon JA; Stanecki KA; Ghys PD; Grassly NC, ANDERSON RM, Schwartlandedr B. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? **The Lancet** 2002; 360: 73-77.

UNAIDS/ UNICEF / USAID / CDC. **HIV/AIDS Survey Indicators Data Base.** Acessado em junho de 2003 em <URL: www.measuredhs.com/hivdata>

UNAIDS. **Summary of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS ,** United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. Genebra: 2002.