

QUE FATORES PSICOSSOCIAIS SE ASSOCIAM À REALIZAÇÃO DO TESTE AO VIH?

Alexandra Martins (alexandrafrsmartins@gmail.com)[□], Catarina Chaves (cchaves.catarina@gmail.com)¹, Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)¹, & Marco Pereira (marcopereira@fpce.uc.pt)¹

¹Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

RESUMO: O diagnóstico precoce da infeção VIH tem sido uma prioridade da Direção-Geral da Saúde. Este estudo avaliou os fatores psicossociais associados à realização do teste ao VIH em adultos, em Portugal. A amostra foi composta por 582 participantes da população geral (144 homens e 438 mulheres), com uma idade média de 30,66 anos. Os participantes preencheram questionários relativos a informação demográfica e atividade sexual, risco percebido de infeção VIH, conhecimentos sobre VIH/Sida, estigma e discriminação, vinculação e tolerância à angústia. Os resultados revelaram que 58% dos participantes já realizou alguma vez o teste ao VIH. Uma maior probabilidade de realização do teste mostrou-se associada a maior perceção de risco de infeção VIH (OR = 1,07, 95% CI 1,03/1,12) e mais conhecimento sobre VIH/Sida (OR = 1,33, 95% CI 1,18/1,50), bem como a menor ansiedade relacionada com a vinculação (OR = 0,86, 95% CI 0,75/0,98) e maior tolerância à angústia (OR = 1,37, 95% CI 1,04/1,81). O estigma e discriminação em relação ao VIH não se revelaram significativos. Os resultados sugerem que os indivíduos com mais conhecimento e maior perceção de risco de infeção, maior capacidade percebida para suportar estados emocionais/ físicos aversivos, e níveis mais baixos de vinculação ansiosa têm maior probabilidade de realizar o teste ao VIH. O conhecimento destes fatores pode ter impacto na investigação futura, bem como nas práticas e políticas de saúde pública.

Palavras-chave: infeção VIH/Sida, teste de rastreio ao VIH, fatores psicossociais, população geral

WHAT PSYCHOSOCIAL FACTORS ARE ASSOCIATED WITH HIV TESTING

ABSTRACT: The early diagnosis of HIV infection has been a priority of the Directorate-General of Health. This study assessed the psychosocial factors associated with HIV testing in adults, in Portugal. The sample comprised 582 participants of the general population (144 men and 438 women), with a mean age of 30.66 years. Participants completed self-reported questionnaires on demographic information and sexual activity, perceived risk of HIV infection, knowledge about HIV/AIDS, stigma and discrimination, attachment and distress tolerance. The results revealed that 58% of participants had already taken an HIV test. Higher odds of taking the HIV test was associated with higher perception risk of HIV infection (OR = 1.07, 95% CI 1.03/1.12), more knowledge about HIV/AIDS (OR = 1.33, 95% CI 1.18/1.50), lower attachment-related anxiety (OR = 0.86, 95% CI 0.75/0.98) and higher distress tolerance (OR = 1.37, 95% CI 1.04/1.81). Stigma and discrimination related to HIV were not significant. The results suggest that individuals with more knowledge and higher perception

[□] Rua do Colégio Novo, 3000-315 Coimbra, Portugal. e-mail: alexandrafrsmartins@gmail.com

FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DO TESTE VIH

of HIV risk, higher perceived capacity to withstand aversive emotional/physical states, and lower levels of anxious attachment have higher probability of HIV testing. The knowledge of these factors may have impact in future research as well as in practices and policies of public health.

Keywords: HIV/AIDS, HIV screening test, psychosocial factors, general population

Recebido em 29 de Novembro de 2017/ Aceite em 31 de Dezembro de 2017

A realização do teste ao VIH é um pré-requisito para receber tratamento e cuidados entre os indivíduos seropositivos (Evangelini, Pady, & Wroe, 2016). O diagnóstico precoce e acesso ao tratamento está associado a uma probabilidade diminuída de transmissão subsequente do vírus (Fox et al., 2009), a uma melhor resposta ao tratamento antirretroviral, e reduzida mortalidade e morbidade (Egger et al., 2002). A nível europeu estima-se que 15% das pessoas que vivem com VIH não se encontrem diagnosticadas, ou seja, uma em cada sete não sabe que está infetada (European Centre for Disease Prevention and Control, 2016). No entanto, Portugal, em 2016, parece já ter atingido uma das metas de saúde para o ano de 2020 definidas pela ONUSIDA: estima-se que 90.3% das pessoas que vivem com a infeção VIH estejam diagnosticadas (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017). Efetivamente, a aposta no diagnóstico precoce da infeção por VIH tem sido prioridade do Programa Nacional para a Infeção VIH, Sida e Tuberculose (DGS, 2017). Contudo, o Programa reforça a necessidade de continuar a assegurar o acesso universal ao conhecimento do estado serológico para a infeção. Nesse sentido, revela-se importante analisar os fatores que possam influenciar este comportamento de saúde, de modo a desenvolver intervenções eficazes que o promovam.

Os modelos de cognição social têm apontado para a importância dos determinantes individuais dos comportamentos de saúde. Por exemplo, a teoria do comportamento planeado (Ajzen, 1985) sugere que a probabilidade de realizar determinado comportamento depende da força da intenção para efetuar esse comportamento, que, por sua vez, é influenciada por outros fatores psicológicos. Como tal, apesar do estudo dos fatores demográficos e socioeconómicos associados à tomada de decisão da realização do teste ao VIH (e.g., Obermeyer et al., 2013) ser fundamental, a literatura tem sublinhado a importância de compreender o papel desempenhado pelos fatores psicossociais, uma vez que são variáveis com maior potencial de mudança. De facto, uma revisão sistemática recente (Evangelini et al., 2016) demonstrou que diversos estudos têm analisado a relação entre diferentes fatores psicológicos e a realização do teste. Entre as variáveis mais estudadas os autores identificaram a perceção de risco de infeção VIH (PRVIH), o conhecimento sobre o VIH/Sida, e o estigma e discriminação. A maioria dos estudos tem encontrado uma associação positiva significativa entre a PRVIH (e.g., Fuster-Ruiz de Apodaca et al., 2017) e o conhecimento (e.g., Asaolu et al., 2016) com a realização do teste. Em relação ao estigma e discriminação, a associação à realização do teste tem sido menos consistente, com autores a não encontrarem uma relação significativa (e.g., Pettifor, MacPhail, Suchindran, & Delany-Moretlwe, 2010) e outros a verificarem uma relação negativa apenas em determinados contextos (e.g., na Tailândia, e não em países do continente africano; Hendriksen et al., 2009).

Embora não tendo sido especificamente analisadas no contexto da realização do teste de rastreio ao VIH, hipotetizamos que outras variáveis possam associar-se a esta tomada de decisão. Por exemplo, os processos de vinculação, que estão associados à forma como as pessoas regulam as suas emoções e comportamentos, têm-se revelado importantes na predição de comportamentos de saúde (Pietromonaco, Uchino, & Schetter, 2013). De igual modo, as diferenças individuais na capacidade percebida para suportar estados físicos/emocionais aversivos (i.e., tolerância à angústia; Simons & Gaher, 2005) podem ter um papel relevante na decisão de realizar o teste ou não.

Face ao exposto, o objetivo deste estudo foi analisar as diferenças entre os indivíduos que alguma vez realizaram o teste ao VIH e os que nunca o realizaram relativamente aos fatores psicossociais (i.e., PRVIH; conhecimento sobre VIH/Sida; estigma e discriminação em relação ao VIH/Sida; vinculação ao parceiro romântico [dimensões de ansiedade e evitamento]; tolerância à angústia) bem como identificar os fatores psicossociais que se associam à decisão de realização do teste de rastreio ao VIH em adultos, em Portugal.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída 582 participantes da população geral, com uma idade média de 30,66 anos ($DP = 10,04$; amplitude: 18-69). A maioria dos participantes era do género feminino (75,3%), definiu-se heterossexual (91,7%), e reportou estar solteiro(a) (43%), ainda que uma percentagem significativa reportou estar em situação relacional: 20,1% indicou estar casado(a), 14,1% em união de facto e 18,7% numa relação (sem viver junto). A maioria indicou ter estudos universitários (86,8%), estar empregado (57,2%) e residir em meio urbano (72,2%). No Quadro 1 encontram-se as características da amostra total e em função da realização do teste ao VIH.

Quadro 1.

Características sociodemográficas da amostra total e em função da realização do teste ao VIH

	Total ($N = 582$)	Alguma vez realizaram o teste ao VIH ($n = 337$)	Nunca realizaram o teste ao VIH ($n = 245$)	χ^2	V de Cramer
	n (%)	n (%)	n (%)		
Género				0,01	0,003
Masculino	144 (24,7)	83 (24,6)	61 (24,9)		
Feminino	438 (75,3)	254 (75,4)	184 (75,1)		
Orientação sexual				5,64	0,10
Heterossexual	531 (91,7)	301 (89,6)	230 (94,7)		
Homossexual	28 (4,8)	22 (6,5)	6 (2,5)		
Bissexual	20 (3,5)	13 (3,9)	7 (2,9)		
Estado civil				38,36***	0,26
Solteiro(a)	250 (43,0)	125 (37,1)	125 (51,0)		
Casado(a)	117 (20,1)	83 (24,6)	34 (13,9)		
União de facto	82 (14,1)	63 (18,7)	19 (7,8)		
Em relação (sem viver junto)	109 (18,7)	48 (14,2)	61 (24,9)		
Divorciado(a)/Separado(a)	23 (4,0)	17 (5,0)	6 (2,4)		
Viúvo(a)	1 (0,2)	1 (0,3)	-		
Escolaridade				13,20**	0,15
Até ao 9º ano	9 (1,5)	3 (0,9)	6 (2,4)		
Ensino secundário	68 (11,7)	27 (8,0)	41 (16,7)		
Estudos universitários	505 (86,8)	307 (91,1)	198 (80,8)		
Situação profissional				55,85***	0,31
Empregado(a)	333 (57,2)	236 (70,0)	97 (39,6)		
Desempregado(a)	69 (11,9)	30 (8,9)	39 (15,9)		
Estudante	172 (29,6)	66 (19,6)	106 (43,3)		

FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DO TESTE VIH

Reformado(a)	8 (1,4)	5 (1,5)	3 (1,2)		
Residência				7,69**	0,16
Meio rural	162 (27,8)	79 (23,4)	83 (33,9)		
Meio urbano	420 (72,2)	258 (76,6)	162 (66,1)		
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Idade	30,66 (10,04)	32,91 (9,50)	27,56 (9,96)	-6,57***	0,55

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Material

O protocolo de avaliação foi composto por um questionário relativo a informação sociodemográfica e atividade sexual, e pelas versões portuguesas de cinco questionários de autorresposta. A Escala de Risco Percebido de Infecção por VIH (Napper, Fisher, & Reynolds, 2012) é composta por 8 itens que avaliam como os sujeitos pensam e sentem sobre o seu risco de infeção VIH ($\alpha = 0,70$). Por exemplo, o item “Preocupa-me ficar infetado(a) com o VIH” é respondido numa escala que varia entre 1 (*Nunca*) e 6 (*Todo o tempo*). O Questionário de Conhecimentos do VIH/Sida – 18 (Carey & Schroder, 2002) mede os conhecimentos sobre a infeção ($\alpha = 0,40$) e é composto por 18 itens avaliados num sistema de resposta dicotómica, do tipo verdadeiro e falso (e.g., “É possível contrair o VIH ao fazer uma tatuagem”). A Escala de Estigma e Discriminação em relação ao VIH/Sida (Genberg et al., 2008) avalia o estigma e discriminação em relação ao VIH ($\alpha = 0,73$) e é composta por 22 itens (e.g., “As pessoas que têm VIH/SIDA merecem compaixão”) medidos numa escala de quatro pontos, variando entre 1 (*Discordo fortemente*) e 4 (*Concordo fortemente*). A escala Experiências nas Relações Próximas – Estruturas Relacionais (Fralely, Heffernan, Vicary, & Brumbaugh, 2011) mede as dimensões de ansiedade ($\alpha = 0,86$) e evitamento ($\alpha = 0,81$) da vinculação em diferentes relações próximas, sendo que neste estudo se avaliou a vinculação apenas em relação a um parceiro romântico (real ou hipotético; e.g., “Para mim é fácil confiar nesta pessoa”). É composta por 9 itens respondidos numa escala de sete pontos, variando entre 1 (*Discordo fortemente*) e 7 (*Concordo fortemente*). A Escala de Tolerância à Angústia (Simons & Gaher, 2005) avalia a capacidade percebida para suportar *distress* emocional ($\alpha = 0,89$), e é constituída por 15 itens (e.g., “Sentir-me angustiado ou aborrecido é insuportável para mim”) medidos numa escala de cinco pontos, variando entre 1 (*Discordo fortemente*) e 5 (*Concordo fortemente*).

Procedimento

Procedeu-se à recolha de dados deste estudo transversal através de um questionário *online*, entre dezembro de 2015 e maio de 2017, alojado no site da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC). Foi ainda criada uma página na rede social *Facebook* relativa a este estudo, onde se encontravam brevemente explicados os objetivos, os critérios de inclusão, assim como o papel dos participantes e dos investigadores. A aplicação das considerações éticas constava também na página introdutória. Na mesma página era divulgado o *link* que direcionava para o endereço onde constava a bateria de avaliação. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da FPCEUC.

RESULTADOS

Diferenças nos fatores psicossociais em função da realização do teste ao VIH

A maioria dos participantes reportou alguma vez ter realizado o teste ao VIH (57,9%). Os resultados indicaram que os participantes que alguma vez realizaram o teste ao VIH reportaram significativamente maior PRVIH, mais conhecimento sobre o VIH/Sida, menor estigma e discriminação em relação ao VIH,

menor vinculação ansiosa ao parceiro romântico e maior tolerância à angústia comparativamente aos que nunca realizaram o teste. Não se observaram diferenças entre os grupos em relação à dimensão de vinculação evitamento (cf. Quadro 2).

Quadro 2.

Análise dos fatores psicossociais em função da realização do teste ao VIH

	Alguma vez realizaram o teste ao VIH (<i>n</i> = 337; 57,9%)	Nunca realizaram o teste ao VIH (<i>n</i> = 245; 42,1%)	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>d</i>
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)			
PRVIH	22,18 (4,33)	21,20 (3,84)	-2,82**	580	0,24
Conhecimento sobre VIH/Sida	16,54 (1,31)	15,89 (1,72)	-4,96***	437,20	0,43
Estigma e discriminação	1,75 (0,25)	1,80 (0,27)	2,36*	580	-0,19
Vinculação - Ansiedade	9,47 (4,04)	10,40 (4,52)	2,54*	489,64	-0,22
Vinculação - Evitamento	11,55 (4,27)	11,27 (4,52)	-0,78	580	0,06
Tolerância à angústia	3,38 (0,65)	3,20 (0,67)	-3,13**	580	0,27

p* < 0,05; ** *p* < 0,01; * *p* < 0,001

Fatores psicossociais associados à realização do teste ao VIH

Foi utilizada uma análise de regressão logística para analisar os fatores psicossociais que se associaram à decisão de realização do teste de rastreio ao VIH (cf. Quadro 3). Uma maior probabilidade de realização do teste mostrou-se associada a maior PRVIH e mais conhecimento sobre VIH/Sida, bem como a menor ansiedade relacionada com a vinculação e maior tolerância à angústia. O evitamento e o estigma e discriminação não se revelaram significativos.

Quadro 3.

Regressão logística dos fatores psicossociais associados à realização do teste VIH

	OR [95% CI]	<i>p</i>
PRVIH	1,07 [1,03, 1,12]	0,001
Conhecimento sobre VIH/Sida	1,33 [1,18, 1,50]	<0,001
Estigma e discriminação em relação ao VIH/Sida	0,58 [0,30, 1,15]	0,117
Vinculação - Ansiedade	0,86 [0,75, 0,98]	0,021
Vinculação - Evitamento	1,16 [0,90, 1,50]	0,247
Tolerância à angústia	1,37 [1,04, 1,81]	0,025

DISCUSSÃO

Neste estudo analisaram-se os fatores psicossociais associados à decisão de realização do teste de rastreio ao VIH em adultos da população geral. Ainda que exploratório, este estudo oferece um contributo inovador, dado que fatores como dimensões de vinculação e tolerância a angústia, do nosso conhecimento, nunca antes foram estudados neste contexto.

No geral, mais de metade dos indivíduos (cerca de 58%) já realizou alguma vez o teste ao VIH. Os resultados indicam que os indivíduos que alguma vez realizaram o teste reportaram maior PRVIH, mais conhecimento sobre VIH/Sida, maior tolerância à angústia, bem como menor estigma e discriminação e menor vinculação ansiosa ao parceiro, comparativamente aos que nunca realizaram o teste. Por sua vez, este estudo identificou os fatores psicossociais que se associaram à decisão de realização do teste –

FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DO TESTE VIH

efetivamente, aqueles com maior PRVIH, mais conhecimento, maior capacidade percebida para suportar *distress* emocional, e níveis mais baixos de vinculação ansiosa têm maior probabilidade de decidir realizar o teste ao VIH. No que respeita aos fatores que têm sido mais estudados neste âmbito (i.e., PRVIH, conhecimento, estigma), os nossos resultados são, no geral, congruentes com a literatura prévia (Asaolu et al., 2016; Fuster-RuizdeApodaca et al., 2017). Porém, apesar dos indivíduos que alguma vez realizaram o teste reportarem menor estigma e discriminação, este fator não se revelou significativo na predição do comportamento de saúde. De facto, estudos anteriores reportam resultados mais inconsistentes sobre a relação entre estas variáveis (Evangeli et al., 2016).

Este estudo sugere ainda que um nível mais elevado de tolerância à angústia se associou à realização do teste, resultado que pode ser explicado pelo facto de uma maior capacidade de tolerar estados físicos/emocionais aversivos predispor os indivíduos à realização do teste, uma vez que apresentariam uma maior capacidade para responder a um eventual resultado positivo decorrente da realização do mesmo. Por outro lado, a relação entre as dimensões de vinculação e o envolvimento em comportamentos de saúde específicos tem sido reportada na literatura (Pietromonaco et al., 2013). Os nossos resultados indicam que níveis mais baixos de vinculação ansiosa ao parceiro se associam à decisão de realização do teste ao VIH. Assim sendo, coloca-se a hipótese de que uma relação amorosa pautada por mais segurança, no qual a preocupação com o abandono por parte do outro seja menor, facilita a realização do teste, possivelmente, porque existirá um menor receio de rejeição por parte do parceiro romântico (Simpson & Rholes, 2017), independentemente do resultado do teste. Apesar das hipóteses levantadas, investigação futura para analisar estas variáveis menos exploradas é fundamental.

Este estudo não está isento de limitações, nomeadamente o desenho transversal e a amostragem por conveniência, que não permitem estabelecer inferências acerca de relações de causalidade e retirar conclusões para a população. Também a grande amplitude de idade dos participantes e a baixa consistência interna do questionário que avalia o conhecimento sobre VIH/Sida requerem cuidado adicional na interpretação dos resultados. Adicionalmente, por um lado, se a recolha via questionário *online* seleciona à partida sujeitos com determinados recursos e competências, por outro, tendo em conta a natureza sensível deste tópico, este formato pode ter possibilitado uma diminuição da desejabilidade social associada às respostas (Turner et al., 1998).

A realização do teste ao VIH tem tido um interesse crescente no círculo da saúde pública como uma intervenção tanto para a prevenção como para o tratamento (Painter, 2001). Com efeito, a investigação tem revelado que a realização do teste acompanhada de aconselhamento sobre a redução do risco pode aumentar o uso do preservativo e diminuir as relações sexuais desprotegidas bem como a prevalência e incidência de doenças sexualmente transmissíveis (Valdiserri, Ogden, & McCray, 2003). Dado que a decisão sobre a realização do teste pode ser complexa, promover a consciência do risco de infeção e educar sobre os benefícios da realização do teste, bem como aumentar o conhecimento sobre VIH/Sida, podem ajudar a uma alteração na balança que a faça pender para a decisão de ser testado. O desenvolvimento de novas intervenções psicossociais que também englobem fatores como a vinculação e a tolerância à angústia, e que tenham assim em conta de forma mais cabal os desafios enfrentados pelos indivíduos na realização do teste, são de extrema relevância. Os nossos resultados reforçam, portanto, a necessidade de compreender o papel dos diversos fatores psicossociais na decisão de realização do teste de rastreio ao VIH, o que poderá ter impacto não só na investigação futura, mas também nas práticas e políticas de saúde pública (Asaolu et al., 2016).

AGRADECIMENTOS

Alexandra Martins é apoiada por uma bolsa de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/100117/2014). Marco Pereira é Investigador FCT (IF/00402/2014). Catarina Chaves é bolsreira de investigação do projeto IF/00402/2014.

REFERÊNCIAS

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl, & J. Beckmann (Coords.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Asaolu, I. O., Gunn, J. K., Center, K. E., Koss, M. P., Iwelunmor, J. I., & Ehiri, J. E. (2016). Predictors of HIV testing among youth in sub-Saharan Africa: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, *11*, e0164052-e0164064. doi:10.1371/journal.pone.0164052
- Carey, M. P., & Schroder, K. E. (2002). Development and psychometric evaluation of the Brief HIV Knowledge Questionnaire. *AIDS Education and Prevention*, *14*, 172-182. doi:10.1521/aeap.14.2.172.23902
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa nacional para a infeção VIH, Sida e Tuberculose*. Lisboa: Edição do autor. Retirado de <http://sida.dgs.pt>
- Egger, M., May, M., Chêne, G., Phillips, A. N., Ledergerber, B., Dabis, F., ... Lundgren, J. D. (2002). Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: A collaborative analysis of prospective studies. *The Lancet*, *360*, 119-129. doi:10.1016/S0140-6736(02)09411-4
- European Centre for Disease Prevention and Control (2016). *1 in 7 people living with HIV in the EU/EEA are not aware of their HIV status*. Stockholm: Author's edition. Retirado de <http://ecdc.europa.eu/en/press/Press%20Releases/one-in-seven-unaware-of-hiv-infection-29-nov-2016.pdf>
- Evangelini, M., Pady, K., & Wroe, A. L. (2016). Which psychological factors are related to HIV testing? A quantitative systematic review of global studies. *AIDS and Behavior*, *20*, 880-918. doi:10.1007/s10461-015-1246-0
- Fox, J., White, P., Macdonald, N., Weber, J., McClure, M., Fidler, S., & Ward, H. (2009). Reductions in HIV transmission risk behaviour following diagnosis of primary HIV infection: A cohort of high-risk men who have sex with men. *HIV Medicine*, *10*, 432-438. doi:10.1111/j.1468-1293.2009.00708.x
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships – Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment*, *23*, 615-625. doi:10.1037/a0022898
- Fuster-Ruiz de Apodaca, M. J., Laguia, A., Molero, F., Toledo, J., Arrillaga, A., & Jaen, A. (2017). Psychosocial determinants of HIV testing across stages of change in Spanish population: A cross-sectional national survey. *BMC Public Health*, *17*, 234-246. doi:10.1186/s12889-017-4148-4
- Genberg, B. L., Kawichai, S., Chingono, A., Sendah, M., Chariyalertsak, S., Konda, K. A., & Celentano, D. D. (2008). Assessing HIV/AIDS stigma and discrimination in developing countries. *AIDS and Behavior*, *12*, 772-780. doi:10.1007/s10461-007-9340-6
- Hendriksen, E. S., Hlubinka, D., Chariyalertsak, S., Chingono, A., Gray, G., Mbwambo, J., ... Coates, T. J. (2009). Keep talking about it: HIV/AIDS-related communication and prior HIV testing in Tanzania, Zimbabwe, South Africa, and Thailand. *AIDS and Behavior*, *13*, 1213-1221. doi:10.1007/s10461-009-9608-0
- Napper, L. E., Fisher, D. G., & Reynolds, C. L. (2012). Development of the Perceived Risk of HIV Scale. *AIDS and Behavior*, *16*, 1075-1083. doi:10.1007/s10461-011-0003-2

FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DO TESTE VIH

- Obermeyer, C. M., Neuman, M., Hardon, A., Desclaux, A., Wanyenze, R., Ky-Zerbo, O., ... Namakhoma, I. (2013). Socioeconomic determinants of HIV testing and counselling: A comparative study in four African countries. *Tropical Medicine & International Health*, *18*, 1110-1118. doi:10.1111/tmi.12155
- Pettifor, A., MacPhail, C., Suchindran, S., & Delany-Moretlwe, S. (2010). Factors associated with HIV testing among public sector clinic attendees in Johannesburg, South Africa. *AIDS and Behavior*, *14*, 913-921. doi:10.1007/s10461-008-9462-5
- Pietromonaco, P. R., Uchino, B., & Schetter, C. D. (2013). Close relationship processes and health: Implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychology*, *32*, 499-513. doi:10.1037/a0029349
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, *29*, 83-102. doi:10.1007/s11031-005-7955-3
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2017). Adult attachment, stress, and romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, *13*, 19-24. doi:10.1016/j.copsyc.2016.04.006
- Turner, C. F., Ku, L., Rogers, S. M., Lindberg, L. D., Pleck, J. H., & Stonenstein, F. L. (1998). Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: Increased reporting with computer survey technology. *Science*, *280*, 867-873. doi:10.1126/science.280.5365.867