

**Fatores associados a comportamentos de risco para
DST/AIDS em mulheres de um centro urbano no Sul do
Brasil**

Mariângela Freitas da Silveira

Jorge Umberto Béria

Bernardo Lessa Horta

Elaine Tomasi

Departamentos Materno-Infantil e de Medicina Social

Faculdade de Medicina

Universidade Federal de Pelotas

Avenida Duque de Caxias, 250, Pelotas, RS-Brasil

e-mail: maris.sul@terra.com.br

RESUMO

Objetivo: Identificar fatores socioeconômicos e demográficos, assim como hábitos pessoais, associados a comportamentos de risco para adquirir Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em mulheres de 15 a 49 anos residentes em Pelotas, RS.

Metodologia: Dos 281 setores censitários existentes na cidade, foram selecionados sistematicamente 48. Utilizou-se um questionário aplicado pela entrevistadora e outro confidencial, autoaplicado, sendo investigadas 1543 mulheres com relato de já haver iniciado sua vida sexual. As perdas e recusas foram de 3,5%.

Resultados: Os comportamentos de risco incluíram o não uso de preservativo na última relação (72%); início das relações sexuais com menos de 18 anos (47%); uso de álcool ou drogas pelo parceiro (14%) ou pela mulher (7%) antes da última relação; dois ou mais parceiros nos últimos três meses (7%) e sexo anal na última relação (3%); 44% das mulheres apresentaram dois ou mais comportamentos de risco. Estes comportamentos foram transformados em um escore de risco e analisados através de regressão logística ordinal multivariada. Após o ajuste para fatores de confusão, os comportamentos de risco foram significativamente mais frequentes entre mulheres com menos de 30 anos, com escolaridade inferior a cinco anos, separadas ou divorciadas, e fumantes. Não houve efeito independente da renda familiar ou da mulher, nem da cor da pele ou da prática de religião ou de exercícios físicos.

Conclusão: Estratégias preventivas devem concentrar seus esforços em mulheres jovens, de baixa escolaridade, separadas ou divorciadas, e fumantes.

ABSTRACT

Objective: To identify socioeconomic, demographic and lifestyle factors associated with risk behaviors for acquiring sexually transmitted diseases (STD) and HIV/AIDS among women aged 15-49 years in the city of Pelotas in Southern Brazil.

Methods: Forty eight of the 281 census tracts in the city were selected systematically and 44 households were chosen in each sector; 96.5% of the women living in these households were interviewed using both an interviewer-administered and a confidential, self-administered questionnaire. The sample included 1543 women who reported having ever been sexually active. Another 3.5% refused to be interviewed or were not found.

Results: The risk behaviors included non-use of condoms in the last intercourse (72%); first intercourse before the age of 18 years (47%); use of drugs or alcohol by the partner (14%) or by the woman (7%) prior to the last intercourse; having two or more sexual partners in the last three months (7%) and practice of anal sex in the last intercourse (3%); 44% of the women presented two or more risk behaviors. A risk score was calculated by adding these six behaviors, and analyses were carried out through ordinal logistic regression. After adjustment for confounding variables, the risk score was significantly associated with age under 30 years, less than five years of schooling, being divorced or separated, and with smoking. There was no independent effect of family or personal income, nor of skin color, religious practice or physical exercise.

Conclusions: Preventive strategies should prioritize young women, those with low schooling, smokers and those who are divorced or separated.

Palavras-chave:

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;

Doenças Sexualmente Transmissíveis;

Estudos Transversais;

Comportamento Sexual;

Saúde da Mulher;

Fatores de risco.

Keywords :

Acquired Immunodeficiency Syndrome;

Sexually Transmitted Diseases;

Cross- Sectional Studies;

Sex Behavior;

Women's Health;

Risk Factors.

INTRODUÇÃO

As mulheres representam uma parcela cada vez maior dos casos de HIV/AIDS: segundo a UNAIDS, em dezembro de 1999 as mulheres representavam 46% das 34,3 milhões de pessoas vivendo com o HIV em todo o mundo (1). No Brasil e no Rio Grande do Sul, as mulheres representam um terço dos indivíduos com AIDS (2).

As mulheres apresentam maior vulnerabilidade às DST tanto por características biológicas como socioculturais. Em relação aos aspectos físicos, a mulher apresenta particularidades que aumentam seu risco: a superfície vaginal exposta ao sêmen é extensa; o sêmen apresenta maior concentração de HIV do que o líquido vaginal; as DST são mais frequentemente assintomáticas; e a mucosa vaginal é frágil, principalmente em mulheres mais jovens (3). O papel social da mulher também aumenta sua vulnerabilidade, tendo em vista as relações desiguais de poder e sua dependência econômica, que, especialmente em países em desenvolvimento, limitam o acesso a informações adequadas e dificultam a adoção e manutenção de comportamentos seguros (3). Seria importante poder identificar entre as mulheres aquelas de maior risco, para realizar abordagens preventivas mais específicas e eficazes.

Com base em dados de rotina publicados pelo Ministério da Saúde, é possível identificar como fatores associados à incidência de HIV/AIDS, as faixas etárias mais jovens e a menor escolaridade (2). No entanto, não encontramos na literatura revisada (base de dados Medline e Lilacs, 1980-2000) nenhum estudo brasileiro especificamente delineado para investigar fatores associados a comportamentos de risco em mulheres.

O presente estudo teve por objetivo identificar fatores socioeconômicos e demográficos, assim como hábitos pessoais, associados a comportamentos de risco para adquirir DST/HIV em mulheres com idade entre 15 e 49 anos residentes em uma cidade de porte médio do sul do Brasil.

METODOLOGIA:

A população alvo do estudo foram todas as mulheres de 15 a 49 anos residentes na área urbana de Pelotas. Foi utilizado um delineamento transversal incluindo um processo probabilístico de amostragem em dois estágios. No período de outubro de 1999 a janeiro de 2000 foi visitada uma amostra sistemática de 48 dos 281 setores censitários urbanos. Em cada setor foi sorteado um ponto aleatório de início e os entrevistadores percorreram a vizinhança de uma forma pré-estabelecida, selecionando um domicílio a cada três até completar 44 domicílios, totalizando 2112 domicílios. Em cada domicílio foram entrevistadas todas as mulheres de 15 a 49 anos.

Com uma amostra em torno de 1500 mulheres seria possível estudar a associação entre uma exposição afetando 10% das mesmas e um desfecho com prevalência de 30% (risco relativo de 1,6; alfa de 5%; poder de 95% e efeito de delineamento de 1,4).

Foram selecionadas e treinadas 30 entrevistadoras, todas mulheres e com segundo grau completo. O treinamento incluiu técnicas de entrevista e de localização dos domicílios, leitura dos questionários e dos manuais de instruções, dramatizações, prova teórica e avaliação de desempenho no campo. Ao final do treinamento realizou-se um estudo piloto. O trabalho de campo foi realizado de outubro de 1999 a janeiro de 2000.

O questionário era composto de três partes: um módulo domiciliar com informações socioeconômicas, um módulo individual com perguntas aplicadas pela entrevistadora, e um questionário confidencial autoaplicado numerado. Este último após preenchido era colocado pela entrevistada dentro de um envelope que ela mesma lacrava, sendo aberto e codificado somente pela supervisora geral do estudo. Houve consentimento verbal informado de todas as participantes do estudo.

As seguintes variáveis foram coletadas: idade (em anos completos, com base na data do nascimento); cor (observada pela entrevistadora, sendo classificada como branca ou parda/negra); estado civil (casada/com companheiro, solteira, viúva ou separada/divorciada); renda familiar e da mulher no último mês (coletada em reais e transformada em salários mínimos); renda per capita (razão entre a renda familiar e número de moradores do domicílio); escolaridade (em anos completos com aprovação); prática de religião (sim ou não); fumo atual (sim ou não); prática de exercícios físicos nos últimos três meses (sim ou não).

As variáveis relativas aos comportamentos de risco foram coletadas através do questionário autoaplicado: idade de início das relações sexuais (vaginais, orais ou anais, sendo definido como de risco o início antes dos 18 anos) (4); uso de preservativos na última relação sexual (sim ou não); uso de álcool antes da última relação pela mulher (sim ou não) ou pelo parceiro (sim ou não); uso de drogas antes da última relação pela mulher (sim ou não) ou pelo parceiro (sim ou não); sexo anal na última relação (sim ou não); e número de parceiros nos últimos três meses (definiu-se como de risco a presença de dois ou mais parceiros). Um

escore de risco foi construído pela soma das seis variáveis acima, codificadas como zero (não) ou um (sim), podendo consequentemente variar de zero a seis, valor que indicaria mulheres com presença de todos os comportamentos de risco. Esta variável constituiu o desfecho das análises subsequentes.

O controle de qualidade do trabalho de campo foi feito por 12 supervisores, cada um responsável por quatro setores. Estes repetiam no mínimo 5% das entrevistas e revisavam todos os questionários preenchidos. Todos os questionários foram digitados duas vezes, por profissionais diferentes, no programa Epi-Info 6.0 o que permitiu a comparação dos bancos de dados e a correção de erros de digitação. A limpeza dos dados incluiu verificações de consistência e amplitude de todas as variáveis. A análise inicial foi realizada com o programa SPSS 8.0, realizando-se distribuição de frequências. Os valores ignorados para as variáveis independentes foram recodificados para a categoria modal das variáveis agrupadas; a variável com maior percentual de valores ignorados foi a renda familiar, com 2,1%.

Para reduzir o número de valores ignorados no escore de risco que, era inicialmente em torno de 11%, as seguintes medidas foram adotadas. Para a idade de início da atividade sexual, as idades ignoradas (5,2% das mulheres) foram estimadas por regressão linear utilizando-se como variáveis explanatórias a idade, escolaridade e renda familiar. Quanto ao número de parceiros nos últimos três meses, não houve informação para 4,9% das mulheres mas não foi possível obter uma equação de regressão com um ajuste adequado. Para estas mulheres, multiplicou-se a soma dos outros cinco componentes do escore de risco por 1,2 (efeito médio do número de parceiros para as 95,1% das mulheres com informações disponíveis). Restaram 3,4% de valores ignorados para as outras variáveis no escore final, sendo estas mulheres excluídas da análise.

Utilizou-se o programa Stata 6.0 para a análise de regressão ordinal. Optou-se por utilizar este tipo de análise para evitar a escolha arbitrária de um único ponto de corte, o que seria necessário para usar a regressão logística. A regressão ordinal utilizou o modelo de odds proporcionais, que fornece uma estimativa sumária do efeito do fator de risco sobre todos os pontos de corte da variável dependente, expressando a razão de odds para mudar para uma categoria imediatamente acima na variável dependente(5)(6). O escore de risco foi recodificado em cinco níveis (0; 0,01-1,0; 1,01-2,0; 2,01-3,0; maior de 3,0) para satisfazer o pressuposto de proporcionalidade de odds. Todas as análises foram ajustadas para efeito de delineamento através do procedimento “cluster” (conglomerado) do programa Stata (7), uma vez que a amostragem foi realizada em múltiplos estágios.

Na análise multivariada as variáveis foram introduzidas conforme níveis de causalidade do modelo hierárquico (Figura 1). O primeiro nível incluiu as variáveis renda familiar per capita e da mulher, escolaridade, idade e cor; o segundo, estado civil e prática de religião; e o terceiro, fumo e prática de esportes. Para cada nível realizou-se uma equação de regressão por eliminação retrógrada (“backward elimination”), descartando-se todas as variáveis com $p > 0,20$. As variáveis que permaneceram no primeiro nível foram incluídas na equação do segundo nível, sendo novamente eliminadas aquelas deste nível com $p > 0,20$. Este procedimento foi repetido para o terceiro nível. O nível p de 0,20 foi escolhido pois variáveis de confusão podem afetar as estimativas mesmo quando seu nível de significância não alcança 0,05 (8). Para a apresentação dos resultados foram apenas consideradas como significativas as variáveis com p inferior a 0,05.

RESULTADOS

Foram visitados 2112 domicílios e listados todos os seus moradores conforme o sexo e a idade. No caso de domicílios fechados, esta informação foi obtida através de vizinhos. Foram identificadas 1851 mulheres de 15 a 49 anos, das quais 65 (3,5%) recusaram ou não puderam ser entrevistadas após, no mínimo, três tentativas. Destas, foram incluídas todas as 1543 mulheres que relataram já haver iniciado sua vida sexual. As análises subsequentes dizem respeito a estas mulheres.

A Tabela 1 mostra as características socioeconômicas e demográficas da amostra. A distribuição dos grupos não foi homogênea em relação à idade, com uma menor frequência de adolescentes (9,7%) pois muitas destas ainda não haviam iniciado sua vida sexual. Quatro quintos das mulheres eram brancas; 61% estavam casadas ou em união, seguidas pelas solteiras; um quinto tinha renda per capita igual ou inferior a 0,5 salários mínimos; 41% das mulheres declararam não ter nenhuma renda própria; mais da metade tinham no máximo oito anos de escolaridade; e 55% não praticavam uma religião.

Em relação aos comportamentos de risco para DST/AIDS, observou-se que 72% não usaram preservativo na última relação sexual; a idade de início das relações sexuais foi inferior a 18 anos em 47% da amostra; 14% dos parceiros usaram álcool e/ou drogas antes da última relação sexual; 7% das mulheres usaram álcool e/ou drogas antes da última relação sexual; 7% tiveram dois ou mais parceiros nos últimos três meses; e 3% praticaram sexo anal na última relação.

Na Tabela 2 observa-se a distribuição do escore de risco utilizado na análise de regressão ordinal. Quase 10% das mulheres não relatavam nenhum comportamento de risco; 46,4% apresentavam um; e 3%, mais de três comportamentos de risco.

Na Tabela 3 vê-se as razões de odds brutas e ajustadas conforme o modelo utilizado, para as variáveis socioeconômicas e demográficas, pertencentes ao primeiro nível hierárquico. As variáveis idade e escolaridade permaneceram associadas com os comportamentos de risco, mesmo após o ajuste. Mulheres de 15 a 19 anos apresentaram um odds 3,7 vezes maior do que aquelas de 45 a 49 anos. Nas mulheres com nível de escolaridade entre zero e quatro anos, a razão de odds foi cerca de duas vezes maior do que no grupo com 12 ou mais anos. Observa-se que a cor da pele e as variáveis relativas à renda perderam a significância após o ajuste para as demais variáveis.

Na Tabela 4, com as variáveis incluídas no segundo nível do modelo de análise, a variável estado civil passou a ser significativa após o ajuste. A prática de religião não demonstrou efeito e foi excluída do modelo.

Na Tabela 5, com o terceiro nível, a prática de esportes perdeu a significância após o ajuste, enquanto que o tabagismo continuou associado com maiores escores de risco.

DISCUSSÃO

O fato de o estudo possuir base populacional permitiu avaliar não somente os principais determinantes de comportamentos de risco para DST/AIDS, como também descrever sua distribuição em mulheres de uma cidade de porte médio do sul do Brasil. Esta inferência é garantida pelo baixo percentual de perdas, inferior a 10%.

Como possíveis limitações deste estudo, encontram-se a dificuldade em relatar experiências íntimas mesmo através de questionário autoaplicado e a realização das entrevistas no domicílio, o que pode ter inibido as mulheres, especialmente as adolescentes. Outra limitação consiste em que a maior parte dos comportamentos são referentes apenas à última relação. No entanto, a alternativa de perguntar sobre períodos mais extensos pode levar a problemas de recordatório e ao relato de comportamentos idealizados e não de eventos concretos. Por fim, a baixa escolaridade de algumas respondentes pode ter afetado as respostas. O possível viés destas limitações teria um efeito conservador sobre o resultado do estudo, diminuindo o risco em geral e, especialmente, o das adolescentes e mulheres com baixa escolaridade, o que não alteraria a direcionalidade dos resultados encontrados. Outra possível limitação foi a atribuição de pesos iguais para os seis comportamentos incluídos no escore de risco, tomada em função de não encontrarmos critérios objetivos para definir diferentes pesos para cada comportamento. Em estudos posteriores, sugere-se uma melhor definição dos comportamentos de risco, permitindo a construção de um escore de risco mais adequado.

Quanto ao início precoce da atividade sexual, encontrou-se que 47% já haviam mantido relações sexuais antes dos 18 anos. Na América Latina (1998), 56% das mulheres já haviam

tido relações sexuais aos 20 anos; no Brasil (1998), 14 a 34% das mulheres já estavam casadas ou em união antes dos 18 anos (9); em Pelotas (1995): 45% das mulheres entre 15 e 19 anos já tinham iniciado atividade sexual(10). Embora estes percentuais não sejam diretamente comparáveis devido ao uso de definições diferentes, todos os estudos indicam ser freqüente o início precoce da atividade sexual. Em pesquisa norte-americana, o início precoce esteve associado com uso de drogas, maior número de parceiros sexuais, menor uso de preservativos e menor seletividade de parceiros(4).

A alta incidência de gestação entre adolescentes também mostra que, além de iniciar a vida sexual mais precocemente, elas se expõem freqüentemente, a relações sem proteção. No Brasil, entre 29 e 32% das mulheres tiveram filhos com menos de 20 anos de idade(9). Em Pelotas, 33% das adolescentes (15 a 19 anos) já estiveram grávidas(10); em estudo de base escolar com meninas de 12 a 19 anos, esta prevalência foi de 11%(11). Em Pelotas, no ano de 1998, 19,9% dos nascimentos ocorreram em mulheres com menos de 20 anos(12).

Em relação à prática de sexo anal, encontrou-se uma prevalência de 3% na última relação sexual. Estas prevalências variam, em outros estudos de 7% a 9% no último ano (mulheres inglesas e americanas de 16 a 59 anos), à 7% na última relação(adolescentes escolares de 12 a 19 anos) (13)(11).

Encontrou-se uma prevalência de uso do preservativo na última relação de 28%. Em Pelotas, 42% das adolescentes escolares (12 a 19 anos) usaram preservativos na última relação (11), índice este que foi de 47% no presente estudo para a faixa etária de 15 a 19 anos; e 8% de mulheres entre 15 a 49 anos declararam usar preservativos como método anticoncepcional

(10). Na literatura internacional, o uso de preservativos ainda é baixo, variando de 3,2% na última relação, em mulheres de 16 a 72 anos na República Dominicana, a 22,5% em homens britânicos adultos na última relação heterossexual(14)(15)(16)(13). Um estudo brasileiro de base populacional, com uma população entre 16 e 65 anos, mostrou uma prevalência de uso nos últimos 12 meses de 24% (64% em relações eventuais). Na faixa etária de 16 a 25 anos este índice foi de 44% (53% entre os homens e 35% entre as mulheres); e no geral, o grupo que menos utilizou o preservativo foram as mulheres com parceria estável (2).

Encontrou-se que 7% das mulheres mantiveram relações com dois ou mais parceiros nos últimos 3 meses. Nos EUA, entre mulheres solteiras de 15 a 44 anos, este índice variou entre 6,6% a 8,4%(13)(17). Não se localizou outros estudos nacionais sobre este tema.

Em relação aos fatores associados com DST/AIDS, tem sido relatado nos EUA que o risco destas doenças diminui com a idade(13). No Brasil a maioria das mulheres são contaminadas com o HIV antes dos 30 anos de idade(3). O atual estudo detectou uma forte associação inversa entre idade e escore de comportamento de risco, com uma razão de odds de 3,7 para menores de 20 anos.

Nos EUA, a contaminação com HIV e DST por via sexual está associada com baixa renda, pouca escolaridade e cor negra(4)(18)(19). No Brasil, a incidência de AIDS em mulheres com primeiro grau foi 53% maior do que para aquelas com segundo grau(3). Encontrou-se um forte efeito da escolaridade no presente estudo, enquanto que os efeitos da renda e cor desapareceram com o ajuste para escolaridade e idade.

Em relação ao estado civil, encontrou-se um menor risco entre solteiras, e maior risco para as separadas ou divorciadas. Observou-se que o estado civil ganhou efeito após o ajuste, possivelmente por estar sendo confundido negativamente pela idade.

A prática de exercícios físicos perdeu a significância após o ajuste, possivelmente por estar sendo confundida positivamente pela idade. As fumantes têm uma razão de odds 50% maior, mesmo após o ajuste. A associação entre fumo e risco de DST tem sido demonstrada, sendo o fumo descrito como um marcador de estilo de vida “arriscado”, indicando indivíduos que se preocupam menos com sua saúde, inclusive em relação ao comportamento sexual. Mulheres que fumam tendem a ser mais ativas sexualmente, iniciar mais precocemente a vida sexual e ter mais parceiros sexuais durante a vida(20).

Resumindo, os resultados do presente estudo demonstraram que: a maior parte das mulheres apresentam um ou dois comportamentos de risco; os comportamentos mais comuns são o início precoce da atividade sexual, o não uso de preservativos e uso de álcool/drogas pelo parceiro antes da relação sexual.

Conclui-se ainda que a presença de comportamentos de risco para DST/HIV é mais frequente entre mulheres jovens, de baixa escolaridade, separadas ou divorciadas, e fumantes. As estratégias de intervenção devem ser endereçadas prioritariamente a esses grupos de mulheres, visando atingir maior impacto na prevenção das DST e da AIDS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic 2000. Geneva: UNAIDS, 2000.
2. <http://www.aids.gov.br>
3. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS and pauperization: principal concepts and empirical evidence. *Cadernos de Saúde Pública* 2000;16:65-76.
4. Seidman SN, Mosher WD, Aral SO. Predictors of high-risk behavior in unmarried American women: adolescent environment as risk factor. *J Adolesc Health* 1994;15:126-32.
5. Scott SC, Goldberg MS, Mayo NE. Statistical assessment of ordinal outcomes in comparative studies. *Clin Epidemiol* 1997;50: 45-55.
6. Nunes LN. A utilização de métodos de regressão para respostas ordinais no estudo de coorte das crianças nascidas em 1993, em Pelotas, RS, Brasil [Dissertação]. Pelotas(RS): Universidade Federal de Pelotas; 1999.
7. StataCorp. Stata Statistical Software: release 6.0. College Station, TX: Stata Corporation, 1999.
8. Maldonado G, Greenland S. Simulation study of confounder-selection strategies. *Am J Epidemiol* 1993; 138:923-36.
9. The Alan Guttmacher Institute. Rumo a um novo mundo: a vida sexual e reprodutiva de mulheres jovens. New York: The Alan Guttmacher Institute, 1998.
10. Olinto MTA, Galvão LW. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. *Rev Saúde Pública* 1999;33:64-72
11. Béria J, Barros AJD. Oito meses depois - o impacto da intervenção entre os adolescentes. In: Béria J. Ficar, transar ...a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS. Porto Alegre: Tomo Editorial; 1998.
12. Pelotas. Secretaria Municipal de Saúde. SINASC, 1998 (mimeo).
13. Michael RT, Wadsworth J, Feinleib J, Johnson AM, Laumann EO, Wellings K. Private sexual behavior, public opinion, and public health policy related to sexually transmitted diseases: a US-British comparison. *Am J Public Health* 1998;88:749-54.
14. Brewer TH, Hasbun J, Ryan CA, Hawes SE, Martinez S, Sanchez J, et al. Migration, ethnicity and environment: HIV risk factors for women on the sugar cane plantations of the Dominican Republic. *Aids* 1998;12:1879-87.

15. Roye CF. Condom use by Hispanic and African-American adolescent girls who use hormonal contraception. *J Adolesc Health* 1998;23:205-11.
16. DeHovitz JA, Kelly P, Feldman J, Sierra MF, Clarke L, Bromberg J, et al. Sexually transmitted diseases, sexual behavior, and cocaine use in inner-city women . *Am J Epidemiol* 1994;140:1125-34.
17. Seidman SN, Mosher WD, Aral SO. Women with multiple sexual partners: United States, 1988. *Am J Public Health* 1992;82:1388-94.
18. Diaz T, Chu SY, Conti L, Sorvillo F, Checko PJ, Hermann P, et al. Risk behaviors of persons with heterosexually acquired HIV infection in the United States: results of a multistate surveillance project. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994;7:958-63.
19. Ellen JM, Aral SO, Madger LS. Do differences in sexual behaviors account for the racial/ethnic differences in adolescents' self-reported history of a sexually transmitted disease? *Sex Transm Dis* 1998;25:125-9.
20. Wolf R, Freedman D. Cigarette smoking, sexually transmitted diseases, and HIV/AIDS. *International Journal of Dermatology* 2000;39: 1-9.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao PROAPE-CAPES- Ministério da Educação e Cultura, CNPq e aos colegas do consórcio de pesquisa “Estudo transversal da população pelotense, 1999-2000”.

Figura 1 – Modelo de análise para a regressão ordinal.

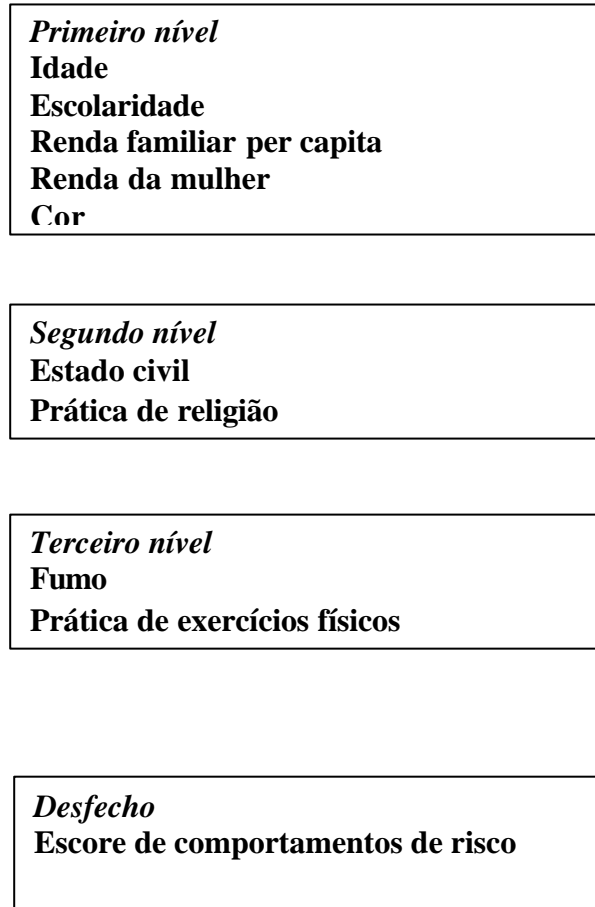


Tabela 1. Caracterização da amostra de mulheres conforme fatores demográficos e sócio-econômicos. Pelotas, 1999-2000.

Variável	N*	%
Idade da mulher em anos completos	1543	
15-19		9,7
20-24		15,6
25-29		13,9
30-34		13,7
35-39		15,4
40-44		15,6
45-49		16,1
Cor da pele	1543	
Branca		78,8
Parda/preta		21,2
Estado civil	1543	
Casada/com companheiro		60,8
Solteira		27,3
Viúva		2,2
Separada/divorciada		9,7
Renda per capita em salários mínimos	1510	
0,0 – 0,5		18,7
0,51 – 1,00		23,0
1,01 – 2,00		26,2
Maior que 2		32,1
Renda da mulher em salários mínimos	1535	
0 – 3,0		81,6
Maior que 3,0		18,4
Escolaridade da mulher em anos completos	1537	
0-4		18,2
5-8		37,2
9-11		26,4
12 ou mais		18,2
Prática de religião	1543	
Não		55,0
Sim		45,0
Fumo atual	1543	
Não		70,1
Sim		29,9
Prática de exercícios físicos	1538	
Não		71,6
Sim		28,4

* Os totais não coincidem devido a falta de informações para algumas variáveis.

**Tabela 2. Escore de comportamentos de risco para DST/AIDS em mulheres.
Pelotas, 1999-2000.**

Escore de comportamentos de risco	Frequência	%
0	145	9,4
0,01 - 1,0	692	46,4
1,01 - 2,0	489	32,8
2,01 - 3,0	120	8,0
>3,0	45	3,0

Tabela 3. Razões de odds para comportamentos de risco para DST/AIDS em mulheres, conforme variáveis sociodemográficas. Pelotas, 1999-2000.

Variável	Razão de odds bruta	Razão de odds ajustada
Idade em anos^a		
15-19	3,58 (2,59 – 4,96)	3,72(2,70 - 5,13)
20-24	2,78 (2,10 – 3,68)	3,18(2,44 - 4,14))
25-29	2,33 (1,64 – 3,31)	2,53(1,78 – 3,59)
30-34	1,54 (1,04 – 2,27)	1,67(1,13 – 2,46)
35-39	1,27 (0,95 – 1,68)	1,33(1,00 – 1,78)
40-44	1,48 (1,08 – 2,03)	1,58(1,16 – 2,15)
45-49	1,00 (p<0,001)	1,0 (p<0,001)
Escolaridade^a		
0-4 anos	2,21 (1,57 – 3,13)	2,39 (1,72-3,32)
5-8 anos	1,57 (1,19 – 2,05)	1,50 (1,16-1,94)
9-11 anos	1,54 (1,19 – 1,99)	1,31 (1,03-1,66)
12 ou mais anos	1,00 (p<0,001)	1,00 (p<0,001)
Renda pessoal em SM^b		
0 – 3,0	1,61(1,28 - 2,03)	1,02(0,76 – 1,37)
Maior que 3	1,0 (p<0,001)	1,0 (p=0,89)
Renda per capita em SM^b		
0,0 – 0,5	1,79(1,34 – 2,39)	1,16(0,83 – 1,62)
0,51 – 1,00	1,27(0,97 – 1,66)	0,92(0,67 – 1,26)
1,01 – 2,00	1,17(0,88 – 1,54)	0,97(0,71 – 1,31)
Maior que 2	1,0 (p=0,001)	1,0 (p=0,5)
Cor da pele^b		
Branca	1,0	1,0
Preta/Parda	1,33 (1,07 – 1,67) (p=0,01)	1,11(0,90 – 1,37) (p=0,32)

(a) Modelo ajustado incluindo as variáveis idade e escolaridade.

(b) Modelo ajustado incluindo as variáveis idade, escolaridade, renda pessoal, renda per capita e cor.

Tabela 4. Razões de odds para comportamentos de risco para DST/AIDS em mulheres, conforme estado civil e prática de religião. Pelotas, 1999-2000.

Variável	Razão de odds bruta	Razão de odds ajustada
Estado civil^a		
Casada/com companheiro	1,0	1,0
Solteira	1,09(0,81 – 1,45)	0,65(0,48 – 0,89)
Viúva	0,71(0,38 – 1,32)	0,89(0,47 – 1,67)
Separada/divorciada	1,15(0,87 – 1,51) (p=0,5)	1,46(1,05 – 2,02) (p=0,001)
Prática de religião^a		
Não	1,17(0,96 – 1,44)	1,02(0,85 – 1,23)
Sim	1,0 (p=0,13)	1,0 (p=0,84)

(a) Modelo ajustado incluindo as variáveis idade, escolaridade e estado civil.

(b) Modelo ajustado incluindo as variáveis idade, escolaridade, estado civil e prática de religião.

Tabela 5. Razões de odds para comportamentos de risco para DST/AIDS em mulheres, conforme variáveis comportamentais. Pelotas, 1999-2000.

Variável	Razão de odds bruta	Razão de odds ajustada
Fumo atual^a		
Não	1,0	1,0
Sim	1,50(1,26 - 1,79) (p<0,001)	1,54(1,30 - 1,83) (p<0,001)
Prática de exercícios físicos^b		
Não	1,41(1,15 - 1,72)	1,11(0,90 - 1,37)
Sim	1,0 (p=0,001)	1,0 (p=0,37)

(a) Modelo ajustado incluindo as variáveis idade, escolaridade, estado civil e fumo.

(b) Modelo ajustado incluindo as variáveis idade, escolaridade, estado civil, fumo e prática de exercícios físicos.