

**Prevalência de comportamentos de risco e autopercepção
de vulnerabilidade 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: Este estudo teve como objetivo investigar comportamentos de risco e autopercepção de vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e à Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em uma amostra representativa de mulheres da cidade de Pelotas, RS.

Metodologia: Dos 281 setores censitários existentes na cidade, foram selecionados 48 a partir de amostragem sistemática. Utilizou-se um questionário confidencial, sendo investigadas 1543 mulheres, de 15 a 49 anos com relato de já haver iniciado sua vida sexual. Houveram 3,5% de perdas e recusas.

Resultados: Na amostra, 64% das mulheres achavam impossível ou quase impossível adquirir DST/AIDS. Os principais comportamentos de risco foram 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. A sensibilidade da autopercepção, usando como padrão-ouro o escore de risco igual ou superior a 2, foi de 41 % e sua especificidade de 67%.

Conclusão: A autopercepção de vulnerabilidade não é um bom indicador, pois as mulheres não identificam corretamente seu nível de risco.

ABSTRACT

Objective: To investigate risk behaviors and self-assessment of vulnerability to Sexually Transmitted Diseases (STD) and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in a representative sample of women from Pelotas, Brazil.

Methods: A systematic sample of 48 from 281 census tracts of the urban area was selected. Risk behaviors was assessed using a confidential questionnaire. We managed to interview 1543 women who had ever been sexually active, aged between 15 and 49 years. Another 3,5% refused to be interviewed or could not be located.

Results: 64% of the women judged impossible or almost impossible for them to acquire a STD or AIDS. The main risk behaviors were non-use of condoms in the last intercourse (72%); the onset of sexual activity before 18 years of age (47%); use of drugs or alcohol by the partner (14%) or by the woman (7%) before the last intercourse; two or more partners in the last three months (7%); and anal sex in the last intercourse (3%); 44% reported two or more risk behaviors. Using the presence of two or more behaviors as the gold standard, the sensitivity and specificity of self-assessment was 41% and 67%, respectively.

Conclusion: Self-assessment of vulnerability is not an adequate indicator of vulnerability to STD and AIDS, since women do not perceive appropriately their level of risk.

Palavras-chave:

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;

Doenças Sexualmente Transmissíveis;

Estudo de Base Populacional;

Comportamento Sexual;

Saúde da Mulher.

Keywords :

Acquired Immunodeficiency Syndrome;

Sexually Transmitted Diseases;

Cross- Sectional ;

Sex Behavior;

Women's Health.

INTRODUÇÃO

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são freqüentes em todo o mundo. As mulheres representam uma parcela cada vez maior dos casos de HIV/AIDS (1), sendo que as doenças sexualmente transmissíveis facilitam a transmissão deste vírus (2). Segundo a UNAIDS (1), em dezembro de 1999 havia 34,3 milhões de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) em todo o mundo, sendo 15,7 milhões de mulheres. As mulheres corresponderam a quase a metade de todas as pessoas contaminadas somente durante o ano de 1999. Dessas, grande parte se contamina na faixa etária de 15 a 24 anos, em plena vida reprodutiva, o que leva a um aumento de casos entre crianças devido à transmissão vertical.

Na América Latina, cerca de 1,4 milhões de pessoas estão contaminadas, sendo que, entre os adultos, 20% são mulheres (3). De acordo com dados do Ministério da Saúde, no Brasil, presume-se que o número de portadores ultrapasse 500.000, havendo-se registrado, de 1980 até maio de 2000, mais de 190.000 casos. Destes, 25% ocorreram em mulheres, dos quais cerca de metade na faixa etária dos 20 a 34 anos. A razão atual de AIDS por sexo no Brasil e Rio Grande do Sul (RS) é de dois homens para uma mulher (4).

As mulheres são especialmente vulneráveis às DST por características biológicas: a superfície vaginal exposta ao sêmen é relativamente extensa; o sêmen apresenta maior concentração de HIV do que o líquido vaginal; as DST são mais freqüentemente assintomáticas; e a mucosa vaginal é frágil, principalmente em mulheres mais jovens (2) . O papel social, ou de gênero, da mulher, também aumenta seu risco. As relações desiguais de poder e a dependência econômica das mulheres, especialmente em países em desenvolvimento, limitam o acesso a informações adequadas e atualizadas, e - quando isto ocorre - é penosa a modificação de comportamentos e a manutenção destas mudanças nas interações cotidianas (2). Neste contexto, conhecer a percepção de vulnerabilidade para adquirir uma DST pelas mulheres é importante para instrumentalizar formas de intervenções preventivas.

O presente artigo teve como objetivo avaliar a prevalência de comportamentos de risco para DST/AIDS em uma amostra de base populacional de mulheres na cidade de Pelotas, RS, e relacioná-la com a autopercepção de vulnerabilidade.

METODOLOGIA

O estudo teve delineamento transversal. Sua população alvo foram as mulheres de 15 a 49 anos residentes na área urbana de Pelotas. 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), assim como estimar qualquer prevalência do desfecho com um erro aceitável de três pontos percentuais. Para localizar 1500 mulheres seria necessário visitar 1667 domicílios.

Este estudo fez parte de um consórcio de pesquisa. Dos 281 setores censitários existentes na cidade, foram selecionados 48 a partir de amostragem sistemática. Este procedimento garantiu uma amostra que representasse todos os setores da cidade. Em cada setor foi sorteado um quarteirão, esquina e domicílio de início, e as entrevistadoras percorreram a vizinhança no sentido horário, selecionando um domicílio a cada três até completar 44 domicílios. Se necessário para completar a cota de domicílios, quarteirões adicionais já estavam previamente sorteados.

Foram selecionadas e treinadas 30 entrevistadoras 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 (após o treinamento) 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, no qual não constava o nome da entrevistada mas apenas um número de identificação. Este último após preenchido era colocado pela entrevistada dentro de um envelope que ela mesma lacrava, o qual era posteriormente aberto e codificado pela supervisora geral do estudo. Foi obtido consentimento informado de todas as entrevistadas.

As seguintes variáveis foram coletadas: idade (em anos completos, calculada a partir da data do nascimento); cor (observada pela entrevistadora e classificada como branca ou parda/negra); estado civil (casada/com companheiro, solteira, viúva ou separada/divorciada); renda familiar e da mulher (em reais, referente ao último mês, posteriormente transformada em salários mínimos); renda per capita (obtida dividindo-se a renda familiar pelo número de moradores do domicílio); escolaridade (em anos completos com aprovação); prática de religião (sim ou não); níveis de autopercepção de vulnerabilidade para DST/AIDS (muito possível, possível, pouco possível, quase impossível ou impossível). As variáveis utilizadas para medir os comportamentos de risco foram coletadas no questionário autoaplicado: idade de início das relações sexuais (definidas como relação anal, vaginal ou oral; definiu-se como sendo de risco o início antes dos 18 anos)(5); 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 o relato de dois ou mais parceiros). Um escore

de risco foi construído pela soma das seis variáveis acima, codificadas como zero (ausente) ou um (presente).

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 das variáveis. Para a análise dos dados foi utilizado o programa SPSS 8.0, realizando-se distribuição de frequências, teste do qui-quadrado para associações, análise de variância para variáveis contínuas e regressão logística não condicional para detectar interações. Foram consideradas como significativas as interações com teste de significância menor ou igual a 10%. 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%.

Devido à presença de valores ignorados nas variáveis que integram o escore de risco, na análise inicial cerca de 11% das mulheres não puderam ser classificadas. Para reduzir este percentual, 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 as variáveis idade, escolaridade e renda familiar. Quanto ao número de parceiros nos últimos três meses, não houve informação para 4,9% das mulheres. Como não foi possível obter uma equação de regressão com um bom ajuste para esta variável, multiplicou-se a soma das outras cinco componentes do escore de risco por 1,2 (efeito médio do número de parceiros).

Restaram 3,4% de valores ignorados para uma ou mais variáveis integrantes do escore final, sendo estas mulheres excluídas da análise.

RESULTADOS

Foram visitados 2112 domicílios e identificadas 1851 mulheres, das quais 65 (3,5%) recusaram ou não puderam ser entrevistadas após no mínimo três tentativas. No caso de domicílios fechados, a informação sobre idade e sexo dos moradores foi obtida através de vizinhos. Das mulheres entrevistadas, 1543 relataram atividade sexual e passaram a constituir a amostra do estudo. Destas 110 (7%) foram revisitadas, sendo repetida a questão sobre a chance de adquirir DST/AIDS, obtendo-se um kappa ponderado de 0,74.

A Tabela 1 mostra as distribuições das variáveis socioeconômicas e demográficas. Verifica-se que a distribuição dos grupos foi homogênea em relação à idade, com uma menor frequência de adolescentes (9,7%); 79% das mulheres eram de cor branca; 61% estavam casadas ou em união; 19% tinham renda familiar per capita igual ou inferior a 0,5 salários mínimos; 41% das mulheres declararam não ter nenhuma renda própria; pouco mais de metade das mulheres tinham até oito anos de escolaridade, e 55% não praticavam religião.

A Figura 1 mostra a distribuição da autopercepção de vulnerabilidade para DST/AIDS. As categorias “muito possível” e “possível” foram agrupadas pois havia apenas 54 mulheres (3,5%) na primeira. Percebe-se que a maior parte das mulheres (64%) considerava impossível ou quase impossível adquirir uma DST ou AIDS.

A Tabela 2 mostra a frequência dos comportamentos de risco para DST/AIDS. A idade de início das relações sexuais foi inferior a 18 anos em 47% da amostra; 72% não usaram preservativo na última relação sexual; 7% das mulheres usaram álcool e/ou drogas antes da

última relação sexual; 3% praticaram sexo anal na última relação; 7% tiveram dois ou mais parceiros nos últimos três meses; e 13,5% dos parceiros usaram álcool e/ou drogas antes da última relação sexual.

A Figura 2 mostra a distribuição do escore de risco, sendo que 10% tinham escore igual a zero, isto é, não apresentaram nenhum comportamento de risco, e 44% apresentaram escore igual ou maior do que dois. Apenas 7 mulheres (0,4%) apresentaram escore maior ou igual a cinco.

A Tabela 3 mostra que, nos grupos de mulheres que consideraram possível adquirir DST/AIDS, o escore médio de risco foi maior do que nas mulheres que o consideraram impossível. Esta diferença, apesar de pequena, foi estatisticamente significativa. Para o escore dicotomizado, com um ponto de corte igual a dois comportamentos, a associação foi mantida. A razão de odds de apresentar um escore de risco maior ou igual a dois foi cerca de 50% maior nos grupos que consideravam possível adquirir DST/AIDS.

A Tabela 4 mostra que a sensibilidade da autopercepção, usando como padrão-ouro o escore de risco, foi de 41 % e sua especificidade de 67%. Essa análise foi repetida com outros pontos de corte para o escore de risco (padrão-ouro): para o ponto de corte igual a 1, a sensibilidade foi de 37% e a especificidade de 69%, enquanto que para o ponto de corte igual a 3 esses valores foram iguais a 49% e 65%, respectivamente. Na Tabela 5 tentou-se identificar possíveis modificadores de efeito, que pudessem melhorar a sensibilidade da autopercepção. Conforme o teste de interação, as únicas variáveis que possivelmente aumentariam a sensibilidade foram a maior escolaridade e a prática de religião, ambas com valor p igual a 0,08.

DISCUSSÃO

Este estudo mostra ser possível investigar comportamentos de risco para DST/AIDS em mulheres através de um delineamento transversal, em nosso meio. A amostra representativa da população e o baixo percentual de perdas reduzem a possibilidade de viés de seleção.

Como possíveis limitações deste estudo estão a dificuldade em relatar experiências íntimas mesmo com questionário autoaplicado; a realização das entrevistas no domicílio que pode ter inibido as respondentes, especialmente as adolescentes; o fato de avaliar apenas comportamentos referentes à última relação; e a baixa escolaridade de algumas respondentes. Estas limitações teriam um efeito conservador sobre o resultado do estudo, diminuindo a prevalência de risco. Outras possíveis limitações do estudo incluem a avaliação da autopercepção através de uma única pergunta, e a atribuição de pesos iguais para os seis comportamentos incluídos no escore de risco. Esta última opção foi devida à inexistência de critérios objetivos para definir diferentes pesos para cada comportamento. Sugere-se a realização de estudos posteriores com maior detalhamento tanto do escore de risco quanto da avaliação de autopercepção.

Em relação à autopercepção de vulnerabilidade, 18% das entrevistadas achavam possível ou muito possível adquirir DST/AIDS. Este percentual, embora baixo, é maior do que o observado em outros estudos. Em um estudo na República Dominicana, 11% de mulheres marginalizadas se declararam em risco de adquirir uma DST(6). Em Pelotas (1995), entre meninas escolares de 14 a 19 anos, 8% achavam ser possível adquirir AIDS e 1% muito possível(7). No presente estudo, no grupo entre 15 e 19 anos, 13% achavam possível e 6%

muito possível, o que pode significar que campanhas realizadas nas escolas e mídia tenham sensibilizado as adolescentes sobre o risco da AIDS, embora os dados se refiram a grupos diferentes.

Quanto ao início precoce da atividade sexual, observou-se no presente estudo que 47 % das mulheres já haviam tido relações sexuais antes dos 18 anos. Na América Latina (1998), este percentual foi de 56% aos 20 anos; no Brasil (1998), 14 a 34% das mulheres já estavam casadas ou em união antes dos 18 anos, conforme a região (8); em Pelotas (1995), 45% das mulheres entre 15 e 19 anos já tinham iniciado atividade sexual (9). Embora existam diferenças quanto à definição dos indicadores, todos os estudos indicam altas prevalências de início precoce da vida sexual.

Em relação à prática de sexo anal, encontramos uma prevalência de 3% na última relação sexual. Estas prevalências variam, em outros estudos de 7% no último ano (10), a 7% na última relação (adolescentes escolares)(11).

Encontrou-se uma prevalência de uso de preservativos masculinos na última relação de 28%. Em Pelotas, este índice foi de 42% para adolescentes escolares (11). O uso do preservativos, apesar de várias campanhas, ainda é baixo, variando de 3,2% a 22,5% em alguns estudos isolados (6)(12)(13)(10). No Brasil, em 1998, encontramos uma prevalência de uso na última relação de risco de 30,8% em homens e de 11,4% em mulheres, na faixa etária de 15 a 49 anos(3). 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 (4).

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 de 6,6% a 8,4% (14)(5).

Na Tabela 3, o objetivo foi avaliar se a autopercepção de vulnerabilidade reduz os comportamentos de risco. Observou-se que tanto o escore de risco médio como a razão de odds foram maiores nos grupos de mulheres que consideraram possível adquirir DST/AIDS. Isto sugere que o fato de se perceber em risco não determina a mudança de comportamento. Na Tabela 4, avaliou-se se o nível de risco influenciaria a autopercepção. Observa-se que a sensibilidade da autopercepção é baixa, pois apenas 41% (IC 95%: 37-45%) das mulheres classificadas como de risco se identificaram como tal. A especificidade foi de 67% (IC 95%: 63-71%). Identificou-se também um grupo importante de mulheres com percepção inadequada, pois 59% das mulheres classificadas como de maior risco consideraram impossível adquirir uma DST ou AIDS. Os resultados das tabelas 3 e 4 poderiam parecer incompatíveis, mas não o são. Na tabela 3 observa-se um aumento discreto no escore de risco quando a mulher se percebe como sendo “possível ou muito possível” adquirir DST/AIDS, mas a diferença entre os grupos extremos é de apenas 0.2 comportamento de risco. A tabela 4 confirma que esta associação é significativa mas de fraca intensidade, uma vez que a sensibilidade e especificidade são baixas.

Os dados apresentados são importantes já que demonstram que a prevalência de comportamentos de risco é alta na população de mulheres em geral, e que a autopercepção de risco é muito baixa e freqüentemente inadequada. A partir destes resultados, pode-se planejar intervenções preventivas mais adequadas à realidade e, portanto, mais efetivas.

Em resumo, o estudo demonstrou que a maior parte das mulheres apresentam um ou dois comportamentos de risco; que os comportamentos mais comuns são o início precoce da atividade sexual, o não uso de preservativos e uso de álcool/drogas pelo parceiro; e que a autopercepção de vulnerabilidade não é um bom indicador, pois as mulheres não identificam corretamente seu nível de risco.

A prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS entre as mulheres depende de sua conscientização da existência do risco. A autopercepção adequada contribuiria para ajudá-las a evitar comportamentos e situações de risco, assim como adotar rotineiramente medidas preventivas como o uso de preservativos nas relações sexuais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic. June 2000.
2. Bastos FI, Szwarcwald CL. AIDS and pauperization: principal concepts and empirical evidence. *Cadernos de Saúde Pública* 2000;16:65-76.
3. <http://www.unaids.org>
4. <http://www.aids.gov.br>
5. 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.
6. Brewer TH, Hasbun J, Ryan CA 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.
7. Béria J, Oliveira OMF, Carret MLV. Adolescentes e DST/AIDS - pesquisa formativa em um estudo de intervenção. In: Béria J. Ficar, transar ...a sexualidade do adolescente em tempos de AIDS. Porto Alegre: Tomo Editorial; 1998.
8. The Alan Guttmacher Institute. Rumo a um novo mundo: a vida sexual e reprodutiva de mulheres jovens. New York: The Alan Guttmacher Institute, 1998.
9. 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
10. 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.
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. Roye CF. Condom use by Hispanic and African-American adolescent girls who use hormonal contraception. *J Adolesc Health* 1998;23:205-11.

13. 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.
14. Seidman SN, Mosher WD, Aral SO. Women with multiple sexual partners: United States, 1988.
Am J Public Health 1992;82:1388-94.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao PROAPE-CAPES-Ministério da Educação e Cultura e ao CNPq, pelo financiamento e aos colegas do consórcio de pesquisa.

Tabela 1. Caracterização da amostra de mulheres que já mantiveram relações sexuais conforme fatores demográficos e socioeconômicos. Pelotas, 1999-2000.

Variável	Frequência*	%
Idade da mulher em anos completos		
15-19	150	9,7
20-24	240	15,6
25-29	214	13,9
30-34	212	13,7
35-39	238	15,4
40-44	240	15,6
45-49	249	16,1
Cor da pele		
Branca	1216	78,8
Parda/preta	327	21,2
Estado civil		
Casada/com companheiro	937	60,8
Solteira	422	27,3
Viúva	34	2,2
Separada/divorciada	150	9,7
Renda per capita em salários mínimos		
0,0 – 0,5	280	18,7
0,51 – 1,00	348	23,0
1,01 – 2,00	395	26,2
Maior que 2	487	32,1
Renda da mulher em salários mínimos		
Nenhuma	631	41,2
Igual ou menor que 1	257	16,7
1,01 – 3,0	364	23,7
Maior que 3,0	283	18,4
Escolaridade da mulher em anos completos		
0-4	279	18,2
5-8	573	37,2
9-11	406	26,4
12 ou mais	279	18,2
Prática de religião		
Não	849	55,0
Sim	694	45,0

* Os totais não coincidem devido à falta de dados para algumas mulheres.

Figura 1. Níveis de autopercepção de vulnerabilidade para DST/AIDS em mulheres. Pelotas, 1999-2000.

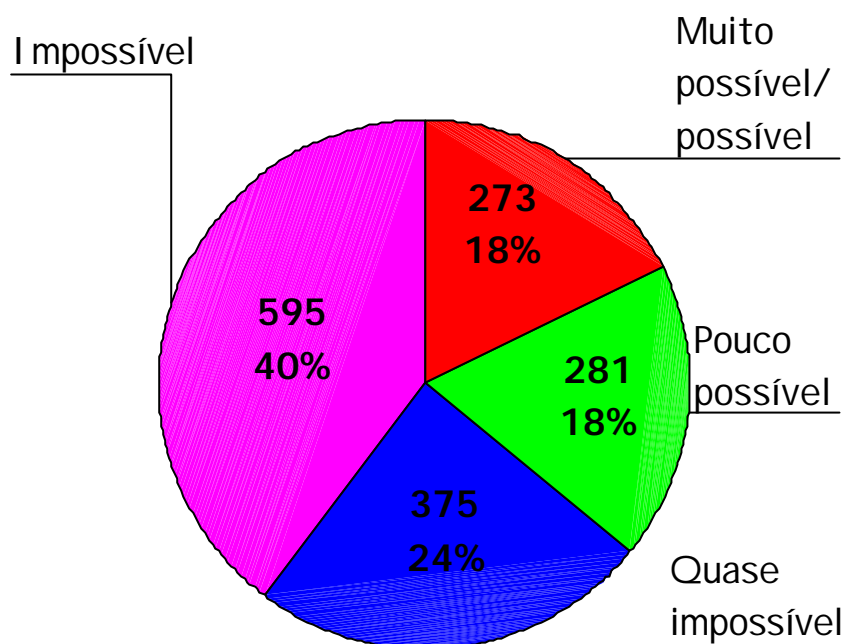


Tabela 2. Freqüência dos comportamentos de risco para DST/AIDS em mulheres. Pelotas, 1999-2000.

Variável	Freqüência	%
Idade de início das relações sexuais em anos		
> ou = 18	774	52,9
< ou = 17	688	47,1
Uso do preservativo na última relação sexual		
Não	1097	71,9
Sim	428	28,1
Uso de álcool e/ou droga pela mulher antes da última relação sexual		
Não	1426	93,1
Sim	106	6,9
Prática de sexo anal na última relação sexual		
Não	1480	97,2
Sim	42	2,8
Número de parceiros nos últimos três meses		
Um ou menos	1367	93,1
Dois ou mais	101	6,9
Uso de álcool ou droga pelo parceiro antes da última relação sexual		
Não	1305	86,5
Sim	203	13,5

Figura 2. Número de mulheres conforme o escore de risco para DST/AIDS. Pelotas, 1999-2000.

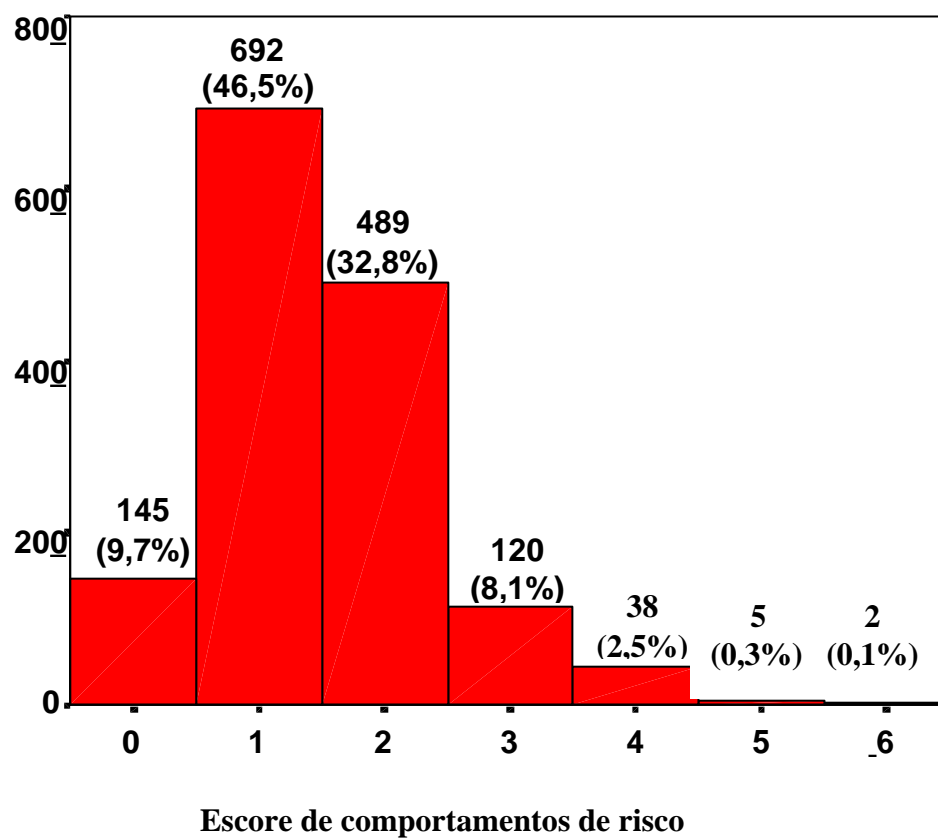


Tabela 3. Escores de comportamentos de risco conforme a autopercepção de vulnerabilidade em mulheres. Pelotas, 1999-2000.

Autopercepção de vulnerabilidade para DST/AIDS	Escore médio de risco (desvio padrão)	Escore de risco ≥ 2	Razão de odds para escore de risco ≥ 2 (Intervalo de confiança 95%)
	(a)	(b)	
Muito possível/possível	1,63 (0,99)	49,1%	1,44 (1,07-1,93)
Pouco possível	1,62 (0,96)	50,0%	1,49 (1,11-2,00)
Quase impossível	1,41 (0,85)	42,3%	1,09 (0,84-1,42)
Impossível	1,43 (0,86)	40,1%	1,00

(a) Análise de variância: $p = 0,002$; teste para linearidade $p = 0,001$.

(b) Teste do Qui-quadrado para heterogeneidade: $p = 0,025$; teste do Qui-quadrado para tendência linear: $p = 0,004$.

Tabela 4. Sensibilidade e especificidade da autopercepção de vulnerabilidade para DST/AIDS em relação ao escore de comportamentos de risco. Pelotas, 1999-2000.

Autopercepção de vulnerabilidade para DST/AIDS	Escore 0-1,99	Escore ≥ 2
Possível	32,7%	40,7%
Impossível	67,3%	59,3%
Total	826	651

Qui-quadrado 9.79, 1 g.l., $p = 0.002$

Tabela 5. Associação entre a autopercepção de vulnerabilidade para DST/AIDS e o escore de comportamentos de risco, estratificado conforme características das mulheres. Pelotas, 1999-2000.

Variável modificadora de efeito	Sensibilidade	Especificidade
Cor		
Branca	40,4%	67,8%
Parda/negra	41,7%	65,4%
	p= 0,84	
Idade		
<35	41,7%	65,2%
= ou > 35	38,9%	69,0%
	p= 0,81	
Escolaridade		
< ou = 8	37,3%	66,9%
> 8	45,5%	67,9%
	p= 0,082	
Renda da mulher		
< ou = 3 SM	38,7%	68,0%
> 3 SM	52,7%	65,0%
	p= 0,13	
Prática de religião		
Não	38,4%	65,7%
Sim	44,0%	69,2%
	p= 0,076	
Estado civil		
Casada/com companheiro	37,1%	69,7%
Não casada	46,0%	68,3%
	p= 0,71	