



*faculdade de
medicina da
universidade
de coimbra*

*conhecimentos
e comportamentos
de risco nos indivíduos
adultos infectados com **VIH**,
em relação à sexualidade.*



*faculdade de
medicina da
universidade
de coimbra*

*Dissertação de mestrado em síndrome
de imunodeficiência adquirida (SIDA);
da prevenção à terapêutica, áreas de
especialização em medicina,
apresentada à faculdade de medicina
da universidade de coimbra realizada
sob a orientação do Prof. Dr. J.G.
Saraiva da Cunha e a co-orientação da
Prof.^a Eunice Henriques.*

*Na profundeza do seu ser está o seu desejo
No seu desejo está a sua vontade
Na sua vontade estão os seus actos
Nos seus actos está o seu destino.*

(Anónimo)

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha Mãe, pela mulher e mãe que é, e pelo amor incondicional que deu aos filhos. Ao Manuel, que me mostrou o que é o amor de pai e me fez pensar no sentido da vida.

AGRADECIMENTOS:

- Ao Senhor Professor Doutor J. G. Saraiva da Cunha, pela oportunidade, disponibilidade, orientação científica e por todo o apoio dado na realização deste estudo;
- À Senhora Professora Eunice Henriques, pela sua disponibilidade, pela partilha de saberes, pela suas críticas e sugestões ao longo da realização deste estudo;
- Ao Conselho de Administração e Comissão de Ética dos Hospitais de Santa Maria e Pulido Valente do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Egas Moniz do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e Hospital Curry Cabral, por terem autorizado a realização deste estudo;
- Ao Dr. Fernando Maltez, às Sras Enf.^{as} Gabriela, Cecília e Maria Teresa pelo acolhimento na Consulta Externa de Infeciologia do Hospital Curry Cabral;
- Ao Professor Doutor Francisco Antunes e à Dr.^a Manuela Doroana pelo acolhimento na Consulta Externa de Infeciologia do Hospital de Santa Maria;
- Ao Dr. António Diniz, à Dr.^a Margarida, às Sras. Enf.^{as} Elisabete e Paula pelo acolhimento na Consulta Externa de Infeciologia do Hospital Pulido Valente;
- Ao Professor Doutor Kamal Mansinho e ao Enf. Ivo pelo acolhimento na Consulta Externa de Infeciologia do Hospital Egas Moniz;
- A todos os nossos colegas do serviço de Cirurgia Geral do IPO, Francisco Gentil de Lisboa, por nos terem proporcionado um horário de trabalho compatível com a realização deste mestrado;
- A todas as pessoas infectadas por VIH/SIDA que ao aceitarem participar neste estudo, contribuíram de forma preciosa e imprescindível, para a realização do mesmo;

- À nossa família, pais, irmã e irmãos pelo apoio que sempre nos deram e por suportarem a nossa ausência;

- De uma forma muito especial à Sara, Isa, Elsa, Elisabete e Carla, por estarem ao nosso lado;

- À nossa prima Fatinha por todo o apoio, disponibilidade e amizade;

- À Dr.^a Cláudia Figueiredo pela sua imprescindível colaboração;

- Ao Eurico por tudo o que significa para nós e por todos os bons momentos que nos proporcionou;

- A todas as pessoas que, embora não mencionadas, colaboraram para que este estudo fosse uma realidade.

A todos o nosso Bem Haja!!!

RESUMO

Este estudo tem como finalidade identificar os conhecimentos e comportamentos de risco dos indivíduos adultos infectados por VIH, em relação à sexualidade, de modo a promover o estabelecimento de medidas de prevenção de disseminação da doença.

Os dados apresentados foram recolhidos através de um questionário aplicado a 253 indivíduos com infecção VIH/SIDA, numa faixa etária entre os 25 e os 50 anos de idade, que recorreram às consultas externas ou aos hospitais de dia de Infeciologia de quatro hospitais de referência da cidade de Lisboa, entre os dias 4 de Agosto e 31 de Outubro de 2008.

Os resultados obtidos evidenciam que os indivíduos adultos infectados por VIH são maioritariamente heterossexuais (79.4%) e sabem como foram contaminados (70.4%), sendo a via sexual a mais referenciada (49.8%). Apresentam conhecimentos acima dos 50.0% relativamente à infecção VIH/SIDA, em todas as componentes (prevenção, contaminação e conhecimentos gerais). Uma percentagem significativa (30.4%) não é sexualmente activa e dos indivíduos que são sexualmente activos (69.6%), a maioria comunica ao seu parceiro(a) sexual que é VIH positivo (59.1%), quando se trata de um relacionamento sério. Do total de inquiridos, 58.5% não possui um parceiro seroconcordante e 15.3% desconhece o estado serológico do parceiro sexual. Houve uma aparente redução de comportamentos sexuais considerados de risco para comportamentos sexuais mais seguros após a notificação da seropositividade para VIH. Observou-se que após a notificação, 36.8% dos inquiridos referem ter tido um único parceiro(a), 48.6% referem não ter tido parceiros ocasionais. O uso do preservativo, após a notificação, foi de 54.5% na prática de sexo oral, 71.5% no sexo anal e 72.3% na prática de sexo vaginal.

Não se confirmou qualquer relação entre os conhecimentos relativos à infecção VIH/SIDA e a prática de comportamentos sexuais de risco.

ABSTRACT

This study it has as purpose to identify the knowledge and behaviors of risk of the adult individuals infected by VIH, in relation to the sexuality, in order to promote the establishment of measures of prevention of dissemination of the illness.

The presented data had been collected through an applied questionnaire to 253 individuals with infection VIH/SIDA, in an age group band between the 25 and the 50 years of age, that they had appealed to the external consultations or the hospitals of day for Infectious Diseases of four hospitals of reference of the city of Lisbon, it enters days 4 of August and 31 of October of 2008.

The gotten results evidence that the adult individuals infected by VIH most are heterosexuals (79.4%) and know how they had been contaminated (70.4%), being the majority by sexual way (49.8%). They present knowledge above of the 50.0% relatively to infection VIH/SIDA, in all the components (prevention, contamination and common knowledges). A significant percentage (30.4%) is not sexually active and the individuals that are sexually active (69.6%), the majority communicates its sexual partner that it is positive VIH (59.1%), when is in a serious relationship. Of the inquired total of, 58.5% do not possess a seroconcordante partner VIH and 15.3% are unaware of the serology of the sexual partner. After, it had been an apparent reduction of sexual behaviors considered of risk, for a safer sexual behaviors by the notification of test VIH. It was observed that after the notification, 36.8% of the inquired ones relate to have had an only partner, 48.6% relate not to have had occasional partners. The use of the condom, after the notification, was of 54.5% in the practical one of verbal sex, 71.5% in anal sex and 72.3% in the practical one of vaginal sex.

However, it was not confirmed any relation between knowledge to infection VIH/SIDA and the practical one of sexual behaviors of risk.

RÉSUMÉ

Cette étude vise à identifier les connaissances et comportements de risque des adultes infectés par le VIH en matière de sexualité afin de promouvoir la mise en place de mesures visant à prévenir la propagation de la maladie.

Les données présentées ont été recueillies par un questionnaire administré à 253 personnes vivant avec le VIH/SIDA, dans une tranche d'âge entre 25 et 50 ans, qui ont recours aux hôpitaux ambulatoire ou de jour pour les Maladies Infectieuses dans le quatre hôpitaux de référence dans la ville de Lisbonne, entre le 4 Août et le 31 Octobre 2008.

Les résultats montrent que les adultes infectés par le VIH sont principalement hétérosexuelle (79.4%) et ils savent comment ont été contaminés (70.4%), et que la voie sexuelle est prédominante (49.8%). Les connaissances actuelles de ce qui précède 50.0% pour le VIH/SIDA dans toutes les composantes (prévention, la contamination et des connaissances générales). Une proportion importante (30.4%) n'est pas sexuellement actifs et des individus qui sont sexuellement actives (69.6%), la majorité communique à son/sa partenaire sexuel(le) sa séropositivité (59.1%) lorsque la relation est considérée comme sérieuse. Parmi les personnes interrogées, 58.5% n'ont pas un partenaire séroconcordants et 15.3% des partenaires sexuels sérologie inconnue. Il ya eu une réduction apparente des comportements sexuels considérés comme risqués pour des comportements à moindre risque du sexe, après la notification de test du VIH. Il a été observé que, après la notification, 36.8% des répondants ont déclaré avoir eu un seul partenaire (a), 48.6% ont déclaré ne pas avoir eu des partenaires occasionnels. L'utilisation du préservatif, après la notification, a été de 54.5% dans le sexe oral, 71.5% dans sexe anal et 72.3% dans la pratique de rapports sexuels vaginaux.

Néanmoins, il n'existe pas de lien entre les connaissances relatives à l'infection VIH/SIDA et les comportements sexuels à risque.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| I - INTRODUÇÃO..... | 19 |
| PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO..... | 22 |
| 1– A INFECÇÃO VIH/SIDA | 23 |
| 1.1– EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SIDA | 24 |
| 1.2 - EPIDEMIOLOGIA DA INFECÇÃO VIH/SIDA | 26 |
| 1.2.1 – A situação no mundo..... | 27 |
| 1.2.2 – A situação em Portugal | 28 |
| 1.3– FORMAS DE TRANSMISSÃO DA INFECÇÃO VIH..... | 29 |
| 1.4 - TERAPÊUTICA ANTIRETROVÍRICA..... | 32 |
| 2– SEXUALIDADE NO INDIVÍDUO INFECTADO POR VIH/SIDA..... | 34 |
| 2.1- ABORDAGEM EVOLUTIVA DA SEXUALIDADE | 35 |
| 2.2 - SEXUALIDADE NA VIDA ADULTA | 36 |
| 2.2.1 – Abstinência Sexual | 42 |
| 2.2.2 - Infecções Sexualmente Transmissíveis | 44 |
| 2.3 – CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS SEXUAIS | 46 |
| 2.3.1 - Comportamentos sexuais de risco | 48 |
| 2.3.2 - Comportamentos de protecção sexual..... | 51 |
| 2.4 - ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO EM RELAÇÃO AO VIH/SIDA..... | 54 |
| 2.4.1 - Modelos específicos desenvolvidos para o VIH/SIDA..... | 55 |
| 2.4.2 - Educação para a saúde | 57 |
| PARTE II – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL | 61 |
| 1 – CONSTRUÇÃO DA PROBLEMÁTICA E FINALIDADE DO ESTUDO | 62 |
| 2 – METODOLOGIA | 63 |
| 2.1 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO..... | 63 |
| 2.2 – VARIÁVEIS EM ESTUDO..... | 63 |
| 2.3 - HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO..... | 68 |

| | |
|--|------------|
| 2.4 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA | 69 |
| 2.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS..... | 69 |
| 2.6 – PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS | 72 |
| 2.7 – IMPLICAÇÕES ÉTICAS..... | 74 |
| 2.8 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS..... | 74 |
| | |
| 3- AVALIAÇÃO DA DIMENSIONALIDADE DA ESCALA DE CONHECIMENTOS | 76 |
| | |
| 4 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS | 80 |
| 4.1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA | 80 |
| 4.2 – FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE A INFECÇÃO VIH/SIDA | 86 |
| 4.3 – CONHECIMENTOS ACERCA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E INFECÇÃO VIH/SIDA | 90 |
| 4.4 – COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO FACE À INFECÇÃO VIH/SIDA..... | 95 |
| 4.4.1 – Comportamentos de risco antes e após o conhecimento da infecção VIH/SIDA..... | 95 |
| 4.4.2 - Amostra não sexualmente activa | 106 |
| 4.4.3 – Amostra sexualmente activa | 109 |
| 4.5 – ANÁLISE INFERENCIAL DA RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DEPENDENTES | 117 |
| 4.6 – ANÁLISE INFERENCIAL DA RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DEPENDENTES E OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS | 119 |
| | |
| 5 – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES..... | 128 |
| | |
| 6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 132 |
| | |
| ANEXOS..... | 143 |
| ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS | 144 |
| ANEXO 2 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS | 145 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|-----|
| Gráfico nº1 – Distribuição dos casos de SIDA por tendências nas três principais categorias de transmissão | 29 |
| Gráfico nº2 – Distribuição da amostra segundo a forma de contaminação da infecção VIH | 85 |
| Gráfico nº3 - Distribuição da amostra segundo a forma de contaminação e toma de medicação antiretrovítica | 85 |
| Gráfico nº4 – Distribuição da amostra segundo a orientação sexual..... | 86 |
| Gráfico nº5 - Distribuição da amostra segundo a quem recorrem quando tem dúvidas acerca da infecção VIH/SIDA | 87 |
| Gráfico nº6 - Distribuição da amostra segundo a importância da problemática VIH/SIDA ser retratada em campanhas publicitárias e lembrança de alguma campanha com referência à infecção VIH..... | 89 |
| Gráfico nº7 - Distribuição da amostra segundo a contribuição das campanhas publicitárias para modelarem comportamentos sexuais de risco | 89 |
| Gráfico nº8 - Distribuição da amostra segundo a identificação das IST's..... | 91 |
| Gráfico nº9 – Distribuição da amostra segundo o parceiro sexual..... | 98 |
| Gráfico nº10 - Distribuição da amostra segundo a existência de parceiros ocasionais | 98 |
| Gráfico nº11 – Distribuição da amostra segundo o uso de preservativo em parceiros ocasionais | 99 |
| Gráfico nº12 – Distribuição da amostra segundo a utilização de preservativo em parceiros sexuais fixos | 100 |
| Gráfico nº13 – Distribuição da amostra segundo a utilização de preservativo na prática de sexo oral | 100 |
| Gráfico nº14 – Distribuição da amostra segundo a utilização de preservativo na prática de sexo anal | 101 |
| Gráfico nº15 – Distribuição da amostra segundo a utilização de preservativo na prática de sexo vaginal | 101 |
| Gráfico nº16 – Distribuição da amostra segundo a prática de relações sexuais sob o efeito de álcool ou outras drogas/medicamentos..... | 102 |

| | |
|---|-----|
| Gráfico n.º 17 – Distribuição da amostra segundo a modificação dos comportamentos sexuais de risco para comportamentos sexuais seguros mediante a opinião dos inquiridos/ comportamento real | 103 |
| Gráfico n.º18 – Distribuição da amostra segundo a percepção do risco para a transmissão da infecção VIH..... | 104 |
| Gráfico n.º19 – Distribuição da amostra não sexualmente activa segundo o estado civil | 107 |
| Gráfico n.º20 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o estado civil | 109 |
| Gráfico n.º21 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o tipo de parceiro(a) | 111 |
| Gráfico n.º22 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo a comunicação do estado de seropositividade de acordo com o tipo de relacionamento com o(a) parceiro(a) | 111 |
| Gráfico n.º23 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o motivo pelo qual solicita ao parceiro(a) que realize um teste de despistagem da infecção VIH/SIDA | 113 |
| Gráfico n.º24 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o motivo pelo qual não utiliza preservativo..... | 116 |
| Gráfico n.º25 – Relação entre os conhecimentos sobre a infecção VIH/SIDA e os comportamentos sexuais de risco | 119 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|-----------|
| Quadro nº1 - Critérios que definem a vida adulta..... | 37 |
|--|-----------|

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela nº1 – Média, desvio padrão e propriedades psicométricas dos itens do instrumento de recolha de dados | 71 |
| Tabela nº2 – Saturações factoriais dos itens por factor extraído (N=253)..... | 77 |
| Tabela nº3 – Média (M), desvio-padrão (DP) e correlação corrigida (r) dos 5 itens da primeira componente (N=253) | 78 |
| Tabela nº4 – Média (M), desvio-padrão (DP) e correlação corrigida (r) dos 5 itens da segunda componente (N=253)..... | 78 |
| Tabela nº5 – Média (M), desvio-padrão (DP) e correlação corrigida (r) dos 5 itens da terceira componente (N=253)..... | 79 |
| Tabela nº6 – Matriz de correlações (coeficiente de Pearson – r) das dimensões da escala de conhecimento de comportamentos de risco | 79 |
| Tabela nº7 – Distribuição da amostra segundo o grupo etário e o sexo | 81 |
| Tabela nº8 – Distribuição da amostra segundo o distrito de residência | 81 |
| Tabela nº9 – Distribuição da amostra segundo a nacionalidade | 82 |
| Tabela nº10 – Distribuição da amostra segundo o estado civil e pessoas com quem vivem..... | 82 |
| Tabela nº11 – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias e situação profissional | 84 |
| Tabela nº 12 – Distribuição da amostra segundo a fonte de informação acerca da infecção VIH/SIDA | 87 |
| Tabela nº13 – Distribuição da amostra segundo o acesso à informação acerca da infecção VIH/SIDA | 88 |
| Tabela nº14 – Estatística descritiva relativa às componentes e conhecimento global (N=253)..... | 92 |
| Tabela nº15 – Distribuição da amostra segundo os níveis de conhecimento sobre VIH/SIDA | 92 |
| Tabela nº16 – Distribuição da amostra segundo a importância do uso do preservativo nos diferentes tipos de relação sexual e práticas sexuais | 94 |
| Tabela nº17 – Distribuição da amostra segundo outros métodos igualmente considerados eficazes na prevenção do VIH/SIDA e IST's, excepto o preservativo..... | 95 |

| | |
|---|-----|
| Tabela n.º18 – Distribuição da amostra segundo a ocorrência de IST's e instituição de tratamento | 96 |
| Tabela n.º19 – Distribuição da amostra segundo a presença actual de uma IST | 96 |
| Tabela n.º20 – Distribuição da amostra segundo o comportamento de risco antes e após a infecção VIH/SIDA | 97 |
| Tabela n.º21 – Distribuição da amostra segundo o número de parceiros sexuais ao longo da vida | 105 |
| Tabela n.º 22 – Distribuição da amostra segundo o número de parceiros sexuais no último ano..... | 105 |
| Tabela n.º 23 – Distribuição da amostra segundo o número de relações sexuais por semana e por mês e o tempo em anos de ausência de actividade sexual | 106 |
| Tabela n.º24 – Distribuição da amostra não sexualmente activa segundo a presença actual de uma IST | 108 |
| Tabela n.º 25 – Distribuição da amostra não sexualmente activa segundo a presença actual de uma IST e tratamento efectuado | 108 |
| Tabela n.º26 – Distribuição da amostra segundo a frequência de relações sexuais (por semana ou por mês) | 109 |
| Tabela n.º27 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o número de parceiros nos últimos três meses | 110 |
| Tabela n.º28 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo a comunicação do estado de seropositividade de acordo com o género..... | 112 |
| Tabela n.º29 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo a comunicação do estado de seropositividade de acordo com o estado civil..... | 113 |
| Tabela n.º30 - Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o parceiro sexual | 114 |
| Tabela n.º31 - Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o uso de preservativo | 114 |
| Tabela n.º32 - Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o motivo pelo qual utiliza preservativo | 115 |
| Tabela n.º33 - Distribuição da amostra sexualmente activa segundo a presença actual de uma IST e tratamento efectuado | 117 |
| Tabela n.º34 - Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas de conhecimento relativo à infecção VIH/SIDA em função do tipo de comportamento. Teste t de Student para verificação das diferenças..... | 118 |

| | |
|---|-----|
| Tabela n.º35 - Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas de conhecimento relativo à infecção VIH/SIDA em função do estado civil. Análise da variância (ANOVA) para verificação das diferenças | 120 |
| Tabela n.º36 - Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas de conhecimento relativo à infecção VIH/SIDA em função de com quem habita. Análise da variância (ANOVA) para verificação das diferenças | 121 |
| Tabela n.º37 - Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas de conhecimento relativo à infecção VIH/SIDA em função das habilitações literárias. Análise da variância (ANOVA) para verificação das diferenças | 122 |
| Tabela n.º38 - Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas de conhecimento relativo à infecção VIH/SIDA em função da situação profissional. Análise da variância (ANOVA) para verificação das diferenças | 123 |
| Tabela n.º39 - Distribuição do tipo de comportamento por situação profissional. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificar as diferenças | 124 |
| Tabela n.º40 - Correlação de Pearson (r) entre as dimensões da escala de conhecimento de comportamentos de risco e os anos a que tem conhecimento que está infectado... | 125 |
| Tabela n.º41 - Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas de conhecimento relativo à infecção VIH/SIDA em função do tipo de transmissão. Teste t de Student para verificação das diferenças | 125 |
| Tabela n.º42 - Distribuição do tipo de comportamento por tipo de transmissão. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificar as diferenças | 126 |
| Tabela n.º43 - Distribuição do tipo de comportamento por toma de medicação antiretroviral. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificar as diferenças..... | 127 |

SIGLAS E ABREVIATURAS

APF – Associação para o Planeamento Familiar

CDC – Centros para Controle e Prevenção de Doenças

CNLCS – Comissão Nacional e Luta Contra a SIDA

EACS – Sociedade Europeia Clínica da SIDA

EUROHIV – Vigilância de VIH/SIDA na Europa

HAART – Terapêutica Antiretrovítica de Alta Eficácia

ICS – Instituto de Ciências Sociais

INE – Instituto Nacional de Estatística

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

n.º - número

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH

p. – página

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida

Sr. – Senhor

TARV – Terapêutica Antiretrovítica

VHP – Vírus Papiloma Humano

VIH₁ – Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1

VIH₂ – Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 2



*faculdade de
medicina da
universidade
de coimbra*

parte 0
introdução

I – INTRODUÇÃO

A infecção desencadeada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) tem sido considerada uma importante e devastadora epidemia contemporânea. Identificada pela primeira vez nos EUA, no início da década de oitenta do século passado, tem vindo a proliferar pelo mundo.

O primeiro caso de SIDA em Portugal foi diagnosticado em Outubro de 1983 e até 31 de Dezembro de 2008 foram notificados no Departamento de Doenças Infecciosas – Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica, 34 888 casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estádios da infecção.

De acordo com os dados do Departamento de Doenças Infecciosas – Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica (2009), o total de casos acumulados refere que a transmissão parentérica (42.5%) continua a sobrepor-se a outras formas de transmissão, nomeadamente, à transmissão heterossexual (40.0%). A progressiva diminuição por esta via de transmissão, pode ser explicada pelo sucesso de estratégias de redução de riscos e minimização de danos (através do programa de troca de seringas) e pela alteração dos padrões de consumo (optando-se pelas drogas inaláveis ou *pastilhas* em detrimento das drogas endovenosas). A estes fenómenos encontra-se ainda associado o aumento efectivo do número de casos de transmissão heterossexual, que a tendência dos últimos anos mostra e que no ano de 2008 representou 57.6% dos casos notificados.

A inexistência de terapêutica e de vacinação eficazes para a infecção VIH, bem como a incapacidade de induzir rápidas mudanças de comportamento, nomeadamente de índole sexual, são as principais causas da propagação desta epidemia em todo o mundo.

“A literatura sobre a prevenção da infecção pelo VIH é vasta” e aumentam os programas de prevenção, a começarem em idades cada vez mais precoces (Grilo, 1998, p.16). Estes são sem dúvida importantes e cada vez mais necessários.

No entanto, “ a sexualidade em seropositivos e em doentes com SIDA tem sido frequentemente negligenciada nas intervenções dirigidas à prevenção da transmissão de VIH” (Ouakinin, 2004, p.395). Este facto suscita interesse, uma vez que, a prática de relações sexuais não protegidas constitui uma das formas de transmissão da infecção

VIH e a “sexualidade assume um papel central na qualidade de vida dos seropositivos” (Ross e Ryan, citado por Grilo, 2001, p.107).

A infecção por VIH embora afecte todos os grupos etários, a maioria dos infectados encontra-se na faixa etária entre os 20 e os 49 anos (Departamento de Doenças Infecciosas – Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica, 2009), isto é, indivíduos sexualmente activos. Assim sendo, o estudo centrar-se-á nos indivíduos neste grupo etário. “Uma vez infectados pelo VIH, os indivíduos podem viver mais de dez anos sem sintomas não apresentando por isso restrições físicas a uma vida sexual” (Grilo, 1998, p.16).

A notificação do teste *impõe* uma alteração nos comportamentos sexuais, para o qual nem sempre a pessoa está preparada. O fenómeno da SIDA aliou as práticas sexuais a “uma actividade de risco potencial”, no sentido em que, o estabelecer de relações afectivas podem envolver comportamentos físicos predispondo as pessoas ao risco (nomeadamente as IST’s) (Grilo, 1998, p.16).

Deste modo, “a infecção pelo VIH está intimamente relacionada com atitudes de risco que os indivíduos tomam para consigo próprios e com a adopção de comportamentos de risco, particularmente associados à relação sexual” (Cláudio e Mateus, 2000, p.61).

Neste sentido, e como nos refere Schonnesson & Clement citados por Grilo (1998), torna-se importante que ocorra uma alteração nos comportamentos sexuais de risco por parte da pessoa infectada por VIH, adoptando comportamentos seguros e mantendo-os por forma a diminuir a transmissão do vírus.

Segundo Nodin (2000), a sexualidade humana é vista de uma forma holística, pois além dos aspectos físicos integra componentes emocionais, afectivas e relacionais, incorporando temas como o amor, as normas e valores, o comportamento sexual, a vivência da sexualidade, refere ainda que “as atitudes e crenças pessoais (...) podem influenciar a saúde dos indivíduos” (p.10).

Considerando que a infecção pelo VIH é uma infecção relacionada com o comportamento e que tem vindo a aumentar, pela via heterossexual, torna-se importante reflectir sobre que conhecimentos e comportamentos de risco os indivíduos adultos infectados por VIH, têm em relação à sexualidade, de modo a estabelecer medidas de prevenção de disseminação da doença e uma vivência sexual saudável mesmo dos indivíduos que se encontram infectados.

Este trabalho encontra-se dividido em duas secções. A primeira aborda aspectos relacionados com a infecção VIH/SIDA, sexualidade e comportamentos de risco, e a

segunda diz respeito à conceptualização da investigação, aos procedimentos metodológicos, apresentação, análise descritiva e discussão dos resultados, e por fim, as conclusões, limitações e sugestões. A avaliação dos conhecimentos e comportamentos de risco efectuou-se através de um questionário elaborado pela investigadora tendo por base dois questionários, o “Questionário de Conhecimentos do VIH”, versão traduzida e adaptada para a língua portuguesa (Cruz, 1998), do *HIV Knowledge Questionnaire*, desenvolvido por Carey, Morrison-Beddy e Johnson (1997), e o “Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção face à SIDA”, também desenvolvido e adaptado para a população portuguesa (Cruz et. al., 1994).

A recolha de dados foi efectuada em quatro hospitais de referência para os indivíduos com infecção VIH/SIDA, da cidade de Lisboa. A população em estudo nesta investigação é composta por indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos que recorreram à consulta de Infeciologia ou ao hospital de dia, dos referidos hospitais, entre os dias 4 de Agosto e 31 de Outubro de 2008.

Este é um estudo que procura despertar o interesse para o tipo de intervenção a realizar no âmbito da educação sexual, sobretudo na população já infectada por VIH, diminuindo assim a propagação da doença pela via sexual. Por outro lado, importa tornar esta população mais responsável, modificando os seus comportamentos de natureza sexual.



*faculdade de
medicina da
universidade
de coimbra*

parte I
*enquadramento
teórico*

1 – VIH/SIDA: SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA ADQUIRIDA

“... A devastadora epidemia da SIDA chocou o mundo...”

(Machado Caetano, 2000, p.21)

“A SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida – é uma doença provocada por vírus e caracterizada pela falência do sistema imunitário” (Machado Caetano, 2000, p.26), que habitualmente protege o organismo de infecções e tumores. Quando essa falência surge, os microrganismos aproveitam a oportunidade para crescer no organismo imunodeprimido provocando uma variedade de doenças infecciosas.

A SIDA transformou-se, em pouco tempo, na doença epidémica da história contemporânea e, apesar do avanço nas pesquisas da área biomédica, não há, ainda, uma vacina ou cura para a mesma. A transmissão da doença faz-se através de comportamentos sexuais de risco, partilha de material infectado no contexto da toxicodependência e por meio de transmissão vertical no contexto mãe-filho. Neste sentido, o empenho para prevenir a propagação da infecção tem de ser direccionado para a mudança de comportamentos.

No momento em que se descobriu que “a transmissão da SIDA estava ligada à sexualidade, ao sangue e à droga (...) a doença foi encarada não apenas como *estranha*, devido às suas características epidemiológicas e clínicas singulares, mas também como essencialmente *estrangeira*, irrompendo num mundo ordenado a partir dos países subdesenvolvidos, por intermédio de subgrupos marginais e moralmente repreensíveis” (Grmek, 1994, p.25).

Sontag (1998) refere que esta doença “constitui uma projecção ideal para as paranóias políticas do primeiro mundo, uma vez que, este vírus não é só o invasor por excelência do Terceiro Mundo como pode encarnar qualquer ameaça mitológica” (p.156). “A SIDA parece alimentar fantasmas inquietantes acerca de uma doença que constitui um testemunho das vulnerabilidades individuais e sociais” (p.159). Há assim uma metaforização da doença em que, “o vírus invade o corpo e a doença é descrita como invadindo a sociedade inteira” (p.159).

Para melhor compreendermos como surgiu esta doença e por que meios se disseminou e continua a proliferar, abordaremos em seguida a sua história bem como as suas formas de transmissão.

1.1 – EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA SIDA

O início desta doença terá sido na década de oitenta, quando nos Estados Unidos (Los Angeles), foi descrita em “jovens homossexuais, uma deficiência imunitária muito grave que conduzia rapidamente à morte, em consequência de infecções oportunistas e tumores” (Machado Caetano, 2000, p.27).

Segundo Grmek (1994), foi declarado pelo Centers For Disease Control (CDC) de Atlanta, em Junho de 1981, a existência de cinco doentes que possuíam características comuns: eram jovens, do sexo masculino com práticas homossexuais, sem história clínica prévia de imunodeficiência. Foi identificada um tipo grave de pneumonia, cujo agente agressor era um protozoário de nome *Pneumocystis carinii* (actualmente designado por *jirovecci*), e que é habitualmente controlado pelo sistema imunitário.

Posteriormente, em Julho de 1981, é relatado um tipo de tumor, *Sarcoma de Kaposi*, que atingia, até esta data, preferencialmente pessoas idosas, e que havia sido identificado em 26 jovens homossexuais masculinos. Verificou-se em alguns dos casos, baixos níveis de linfócitos T¹ e B, o que indicava uma imunidade debilitada dos seus portadores, encontrando-se deste modo mais vulneráveis às infecções (Grmek, 1994; Duque, 2002).

Por ser uma doença que surgia em particular em populações de homossexuais, passou a ser conhecida por *Gay Compromise Syndrome* (GCS) ou *Gay-Related-Immune-Deficiency* (GRID), e gerou uma falsa crença de que esta doença era característica dos homossexuais (Guedes, 1995; Machado Caetano, 2000).

“A combinação do grau de risco, muito superior a todas as outras, das práticas sexuais (...) foi seguramente o *handicap* favorável da ascensão do vírus ao valor crítico que lhe permitiu o salto sobre a barreira da espécie e início da sua proliferação tenebrosa” (Guedes, 1995, p.106).

A epidemia foi-se alastrando por outras áreas geográficas tendo como partida três focos iniciais: Nova Iorque, Los Angeles e São Francisco. Os casos diagnosticados estavam associados a homossexuais masculinos, mas rapidamente se identificaram casos de SIDA em heterossexuais, bissexuais e toxicodependentes em heroína.

Estes apresentavam em comum, “não um comportamento sexual particular, mas sim a sua pertença a um determinado subgrupo social, a uma *comunidade*, de algum modo marginal” (Grmek, 1994, p.37).

¹ Mais especificamente o subgrupo de células CD4+ (Duque, 2002, p.12)

Posteriormente com a proliferação dos casos de SIDA em determinados grupos tais como os Haitianos, Heroinómanos, Hemofílicos e Homossexuais, a SIDA chegou a ser conhecida como a doença dos 4H, sendo progressivamente circunscrita a grupos com comportamentos desviantes e socialmente marginalizados (Grmek, 1994; Montagnier, 1994).

A designação de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, surge pela vez, em Setembro de 1982, publicada pelos CDC (Duque, 2002).

Na procura pela descoberta do vírus que provocava esta doença encontrava-se o americano Robert Gallo e o francês Luc Montagnier (Guedes, 1995; Duque, 2002). “Em 1984 foi identificado o Vírus da Imunodeficiência Humana de tipo 1” (Ogden, 2004, p.356), no entanto, Duque (2002, p.37) refere que “Montagnier e a sua equipa foram os primeiros a isolarem o HIV₁, mas (...) a sequenciação foi efectuada em primeiro lugar pela equipa de Gallo e colaboradores”.

Em 1986, Luc Montagnier e a sua equipa do Instituto Pasteur, em colaboração com os investigadores portugueses Odete Ferreira e José Champalimaud, isolaram o VIH₂, retrovírus, com a mesma estrutura do VIH₁, mas diferindo pelo seu código genético (Daudel e Montagnier, 1994). Predominante em indivíduos de origem africana, tinha como principal responsável pela transmissão, a via sexual (Duque, 2002).

Para Machado Caetano (2000), o perfil da doença encontrava-se definido, esta era causada por um vírus da família *Retrovirae* e da sub família *Lentivirinae*, com efeitos lentos, cujo período de infecção pode “durar até 8, 10 ou mais anos” (p.108) até ao momento de manifestação da doença, com elevada “capacidade para sofrer mutações enquanto se replica” (p.38).

Este vírus tinha na sua constituição duas estirpes, uma do tipo 1 (VIH₁) e outra do tipo 2 (VIH₂). Possuem “morfologia e estrutura semelhantes, com uma homologia genómica de cerca de 50.0%, e conduzem a respostas imunológicas cruzadas, porém distinguem-se por características antigénicas, moleculares e biológicas” (Levy citado por Azevedo-Pereira e Lourenço, 2004, p.13).

A descolonização e movimentos de populações devido às guerras, as campanhas de vacinação com o risco, em alguns casos documentados, do uso da mesma seringa, com as mais duvidosas condições de esterilização explicam a difusão da infecção através de fenómenos demográficos e sociais que tiveram lugar no continente africano. (Grmek, 1994).

“A noção inicial de *grupos de risco* para a infecção VIH terá contribuído em larga medida para um sentimento de falsa segurança, que se instala na *população em*

geral” (Herek citado por Ouakinin, 2004, p.391), o que dificultou a prevenção e facilitou a disseminação. Com efeito, as ilações erradas associadas ao VIH/SIDA fizeram com que os heterossexuais criassem a ilusão de falsa segurança sem necessidade de protecção, pois não se encontravam incluídos nos denominados grupos de risco, envolvendo-se sexualmente com vários parceiros, sem adopção de comportamentos de prevenção, facilitando a propagação em cadeia do vírus.

A rápida disseminação desta epidemia a nível mundial deveu-se entre outros factores às “viagens com finalidade de turismo sexual, as múltiplas situações de risco por baixo nível sócio económico e cultural, os múltiplos parceiros(as), a explosão da prostituição e da toxicoddependência” (Machado Caetano, 2000, p.30).

Ferreira (2004b) por sua vez refere que, “o homem (...) é um excelente vector para a difusão e evolução da infecção VIH/SIDA, pois são cada vez mais frequentes os movimentos de migração, deslocação e mistura de indivíduos. (...) Este estilo de vida global foi, (...) um dos factores que mais contribui para a rápida expansão da infecção por VIH em todo o mundo” (p.9).

Podemos então afirmar que, a doença não se limita a uma população específica e propaga-se sem distinção de género, estatuto social ou região.

1.2 - EPIDEMIOLOGIA DA INFECÇÃO VIH/SIDA

O VIH “tornou-se o agente patogénico de maior importância em todo o mundo” (Duque, 2005, p.17).

“As infecções por VIH₁ e por VIH₂ diferem, quer pelo ciclo biológico e, consequentemente, pela evolução da infecção, desde a fase aguda até à fase sintomática ou SIDA, quer pela distribuição geográfica do agente etiológico” (Azevedo-Pereira e Lourenço, 2004, p.13). A infecção por VIH₁ surge em quase todos os países do mundo, sendo a sua predominância no continente africano. A infecção pelo VIH₂ caracteriza-se por um período de latência clínica maior, e “concentram-se em países da África Ocidental”. Foram ainda “identificadas noutras regiões como a Índia, Brasil e em alguns países da Europa, que mantêm fortes ligações com países africanos”, existindo, por exemplo, uma elevada prevalência de VIH₂ em Portugal (Azevedo-Pereira e Lourenço, 2004, p.14).

A evolução das abordagens e metodologias para controlar a epidemia têm permitido cada vez mais uma melhor e real estimativa das taxas de prevalência e de novas infecções por VIH (ONUSIDA, 2008).

“Cada país, cada região ou continente apresenta vários padrões epidemiológicos, caracterizados pela forma de transmissão predominante de VIH e por subgrupos populacionais, com taxas de incidência diferentes” (Paixão, 2004, p.59).

Deste modo, fazer-se-á uma breve reflexão sobre as tendências desta epidemia a nível mundial e em Portugal.

1.2.1. – A situação no mundo

A infecção VIH/SIDA impressiona pelos números e pode verificar-se no relatório que a ONUSIDA (2008) faz da situação global. Segundo esta organização, no ano de 2007, encontravam-se infectadas por VIH cerca de “33 milhões de pessoas em todo mundo, das quais 45.0% são jovens entre os 15 e os 24 anos” (p.32), cerca de metade são mulheres e 370 000 são menores de 15 anos.

Este relatório permite-nos ainda observar que “em 2007, foram diagnosticados 2,7 milhões de novos casos de Infecção VIH, número ligeiramente mais reduzido que em 2001 (3 milhões)” (p.32). A percentagem de pessoas que se infectam com o VIH tem vindo a estabilizar desde 2000, no entanto, o número de pessoas que vivem com a infecção foi aumentando de forma uniforme, devido à terapêutica que permite prolongar a esperança média de vida, diminuindo a morbilidade e mortalidade associada à infecção.

A África Subsaariana continua a ser a mais afectada pela infecção VIH/SIDA e correspondia em 2007 a cerca de 67% da população mundial, portadora da infecção. Há ainda a referir o aumento de novas infecções que se registaram em outras regiões como a Indonésia, Rússia e outros países desenvolvidos.

O aparecimento de novos casos quer nos EUA quer na Europa Ocidental tem-se mantido constante, o que se deveu sobretudo à implementação de terapêutica antiretroviral de alta eficácia, que tem permitido que o número de pessoas que vivem com infecção VIH esteja a aumentar.

A percentagem de mulheres que têm infecção VIH tem-se mantido “estável ao longo destes anos, (correspondente a 50% do total de pessoas infectadas por VIH),

representando 60% das infecções na África Subsaariana, ainda que se observe um aumento nos vários países” (ONUSIDA, 2008, p.33).

1.2.2 – A situação em Portugal

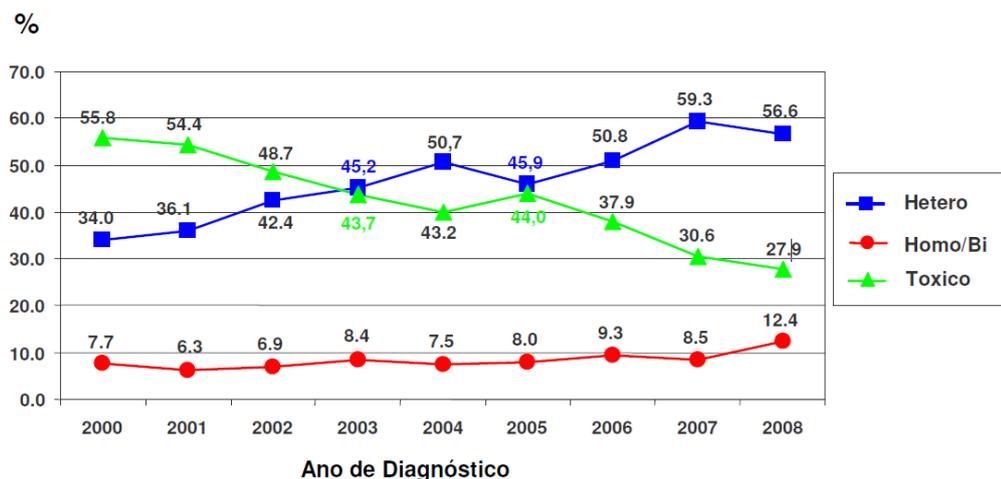
O relatório do EUROHIV (2009) revela que Portugal é um dos 5 países da Europa Ocidental que apresenta “taxas elevadas de sida (36 por milhão/ 387 casos)” (p.15), no entanto, o número de casos de diagnóstico de novas infecções “a partir de 2000 (...) reduziu mais de 20%” (p.11).

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2007-2010 refere que, o primeiro caso de SIDA em Portugal foi diagnosticado em Outubro de 1983 e até 31 de Dezembro de 2008 foram notificados no Departamento de Doenças Infecciosas – Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 34 888 casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estadios da infecção (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2007). No que refere ao ano de 2008, foram “notificados 2668 casos de infecção por VIH, nos vários estadios, dos quais a categoria de transmissão heterossexual registou 57.6% dos casos, 21.9% associados à toxicoddependência e 16.8% representam os casos entre homo/bissexuais” (Departamento de Doenças Infecciosas – Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica, 2009, p.ii).

Segundo a mesma fonte, a infecção VIH/SIDA atinge todos os grupos etários, mas “entre os 20 e os 49 anos de idade” assume um “total acumulado de 83.9% dos casos” e no que refere ao género neste grupo etário, 68.9% são do sexo masculino (p.6).

A infecção VIH/SIDA que, historicamente, era associada a determinados grupos considerados de risco, passa a estar associada a determinados comportamentos de risco, observando-se uma tendência evolutiva crescente e importante ao nível da transmissão heterossexual. De acordo com o mesmo relatório, o número de casos associado à “transmissão heterossexual representa o segundo grupo com 40.0%” dos casos, precedido dos “indivíduos consumidores de drogas por via endovenosa, os quais constituem 42.5% de todas as notificações” (Departamento de Doenças Infecciosas – Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica, 2009, p.iii).

Através do gráfico n.º1, podemos verificar que a via de transmissão heterossexual tem vindo a sobrepor-se à parentérica.



Fonte: Departamento de Doenças Infecciosas – Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica, 2009, p.10

Gráfico n.º1 – Distribuição dos casos de SIDA por tendências nas três principais categorias de transmissão

A evidência indica que, em Portugal e no mundo, as principais causas de disseminação desta epidemia são por um lado, a inexistência de uma terapêutica que alcance os resultados esperados e de uma vacina eficaz, e por outro, a incapacidade de induzir rápidas mudanças de comportamento, nomeadamente de índole sexual.

1.3– FORMAS DE TRANSMISSÃO DO VIH

O VIH é um vírus relativamente frágil fora do organismo humano, pois transmite-se em situações muito específicas, encontrando-se presente em grandes quantidades no esperma, sangue e secreções vaginais dos sujeitos infectados. Contudo, o vírus também foi encontrado em pequenas quantidades no suor, saliva, fezes e urina (Guedes, 1995; Machado Caetano, 2000).

Ambos os retrovírus – VIH₁ e VIH₂ – são transmissíveis através de contactos sexuais, partilha de seringas, contactos perinatais, transfusões de sangue. No entanto, para que haja uma infecção é necessário um maior número de partículas relativamente a outros vírus, igualmente transmitidos pelo sangue, como por exemplo, o vírus da hepatite B, que revela ser 50 a 100 vezes mais infeccioso que o VIH e pode sobreviver fora do organismo por um período máximo de sete dias (OMS, 2008b).

“A presença de outras infecções ou doenças, de incidência elevada, especialmente infecções de transmissão sexual, constituem factores que favorecem a transmissão de VIH” (Paixão e Pádua, 2004, p.79).

De acordo com Royce et. al. citados por Alvarez (2005) a transmissão do VIH ocorre essencialmente “por via sexual, parentérica e perinatal, sendo que, a transmissão sexual é responsável por mais de 75.0% de todas as infecções pelo VIH no mundo” (p.46).

De seguida, passaremos a abordar as três principais formas de transmissão.

Via Sexual

A transmissão do VIH pode ocorrer em relações homossexuais e heterossexuais, dado que o vírus se encontra presente no esperma e nas secreções vaginais. As relações sexuais anais foram a primeira via de transmissão identificada, embora as relações sexuais vaginais sejam responsáveis pelo maior número de infecções no mundo, tornando deste modo, a mulher mais susceptível à infecção por VIH (Cardoso, 1999).

Segundo Santos-Lucas citado por Alvarez (2005, p.46), “o risco de transmissão sexual não é igual nos diferentes tipos de práticas sexuais não protegidas, podendo organizá-las em grau crescente de infecciosidade, pelo beijo profundo (...), seguido de sexo oral, relação anal e vaginal insertiva e, com maior risco de infecção, a relação vaginal e anal receptiva”.

As condições anatomo-fisiológicas promovem o risco de transmissão do VIH, pelo que este é superior para o receptor, especialmente se for do sexo feminino. Devido ao facto de existir uma maior área de exposição da mucosa vaginal, “o risco de infecção (...) é superior duas a quatro vezes para a mulher” (Ferreira, 2004a, p.354). Daudel e Montagnier (1994, p.48) referem neste âmbito que, “as raparigas com menos de vinte anos e as mulheres com mais de quarenta e cinco anos têm um risco acrescido de contaminação, que se deve ao facto das mucosas serem mais frágeis. (...) As relações sexuais durante o período menstrual podem representar um risco acrescido”.

Pereira e Canavarro (2007, p.504) também afirmam que “devido a vulnerabilidades específicas, o risco das mulheres serem contaminadas por VIH tem aumentado, progressivamente, em todas as partes do mundo. Esta vulnerabilidade é decorrente de uma constelação de factores de ordem biológica, psicossocial e de natureza comportamental e relacional”.

No entanto, em Portugal, e de acordo com o Departamento de Doenças Infecciosas – Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica (2009, p.8), tem-se vindo a verificar uma redução no número de mulheres infectadas desde 2006. Segundo o mesmo relatório, foram infectadas desde 1983 um total de 2750 mulheres.

Aliado aos factores acima mencionados, existem ainda outros que influenciam os riscos de infecção por VIH, nomeadamente a existência de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a existência de contacto com “lesões genitais” (Machado Caetano, 2000, p.50) por outro lado, “um maior número de parceiros sexuais implica uma maior probabilidade de uma relação com um parceiro infectado” (Pombo, 2003, p.258).

O uso do preservativo é um método eficaz de evitar a transmissão do VIH por via sexual, quando utilizado de forma correcta e sistemática, garantindo ainda, uma protecção eficaz contra outras IST's (Pombo, 2003). Podem ainda ser consideradas formas de evitar a transmissão do VIH a abstinência ou uma relação monogâmica com uma pessoa que sabe não estar infectada (Machado Caetano, 2000).

Via sanguínea ou parentérica

O sangue constitui outra via possível de transmissão do VIH que inclui material injectável ou outros objectos contaminados com sangue ou derivados.

Nesta forma de transmissão do VIH, incluem-se as transfusões e a utilização de derivados do sangue na formação de factores de coagulação, a que no início da epidemia, correspondiam taxas elevadas de infecção, por falta de controlo nos dadores. Nos dias de hoje, esta é uma via controlada devido “à despistagem sistemática dos anticorpos anti-HIV no sangue dos dadores” implementada a partir de 1985 (Daudel e Montagnier, 1994, p.51).

Machado Caetano (2000) refere que este tipo de transmissão acontece sobretudo nos indivíduos toxicodependentes quando há troca de materiais contaminados na preparação e injeção de drogas intravenosas, nomeadamente, agulhas, seringas e recipientes. Deste modo, o sangue residual que fica nos materiais pode permitir a passagem do vírus para o sujeito que os utiliza a seguir ao sujeito infectado.

A partilha de lâminas de barbear, de instrumentos de furar as orelhas, agulhas de acupunctura/tatuagens, utensílios de dentista, de manicure ou cirúrgicos infectados bem como escovas de dentes, são outros meios potenciais de transmissão da infecção.

Via vertical ou peri-natal

A transmissão vertical ou de mãe para filho pode ocorrer ainda na vida intra-uterina (através da placenta), no momento do parto, ou no pós-parto (aleitamento materno) (Paixão e Pádua, 2004). Por outro lado, “há factores que influenciam a transmissão de mãe para filho, sendo os mais importantes a carga vírica materna e o tipo de parto. Por exemplo, quanto mais elevada for a carga vírica, maior é o risco do bebé nascer infectado” (Rosado citado por Filipe, 2006, p.16).

No entanto, no momento do nascimento torna-se difícil avaliar se o recém-nascido é ou não portador de infecção, dado que após o nascimento, os anticorpos da mãe mantêm-se presentes, pelo que, desde que nasce é sujeito a um controlo analítico até aos “18 meses”, altura em que é possível um diagnóstico definitivo (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2008, p.82).

De acordo com Dinis e Rocha (2004, p.243), “na ausência de tratamento antiretrovítico o risco de transmissão da mãe VIH₁ para a criança é de 15-45%”, sendo inferior na VIH₂ (1-2%). A instituição de terapêutica antiretrovítica promove uma redução nas taxas de transmissão.

A realização de um teste de despistagem do VIH é essencial durante a gravidez, para que precocemente se possam tomar as medidas profiláticas necessárias e que em muito contribuem, para uma redução da taxa na transmissão vertical. O teste associado a uma cesariana electiva e à não amamentação reduzem o risco de transmissão até cerca de “1%, e entre os 2 a 5%” em locais onde há uma maior escassez de recursos (OMS, 2008a, p.1).

Por outro lado, no caso de casais serodiscordantes, em que, o homem é o portador da infecção VIH existe a possibilidade de lavagem do esperma, podendo realizar-se inseminação ou fertilização *in vitro*, e assim nascerem filhos seronegativos para VIH (Barros, 2001).

1.4 – TERAPÊUTICA ANTIRETROVÍRICA

As novas terapêuticas antiretrovíticas de alta eficácia (HAART), são essenciais no controle da doença. “O objectivo da terapêutica visa prolongar e melhorar a qualidade de vida do indivíduo, circunstância conseguida por uma supressão máxima e durável da carga vírica. Esta estratégia deve ser precoce, de modo a preservar a

imunidade e a retardar a progressiva destruição do sistema imunológico, responsável pela ocorrência de doenças oportunistas, sendo estas as principais causas de morbidade e mortalidade” (Mota-Miranda et. al., 2005, p.9), de tal forma a que uma pessoa infectada que cumpra a terapêutica tenha uma esperança de vida idêntica à de uma pessoa não infectada.

A instituição de terapêutica antiretroviral deve ser realizada aos “indivíduos infectados sintomáticos e para os assintomáticos, a decisão deve ser fundamentada na contagem dos linfócitos TCD4+”. A terapêutica antiretroviral “permite controlar a replicação do VIH, melhora a condição imunitária e previne o risco de evolução clínica” (Antunes, 2007, p.10).

Vários factores determinam o início da terapêutica e fundamentam-se na clínica e na contagem de linfócitos TCD4+, sendo a carga viral um factor de ponderação.

Segundo a EACS (2009) os indivíduos sintomáticos devem iniciar tratamento o mais cedo possível, sobretudo se possuem uma infecção oportunista. No que refere aos indivíduos assintomáticos, as *guidelines* recomendam o início do tratamento em indivíduos com TCD4+ <200 e TCD4+ 201-350. Para TCD4+ 350-500, referem que o tratamento poderá ser iniciado se carga viral > 10⁵ c/ml e/ou redução dos TCD4+ em 100/mm³/ano, ou em indivíduos com idade superior aos 55 ou estar co-infectado com Hepatite C. Uma intervenção mais precoce pode comportar benefícios relativamente à replicação incontrolada do vírus e aos seus efeitos imunológicos, para além de poder reduzir as lesões no sistema nervoso central e diminuir o risco de transmissão.

Ao longo dos anos, a terapêutica antiretroviral sofreu várias alterações, sempre na tentativa de facilitar uma melhor adesão, bem como na procura do fármaco que melhor se adequa à pessoa, minimizando resistências. Há esquemas cada vez mais simplificados, que chegam actualmente apenas a um comprimido por dia. “As terapêuticas inovadoras são mais potentes, actuam sobre a resistência do vírus e são menos agressivas no grau de toxicidade e efeitos adversos” (Mansinho citado por Carvalho, 2008, p.7).

2 – SEXUALIDADE DO INDIVÍDUO INFECTADO POR VIH/SIDA

“Um seropositivo tem que ser consciente e assumir a sua condição. É primordial praticar sexo seguro, quer para não infectar o parceiro, quer para se proteger de outra infecção. Para uma pessoa infectada, um novo contacto com o vírus é uma desgraça.... E hoje, um vírus velho num novo seropositivo é um verdadeiro problema”.

(Soares citado por Celeste, 2001, p.20)

A percepção do risco da SIDA tornou-se segundo Costa e Lima (1998, p.51), a “responsável por uma reestruturação avaliativa”, quer a nível individual quer grupal, “face à normatividade das condutas sexuais, pondo em causa o sistema central de valores da sociedade no que respeita à sexualidade”.

A propagação da SIDA, nos primeiros tempos, provocou mudanças no comportamento sexual, levando “a sexualidade humana a perder o seu *secretismo*” (Santos-Lucas, 1993, p.23). “A queda dos tabús sociais relativos à actividade sexual, a progressiva libertação económica da mulher, o aparecimento dos contraceptivos eficazes e cómodos e a inexistência de doenças venéreas mortais facilitou a liberalização da vida sexual que passou a iniciar-se em idades mais jovens, sendo comum a relação com múltiplos parceiros” (Machado Caetano, 1993, p.7,8).

A sexualidade assume um papel importante no desenvolvimento humano, como uma necessidade humana básica. No entanto, este conceito, ao longo dos tempos, sofreu algumas modificações, que a epidemia da infecção VIH/SIDA veio evidenciar, dado que a sexualidade deixa de estar associada única e exclusivamente à reprodução para também evidenciar o prazer. Giddens (2001, p.2) introduziu um novo conceito acerca da sexualidade, à qual denominou de sexualidade *plástica*, “liberta das necessidades da reprodução” e que “pode ser moldada como uma característica da personalidade, já que se encontra intrinsecamente ligada ao *self* de cada um”.

Segundo Ogden (2004), o sexo foi concebido sob o ponto de vista de um impulso biológico, ligado exclusivamente à reprodução, porém “desde o início do século XX que se deu uma mudança de perspectiva”, passando a dar-se mais “ênfase ao comportamento sexual enquanto actividade (...) e isto implica o estudo do desejo sexual, do prazer sexual”, o que contribuiu para o aparecimento de literatura como “manuais para desenvolver uma boa vida sexual” (p.228).

Deste modo, o que pretendemos com este capítulo, é abordar sucintamente as mudanças ocorridas ao longo dos tempos, no âmbito da sexualidade, abordando sobretudo os comportamentos sexuais que poderão tornar-se de risco e que contribuem para o aumento da Infecção VIH/SIDA e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's).

2.1 – ABORDAGEM EVOLUTIVA DA SEXUALIDADE

O termo “Sexualidade”, segundo Foucault citado por Giddens (2001, p.16) surgiu pela primeira vez no século XIX, num livro publicado em 1889, no qual se pretendia “saber por que razão as mulheres são vítimas de várias doenças de que os homens estão isentos - qualquer coisa considerada *sexualidade* feminina”. Ao longo dos tempos foram surgindo diferentes discursos em relação à sexualidade humana e ao sexo.

“O sexo, ao longo de todo o século XIX, parece-se inscrever-se em dois registos de saberes bem distintos: o da biologia da reprodução, que se desenvolveu continuamente segundo uma normatividade científica geral e uma medicina do sexo que obedecia a regras completamente diferentes de formação” (Foucault, 1994, p.59).

A Organização Mundial de Saúde citada por Vaz (2003, p.18) definiu a sexualidade “como uma energia que nos motiva a procurar o amor, contacto, ternura, intimidade, que se integra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual, ela influencia pensamentos, sentimentos, acções e interacções com os outros e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental”.

A sexualidade surge como uma construção do social, e não apenas como algo que é biológico. “A criação de uma sexualidade *plástica*” segundo Giddens (2001) foi a “pré-condição da revolução sexual das últimas décadas”, dado que a reprodução, se desconectou do parentesco e das gerações. “A revolução sexual dos últimos trinta a quarenta anos não é exacta, nem sequer um avanço essencialmente neutro do ponto de vista do género na permissividade sexual” (p.19,20). Esta revolução engloba dois elementos, por um lado, uma revolução na autonomia sexual feminina e por outro, a exposição da homossexualidade masculina e feminina.

A plasticidade de uma construção cultural é também preconizada por Weeks, citado por Vaz (2003), ao afirmar que “a sexualidade é tanto acerca de palavras, imagens, ritual e fantasia como acerca do corpo: a forma como pensamos o sexo modela

a forma como o vivemos. Damos hoje uma importância suprema ao sexo nas nossas vidas individuais e sociais por causa de uma história que atribui um significado central ao sexual” (p.19).

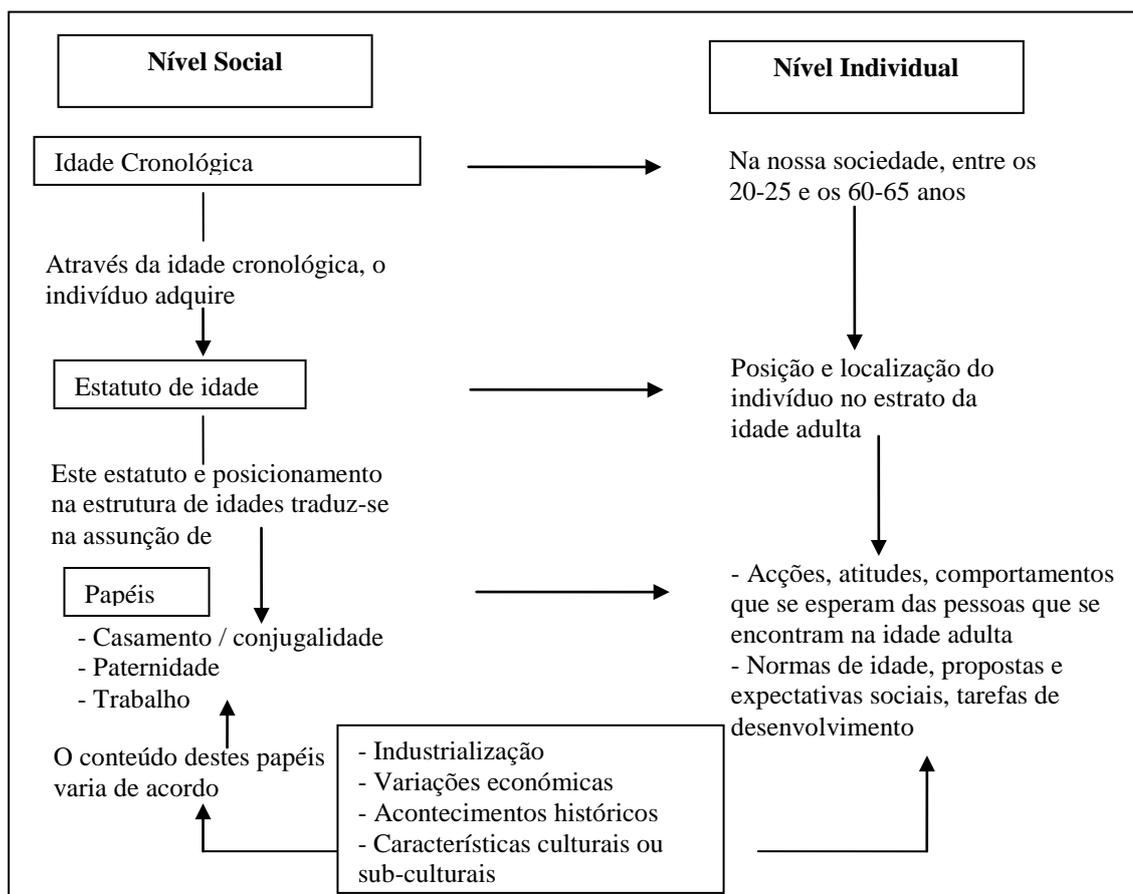
Segundo Tiefer citado por Quartilho (2003) “a nova importância da sexualidade resulta de alterações sociais relevantes. Os objectivos do casamento transferiram-se da necessidade económica pura para o desejo e a necessidade de partilha afectiva”. Passou a existir uma “sobreevalorização da vitalidade física e da posse de bens materiais”. “O divórcio tornou-se socialmente mais aceitável, gerando uma maior instabilidade aparente nas relações” (p.146). A sexualidade passa a ser vista como uma forma de prazer separada da reprodução, sobretudo na mulher. Porém, “este convívio mais próximo com a sexualidade e a intimidade emocional parece apanhar as pessoas desprevenidas, como se não estivessem preparadas para lidar com as exigências relativas a um desempenho *saudável*” (p.147).

2.2 - SEXUALIDADE NA VIDA ADULTA

Os adultos diferenciam-se muito mais entre si que as crianças ou os adolescentes, sendo que, e de acordo com López e Fuertes (1999, p.118) “a partir da adolescência e durante toda a vida adulta, as pessoas seguem caminhos muito diferentes, dependendo do estado civil, da profissão, do tipo de vida, das ideias e crenças e de uma infinidade de outros factores”.

“Adulto” define-se, segundo uma perspectiva social, pela idade cronológica, o estatuto de idade e os papéis próprios do adulto (Quadro n.º1). Ou seja, à idade cronológica associam-se não só alterações biológicas, mas transições ecológicas decisivas (fim da escolarização, maioridade legal, independência face aos pais, etc.), e outras mudanças próprias da idade adulta, que se encontram em estreita relação com a idade.

Quadro n.º 1 – Critérios que definem a vida adulta



Fonte: Amalio citado por López e Fuertes, 1999, p.119

A vida adulta é uma etapa longa, e conseqüentemente, as formas de vida sexual podem sofrer alterações significativas no seu decurso. “A primeira etapa da idade adulta (entre os 18 e os 30 ou 40 anos, aproximadamente)” reflecte um período de mudanças decisórias, tais como:

“fim do período de crescimento fisiológico, encontrando uma estabilidade em termos de imagem corporal; aquisição da maioridade legal; fim do período de escolarização (média ou superior) e formação profissional; entrada no sistema de produção com um trabalho remunerado; independência em relação ao lar paterno e autonomia económica; formação de pares sexuais ou acesso ao casamento; aquisição da casa e repartição das tarefas domésticas e por último ao nascimento dos filhos” (Levinson citado por López e Fuertes, 1999, p.120).

Estes acontecimentos nem sempre surgem nas mesmas idades e nem todos surgem em todos os indivíduos (López e Fuertes, 1999).

O’Donnell et. al. (2001) vêm salientar que “durante os anos 80, nos Estados Unidos da América, a proporção de adolescentes com início da actividade sexual antes dos 15 anos começou a aumentar. Embora estudos recentes refiram que essa tendência

possa estar a estabilizar, a verdade é que a idade de iniciação sexual contínua em declínio. Este é um facto preocupante porque o início precoce da actividade sexual, coloca sobretudo o sexo feminino, predisposto a um maior risco de gravidez indesejada, infecção por VIH ou outras IST's" (p.268).

Um estudo realizado pela Associação de Planeamento Familiar (APF) e pelo Instituto de Ciências Sociais (ICS) da Universidade de Lisboa (Vilar e Ferreira, 2009) "a 2621 alunos do ensino secundário, de 62 escolas do país, com idades entre os 15 e os 19 ou mais anos" (p.5), refere que, "os níveis mais elevados de educação sexual estão associados a um envolvimento mais tardio em relações sexuais" (p.32). "Os jovens rapazes com níveis mais elevados de educação sexual referem menos vezes que se sentiram pressionados no início das relações sexuais" (p.34). "As raparigas têm melhores conhecimentos do que os rapazes" (p.20).

"A sexualidade dos adultos, como consequência do grau de diversidade que implicam as suas formas de vida, é muito diferente. Casados e solteiros, heterossexuais e homossexuais, conservadores e liberais, pessoas que vivem nas grandes cidades e pessoas que habitam em zonas rurais, doentes e sãos, mulheres e homens (...) vivem a sexualidade de formas muito diferentes" (López e Fuertes, 1999, p.120).

A ligação da SIDA ao factor social encontra-se presente nas palavras de Sontag (1998) que defende que "quando alguém tem relações sexuais, não as está a ter apenas com outra pessoa, tem-nas com toda a gente com quem essa pessoa teve relações, nos últimos dez anos" (p.166). Deste modo, a relação sexual não deve ser vista apenas como uma ligação, mas sim como "uma corrente de transmissão que vem do passado" (p.166).

O desconhecimento e a adopção de comportamentos de risco por parte de quem está infectado são as bases necessárias à "construção de uma cadeia imensa de novas infecções" (Cláudio e Mateus, 2000, p.47).

Embora se considere que "muito pouca atenção tem sido dada à sexualidade daqueles que já estão infectados" (Kalichman citado por Grilo, 2001, p.107), existem alguns estudos noutros países nesta população, especialmente em mulheres.

As mulheres passaram a ser um importante foco de estudo após se verificar que esta infecção não era apenas característica dos homossexuais. Com a emancipação da mulher na sexualidade, esta passou a apresentar uma vulnerabilidade acrescida relativamente ao homem, sobretudo na medida em que se tornou mais susceptível a doenças transmissíveis e a um menor poder de negociação nas relações, por questões

económicas e socioculturais, que “muitas vezes restringem as opções de vida e comportamentos sexuais” (Canavarro et. al., 2004, p.112).

Neste sentido, Galvão et. al. (2004) fizeram um estudo exploratório em 73 mulheres com VIH, em São Paulo, e observaram que 71.3% das mulheres tinham idades compreendidas entre os 19 e os 39 anos, das quais 60.3% eram casadas ou viviam em união de facto. Quanto à transmissão da infecção, “a maioria das mulheres, 93.2%, adquiriu a infecção VIH através de relações heterossexuais, (...) 62 mulheres referiram ter parceiros sexuais, sendo que 34 (54.9%) encontravam-se infectados com o VIH, 22 (35.4%) não estavam infectados e 9.7% desconheciam o estado serológico do parceiro sexual” (p.197).

Um outro estudo realizado por Wilson et. al. (2007), que envolveu 1090 mulheres sexualmente activas, tinha como objectivo “descrever os comportamentos sexuais destas no âmbito de novas *versus* relações melhor estabelecidas, bem como determinar as crenças e o impacto da TARV nos comportamentos” (p.151). Os dados foram recolhidos através de 2 entrevistas realizadas, em vários contextos clínicos de várias cidades dos EUA. Foram critérios de inclusão a idade mínima de 13 anos com pelo menos um parceiro sexual durante o período de um ano de observação. A amostra foi constituída por “mulheres com uma idade média de 38 anos, das quais 60% tinham concluído o ensino secundário, 34% estavam empregadas, 9% referiram o uso recente de drogas, 57% eram de raça negra e 28% hispânicas. 21% referiram ter tido 2 ou mais parceiros durante o período de observação e 45% referiram pelo menos um episódio de uso inconsistente de preservativo”. Quanto ao estado serológico do parceiro, observou-se que “55% referiram um parceiro seronegativo, 25% referiram parceiros seropositivos e 20% referiram ter tido pelo menos um parceiro em que era desconhecido o estado serológico” (p.154,155). No que refere à TARV, “não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a crença do efeito protector da TARV na transmissão da infecção VIH e a probabilidade de um novo parceiro sexual”. De referir ainda que “as mulheres que não assimilavam esta crença eram mais propensas a relatar o uso consistente do preservativo e menor probabilidade de múltiplos parceiros” (p.155).

Em relação à não revelação da seropositividade para o VIH entre parceiros sexuais, Ciccarone et. al. (2003) realizaram um estudo no qual concluíram que a prática de relações sexuais sem revelação da seropositividade é relativamente frequente entre pessoas que vivem com o VIH. Neste estudo, participaram 1421 indivíduos, com mais de 18 anos, com diagnóstico de infecção VIH, retirados aleatoriamente do Estudo de Custos e Utilização de Serviços do VIH, entre Agosto de 1997 e Janeiro de 1998. Foram

realizadas entrevistas para avaliar a revelação da seropositividade e as actividades sexuais com até 5 parceiros recentes nos 6 meses que precederam a data da entrevista.

“Cerca de 42% dos homossexuais ou bissexuais masculinos referiram não ter tido qualquer relação sexual sem revelação da seropositividade, em contraste com os 19% dos heterossexuais masculinos e 17% das mulheres. A maioria das relações sexuais sem revelação da seropositividade decorreram com parceiros não exclusivos, enquanto que as taxas de não revelação da seropositividade nas relações entre parceiros exclusivos eram relativamente baixas. 35% dos homossexuais e bissexuais masculinos relataram não ter relações sexuais sem revelação da seropositividade com parceiros não exclusivos, comparativamente a 9% dos homens heterossexuais e 9% das mulheres heterossexuais. A não revelação da seropositividade entre os heterossexuais masculinos e as mulheres tinha a mesma probabilidade de ocorrer com parceiros exclusivos ou não exclusivos” (p. 951).

É de notar ainda que, “58% de homossexuais masculinos sexualmente activos ou bissexuais, 46% de heterossexuais masculinos e 47% das mulheres” referem relações sexuais com parceiros serodiscordantes. Por outro lado, das “13.8% relações serodiscordantes em parceiros de homossexuais masculinos ou bissexuais com relações sexuais não protegidas sem revelação da seropositividade, 10.9% envolveram parceiros não exclusivos cuja serologia para VIH era desconhecida. A percentagem de relações não protegidas em que não houve revelação de seropositividade foi semelhante entre parceiros serodiscordantes e seroconcordantes” (p.951).

López e Fuertes (1999, p.120) referem que “a frequência da actividade sexual, o grau de satisfação, o nível de compromisso que esta implica, etc., dependem de numerosos factores” dos quais se destacam a orientação sexual e o estado civil. Segundo os mesmos autores, a **orientação sexual** é um factor determinante do tipo de actividade/prática sexual dos jovens adultos.

Quando surgiu a epidemia da SIDA, o número de infectados era superior nos homossexuais masculinos. Analisando alguns estudos sobre a homossexualidade em indivíduos não infectados, verificamos que a prevalência da experiência homossexual recolhida em populações europeias, bem como norte americanas é mais baixa do que a estimada com base no relatório de Kinsey (um em cada dez adultos). “Os indivíduos que relatam relações exclusivamente homossexuais são uma minoria daqueles que relatam uma experiência homossexual. Em média menos de 1.0% dos homens e mulheres diz ter exclusivamente parceiros do mesmo sexo” (Leridon et. al. citados por Alvarez, 2005, p.80).

No que refere às práticas sexuais em Portugal, em 1993, num estudo realizado por Santos-Lucas, no qual foram inquiridos indivíduos entre os 18 e os 49 anos de idade, observou-se que entre a amostra sexualmente activa, “1.0% da amostra admitiu a prática de homo ou bissexualidade” (Santos-Lucas, 1993, p.43).

Mais recentemente, num outro estudo realizado por Amaro et. al. (2004), numa amostra aleatória da população Portuguesa de 1000 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 69 anos de idade, “dos 94% que referiram ter tido relações sexuais, 4.2% dos homens e 2.2% das mulheres referiram ter tido relações homossexuais, pelo menos uma vez na vida” (p.57,58).

Embora seja difícil comparar os comportamentos sexuais dos homossexuais com os dos heterossexuais, dada a grande variabilidade de ambos os grupos, López e Fuertes (1999, p.124) referem que em geral, “os heterossexuais têm uma sexualidade mais convencional, enquanto que os homossexuais (...) dão maior ênfase às manifestações não coitais, ao contacto corporal e à ternura. Os homossexuais masculinos trocam mais de parceiro sexual que os heterossexuais, mas este dado é difícil de interpretar, já que estão menos sujeitos a convencionalismos, sentindo-se menos obrigados a manter fidelidade ao parceiro sexual, e têm mais dificuldades objectivas para formar um casal e para o manter estável”.

Neste âmbito e no que diz respeito à população infectada por VIH, o Departamento de Doenças Infecciosas – Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica (2009) refere que até ao final de Dezembro de 2008, 40.0% dos registos de transmissão sexual diziam respeito aos heterossexuais e apenas 12.3% dos casos estavam ligados aos homossexuais.

Um outro estudo realizado em 2038 homens infectados por VIH, de raça negra, com idades compreendidas entre os 18 e os 79 anos de idade, por Spikes et. al. (2009, p.1073), verificaram que, no último ano, “aproximadamente 58.2% dos participantes referiram ter relações exclusivamente com mulheres, 36.0% referiram ter relações sexuais exclusivamente com homens e 5.4% referiram ter tido relações com pessoas de ambos os sexos”.

A estabilidade de uma relação – **monogamia** - e a presença de **múltiplos parceiros sexuais** são alguns dos fenómenos associadas à vivência da sexualidade que vamos analisar.

Por exemplo, em relação à associação entre a presença de múltiplos parceiros e o género, no estudo de Amaro et. al. (2004, p.58), já referido, relata-se que na amostra estudada, “2.9% das mulheres teve 2 ou 3 parceiros sexuais no último ano, enquanto que 22.9% dos homens referiu ter tido 2 ou mais parceiros”.

Quanto ao número de parceiros sexuais na população infectada por VIH, Frade (2008) refere-nos no seu estudo, realizado a 142 mulheres infectadas que “25.2% das mulheres questionadas relacionaram-se sexualmente com duas pessoas ao longo da vida, enquanto 10.5% das mulheres não têm ideia do número de pessoas diferentes com quem se relacionaram sexualmente” (p.83).

No estudo de Spikes et. al. (2009, p.1073), já referenciado, observou-se que “41.2% da amostra, relatou a existência de um único parceiro fixo no último ano, cerca de 40.0% refere ter tido apenas parceiros ocasionais e 18.9% refere ter tido parceiros fixos e ocasionais”. Acrescentar que, foi no grupo dos participantes com orientação “homossexual” que se verificou um maior número (38%) de inquiridos que referiu ter tido parceiros ocasionais.

A existência de vários parceiros ao longo da vida é um factor que contribui para a transmissão da infecção por VIH bem como de outras IST's, na medida em que a probabilidade em se relacionar com uma pessoa infectada aumenta consideravelmente. “O relacionamento com mais de dois parceiros num período de seis meses é também um factor de risco acrescido” (Pombo, 2003, p.258).

2.2.1 – Abstinência Sexual

A notificação do teste serológico para VIH gera muitas vezes reacções depressivas, as quais, podem conduzir, conseqüentemente, a “uma perda de libido” (Brown et. al. citados por Grilo, 1998, p.16).

No mesmo sentido, Machado Caetano (2000, p.151) refere que “as pessoas muitas vezes têm sentimentos de culpa, que lhe afectam o humor e a vida afectiva, sendo frequente o desinteresse pela vida sexual”.

Possuindo o comportamento sexual, um papel fundamental na transmissão do VIH, pode levar a pessoa infectada a sentir-se culpada em relação à sua sexualidade, especialmente quando assume comportamentos homossexuais (Teixeira, 1993; Odgen, 2004). Por outro lado, a doença pode ser encarada como punição pela transgressão de

regras morais, levando à inibição do desejo sexual e conseqüentemente à abstinência de relações sexuais (Teixeira, 1993).

Sabendo-se hoje que, a sexualidade assume um importante papel na qualidade de vida das pessoas infectadas por VIH, é somente natural que as suas vivências sexuais a partir do momento do diagnóstico sejam alteradas. O que era até então motivo de prazer, passa a ser responsável por uma doença sem cura e crónica. A percepção da sexualidade fica deste modo alterada (Ross & Ryan citados por Grilo, 2001) passando muitas das pessoas infectadas a viver perante o dilema de, por um lado, “puderem transmitir o vírus a outras pessoas e, por outro, de se manterem sexualmente activas” (Schonnesson & Clement citados por Grilo, 2001, p.107).

Hoffman citado por Grilo (2001, p.107) refere que “a resolução deste dilema passa pela consciencialização de que, mesmo o *sexo seguro*, envolve incerteza e risco”. “A resolução do dilema pode passar pela abstinência sexual, ou por tentar encontrar um parceiro também seropositivo para VIH” (Schonnesson & Clement, citados por Grilo, 2001, p.108). Ainda segundo a mesma autora, o que pode motivar a abstinência sexual, poderá ser inicialmente, o facto de a pessoa infectada se sentir contaminada e, deste modo, não se sentir digna de se relacionar com alguém, “não conseguir deixar de pensar que existe sempre algum risco de contaminar o outro” ou pelo medo de rejeição, pois ao “*impor* a utilização de preservativo, o outro poderá associar essa atitude à sua seropositividade” (Grilo, 2001, p.108).

Estudos que abordam a sexualidade das mulheres portadoras de VIH evidenciam que elas enfrentam um período de diminuição das actividades sexuais, ao conhecerem o seu estado serológico. Durante o primeiro ano, após o diagnóstico, referem *crise* no relacionamento com os parceiros e, como consequência, mantêm-se abstinentes sexualmente, por receio de contaminá-los, e por medo e vergonha de lhes comunicar o diagnóstico (Grimberg, 2000).

Ciccarone et. al. (2003), num estudo já referido anteriormente, revelou que as taxas de abstinência eram “bastante elevadas e significativamente maiores entre heterossexuais masculinos comparativamente aos homossexuais e bissexuais masculinos” (p.951).

A solução de encontrar um parceiro também ele infectado por VIH contribui para que o medo de contaminar o outro diminua. Ambos sabem que podem reinfectar-se se tiverem relações sexuais de risco, mas a responsabilização e o risco de rejeição são menores (Grilo, 2001).

No estudo de Galvão et. al. (2004) referenciado anteriormente, realizado com 73 mulheres infectadas por VIH numa unidade ambulatoria de um hospital de São Paulo, a “abstinência sexual foi (...) referida por 28.8% das mulheres. A abstinência foi encontrada mais vezes entre as mulheres separadas, seguidas pelas solteiras e viúvas. Entre as casadas, a abstinência sexual foi relatada com menor frequência” (p.199).

Num outro estudo, realizado por Bogart et. al. (2006), evidenciou-se que dos “1339 participantes, 415 relataram ser sexualmente inactivos (...) nos 6 meses prévios ao estudo, mas apenas 201 tinham deliberadamente optado pela abstinência” (p.1080). Destes últimos, 18% são mulheres, 18% heterossexuais masculinos e 11% homossexuais/bissexuais masculinos. Estes autores referem outros estudos nomeadamente o de Siegel e Schrimshaw (2003) que homossexuais, bissexuais masculinos e heterossexuais frequentemente justificam a abstinência “por medo de transmitirem o vírus, de se reinfectarem e ainda de serem rejeitados ao revelarem o seu estado serológico” (p.189).

2.2.2 - Infecções Sexualmente Transmissíveis

De acordo com Pombo (2003) as IST's são infecções que se propagam essencialmente através de contactos sexuais, afectando geralmente o aparelho reprodutor de ambos os sexos, no entanto, poderão surgir outras consequências prejudiciais para o organismo de uma forma sistémica. Estas podem causar “infertilidade, gravidez ectópica, doença inflamatória pélvica, doenças hepáticas crónicas, neoplasias hepática e genital e SIDA” (p.258).

As IST's têm na sua etiologia vários agentes infecciosos, tais como vírus, bactérias, parasitas, protozoários ou fungos, que podem apresentar uma diversidade de manifestações clínicas ou na maioria dos casos sem nenhum tipo de sintomatologia associada (Azevedo, 2008).

A sífilis foi considerada como símbolo de doença para toda a vida ou de morte inevitável, no entanto, actualmente, e embora continue como responsável por inúmeras mortes e doenças crónicas em todo o mundo, não é tão ameaçadora como a infecção VIH/SIDA e a Hepatite B. A “ausência de manifestações de doença”, leva a que os indivíduos infectados não procurem auxílio junto dos profissionais de saúde,

“continuando, a manter comportamentos que contribuem para a disseminação destas doenças” (Pombo, 2003, p.257).

Estudos desenvolvidos nos EUA, no princípio dos anos 80, revelaram que “houve redução na taxa das IST’s entre os homossexuais masculinos, após o advento da epidemia do VIH (...) coincidentes com relatórios de redução dos comportamentos sexuais não seguros” (Fox et. al., 2001, p.959). No entanto, através do Projecto de Vigilância de Isolamento de Gonococos (GISP) do CDC, Fox et. al. (2001) avaliaram os casos de infecção gonocócica, verificando as suas características entre 1992 e 1999. Do total de 34942 casos que reportavam a orientação sexual, a proporção representada pelos homossexuais masculinos aumentou de 4.5% em 1992 para 13.2% em 1999. “Os comportamentos sexuais de risco poderão estar directamente associados a um potencial aumento da infecção por VIH” (p.963).

Um outro estudo realizado por Wei et. al. (2009) em que pretendiam analisar a prevalência de IST’s e comportamentos sexuais de risco e relações sexuais com mulheres em homossexuais masculinos retirados de uma amostra nacional chinesa, observaram que dos “1861 homens inquiridos, 41 (2.1%) referem nunca ter tido relações sexuais com homens” (p.1978), “2% dos homens referiram nunca ter tido uma IST e homossexuais masculinos relataram mais frequentemente a presença de uma IST (11%) que os heterossexuais (2%), (...) muitos dos homens tiveram relações sexuais desprotegidas com mulheres. Os homossexuais masculinos relatavam mais frequentemente comportamentos de risco e a presença de IST relativamente aos homossexuais” (p.1980)

Segundo Jones e Wasserheit citados por Elwy et. al. (2002), os heterossexuais masculinos podem ser a solução para o controlo da disseminação das infecções sexualmente transmissíveis (IST’s) e do VIH, dado que “estas infecções se transmitem mais facilmente dos homens para as mulheres do que das mulheres para os homens” (p.1818). Harlap et. al. citados pelos mesmos autores referem que “as mulheres apresentam duas vezes mais probabilidade de se infectarem com IST’s” (Elwy et. al., 2002, p.1818) e a eficácia da transmissão do homem para a mulher é quatro vezes maior que a da transmissão da mulher para o homem” (Aral citado por Elwy et. al., 2002, p.1818).

Pombo (2003) acrescenta ainda que o risco de contrair IST's é acrescido quando associados a determinados "factores inerentes ao próprio indivíduo, pessoas solitárias e jovens solteiros terão maior tendência a procurar relações ocasionais de risco" (p.258).

As IST's "podem prevenir-se, principalmente, pela educação da sexualidade e uso do preservativo" (Machado Caetano, 2000, p.182).

2.3 – CONHECIMENTOS E COMPORTAMENTOS SEXUAIS

"Os grupos não correm riscos, as pessoas é que correm riscos em função dos seus comportamentos".

(Machado Caetano, 2000, p.31)

Piaget (1977, p.13) considera "o conhecimento mais como um processo do que como um estado". Consiste numa relação dinâmica de interactividade indivíduo e meio, não podendo ser definido como objectivo ou subjectivo, pois este é, simultaneamente activo, passivo, construtivo e receptivo.

"Os conhecimentos são (...) pré-requisitos para um comportamento seguro" (Lemos, 2002, p.44).

Previamente a uma abordagem dos comportamentos sexuais, nomeadamente comportamentos sexuais de risco, abordaremos os comportamentos de saúde que interferem em inúmeras doenças, nomeadamente, na infecção VIH/ SIDA.

Kasl e Cobb citados por Odgen (2004) "definiram três tipos de comportamentos relacionados com a saúde:

- *Comportamento de saúde*, cujo objectivo é impedir o aparecimento de uma doença (por ex. ter uma dieta saudável);

- *Comportamento de doença*, cujo objectivo é encontrar um tratamento (por ex. procurar um médico);

- *Comportamento de doente* é uma actividade que tem como objectivo tornar-se saudável (por ex. tomar a medicação prescrita pelo médico)" (p.27,28).

Deste modo, podemos dizer que, os comportamentos de risco são todos os comportamentos que predisõem o ser humano a uma determinada doença.

No âmbito da infecção VIH/SIDA, as relações sexuais têm sido denominadas como um risco para a saúde, dado que “esta actividade tem vindo a ser cada vez mais considerada como uma actividade perigosa e de risco” (Odgen, 2004, p.230).

Segundo alguns estudos, e de um modo geral, “as pessoas estão bem informadas (...) sobre as formas de transmissão do Vírus de Imunodeficiência Humana e revelam vontade de se protegerem da infecção, mas não praticam sexo seguro” (Alvarez, 2005, p.27).

Uma vez que se trata de uma infecção que não deixa ninguém protegido, atingindo jovens, idosos, heterossexuais, homossexuais e até pessoas fisicamente saudáveis, torna-se importante conhecer que comportamentos permitem a transmissão do vírus.

Uma década depois do aparecimento da infecção VIH/SIDA em Portugal Santos-Lucas (1993) realizou um estudo em indivíduos com idades entre os 18 e os 49 anos e para uma ampla maioria (76.0%), a SIDA era referida espontaneamente como uma doença sexualmente transmissível, sem diferenças significativas entre géneros. Contudo, havia a percepção de que era escasso o conhecimento sobre a infecção, dado que, apenas “ 6% considerava saber *muito* sobre esta doença e 27% julgava conhecer apenas *alguma coisa*. A maioria considerava mesmo que sabia *pouco*, ou que não sabia *nada*” (p.61). No que se refere às formas de transmissão, os conhecimentos gerais pareciam adquiridos, uma vez que, “mais de 90% identificava a relação sexual, e mais de 70% indicava igualmente o sangue” (p.63). Um em cada quatro indivíduos reconhecia a toxicodependência como outra via de transmissão. A transmissão mãe-filho praticamente não era referenciada como via de transmissão da infecção.

Um estudo realizado por Almeida et. al. (2005) sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde relativos ao VIH/SIDA em 826 adolescentes com idade compreendida entre os 15 e os 18 anos, “a maioria dos adolescentes pensa ser muito ou um tanto possível que muita gente em Portugal possa a vir estar infectada pela SIDA. 34% acham mesmo que é muito possível que tal venha acontecer, 6% considera ser pouco possível” (p.107). No que refere ao risco de contágio “81% dos adolescentes consideram que uma pessoa corre muito perigo ao ter relações sexuais com pessoa infectada, mesmo sem sintomas”. A adopção de comportamentos preventivos face à SIDA foi de “53% dos inquiridos” para os “42% que não os adoptaram”. A maioria dos adolescentes considera o preservativo um tanto seguro e devem ter a preocupação de o usarem em todas as circunstâncias. A divulgação do passado sexual é aceite pela

maioria dos adolescentes; apenas 3% referem que não devem falar. A pesquisa de anticorpos da SIDA é admitida pela maioria dos adolescentes” (p.105).

Em relação a estudos sobre conhecimentos acerca da infecção VIH e portadores de Infecção, no estudo realizado por Frade (2008) com 143 mulheres infectadas, a maioria (68.5%) “revela que se sente informada e apenas 13.3% dizem não estar informadas” (p.87). Do total da amostra, “57.3% têm muito bom conhecimento acerca da infecção VIH/SIDA, sendo que apenas 7.7% têm conhecimento razoável, numa escala de: razoável, bom e muito bom conhecimento” (p.89).

No entanto, Hulton et. al.; MacPhail et. al.; Magnani et. al. citados por Stephenson (2009, p.102) que refere “existir estudos que demonstram uma grande disparidade entre conhecimentos e os comportamentos sexuais na medida em que, muitos jovens apesar de terem conhecimento dos riscos associados à práticas sexuais sem protecção continuam a manter esses comportamentos de risco”.

2.3.1 – Comportamentos sexuais de risco

Negreiros citando Douglas (2006) refere que o risco apresenta uma conotação negativa e intimamente ligado à ideia de perigo e de perda. Acrescenta ainda que do ponto de vista social, “o conceito de risco enquanto ameaça tornou-se fundamental para a forma como o indivíduo organiza o seu mundo” (Negreiros, 2006, p.27).

“Consideram-se comportamentos sexuais de risco face ao VIH/SIDA os comportamentos que aumentam a probabilidade de morbilidade e mortalidade” (Adler, Kegeles e Genevro citados por Alvarez, 2005, nota 3, p.28). O comportamento sexual de risco ou sexo não seguro envolve as “interacções sexuais sem preservativo, onde o estado serológico do parceiro não é conhecido ou um dos parceiros é seropositivo. Engloba-se nas interacções sexuais a referência a relações vaginais e/ou anais e a relações orogenitais” (Alvarez, 2005, nota 3, p.28).

Os principais comportamentos de risco estão associados à não utilização sistemática do preservativo e à realização de um teste de despistagem da infecção VIH (Daudel e Montagnier, 1994).

Em relação às diferentes **práticas sexuais de risco**, podemos afirmar que a relação sexual do tipo anal é muito mais promotora da transmissão de potenciais situações de infecção do que a relação do tipo vaginal. O motivo disso prende-se com o

facto de que a mucosa anal, ao inverso da vaginal “não está fisiologicamente adaptada ao acto sexual, não “é lubrificada nem tem consistência elástica”, pelo que, as situações de traumatismo, ainda que provocando roturas, microscópicas acontecem com muito maior frequência” (Pombo, 2003, p.258).

Relativamente à prática de sexo oral, têm surgido dúvidas quanto ao risco potencial de transmissão do VIH. Segundo Alvarez (2005, p.47), o sexo oral tem demonstrado ser “um factor de risco independente, ainda que de baixo risco, para a transmissão do HIV”.

De acordo com Baggaley et. al. (2008, p.1263), a transmissão do vírus através do sexo oral assume um risco mínimo devido ao facto de “ser difícil identificar indivíduos infectados que refiram unicamente este tipo de exposição”.

Para além da não valorização do uso do preservativo, o **consumo de álcool e drogas** “afecta as atitudes, aumentando a possibilidade de comportamentos de risco em relação às IST’s e VIH (Pombo, 2003, p.280).

Segundo Nadeau et. al. (2000) indivíduos com história de consumo de drogas apresentam maior probabilidade de se envolver com múltiplos parceiros e de não utilizar preservativo. Do mesmo modo, o consumo de álcool foi também considerado como um factor de não utilização de preservativo nas relações sexuais, comportamento este que “aumenta o risco de infecção por VIH” (p.319).

No mesmo sentido, Carballo (2007) diz que as drogas possuem um efeito desinibidor e tal como o álcool, favorece a alteração da percepção do risco, de modo que, o consumo associado a actividade sexual conduz a comportamentos sexuais de risco.

De acordo com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicoddependência (2005), estima-se que em indivíduos entre os 15 e os 64 anos, existam cerca de “1.2 a 2.1 milhões de consumidores problemáticos de droga na união europeia, dos quais cerca de 850 000 a 1,3 milhões são consumidores activos de droga injectada” (p.63).

Segundo o Departamento de Doenças Infecciosas – Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica (2009, p.ii), “a transmissão associadas à toxicoddependência apresenta o valor de 21.9%”.

Os comportamentos sexuais, nomeadamente, os **comportamentos sexuais de risco** encontram-se intimamente ligados com o conhecimento sobre a infecção VIH/SIDA. “A percepção de vulnerabilidade pessoal quanto à possibilidade de poder infectar-se se tiver comportamentos de risco e a expectativa do sujeito quanto à sua

capacidade para se proteger quando é necessário (usando preservativo), a facilidade em falar ao parceiro de sexo seguros e preservativos” pode influenciar a “gestão do risco sexual” (Teixeira, 2000, p.81,82).

Bajos e Marquet (2000) realizaram uma pesquisa sobre comportamentos sexuais de risco, com uma abordagem centrada nas relações sociais, a nível Europeu. Foi realizada a análise de inquéritos anteriormente efectuados com indicadores similares de avaliação do comportamento sexual, nos diversos países europeus, seleccionando indivíduos com idades entre os 18 e os 49 anos. De acordo com Leridon et. al. citados no estudo, “de um modo geral, na Europa, cerca de 10-33% dos homens e 1-11% das mulheres refere ter tido mais de um parceiro heterossexual, no último ano” (p.1536). “Todos os relatórios europeus referem que os homens tendem a usar mais o preservativo do que a mulher (p.1537). (...) Esta diferença é maior em Portugal e menor na Holanda, Alemanha Ocidental E Suíça, países em que o tempo de experiência no uso de preservativo é superior” (p.1538).

Ainda em relação a comportamentos sexuais de risco, foi realizado um estudo por Osmond et. al. (2007) no qual se “pretendiam avaliar as diferenças na prevalência da infecção VIH associadas a comportamentos sexuais de risco em homossexuais masculinos de São Francisco. Foram realizadas entrevistas telefónicas, no período entre 1997 e 2002, tendo-se obtido um total de entrevistas realizadas e completas de 915 e 879, respectivamente, nos referidos anos (p.1677). Verificou-se que houve um aumento na prevalência estimada de VIH, passando de “19.6% para 26.8%” (p.1678), “o número médio de parceiros sexuais diminuiu de 21.3% para 13.7%”, a “prática de *serosorting*” (escolha de um parceiro, para prática de sexo anal desprotegido que se pensa ser seroconcordante), “aumentou de 17.1% para 24.3%” (p.1679). “Foram encontradas três alterações significativas na epidemiologia da infecção VIH e dos comportamentos sexuais de risco associados à transmissão da infecção. A primeira refere-se ao aumento de 40% prevalência estimada da infecção VIH entre 1997 e 2002. A segunda ao aumento de 60% dos comportamentos sexuais de risco, no mesmo período, havendo um aumento de 30% na média do número de parceiros sexuais”. Por último, observou-se “uma mudança de comportamentos relativos à prática de sexo anal, e que diz respeito à ausência de coito anal, uso de preservativo em todas as relações sexuais e a escolha de um parceiro com o mesmo estado serológico, para reduzirem o risco de transmissão da

infecção”. Os indivíduos com idades entre “os 40 e os 49 anos apresentavam uma maior prevalência de comportamentos sexuais de risco” (p.1680).

Quando se abordam os comportamentos sexuais de risco inevitavelmente torna-se necessário falar da não utilização do preservativo. Coleman & Ball (2007) vêm evidenciar alguns factores de resistência à sua utilização. Segundo os autores citando Halkitis, a “TARV veio permitir uma redução na carga viral até níveis indetectáveis, permitindo que as pessoas infectadas não sintam o VIH como uma ameaça, conduzindo ao não uso consistente do preservativo”. São ainda identificadas como barreiras ao uso do preservativo: “o uso de drogas e/ou álcool, antes ou durante a actividade sexual, crenças sobre a diminuição do prazer sexual com o preservativo, (...) a percepção de “segurança” numa relação monogâmica, (...) ou ainda se já teve relações sexuais sem preservativo consideram ser *tarde* demais para mudar esse comportamento” (Peterson et. al., Davidovich et. al. citado por Coleman & Ball, 2007, p.370).

2.3.2 – Comportamentos de protecção sexual

Alferes (2002, p.45) vem salientar que, “os comportamentos e as práticas sexuais são objecto de controlo normativo”.

Alvarez (2005) mostra-nos a importância das práticas sexuais como fonte de informação, contudo esta parece ser limitada e não traduz os perigos da infecção VIH/SIDA. A esta informação deve ser associada os comportamentos de protecção utilizados pelos indivíduos bem como as “principais formas de protecção sexual, face à infecção (utilizando preservativos, número e concomitância de parceiros sexuais e teste de despistagem do VIH), que associados às práticas sexuais, permitem inferir os riscos a que os indivíduos se expõem potencialmente” (p.71).

Segundo Carballo (2007) no que diz respeito à transmissão sexual, as estratégias de redução do risco passam pela adopção de comportamentos sexuais seguros, ou “sexo seguro”, ou ainda, e introduzindo um novo termo, pelo “sexo mais seguro”, e que “envolvem todos os comportamentos praticados pelas pessoas por forma a reduzir os riscos de contágio do VIH”, não os eliminando por completo. Por exemplo, a utilização de preservativo constitui uma prática segura, no entanto, se este não for utilizado *sempre* e em *todas as práticas sexuais* poderá ser considerado um comportamento *mais seguro* e não totalmente seguro (p.50).

A abstinência pode ser a única prática que traduz uma segurança de 100%, uma vez que, não havendo contacto sexual não poderá haver transmissão do vírus por esta via (Machado Caetano, 2000).

Contudo e excluindo este comportamento, por **práticas sexuais seguras** ou sexo seguro, consideram-se “os comportamentos sexuais que não envolvem contacto entre fluidos seminais e/ou vaginais entre os parceiros, e/ou interacções sexuais protegidas por preservativo e/ou interacções sexuais não protegidas por preservativo entre parceiros com um estado serológico negativo e concordante face ao VIH” (Alvarez, 2005, p.27,28).

Poderão ainda considerar-se outros factores protectores para além dos já mencionados, e deste modo, “a **redução do número de parceiros** (casuais) foi também considerada um comportamento de protecção, pelo facto de reduzir a probabilidade de se terem relações sexuais com um parceiro infectado, no entanto, o seu poder protector reside apenas neste facto e não na ausência assegurada de infecção por parte de um parceiro regular ou mais estável” (Alvarez, 2005, p.82).

O **uso do preservativo** tem sido a estratégia preventiva mais eficaz no caso de transmissão sexual (Machado Caetano, 2000; Carballo, 2007). Existem dois tipos de preservativo: o masculino e o feminino e estes poderão ser compostos por látex ou poliuretano.

O preservativo feminino é composto por poliuretano, sob a forma de bolsa, resistente e lubrificado (Magalhães et. al., 2004), é um dispositivo recente e “pouco utilizado pela população” (Geraldes, 2004, p.105). No entanto, é necessário consciencializarem-se as pessoas que, apesar do preservativo diminuir a probabilidade de contágio do VIH, não é um método completamente seguro, pois não elimina inteiramente a possibilidade de transmissão do vírus e é importante que a sua utilização seja correcta (Pombo, 2003).

Em relação ao preservativo masculino, para que a sua eficácia esteja garantida torna-se fundamental cumprir alguns pressupostos, tais como: verificar se a embalagem se encontra íntegra, em bom estado de conservação e dentro do prazo de validade; utilizar um novo preservativo em cada prática sexual, colocar o preservativo desde o início do pénis até ao final deste (junto aos testículos) e mantê-lo durante todo o contacto sexual; verificar que não existe ar entre o preservativo e o pénis. Utilizar lubrificantes à base de água e não à base de óleos, pois estes facilitam a ruptura do preservativo (Machado Caetano, 2000; Pombo, 2003).

Uma incorrecta utilização do preservativo ou a ausência do mesmo favorece a transmissão do VIH, deste modo interessa “conhecer os estudos empíricos sobre a eficácia do preservativo na transmissão do HIV, de forma a avaliar os riscos envolvidos numa relação protegida”. Estudos citados por Alvarez (2005), realizados em casais serodiscordantes, demonstram que o seu uso reduz o risco de contaminação em “70.0% a 100.0% dos casos” (p.83).

A utilização do preservativo acarreta alguns obstáculos relevantes à compreensão da especificidade deste comportamento de protecção. Esses obstáculos assentam na “eventualidade de poder transmitir falta de confiança no parceiro; perda de prazer sexual; estar a utilizar outro meio anticoncepcional; ter sentimentos de amor e proximidade pelo parceiro; propiciar perda de espontaneidade; ser proposto no contexto de uma relação monogâmica; sentir aumento da excitação sexual; saber diagnosticar um parceiro com HIV e existir algum embaraço na compra dos mesmos” (Buunk et. al.; Carballo – Diéguez e Dolezal; Hammer et. al. citados por Alvarez, 2005, p.93).

No âmbito da utilização do preservativo nas relações sexuais e nomeadamente no que refere à mudança de comportamentos sexuais de risco após o diagnóstico da infecção por VIH, Sears et. al. (2008, p.191) “estudaram os comportamentos sexuais de risco em 127 indivíduos infectados por VIH na República Dominicana”(p.191). Do total da amostra, “55 (43.3%) eram do sexo masculino, com uma média de 38.8 anos de idade, tempo médio de infecção de 45.4 meses, e 65 (51.6%) encontravam-se a fazer TARV”. Do total de participantes, “119 (93.7%) eram heterossexuais e apenas 8 (6.3%) referiram ter relações sexuais com pessoas do mesmo sexo ou ambos” (p.192). Quanto ao número de parceiros, “dez (7.8%) referiram ter tido um único parceiro ao longo da vida, enquanto 48 (37.8%) referiram ter tido 20 ou mais parceiros. Trinta e cinco (27.6%) participantes referiram abstinência após o diagnóstico, 56 (44.1%) referiram ter tido um parceiro e 36 (28.4%) referiram ter tido múltiplos parceiros após o diagnóstico” (p.193). Nos 92 indivíduos que se mantiveram sexualmente activos observaram-se algumas variações na frequência do uso do preservativo. “Antes do diagnóstico 50 (54.3%) referem nunca ter utilizado preservativo, 26 (28.3%) referiram ter usado *algumas vezes*, e ninguém referiu que *nunca* tinha utilizado. Após o diagnóstico da infecção, mais de um terço, (35.9%) referiram usar *sempre* preservativo e 19 (20.7%) referem ter usado *muitas vezes* (...); um total de 20 (21.7%) participantes referem a mesma frequência no uso do preservativo antes e após o diagnóstico” (p.193).

No mesmo estudo, algumas das razões identificadas para o não uso do preservativo, por 59 indivíduos, foram: “o parceiro não querer usar (61%), ambos serem portadores de infecção por VIH (52.5%) e não terem o mesmo prazer com preservativo (47,5%), (...) apenas 3 indivíduos (5.1%) desconheciam que o preservativo pode prevenir a transmissão da infecção” (Sears et. al., 2008, p.194).

No âmbito da mudança de comportamentos sexuais, Lifshay et. al. (2009) realizaram um estudo em 37 indivíduos infectados, entre os 25 e os 58 anos de idade, em duas clínicas rurais de apoio à SIDA no Uganda. Pretendiam analisar “alterações na actividade sexual, número de parceiros, uso do preservativo após diagnóstico de seropositividade, motivações, obstáculos e factores facilitadores para a mudança de comportamentos” (p.716). Do total da amostra, 20 eram do sexo masculino e 17 do sexo feminino. “Muitos dos participantes referiram redução na frequência da actividade sexual ou abstinência após o diagnóstico (...) muitos dos sexualmente activos, que tinham referido múltiplos parceiros antes reduziram o número após o diagnóstico. (...) Todos os que se mantiveram sexualmente activos referiram a utilização do preservativo na primeira relação sexual após terem conhecimento da infecção” (p.717). Um dos factores mencionados para a mudança de comportamentos foi “o receio de transmissão da infecção VIH aos parceiros”. O motivo mais comum que os levou a diminuir a frequência das relações sexuais ou até terminar relacionamentos foi “o medo de a actividade sexual resultar em debilidade, aumento da replicação viral e até a morte” (p.717). Outros motivos foram a possibilidade de reinfeção ou de contrair outras IST’s.

2. 4 - ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO EM RELAÇÃO À INFECÇÃO VIH/SIDA

“A SIDA não é um problema dos outros, diz respeito a todos nós e tomos somos responsáveis na sua prevenção”.

(Cláudio e Mateus, 2000, p.61)

“Quando se disponibiliza apoio, informação e educação, os comportamentos de risco diminuem significativamente” (Pombo, 2003, p.280).

A prevenção da infecção VIH/SIDA passa por todos nós, pela adopção de comportamentos seguros, nomeadamente através do uso do preservativo em todas as práticas sexuais.

Teixeira (2000, p.81) menciona “a questão do valor que os técnicos de saúde atribuem à informação no que respeita à prevenção, (...) atribuem um valor excessivo à informação que, na realidade, sendo uma condição necessária não garante só por si (...) que se opere uma mudança de comportamentos relacionados com a saúde ou redução de comportamentos sexuais de risco”.

Para Herlitz citado por Ouakinin (2004, p.391) “o conhecimento dos riscos e dos comportamentos seguros a adoptar, não se fez acompanhar pela adesão às normas da prevenção da infecção, sendo aparentemente mais fácil modificar atitudes face a VIH, do que o comportamento sexual”.

O caminho a percorrer no combate à infecção VIH/SIDA deve implicar todos os membros da sociedade civil. No entanto, cabe aos profissionais de saúde assumirem um papel primordial na disponibilização de informação direccionada e acessível para a mudança de comportamentos sexuais de risco em todos os indivíduos, portadores ou não da infecção VIH/SIDA.

Os meios de comunicação massivos tiveram “um papel fundamental na influência da percepção e na informação” sobre a infecção VIH/SIDA, quando foram documentados os primeiros casos. Inicialmente, por se tratar de uma “doença nova e desconhecida para a ciência e para a sociedade em geral (...) e por “não haver uma vacina que impedisse a sua propagação”. Nesta conjuntura, a informação sobre as formas de transmissão e a persuasão para abolir determinados comportamentos de risco constituía a melhor forma de impedir a propagação do vírus. A sua capacidade de abrangência permitiu-lhes ser protagonistas numa nova doença que emergia na sociedade (Lopes, 2004, p.169).

No âmbito da prevenção da infecção VIH/SIDA, têm vindo a ser desenvolvidos alguns modelos específicos, aos quais faremos em seguida, uma abordagem sumária.

2.4.1– Modelos específicos desenvolvidos para a infecção VIH/SIDA

Alvarez (2005) menciona que, várias são as teorias e modelos aplicados à compreensão do comportamento de prevenção da infecção VIH/SIDA. Possuem em comum a ideia central de “os comportamentos de prevenção serem o resultado final de um processo racional de tomada de decisão, baseado na análise sistemática e deliberada da informação disponível (...) privilegia-se a conceptualização do comportamento

sexual de risco como um comportamento de tomada de risco, envolvendo uma decisão realizada consciente e deliberadamente” (p.132).

O *modelo de redução dos riscos da SIDA* (MRRS) de Catania, Kegeles e Coates citado por Alvarez (2005, p.166), “foi especificamente desenvolvido para compreender e explicar o comportamento de protecção face ao HIV/SIDA (...). Trata-se de um modelo de estrutura tripartida, que revela preocupação pela progressão ou estádios, pelos quais os indivíduos passam, quando se envolvem numa mudança de comportamento”.

O modelo reconhece “três etapas envolvidas na redução do risco de transmissão do VIH e que incluem:

- *Classificação do comportamento* – o conhecimento acerca da transmissão do VIH e susceptibilidade percebida influenciam o modo como as pessoas entendem a SIDA;
- *Compromisso de mudar* – caracterizada por quatro factores: percepções do prazer, auto-eficácia, normas sociais e emoções contrárias.
- *Iniciar a acção* – o processo de colocar em prática uma tomada de decisão é afectado pelas emoções contrárias, a comunicação sexual, o comportamento de procura de ajuda e factores sociais” (ONUSIDA, 2001, p.8).

“Algumas investigações corroboram as variáveis enumeradas no modelo, como preditores do comportamento de utilização do preservativo” (Breakwell, Millward, Fife-Schaw e Catania et. al. citados por Alvarez, 2005, p.170). “Outras não encontram um impacto significativo nas infecções sexualmente transmissíveis, quando se utilizam intervenções baseadas nalgumas variáveis deste modelo ou encontram diferenças nos factores comportamentais de risco apenas para os indivíduos do sexo masculino” (Boyer, Barrett, Peterman e Bolan, citados por Alvarez, 2005, p.170).

Este é um modelo com particular importância na medida em que, ao ser aplicado poderá, por exemplo, em grupos específicos, possibilitar aos indivíduos compreenderem qual a sua vulnerabilidade, percepções e atitudes em relação ao preservativo.

O *Modelo Informativo-Motivacional-Comportamental na Redução do Risco da SIDA* “foi proposto para ultrapassar as dificuldades relacionadas com a ausência de modelos formais, enquanto guia para as intervenções, e para problemas de adaptação dos vários elementos a grupos específicos” (Alvarez, 2005, p.171).

É composto por três elementos essenciais: informação, motivação e competências comportamentais, que permitem que seja possível a adopção e manutenção de comportamentos seguros/protectores, que muito orientam os programas de prevenção.

Assim, é importante que exista informação relativamente às formas de transmissão e métodos de protecção, para que associado à vulnerabilidade face ao VIH/SIDA, se favoreça a motivação pessoal na adopção de competências comportamentais que devem ser treinadas, de forma assertiva (Fisher e Fisher, 1992).

As relações entre os vários elementos do modelo “foram testadas empiricamente com estudantes universitários, indivíduos homossexuais e estudantes do ensino secundário” (p.172). Intervenções baseadas no modelo “revelaram aumentos na informação, na motivação ou intenção para se envolverem nos comportamentos preventivos e nos níveis percebidos pelos próprios acerca das competências necessárias à prática do comportamento preventivo, bem como nas suas percepções de auto-eficácia. As intervenções conduziram ainda a um aumento na acessibilidade aos preservativos e na utilização do preservativo durante as relações sexuais, a curto e a longo prazo” (Fisher e Fisher, citados por Alvarez, 2005, p.173).

2.4.2– Educação para a saúde

A prevenção pela modificação dos comportamentos de risco constitui o único meio eficaz de controlo da doença. Para tal, é necessário que todos tenham acesso à informação, educação e meios necessários para se protegerem a si e aos outros.

Torna-se importante e fundamental desenvolver junto da comunidade, programas de prevenção de VIH/SIDA compreensíveis, informativos e eficazes, devendo incluir um leque diversificado de intervenções adaptadas às necessidades específicas dos vários grupos e localidades.

“A Primeira Conferência Internacional para a Promoção da Saúde, carta de Ottawa, assinala a origem de uma nova saúde pública com base na mudança social e na acção política. (...) A promoção da saúde constitui um processo de preparação para a melhoria da qualidade de vida e da saúde, permitindo desta forma um completo bem-estar físico, psíquico, emocional e social” (Bacatum, 2005, p.11).

“Os enfermeiros e os médicos constituem um grupo com necessidades específicas de formação e de aconselhamento psicológico, de modo a favorecer a

qualidade dos cuidados de saúde prestados a seropositivos e doentes de SIDA” (Guerreiro, 2000, p.73).

A educação para a saúde no âmbito da infecção VIH/SIDA recai numa educação sexual, diríamos ainda, numa educação para a vivência de uma sexualidade saudável da população em geral mas sobretudo, daqueles que já se encontram infectados.

A promoção de uma sexualidade saudável e prevenção face às infecções sexualmente transmissíveis deve ser precoce e neste âmbito, a educação sexual nas escolas é de extrema importância para despertar para os perigos e mais facilmente poderem evitá-los. A informação precoce conduz a estilos de vida saudáveis e comportamentos seguros e responsáveis. Este tipo de informação deve ser providenciado inicialmente no seio familiar e ser complementado na escola (creches, ensino pré-escolar, básico, preparatório e secundário) e pelos serviços de saúde (nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde primários). “Intervenções isoladas e desinseridas da estrutura social e afectiva *não levam à transformação de percepções, crenças e atitudes*, que são a base da mudança para comportamentos sustentados e seguros” (Tomé, 1999, p.9).

A promoção da saúde em meio escolar é um processo de desenvolvimento permanente para o qual concorrem os sectores da Educação e da Saúde, no qual a enfermagem pode desempenhar um papel extremamente positivo. Este processo contribui para a aquisição de competências nas crianças e nos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construir um projecto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis (Bacatum, 2005).

O enfermeiro como promotor de saúde assume um papel importante na educação sexual nas escolas, tornando-se num factor adjuvante na diminuição do aparecimento de novos casos de infecção por VIH.

A educação para a saúde nas escolas tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania activa (Bacatum, 2005).

A criação e implementação de um projecto multidisciplinar, que consiga abranger as diferentes necessidades educativas dos jovens nos diferentes níveis de ensino, bem como, enquadrar profissionais de saúde e toda a comunidade escolar, especialmente professores permitem garantir o seu sucesso. O estudante é a peça central de todo o projecto onde iniciará a sua formação acerca da infecção VIH/SIDA, dúvidas e mitos.

Quando nos referimos à prevenção da infecção por VIH, estamos intrinsecamente a abordar as questões da sexualidade. Como já foi referido ao longo do enquadramento teórico, o uso do preservativo reduz significativamente a probabilidade de contrair a infecção por VIH. Não podemos no entanto, esquecer a sexualidade daqueles que já se encontram infectados, uma vez que a sexualidade é inerente a todo o ser humano. Neste âmbito, o enfermeiro assume importância vital numa consulta multidisciplinar dirigida a pessoas infectadas por VIH. Como promotor de saúde, estabelecendo maior proximidade, tem como função promover comportamentos sexuais/saúde saudáveis àqueles que já se cruzaram com o risco.

Para além da educação para a saúde torna-se pertinente referir a importância do papel informativo que os meios de comunicação social assumiram desde o início desta epidemia. Embora se considere que os *meios de comunicação social* só por si não são suficientes para promoverem mudanças de comportamentos e atitudes a longo prazo. Por um lado, devido “à intervenção no processo de comunicação de massas de uma série de factores que condicionam a possibilidade de que estes exerçam um efeito de tipo cognitivo, e por outro, pelas dificuldades intrínsecas à modificação de comportamentos de risco” (Lopes, 2006, p.122).

A exposição da SIDA pelos meios de comunicação social surtiu alguns efeitos: “a aproximação às questões da doença e aos seus aspectos sociais; o espaço de reflexão criado e a pressão para a mudança de comportamentos” (Guerreiro, 2000, p.86,87).

Contudo, e indo de encontro ao referido por Lopes (2004, p.169) quando analisava as campanhas publicitárias de SIDA, é “necessário compreender se estas são dirigidas a grupos específicos, se a linguagem é acessível e compreensível, se é abrangente e tem alcance na população mais carenciada e se produz o efeito pretendido”.

A possibilidade dos indivíduos adquirirem conhecimentos através dos meios de comunicação de massas, depende do interesse, implicação e afectividade dos mesmos em relação ao tema, bem como, se concedem atenção à informação veiculada pelos *media* e lhe conferem credibilidade (Lopes, 2006).

Sopena citado por Lopes (2006, p.124) indica que “a eficácia de uma campanha de comunicação preventiva é limitada, atendendo: ao excesso de confiança dos sujeitos na sua capacidade em evitar riscos, pelas expectativas exageradas das pessoas sobre a eficácia das medidas; a persistência de opiniões e crenças arraigadas, que impedem uma mudança”.

A comunicação deve informar de modo adequado (objectivo e sem ambiguidades) a população alvo para as situações práticas potencialmente perigosas e persuadir os indivíduos a modificarem os comportamentos que possam constituir perigo para a saúde.



*faculdade de
medicina da
universidade
de coimbra*

parte II
*contribuição
pessoal*
*conceptualização da
investigação empírica*

1 – CONSTRUÇÃO DA PROBLEMÁTICA E FINALIDADE DO ESTUDO

Considerando que a infecção pelo VIH/SIDA é uma doença relacionada com o comportamento e tendo vindo a verificar-se um aumento desta infecção, pela via sexual, nomeadamente heterossexual, torna-se importante reflectir sobre que conhecimentos e comportamentos de risco os indivíduos infectados por VIH têm em relação à sua sexualidade.

Deste modo, a questão central que orienta o estudo é:

Que conhecimentos e comportamentos de risco, têm os indivíduos adultos infectados por VIH, em relação á sexualidade?

Face à questão apresentada, foram enunciados os seguintes objectivos específicos:

- Identificar o nível de conhecimentos que indivíduos adultos infectados por VIH têm em relação à infecção;
- Conhecer os comportamentos sexuais de risco dos indivíduos adultos infectados por VIH;
- Analisar a relação existente entre o nível de conhecimentos e comportamentos de risco com as variáveis sócio-demográficas;
- Analisar a relação existente entre o nível de conhecimentos sobre a infecção VIH/SIDA e os comportamentos sexuais de risco em indivíduos adultos infectados por VIH.

2 – METODOLOGIA

O capítulo da metodologia desta investigação será composto por: desenho de investigação, operacionalização das variáveis em estudo, hipóteses, descrição da população e amostra, bem como o instrumento de recolha de dados e os procedimentos estatísticos utilizados.

2.1 - DESENHO DE INVESTIGAÇÃO

O nosso estudo enquadra-se na tipologia descritiva exploratória. Descritivo porque se pretende adquirir informação sobre a população em estudo. Exploratório na medida em que o que se pretende é melhorar os conhecimentos sobre um determinado assunto (Fortin, 1999; Polit & Hungler, 2004).

2.2 – VARIÁVEIS EM ESTUDO

Neste trabalho estudar-se-ão várias variáveis, que poderão entrecruzar-se entre si, e que passamos a enunciar:

- Variáveis Dependentes

a) Conhecimentos sobre a infecção VIH/SIDA

Esta variável pretende analisar o nível de conhecimentos que os indivíduos infectados por VIH têm em relação à infecção. Nesta variável, incluiremos afirmações relativas ao modo e prevenção da contaminação, e conhecimentos gerais no âmbito da transmissão sexual. É dada uma pontuação às respostas cujo somatório determina o nível de conhecimentos: quanto maior a pontuação obtida, maior o nível de conhecimento.

b) Comportamentos sexuais de risco para a infecção VIH/SIDA

Esta variável pretende identificar os comportamentos sexuais de risco que a população em causa adopta. Foram elaboradas questões sobre o risco a que cada indivíduo se expõe, tendo em conta: as suas práticas sexuais actuais, o tipo de orientação sexual, o número de parceiros sexuais, a utilização ou não de preservativo, a existência de infecções de transmissão sexual, a realização do teste VIH/SIDA pelos parceiros sexuais, a mudança de comportamentos sexuais de risco após o conhecimento do diagnóstico de infecção VIH/SIDA.

- Variáveis Independentes

a) Género

Trata-se de uma variável com duas componentes: masculino ou feminino.

b) Idade

Trata-se de uma variável cujo valor numérico corresponde à idade de cada participante e que irá situar-se entre os 25 e os 50 anos de idade.

c) Distrito em que reside

Diz respeito à localidade em que habita o participante do estudo.

d) Nacionalidade

Trata-se de uma variável que diz respeito ao país do qual o participante do estudo é natural.

e) Estado civil

Integra as vertentes: solteiro(a), casado(a)/ união de facto, divorciado(a)/separado(a), viúvo(a). Diz respeito à vida relacional/ afectiva de cada indivíduo. Pretende-se verificar uma possível influência do estado civil nos conhecimentos e comportamentos de risco face à infecção VIH/SIDA.

f) Coabitação

Integra as vertentes sozinho(a), companheiro(a), familiares (directos ou por afinidade) e outros que incluem vizinhos e amigos. Pretende-se saber com quem o

indivíduo vive de modo a encontrar uma possível relação com a adopção de comportamentos sexuais de risco.

g) Habilitações Literárias

Integra o nível de escolaridade que o indivíduo possui e se estes se relacionam com os conhecimentos e comportamentos sexuais de risco.

h) Situação profissional

Variável que diz respeito à situação profissional actual do indivíduo e que foi operacionalizada em: estudante, trabalhador-estudante, empregado, desempregado, reformado.

i) Tempo conhecido de infecção

Variável que se refere ao número de meses/anos que o indivíduo tem conhecimento de estar infectado por VIH.

j) Forma provável de contaminação

Esta variável refere-se ao conhecimento que o indivíduo possui ou não sobre a forma como foi infectado.

l) Tempo de utilização de TARV

Nesta variável pretendemos saber se o indivíduo infectado por VIH faz TARV e há quanto tempo.

m) Fontes de informação sobre a infecção VIH/SIDA

Com esta variável pretendemos analisar quais as fontes de informação sobre o VIH/SIDA:

- a que o indivíduo teve acesso, integrando fontes como meios massivos (meios de comunicação social, internet... etc.) ou interpessoais (professores, profissionais de saúde, amigos, familiares...etc.);

- a quem recorre quando tem dúvidas;

- a forma que considera mais acessível para a transmissão de informação sobre a infecção VIH/SIDA;

- a importância das campanhas publicitárias na problemática da infecção por VIH e se se recordam de alguma.

n) Infecções sexualmente transmissíveis

Variável que surge em dois momentos no questionário. Uma em que se pretende que o indivíduo revele conhecimento sobre as IST's, tendo que as identificar num grupo de várias infecções, sexualmente e não sexualmente transmissíveis. Surge num outro momento, como uma variável que pretende analisar a ocorrência actual ou passada das IST's em indivíduos com VIH/SIDA, há quanto tempo e se algum tratamento foi instituído, de modo a se poder relacionar com a existência e manutenção de comportamentos sexuais de risco.

o) Conhecimento sobre práticas sexuais seguras

Esta variável integra três afirmações que a definem, perante as quais o inquirido deverá mostrar o seu conhecimento acerca do que entende por práticas sexuais seguras, optando por uma delas, por todas ou nenhuma.

p) Nível de risco tendo em conta o comportamento e/ou práticas sexuais

Refere-se à percepção de risco, pelos indivíduos com VIH/SIDA, face aos diferentes comportamentos e/ou práticas sexuais. Variável operacionalizada de um, que corresponde a *nenhum risco*, a sete, que corresponde a *risco muito elevado*.

q) Tipo de orientação sexual

A sexualidade tem várias formas de se exprimir, sendo que a relação sexual pode ser considerada como uma das formas que o indivíduo possui de expressar a sua sexualidade. Esta variável foi operacionalizada em três categorias: práticas sexuais exclusivas com pessoas do sexo oposto, do mesmo sexo ou ambos.

r) Número de parceiros sexuais

Entende-se por *número de parceiros sexuais*, o número de parceiros que cada indivíduo teve ao longo da vida, no último ano e nos últimos três meses.

s) Actividade sexual

Prática sexual que cada indivíduo tem com o seu parceiro. É uma variável dicotómica: *sim* ou *não*. No caso de afirmar que tem uma vida sexualmente activa, é questionada a frequência de relações sexuais por semana/mês, se tem parceiro fixo, ocasional ou múltiplos. Nos indivíduos que afirmam não ter actividade sexual, questiona-se o tempo decorrido desde a última relação sexual.

t) Tipo de parceiro sexual

Esta variável pretende analisar o tipo de parceiro sexual do indivíduo infectado por VIH. Se no passado teve algum parceiro(a) com infecção VIH e se o parceiro(a) actual é também portador de infecção. Questiona-se ainda se comunicaram o seu estado serológico ao parceiro, o motivo dessa comunicação e se solicitaram ao parceiro a realização de teste de seropositividade para o VIH.

u) Diagnóstico da infecção VIH/SIDA e Comportamento sexual

Esta variável integra duas fases do indivíduo, a anterior ao conhecimento da infecção VIH/SIDA e a posterior ao seu conhecimento, e de que modo interferiu com os comportamentos sexuais do indivíduo. Os indivíduos são questionados sobre os seus comportamentos sexuais nomeadamente: a existência de parceiro único ou vários parceiros, ocasionais ou fixos, a utilização ou não de preservativo nas várias práticas sexuais e a prática de relações sexuais sob o efeito de drogas, medicamentos ou álcool antes e após terem conhecimento de estarem infectados por VIH.

v) Utilização de preservativo

Primeiro questiona-se o indivíduo sobre a importância do preservativo por tipo de relações e práticas sexuais. Em seguida verifica-se se os indivíduos com infecção VIH/SIDA utilizam preservativo ou não durante a actividade sexual. Trata-se de uma variável dicotómica: *sim* ou *não*. Quando referido que usa preservativo, é questionado sobre a frequência do uso: *sempre, em mais ou menos de metade das relações sexuais ou nunca*. Em relação ao motivo do uso, a variável é operacionalizada em: *tem receio de infectar-se com uma IST, tem receio de reinfectar-se com o VIH, tem receio de transmitir o VIH ao companheiro, o companheiro/a pede-lhe, o preservativo ajuda na relação sexual (aumenta a estimulação e atrasa a ejaculação precoce), ou pelo risco de gravidez indesejada*. Questiona-se ainda se usou preservativo na última relação sexual.

Quando é referido que não usa, questiona-se o motivo, sendo a variável operacionalizada em: *não gosta, considera reduzido o risco de infecções, dificulta a relação sexual, reduz o prazer sexual e outros*.

x) Métodos de prevenção

Esta variável sugere uma questão dicotómica *sim* ou *não*, e pretende saber se os indivíduos têm ou não conhecimento sobre os métodos de prevenção de IST's inclusive a infecção VIH/SIDA.

z) Mudança de comportamentos sexuais de risco

Os indivíduos são questionados sobre se consideram que as campanhas publicitárias foram e são importantes na mudança do comportamento do próprio e da população em geral, e se consideram que mudaram os seus comportamentos de risco para comportamentos seguros.

2.3 - HIPÓTESES DA INVESTIGAÇÃO

Hipótese é definida como um “enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis. Pode-se desta forma dizer que são uma resposta plausível para o nosso problema de investigação, sendo então um enunciado claro e preciso da relação entre variáveis em estudo” (Fortin, 1999, p.102). Isto é, a hipótese combina o problema e o objectivo, numa explicação ou predição clara dos resultados esperados.

Assim sendo, formularam-se as seguintes hipóteses gerais:

H1 – Existe relação entre o conhecimento sobre a infecção VIH/SIDA e comportamentos sexuais de risco dos indivíduos com VIH/SIDA.

H2 – Existe relação entre o estado civil e os conhecimentos e comportamentos sexuais de risco dos indivíduos com VIH/SIDA.

H3 – Existe relação entre a coabitação e os conhecimentos e comportamentos sexuais de risco dos indivíduos com VIH/SIDA.

H4 – Existe relação entre as habilitações literárias e os conhecimentos e comportamentos sexuais de risco dos indivíduos com VIH/SIDA.

H5 – Existe relação entre a situação profissional e os conhecimentos e comportamentos sexuais de risco dos indivíduos com VIH/SIDA.

H6 – Existe relação entre o tempo de infecção e os conhecimentos e comportamentos sexuais de risco dos indivíduos com VIH/SIDA.

H7 - Existe relação entre a forma de transmissão da infecção VIH/SIDA e os conhecimentos e comportamentos face á sexualidade dos indivíduos com VIH/SIDA.

H8 – Existe relação entre a toma de medicação antiretrovívica e os comportamentos sexuais de risco dos indivíduos com VIH/SIDA.

2.4 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população em estudo nesta investigação é composta por todos os indivíduos que se encontram infectados por VIH que frequentam as consultas de Infecçologia e hospitais de dia de quatro hospitais da cidade de Lisboa. A amostra foi constituída por todos os indivíduos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 20 e os 50 anos de idade que recorreram a estes serviços, entre os dias 4 de Agosto e 31 de Outubro de 2008.

Definiram-se ainda como critérios de inclusão: todos os indivíduos sem défices cognitivos (orientadas alo e auto psiquicamente no tempo, espaço e pessoa), sejam capazes de expressar a sua opinião e que aceitem de forma livre e esclarecida, fazer parte da amostra do nosso estudo.

Foram excluídos da amostra os indivíduos que apesar de terem todos os critérios de inclusão não foram capazes de compreender e /ou responder às questões colocadas.

2.5 – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Em qualquer estudo de investigação, o investigador opta por um instrumento de recolha de dados em função do tema em estudo, dos objectivos, da população ou da amostra a que se destina, do horizonte temporal e ainda dos recursos financeiros para a realização da pesquisa.

No nosso estudo o instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário (Anexo 1). O questionário apresenta três secções que integram os seguintes componentes:

- Parte I: dados sócio-demográficos;
- Parte II: meios de informação sobre a infecção e conhecimentos relativos às IST's e infecção VIH/SIDA;
- Parte III: comportamentos de risco face à sexualidade.

Na primeira parte, foi solicitado aos indivíduos que indicassem os dados relativos a: sexo, idade, estado civil, residência, coabitação, escolaridade e situação profissional, acrescentando ainda dados relativos à infecção VIH/SIDA, tais como, o tempo de conhecimento da infecção VIH, a forma provável de contaminação e o tempo de utilização de TARV.

A segunda parte encontra-se dividida em três grupos: o primeiro grupo diz respeito aos meios de informação sobre a infecção e a necessidade de obterem mais informação acerca da infecção. O segundo grupo refere-se a questões relacionadas com as IST's e conhecimentos relativos a práticas sexuais seguras. O terceiro grupo refere-se a conceitos gerais sobre a infecção VIH/SIDA, e mais especificamente sobre a via sexual e meios de prevenção e contaminação. Este último grupo é constituído por 20 itens, sendo solicitado a cada indivíduo que assinale o seu grau de concordância com as afirmações apresentadas. Numa escala tipo Likert dividida em *discordo completamente, discordo, nem concordo nem discordo, concordo e concordo completamente*. Nas questões em que a resposta correcta é positiva corresponde uma cotação de um a cinco, enquanto nas questões em que a resposta correcta é negativa a cotação é de cinco a um. O resultado consiste no somatório das respostas correctas, ou seja, os *scores* mais elevados reflectem níveis mais elevados de conhecimento sobre a infecção VIH/SIDA.

A terceira parte do questionário refere-se aos comportamentos de risco em relação à sexualidade dos indivíduos com infecção VIH. Foram elaboradas 16 questões fechadas, 2 das quais se subdividem em outras questões.

Na investigação foram anulados os questionários que se encontravam incompletos.

O questionário foi elaborado pela investigadora, usando como base os seguintes questionários: *Questionário de Conhecimentos do VIH*, que é uma versão traduzida e adaptada para a língua portuguesa (Cruz, 1998), do *HIV Knowledge Questionnaire*, desenvolvido por Carey, Morrison-Beddy e Johnson (1997), e o *Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção face à SIDA*, que foi desenvolvido e adaptado para a população portuguesa (Cruz et. al., 1994). Complementados pela pesquisa bibliográfica.

Após a elaboração do instrumento de recolha de dados, procedeu-se à realização de um **estudo piloto**, com o objectivo de verificar se as questões eram bem compreendidas do ponto de vista semântico e se não apresentavam ambiguidades entre elas, de modo a determinar que se avaliava correctamente o objecto em estudo, assegurando a sua finalidade e fiabilidade. O questionário foi aplicado a 27 indivíduos infectados por VIH, de 02 a 20 de Julho de 2008, num dos hospitais da cidade de Lisboa com a valência de Infeciologia. Esta etapa foi indispensável, permitindo corrigir ou modificar o questionário, resolvendo problemas imprevistos, tendo-se verificado a redacção e a ordem das questões. Foi alterada a ordem das questões referentes aos conhecimentos relativos à utilização do preservativo, que inicialmente se encontravam

na segunda parte do questionário e que passaram a ser integrados na terceira parte do questionário.

O tempo médio para o preenchimento do questionário foi de aproximadamente 15 minutos.

Foi ainda avaliada a consistência interna do instrumento de recolha de dados, para a escala dos conhecimentos dos indivíduos adultos infectados pelo VIH, recorrendo ao *Alpha de Cronbach*, e a análise factorial de componentes principais através do *Scree Test Cattell* e da rotação ortogonal, tipo *Varimax*, realizado para os 20 itens da escala. Este procedimento é considerado a melhor medida de fidelidade de um teste quando estão as respostas enquadradas numa escala de *likert* (Almeida e Freire, 2000).

Na tabela n.º1 encontra-se o inventário e o resumo dos procedimentos estatísticos do referido modelo.

Tabela n.º1 – Média, Desvio padrão e propriedades psicométricas dos itens do instrumento de recolha de dados

| Afirmações | Média do item | Desvio Padrão do item | Correlação item total corrigida | <i>Alpha de Cronbach</i> se o item fosse eliminado |
|---|---------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 1 | 3.963 | 1.224 | 0.352 | 0.682 |
| 2 | 3.148 | 1.486 | -0.064 | 0.735 |
| 3 | 4.592 | 0.694 | 0.494 | 0.678 |
| 4 | 4.963 | 0.192 | 0.000 | 0.704 |
| 5 | 4.815 | 0.786 | -0.209 | 0.724 |
| 6 | 4.370 | 1.148 | 0.077 | 0.710 |
| 7 | 4.555 | 0.934 | 0.467 | 0.674 |
| 8 | 4.296 | 1.067 | 0.290 | 0.688 |
| 9 | 3.555 | 1.155 | 0.284 | 0.689 |
| 10 | 4.407 | 1.083 | -0.029 | 0.718 |
| 11 | 4.000 | 1.209 | 0.555 | 0.658 |
| 12 | 4.185 | 1.210 | 0.556 | 0.658 |
| 13 | 4.111 | 1.219 | -0.013 | 0.721 |
| 14 | 4.296 | 0.953 | 0.314 | 0.687 |
| 15 | 4.296 | 1.103 | 0.419 | 0.675 |
| 16 | 3.926 | 1.357 | 0.215 | 0.698 |
| 17 | 4.407 | 0.888 | 0.580 | 0.665 |
| 18 | 4.667 | 0.480 | 0.592 | 0.681 |
| 19 | 4.593 | 0.572 | 0.482 | 0.682 |
| 20 | 3.778 | 1.396 | 0.548 | 0.655 |
| Valores totais da escala: N=20; Média=4.246; Alpha total = 0.701 | | | | |

O coeficiente *Alpha de Cronbach* da escala total revelou um valor global de 0.701, considerado um valor razoável. Assim, pode referir-se que as 20 afirmações se apresentam válidas para avaliar os conhecimentos sobre VIH/SIDA dos indivíduos infectados pelo VIH. As correlações com maior poder discriminativo são aquelas que apresentam saturações acima de 0.300. Observamos pela análise destes dados que as afirmações 2 (*ter outra doença de transmissão sexual, aumenta a probabilidade de ficar infectado/a também pelo VIH*), 5 (*Uma pessoa infectada com o VIH/SIDA e a tomar antiretrovirais não precisa de se proteger utilizando o preservativo*), 10 (*Se o homem retirar o pénis da vagina antes de ejacular, previne a infecção VIH/SIDA*) e 13 (*Utilizar um espermicida nas relações coitais, previne a infecção VIH*) apresentam saturações negativas, e com maior variância de respostas pelo que podemos concluir que são afirmações onde os inquiridos demonstram menores conhecimentos por apresentarem maior dificuldade em responderem de forma correcta. No entanto, optamos por aplicar o questionário referido, dado que os constructos que compõem as afirmações são para nós indicadores de possíveis falhas de informação e deste modo podermos utilizá-los como formas de prevenção de disseminação da infecção VIH.

2.6 – PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS

O estudo foi realizado em quatro hospitais da cidade de Lisboa (Hospital de Santa Maria e Hospital Pulido Valente do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital Egas Moniz do Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e Hospital Curry Cabral). Para podermos realizar a nossa recolha de dados nos referidos hospitais, foi requerido o parecer dos vários Conselhos de Administração (Anexo 2). Obtivemos parecer favorável em todas as entidades, podendo desta forma realizar o nosso estudo.

Em Maio de 2008, procedeu-se aos contactos formais com os hospitais anteriormente referidos, sendo que em Junho do mesmo ano foram abordados a enfermeira chefe da Consulta e o Director Clínico do serviço de Infeciologia de um dos hospitais, para a aprovação da realização de um estudo piloto. Os dados recolhidos pelo estudo piloto foram pertinentes para validar o questionário e permitir efectuar algumas alterações no mesmo, não sendo utilizados para a amostra total do presente estudo. Após a realização e avaliação do mesmo, foram contactados os restantes hospitais através dos directores clínicos para, posteriormente, serem aplicados os questionários. É de referir que o tempo para concessão da autorização para a aplicação dos questionários

variou entre os três e os quatro meses.

A recolha de dados realizou-se entre os dias 4 de Agosto e 31 de Outubro de 2008. O período de aplicação dos questionários não foi igual nos diferentes hospitais e num deles a recolha de dados era efectuada apenas num dia da semana, devido à presença de outros investigadores no serviço.

Durante o período de aplicação dos questionários a investigadora esteve sempre presente, o que permitiu o esclarecimento de algumas dúvidas pontuais.

Os indivíduos adultos infectados por VIH eram abordados inicialmente, pela enfermeira ou pelo médico da consulta/hospital de dia que, de modo sucinto referenciavam o questionário e os encaminhavam para a investigadora, de modo a efectuar uma abordagem relativamente ao objectivo da aplicação do mesmo. Devido à dinâmica dos serviços a aplicação dos questionários era essencialmente realizada após a consulta médica de modo a não interferir com os horários das consultas. Noutras ocasiões, a aplicação do questionário era efectuada antes da realização da consulta, de modo a haver uma maior organização e gestão do tempo, permitindo uma maior adesão. Alguns indivíduos a quem se solicitou a participação no estudo após a consulta, recusaram por falta de tempo.

Os indivíduos foram seleccionados consoante os critérios já abordados anteriormente e, após a apresentação da investigadora, do estudo e da sua finalidade, foi solicitado que lessem a folha de rosto do questionário, que garantia a confidencialidade dos dados, anonimato e participação voluntária, tendo o direito de recusar a qualquer momento a sua participação no estudo sem que, com isso pudesse incorrer em algum prejuízo na assistência que lhe era prestada. Posteriormente, agradecia-se a participação e procedia-se à entrega dos questionários.

O questionário foi entregue individualmente, promovendo sempre a privacidade do indivíduo, apesar do espaço físico ser bastante limitado nos diferentes locais. Porém, nem todos os indivíduos abordados participaram no estudo, alguns recusaram participar e outros não o terminaram. O total de indivíduos solicitados para o estudo foi de 276, tendo sido eliminados 23 questionários, devido a preenchimento incompleto, ficando assim, uma amostra válida de 253 indivíduos.

2.7 – IMPLICAÇÕES ÉTICAS

Esta investigação respeitou as normas éticas inerentes ao protocolo de Helsínquia, pelo que, para a aplicação do questionário, foi previamente solicitada a autorização aos respectivos conselhos de administração de cada Hospital. No que diz respeito aos indivíduos que participaram no estudo, cada um deles forneceu o seu consentimento informado à investigadora antes de iniciar a aplicação dos questionários e, depois de terem sido informados sobre os objectivos, processo de recolha de dados e acesso aos resultados, foi garantido o seu anonimato.

2.8 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS

Para o tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao *software* SPSS, versão 15.0.

Em primeiro lugar, realizou-se a análise da dimensionalidade da escala de conhecimentos acerca do VIH/SIDA estudando a qualidade dos itens e a sua composição factorial. Assim, realizaram-se análises em componentes principais com o objectivo de averiguar a composição da escala e as relações entre as variáveis que compõem cada das suas componentes (Reis, 2001; Stevens, 1986). Por outro lado, foi calculado, para cada subescala, o valor da consistência interna através do *alfa Cronbach*, procedimento considerado a melhor estimativa de fidelidade de um teste (Muñiz, 2001; Nunnally, 1978). Para avaliar as propriedades dos itens calcularam-se as correlações com a escala, ou subescala, excepto o próprio item assim como o valor de alfa quando o item é eliminado (Muñiz, 2001; Nunnally, 1978).

Seguidamente, efectuou-se a análise descritiva de todas as medidas, tendo sido calculadas médias e desvios padrão para todas as variáveis numéricas e frequências e percentagens para todas as variáveis nominais e, em alguns casos, ordinais (Reis, 2001).

Sempre que se pretendeu verificar as diferenças estatisticamente significativas entre variáveis ou entre grupos utilizou-se técnicas de estatística inferencial, tendo sido consideradas diferenças estatisticamente significativas as que possuíam um valor de probabilidade associado até 0.05 (Howell, 2006).

Nos casos em que pretendeu verificar diferenças médias entre dois grupos relativamente a uma variável numérica utilizou-se o teste t de Student (design não relacionado) (Howell, 2006; Pestana e Gageiro, 2003). Quando a variável independente

possuía mais de duas categorias e a variável dependente era numérica foi efectuada uma análise da variância, unifactorial, (ANOVA). O teste de Tukey foi o escolhido para as comparações *post-hoc* por ser o mais robusto e adequado a comparações não planeadas quando não existem violações expressivas dos pressupostos (Howell, 2006; Pestana e Gageiro, 2003).

Na análise da relação entre duas variáveis numéricas utilizou-se a correlação de Pearson (Howell, 2006).

Nos casos em que existiam variáveis ou grupos com número baixo de sujeitos optou-se por estatísticas não paramétricas. Neste caso, quando o objectivo foi comparar diferenças numa variável contínua considerando uma variável independente com dois níveis recorreu-se ao teste de Mann-Whitney. No caso da variável independente possuir mais de 2 níveis o teste escolhido foi o Kruskal-Wallis (Howell, 2006).

3 - AVALIAÇÃO DA DIMENSIONALIDADE DA ESCALA DE CONHECIMENTOS

Apresentam-se de seguida os resultados do estudo centrados na apreciação das características métricas do instrumento de medida, relativos à apreciação que os indivíduos adultos infectados por VIH têm dos seus conhecimentos sobre a infecção VIH/SIDA e comportamentos sexuais de risco. A análise estatística da informação recolhida permite-nos obter o grau de fidelidade e a validade do instrumento utilizado para inquirir os elementos do estudo.

A análise da dimensionalidade dos 20 itens que compõem a escala foi efectuada através de uma Análise em Componentes Principais. Num primeiro momento, efectuámos o estudo da solução inicial que através do *Scree Test* de Catell nos apontava a retenção de cinco componentes. Num segundo passo, realizamos uma análise em componentes principais com rotação Varimax, forçada a cinco factores, que não se revelou interpretável do ponto de vista teórico. Considerámos, ainda, soluções a quatro e três e apenas esta última configuração se revelou adequada.

Voltamos a efectuar a análise em componentes principais forçada a 3 factores e através do estudo das comunalidades dos itens, como observamos na tabela n.º2, foi necessário eliminar 3 itens por apresentarem valores muito reduzidos. Foram, assim, excluídos, em passos sequenciais, os itens: 5 - *Uma pessoa infectada com VIH/SIDA a tomar antiretrovíricos não precisa de se proteger utilizando o preservativo*; $h^2=.031$; 4 - *Uma pessoa infectada com o VIH/SIDA não precisa de se proteger utilizando o preservativo*; $h^2=.097$; 1 - *Ter relações sexuais com mais de um parceiro, aumenta a probabilidade de uma pessoa ser infectada pelo VIH*; $h^2=.108$.

Dois outros itens foram excluídos:

- Item 16 - *A contaminação pelo VIH/SIDA ocorre em relações sexuais entre duas mulheres, se UMA estiver infectada*, por apresentar uma comunalidade não muito elevada e saturações abaixo de 0.45 ($h^2=.243$) e saturação factorial na componente que marcava (0.399) abaixo do ponto de corte adoptado (0.45 considerado como adequado por Tabachnick e Fidell, 2007).

- Item 15 - *A contaminação pelo VIH/SIDA ocorre em relações sexuais entre dois homens, se UM estiver infectado*, por possui saturações factoriais expressivas em dois factores (0.432 na componente 2 e 0.462 na componente 3).

Na última solução, composta por 15 itens verificou-se que as medidas de adequação da amostra e da matriz encontradas permitiam prosseguir os cálculos com um nível adequado de confiança (Kaiser-Meyer-Olkin=.689; Bartlett's Test of Sphericity, $\chi^2_{(105)}=781.171, p=.000$).

Os dois factores extraídos explicam 46.02% da variância total, sendo 16.71% relativos à primeira componente, 15.07% à segunda e 14.24% à terceira. Todas as componentes possuem itens com saturações factoriais superiores a 0.45, variando estas medidas entre 0.793 e 0.547 na primeira, 0.789 e 0.513 na segunda e 0.741 e 0.488 na última componente extraída, como se observa na tabela n.º2. Deste modo a componente 1 refere-se aos conhecimentos relativos aos *conhecimentos gerais*, a componente 2 refere-se aos conhecimentos relativos à *contaminação/transmissão* e a componente 3 refere-se aos conhecimentos relativos à *prevenção*.

Tabela n.º2 - Saturações factoriais dos itens por factor extraído (N=253)

| Itens | Conhecimentos gerais | Contaminação | Prevenção | h ² |
|--------------------------|----------------------|---------------|---------------|----------------|
| 13 | 0.793 | -0.077 | -0.015 | 0.634 |
| 7 | 0.706 | -0.149 | -0.043 | 0.523 |
| 10 | 0.700 | -0.168 | 0.044 | 0.521 |
| 6 | 0.655 | -0.026 | -0.016 | 0.430 |
| 2 | 0.547 | 0.061 | -0.080 | 0.309 |
| 19 | -0.089 | 0.789 | -0.056 | 0.633 |
| 20 | -0.086 | 0.634 | -0.080 | 0.415 |
| 18 | -0.087 | 0.615 | 0.359 | 0.514 |
| 17 | -0.032 | 0.562 | -0.014 | 0.317 |
| 14 | -0.072 | 0.513 | 0.269 | 0.341 |
| 12 | -0.251 | 0.141 | 0.741 | 0.631 |
| 8 | -0.016 | -0.050 | 0.677 | 0.461 |
| 11 | -0.122 | 0.147 | 0.592 | 0.387 |
| 9 | 0.220 | -0.162 | 0.565 | 0.394 |
| 3 | 0.076 | 0.384 | 0.488 | 0.392 |
| Valores próprios | 2.507 | 2.260 | 2.136 | |
| % variância total | 16.710 | 15.066 | 14.241 | |

Seguidamente, realizou-se o estudo psicométrico dos itens de cada uma das componentes, assim como o seu nível de consistência interna.

Na primeira componente, relativa aos *conhecimentos gerais* composta por 5 itens, as correlações corrigidas variam entre 0.590 e 0.340, revelando a importância destes itens para a construção da medida. O alfa de Cronbach situou-se em 0.726, revelando uma boa consistência interna, como nos indica a tabela n.º3.

Tabela n.º3 - Média (M), desvio-padrão (DP) e correlação corrigida (r) dos 5 itens da primeira componente ($n=253$)

| Item | M | DP | r corrigida |
|------|------|------|-------------|
| 13 | 2.00 | 1.25 | 0.590 |
| 7 | 1.45 | 1.02 | 0.525 |
| 10 | 1.72 | 1.19 | 0.503 |
| 6 | 1.79 | 1.27 | 0.426 |
| 2 | 3.16 | 1.64 | 0.340 |

Na segunda componente, que diz respeito aos conhecimentos relativos à *contaminação*, as correlações corrigidas revelam-se um pouco mais reduzidas comparativamente à primeira componente, situando-se no intervalo de 0.576 a 0.292. O alfa de Cronbach apresenta o valor de 0.66, considerado como aceitável, como nos indica a tabela n.º4.

Tabela n.º4 - Média (M), desvio-padrão (DP) e correlação corrigida (r) dos 5 itens da segunda componente ($n=253$)

| Item | M | DP | r corrigida |
|------|------|------|-------------|
| 19 | 4.70 | .78 | 0.576 |
| 20 | 3.84 | 1.38 | 0.367 |
| 18 | 4.92 | .28 | 0.414 |
| 17 | 4.71 | .85 | 0.292 |
| 14 | 4.66 | .72 | 0.296 |

Na terceira e última das componentes extraídas por análise em componentes principais, e que se refere aos conhecimentos relativos à *prevenção*, analisamos a qualidade dos itens considerando o cálculo da correlação de cada item com o total da

subescala excepto o próprio item e verificamos valores entre 0.599 e 0.257. O índice de consistência interna apresentou um valor de 0.623 o que pode ser considerado como aceitável dado o número de itens que compõem esta dimensão, como nos indica a tabela n.º5.

Tabela n.º5 - Média (M), desvio-padrão (DP) e correlação corrigida (r) dos 5 itens da terceira componente ($n=253$)

| Item | M | DP | r corrigida |
|------|------|------|-------------|
| 12 | 4.56 | 0.98 | 0.599 |
| 8 | 4.73 | 0.81 | 0.378 |
| 11 | 4.36 | 1.19 | 0.330 |
| 9 | 3.92 | 1.24 | 0.257 |
| 3 | 4.86 | 0.42 | 0.299 |

Posteriormente realizamos a matriz de correlações entre as três dimensões extraídas anteriormente. Desta foi possível perceber que o factor 1 possui uma correlação negativa e significativa com o factor 2 ($r=-0.196$; $p<0.001$) e não se correlaciona com o factor 3. O factor 2 possui uma correlação positiva e significativa com o factor 3 ($r=0.165$; $p<0.001$), como observamos pela tabela n.º6.

Tabela n.º6 - Matriz de correlações (coeficiente de Pearson – r) das dimensões da escala de conhecimento de comportamentos de risco

| | 1 | 2 | 3 |
|----------|---------|--------|---|
| Factor 1 | 1 | | |
| Factor 2 | -0.196* | 1 | |
| Factor 3 | -0.067 | 0.165* | 1 |

** $p<0.001$

4 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

De seguida, passaremos à apresentação e discussão dos dados que seguirá o desenvolvimento do questionário e sempre que oportuno será alterada a orientação das questões. Encontra-se estruturada através da caracterização da amostra, acesso à informação sobre VIH/SIDA, conhecimentos sobre a infecção VIH/SIDA e comportamentos de risco face à sexualidade.

Após a apresentação, os resultados serão analisados e discutidos de modo a estabelecer algumas relações com outros estudos realizados.

4.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 253 participantes, com idades compreendidas entre os 25 e os 50 anos de idade, com uma média de 39.84 e um desvio padrão de 6.29 anos de idade. O grupo etário mais representativo é o grupo com idades compreendidas entre os 36 e os 40 anos de idade com 30.0% ($n=76$) do total da amostra. Observa-se que 21.7% ($n=55$) se encontra no grupo etário dos 41 aos 45 anos e 21.7% ($n=55$) no grupo etário dos 46 aos 50 anos de idade. Apenas 0.8% ($n=2$) se encontra no grupo etário dos 20 aos 25 anos de idade (tabela nº 7). Os grupos etários incluídos no estudo são aqueles em que ocorrem maior número de infecções, de acordo com o relatório do Departamento de Doenças Infecciosas – Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica (2009) que refere que, 83.9% das infecções VIH ocorreram no grupo etário dos 20 aos 49 anos.

A maioria (70.8%; $n=179$) são do sexo masculino, o que é natural pois 81.7% das infecções por VIH em Portugal, são em indivíduos do sexo masculino como menciona o Departamento de Doenças Infecciosas – Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica (2009).

Tabela n.º7 - Distribuição da amostra segundo o grupo etário e o sexo

| Idade | 20 – 25 anos | | 26 – 30 anos | | 31 – 35 anos | | 36 – 40 anos | | 41 – 45 anos | | 46 – 50 anos | | Total | |
|-----------|--------------|-----|--------------|-----|--------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Femino | - | - | 4 | 1.6 | 16 | 6.3 | 23 | 9.1 | 16 | 6.3 | 15 | 5.9 | 74 | 29.2 |
| Masculino | 2 | 0.8 | 11 | 4.3 | 34 | 13.4 | 53 | 20.9 | 39 | 15.4 | 40 | 15.8 | 179 | 70.8 |
| Total | 2 | 0.8 | 15 | 5.9 | 50 | 19.8 | 76 | 30.0 | 55 | 21.7 | 55 | 21.7 | 253 | 100.0 |

A amostra incluía indivíduos pertencentes a inúmeros concelhos pelo que foram agrupados segundo os distritos. A tabela n.º8 mostra que a percentagem maior, 91.3% ($n=231$) da nossa amostra reside no distrito de Lisboa.

Tabela n.º8 - Distribuição da amostra segundo o distrito de residência

| Distrito | N | % |
|----------|-----|-------|
| Lisboa | 231 | 91.3 |
| Setúbal | 12 | 4.7 |
| Santarém | 4 | 1.6 |
| Leiria | 3 | 1.2 |
| Porto | 2 | 0.8 |
| Luanda | 1 | 0.4 |
| Total | 253 | 100.0 |

A maioria dos participantes (77.1%; $n=195$) da amostra é de origem Portuguesa. Existe ainda uma percentagem significativa de indivíduos, 19.4% ($n=49$) oriundos de Países de Língua Oficial Portuguesa, 2.8 % ($n=7$) é oriunda de países como a Ucrânia, Nigéria e França e 0.8% ($n=2$) tem como nacionalidade o Brasil (tabela nº 9).

Dado que Portugal é um dos países preferidos para imigração é natural que se verifique uma percentagem significativa de pessoas com nacionalidades diferentes, afirmação que vai de encontro ao Relatório elaborado pela Delta Consultores (Falcão, 2002) no âmbito do Programa Sócrates – *Immigrant Language Learning*, onde Portugal surge com uma das taxas migratórias mais elevadas. Tradicionalmente os fluxos migratórios provêm das antigas colónias portuguesas, nomeadamente dos PALOP, mas desde 2000, assistiu-se a um fluxo significativo do Brasil e desde 2001 de países da Europa de Leste.

Tabela n.º9 - Distribuição da amostra segundo a nacionalidade

| País | N | % |
|----------|-----|-------|
| Portugal | 195 | 77.1 |
| PALOP | 49 | 19.4 |
| França | 4 | 1.6 |
| Brasil | 2 | 0.8 |
| Ucrânia | 2 | 0.8 |
| Nigéria | 1 | 0.4 |
| Total | 253 | 100.0 |

A maioria dos constituintes da amostra (45.1%; $n=114$) são solteiros e neste grupo, a maioria (21.3%; $n=54$) vive com familiares. O grupo que se segue, mais representativo, são aqueles que são casados ou vivem em união de facto com 34.8% ($n=88$), como podemos observar pela tabela n.º10. De referir ainda que 22.1% ($n=56$) dos participantes vivem sozinhos. Este é um dado que no âmbito da infecção VIH nos remete para as palavras de Pombo (2003, p.258) ao referir que há “factores inerentes ao próprio indivíduo, pessoas solitárias e jovens solteiros terão maior tendência a procurar relações ocasionais de risco”, e por isso mais favoráveis à transmissão do VIH.

Tabela n.º10 - Distribuição da amostra segundo o estado civil e pessoas com quem vivem

| Estado Civil \ Coabitação | | Sozinho | Companheiro/a | Familiares | Outros | Total |
|---------------------------|---|---------|---------------|------------|--------|-------|
| | | N | % | N | % | N |
| Solteiro | N | 40 | 17 | 54 | 3 | 114 |
| | % | 15.8 | 6.7 | 21.3 | 1.2 | 45.1 |
| Casado/União de facto | N | - | 88 | - | - | 88 |
| | % | - | 34.8 | - | - | 34.8 |
| Separado/Divorciado | N | 15 | 13 | 19 | 1 | 48 |
| | % | 5.9 | 5.1 | 7.5 | 0.4 | 19.0 |
| Viúvo | N | 1 | - | 2 | - | 3 |
| | % | 0.4 | - | 0.8 | - | 1.2 |
| Total | N | 56 | 118 | 75 | 4 | 253 |
| | % | 22.1 | 46.6 | 29.6 | 1.6 | 100.0 |

O estado civil é uma variável pouco referenciada na literatura, havendo maior referência ao número de parceiros que os infectados tiveram ao longo da vida. No entanto, tendo em consideração alguns estudos encontrados, verificamos, por exemplo, que num estudo realizado por Galvão et. al. (2004, p.197) em 73 mulheres infectadas por VIH, “60.3% são casadas ou vivem em união de facto”.

Quanto às habilitações literárias, o grupo mais representativo é composto pelos indivíduos que apresentam o 2º ciclo com 23.3% ($n=59$) do total da amostra. Dos restantes, 20.2% ($n=51$) concluíram o ensino secundário, 15.4% ($n=39$) o ensino superior ou técnico e apenas 3.6% ($n=9$) têm habilitações literárias inferiores ao 4ºano. Esta variável torna-se importante na medida que, esta é uma amostra que apresenta um bom nível de ensino e que lhe permite adquirir melhores conhecimentos relativos à infecção VIH/SIDA.

Podemos observar pela tabela n.º11, que o ensino superior/técnico regista uma percentagem de 15.4% ($n=39$) do total da amostra, dos quais 13.8% ($n=35$) estão empregados. Mais nenhum outro grau de ensino regista uma tão elevada percentagem de empregabilidade. Segundo o Anuário Estatístico de Portugal de 2007 (2008), “é perceptível ao longo dos últimos dez anos um incremento na qualificação da força de trabalho avaliada pelo grau de escolaridade (entre 1998 e 2007), (...) em que houve um aumento na população activa ao qual correspondeu um aumento dos indivíduos que tinham pelo menos o ensino secundário concluído” (p.17).

Tabela n.º11 – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias e situação profissional

| Situaco profissional Habilitaces Literárias | | Empregado | Desempregado | Reformado | Total |
|--|---|-----------|--------------|-----------|-------|
| | | N | 3 | 3 | 3 |
| Inferior ao 4ºano | % | 1.2 | 1.2 | 1.2 | 3.6 |
| | N | 13 | 17 | 7 | 37 |
| Ensino Básico 1º ciclo | % | 5.1 | 6.7 | 2.8 | 14.6 |
| | N | 21 | 26 | 12 | 59 |
| Ensino Básico 2º ciclo | % | 8.3 | 10.3 | 4.7 | 23.3 |
| | N | 28 | 17 | 13 | 58 |
| Ensino Básico 3º ciclo | % | 11.1 | 6.7 | 5.1 | 22.9 |
| | N | 36 | 11 | 4 | 51 |
| Ensino secundário | % | 14.2 | 4.3 | 1.6 | 20.2 |
| | N | 35 | 3 | 1 | 39 |
| Ensino Superior/técnico | % | 13.8 | 1.2 | 0.4 | 15.4 |
| | N | 136 | 77 | 40 | 253 |
| Total | % | 53.8 | 30.4 | 15.8 | 100.0 |

O tempo de conhecimento do diagnóstico de infeco VIH, variou entre um valor mínimo de 3 meses e um valor máximo de 24 anos, para uma média de 8.21 e um desvio padrão de 4.74 anos.

O tempo de toma da medicao antiretrovírica, variou entre um valor mínimo de um mês e um valor máximo de 24 anos, para uma média de 6.45 e um desvio padrão de 4.49 anos.

A terapêutica antiretrovírica surgiu com o objectivo de “prolongar e melhorar a qualidade de vida do indivíduo” (Mota-Miranda, et. al., 2005, p.9), e com todos os avanços que se têm alcançado neste campo, não se obteve ainda uma vacina ou cura para a infeco. Este fenmeno pode explicar o porquê de uma amostra com período de infeco de 24 anos.

Os indivíduos da amostra na sua grande maioria, 70.4% ($n=178$) sabem a forma de transmissão pela qual foram infectados, sendo que destes, 49.8% ($n=126$) apresentaram a via sexual como a forma mais provável de contaminao pela infeco

VIH, 19.4% ($n=49$) apresentam a partilha de agulhas como forma de contaminação, por último 1.2% ($n=3$) indicam que essa contaminação ocorreu por transfusão sanguínea. (gráfico n.º2). De acordo com o Departamento de Doenças Infecciosas – Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica (2009, p.2), relativamente à prevalência da infecção por VIH no ano de 2008, “a transmissão heterossexual (57.6%), sobrepõe-se à transmissão parentérica (21.9%)”. A ONUSIDA (2008) alerta-nos ainda para, a direccionalidade da origem da infecção VIH/SIDA e de como ela tem vindo a aumentar no grupo heterossexual. No entanto, ainda 29.6% ($n=75$) dos indivíduos referem desconhecer a forma pela qual foram contaminados.

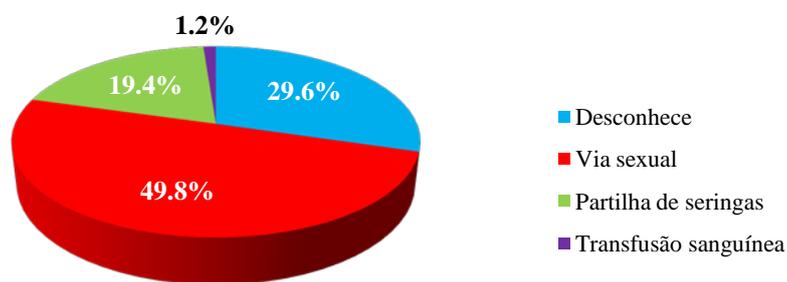


Gráfico n.º 2 – Distribuição da amostra segundo a forma de contaminação da infecção VIH

Dos 70.4% ($n=178$) que sabem como foram contaminados, 63.6% ($n=161$) faz medicação para a infecção. Ainda assim, uma percentagem significativa, 6.7% ($n=17$) do total da amostra, desconhece como foi contaminado, como podemos observar pelo gráfico n.º3.

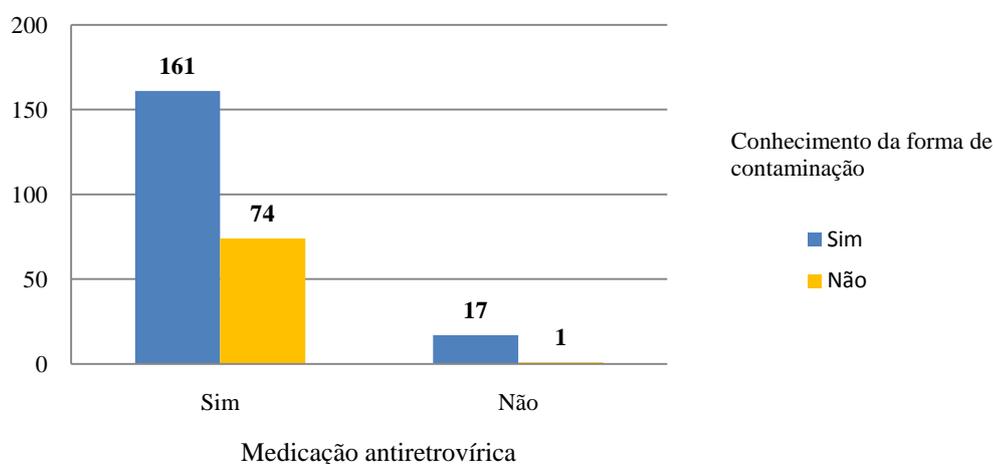


Gráfico n.º 3 – Distribuição da amostra segundo a forma de contaminação e toma de medicação antiretroviral

No que refere à orientação sexual, observamos que cerca de 79.4% ($n=201$) do total da amostra diz que mantém relações sexuais *exclusivamente com pessoas do sexo oposto*, 15.0% ($n=38$) mantém relações sexuais *exclusivamente com pessoas do mesmo sexo* e 5.5% ($n=14$) mantém relações sexuais *com pessoas de ambos os sexos*, como podemos observar pelo gráfico n.º4.

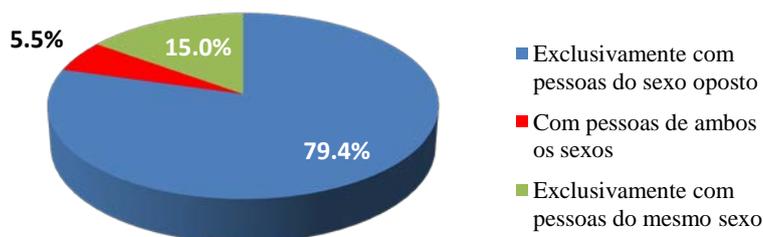


Gráfico n.º4 – Distribuição da amostra segundo a orientação sexual

4.2 – FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE A INFECÇÃO VIH/SIDA

As fontes de informação privilegiadas, no sentido de se tornarem mais abrangentes e acessíveis para este grupo de indivíduos foram os meios de comunicação social com 53.0 % ($n=134$), os profissionais de saúde com 23.3% ($n=59$) e os amigos com 12.6% ($n=32$) do total da amostra, como podemos observar pela tabela n.º12. Nos meios de comunicação social incluem-se: televisão, rádio, jornais, revistas, panfletos, placares publicitários e internet. Outras fontes de informação acerca da infecção VIH/SIDA referenciadas pelos participantes foram as ONG's.

Tabela n.º12 – Distribuição da amostra segundo a fonte de informação acerca da infecção VIH/SIDA

| Fontes de Informação | N | % |
|--|-----|-------|
| Meios de comunicação social | 134 | 53.0 |
| Profissionais de saúde | 59 | 23.3 |
| Amigos | 32 | 12.6 |
| Outras | 18 | 7.1 |
| Meios de comunicação social e amigos | 4 | 1.6 |
| Meios de comunicação social e profissionais de saúde | 4 | 1.6 |
| Família | 2 | 0.8 |
| Total | 253 | 100.0 |

Os profissionais de saúde são o grupo mais representativo a quem os indivíduos infectados por VIH se dirigem **quando têm dúvidas** acerca da infecção, e que constituem 87.0% ($n=220$) do total da nossa amostra (gráfico n.º5), o que demonstra a sua importância na prevenção da disseminação da infecção VIH/SIDA.

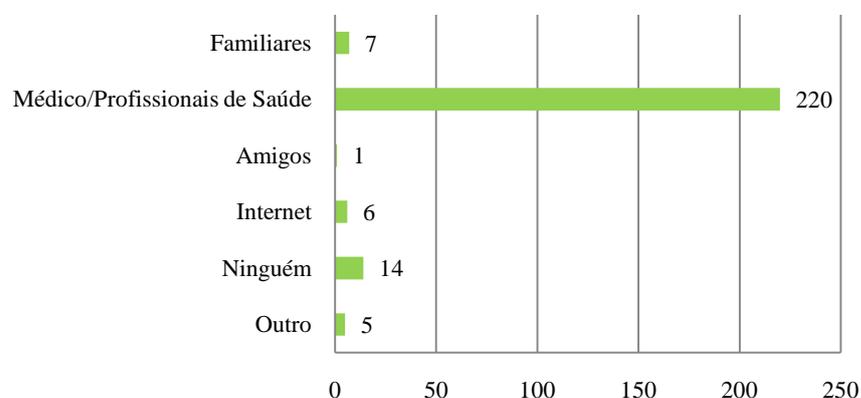


Gráfico n.º5 - Distribuição da amostra segundo a quem recorrem quando tem dúvidas acerca da infecção VIH/SIDA

Como podemos verificar na literatura, “quando se disponibiliza apoio, informação e educação, os comportamentos de risco diminuem significativamente” (Pombo, 2003, p.280). Os indivíduos com infecção VIH são seguidos numa Consulta de Doenças Infecciosas, e geralmente são acompanhados por equipas multidisciplinares constituídas por médicos, enfermeiros e psicólogos, profissionais de saúde que se encontram melhor preparados para a transmissão de conhecimentos relacionados com a

infecção VIH/SIDA. Reconhecendo a necessidade de preparação destes profissionais para que tal aconteça, Guerreiro (2000, p.73) refere que “os enfermeiros e os médicos constituem um grupo com necessidades específicas de formação e de aconselhamento psicológico, de modo a favorecer a qualidade dos cuidados de saúde prestados a seropositivos e doentes de SIDA”.

Do total da amostra, 31.2% ($n=79$) considera que os meios de informação mais acessíveis são os meios de comunicação social, seguindo-se os professores com 21.3% ($n=54$) e os profissionais de saúde com 16.2% ($n=41$), como podemos observar pela tabela n.º13.

Quando questionados acerca da importância de receberem mais informação acerca da infecção VIH/SIDA observamos que 47.0% ($n=119$) refere necessitar de receber mais informação sobre a infecção VIH/SIDA enquanto 53.0% ($n=134$), refere não sentir necessidade de obter mais informação sobre a infecção.

Tabela n.º13 – Distribuição da amostra segundo o acesso à informação acerca da infecção VIH/SIDA

| Fontes de Informação | N | % |
|---|-----|-------|
| Meios de comunicação social | 79 | 31.2 |
| Professores | 54 | 21.3 |
| Meios de comunicação social, professores e profissionais de saúde | 45 | 17.8 |
| Profissionais de saúde | 41 | 16.2 |
| Outros | 15 | 5.9 |
| Meios de comunicação social e professores | 13 | 5.1 |
| Amigos | 3 | 1.2 |
| Família | 1 | 0.4 |
| Professores, profissionais de saúde e família | 1 | 0.4 |
| Todos | 1 | 0.4 |
| Total | 253 | 100.0 |

A maioria da nossa amostra com 90.5% ($n=229$) considera importante que a problemática da infecção VIH/SIDA seja retratada em campanhas publicitárias, no entanto, apenas 55.7% ($n=121$) refere recordar-se de alguma campanha onde esta problemática tenha sido abordada, como podemos observar no gráfico n.º6.

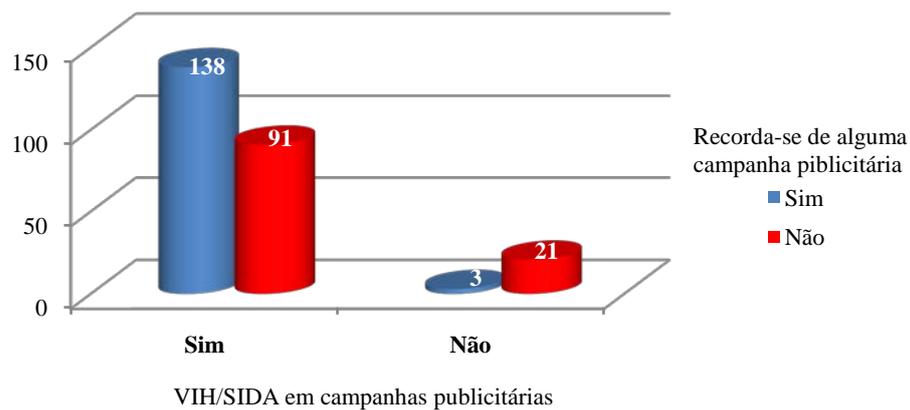


Gráfico n.º6 – Distribuição da amostra segundo a importância da problemática VIH/SIDA ser retratada em campanhas publicitárias e lembrança de alguma campanha com referência à infecção VIH

As campanhas publicitárias podem contribuir para a mudança de comportamentos de risco, no entanto, por si só, não constituem um auxílio fundamental nessa modificação de comportamentos, o que pode estar relacionado com a não existência de campanhas publicitárias direccionadas a pessoas com infecção por VIH bem como o facto de as pessoas infectadas, por factores intrínsecos, não se disponibilizarem para essa mudança, por vezes como forma de castigo em relação a outros.

A análise do gráfico n.º7 demonstra que embora 70.4% ($n=178$) do total dos participantes do estudo refira que as campanhas podem modificar comportamentos sexuais de risco na população em geral, efectivamente não contribuíram para modificar os seus próprios comportamentos.

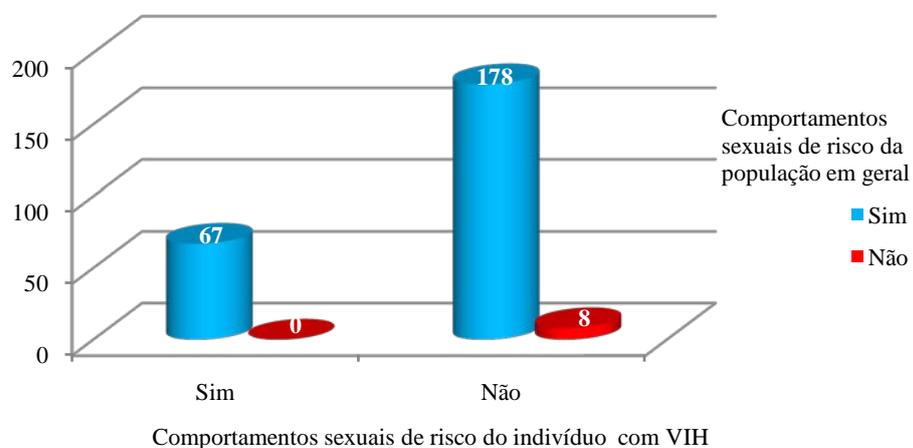


Gráfico n.º7 – Distribuição da amostra segundo a contribuição das campanhas publicitárias para modelarem comportamentos sexuais de risco

Estes dados demonstram que, o facto de haver informação sobre a infecção VIH/SIDA não se traduz implicitamente em maiores níveis de conhecimento e menos comportamentos de risco pois “não podemos esquecer as nossas crenças e atitudes viciadas, a anestesia que a informação nos pode e parece ter dado” (Cláudio e Mateus, 2000, p.86). Segundo Lopes (2006), “não podemos inferir que, só por si, os meios de comunicação de massas sejam suficientes para propiciar mudanças de condutas e atitudes a longo prazo” (p.121). “A literatura (Quinley, 1988; Singer, Rogers, & Corcoran, 1987, citados por Lopes, 2006) faz referência a diversos estudos em que o público em geral revela conhecer a ameaça do VIH/SIDA e os altos riscos de certos comportamentos, todavia há uma evidência de que o problema do VIH/SIDA não seja um problema que os afecte a si próprios” (p.126).

4.3. - CONHECIMENTOS ACERCA DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E INFECÇÃO VIH/SIDA

Os indivíduos da amostra foram colocados perante um conjunto de IST's, outras infecções e doenças não sexualmente transmissíveis, de modo a que se pudesse verificar se identificavam as IST's. Verificou-se que de um modo geral, os inquiridos sabem identificar quais as infecções que são sexualmente transmissíveis. Através do gráfico n.º8, podemos observar que para além do VIH a hepatite B é a IST identificada pelo maior número de inquiridos com 83.8% ($n=212$) do total da amostra. No entanto, há ainda 18.6% ($n=47$) e 70.4% ($n=178$) da amostra, que não sabe ou desconhece que a sífilis e o VPH são IST's, respectivamente.

O desconhecimento relativamente a estes dois tipos de IST'S associado a uma “ausência de manifestações de doença”, pode induzir as pessoas a manter “comportamentos que contribuem para a disseminação destas doenças” (Pombo, 2003, p.257).

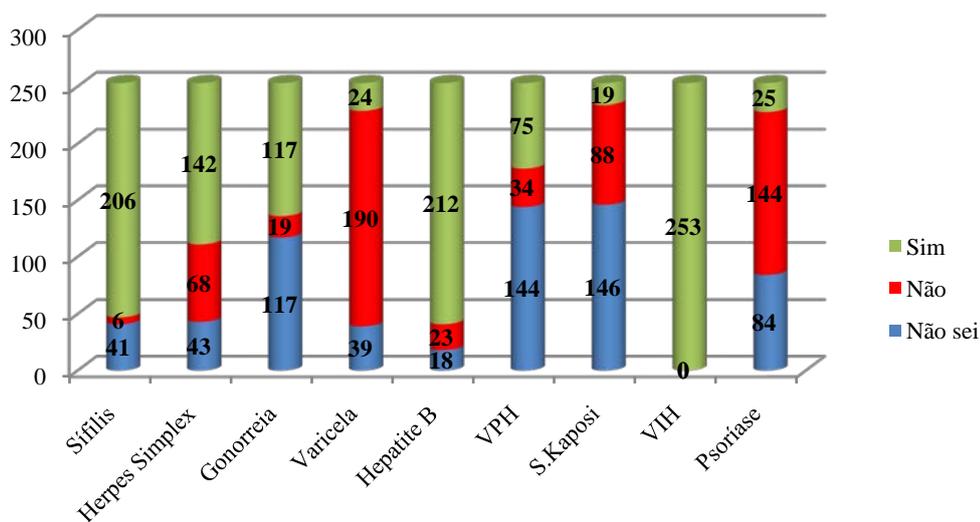


Gráfico n.º8 – Distribuição da amostra segundo a identificação das IST's

Como já foi referido anteriormente, o instrumento de medida utilizado para verificar o nível de conhecimentos sobre infecção VIH/SIDA dos participantes do estudo, incorpora três componentes: conhecimentos gerais, sobre contaminação e sobre prevenção.

Foi atribuída uma pontuação às questões efectuadas mediante a escala de *Likert* utilizada e que variou entre 1 e 5. Quanto mais alto o valor do somatório, maior o nível de conhecimentos que os inquiridos possuíam. Foi elaborado um somatório para cada componente e um somatório do conjunto das componentes, a que designamos de conhecimento global. Nas diferentes componentes, o valor máximo a atingir é de 25 (uma vez que cada componente integra 5 afirmações) e no conhecimento global o valor máximo a atingir é de 75.

Os resultados da estatística descritiva, encontrados para cada dimensão, componente ou factor, em análise, assim como do conhecimento global, encontram-se representados na tabela n.º14 de acordo com a transformação atrás referida.

Tabela n.º14 – Estatística descritiva relativa às componentes e conhecimento global ($n=253$)

| Componentes | M | DP | Mínimo | Máximo |
|----------------------|--------|-------|--------|--------|
| Prevenção | 22.332 | 3.178 | 5 | 25 |
| Contaminação | 22.853 | 2.668 | 13 | 25 |
| Conhecimentos gerais | 20.249 | 3.289 | 9 | 25 |
| Conhecimento global | 65.518 | 5.844 | 47 | 75 |

A componente relativa à contaminação pelo VIH/SIDA é a que, em média, obtém maior valor ($n=189$; 74.7%) e, portanto, aquela onde se verifica maior nível de conhecimento, seguida da prevenção ($n=172$; 68.0%) e, por fim, os conhecimentos gerais ($n=167$; 66.0%).

Tabela n.º15 – Distribuição da amostra segundo os níveis de conhecimento sobre VIH/SIDA

| Nível de conhecimento | Menor conhecimento | | Maior conhecimento | | Total | |
|--------------------------|--------------------|------|--------------------|------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Componentes | | | | | | |
| Prevenção | 81 | 32.0 | 172 | 68.0 | 253 | 100.0 |
| Contaminação/transmissão | 64 | 25.3 | 189 | 74.7 | 253 | 100.0 |
| Conhecimentos gerais | 86 | 34.0 | 167 | 66.0 | 253 | 100.0 |
| Conhecimento global | 91 | 36.0 | 162 | 64.0 | 253 | 100.0 |

Como podemos verificar de um modo geral, os inquiridos apresentam, em média, conhecimentos claramente acima dos 50% em todas as componentes e no conhecimento global.

Tendo por referência o valor da média para cada uma das componentes e escala global, considerando que possuem maior nível de conhecimento, aqueles com valores superiores à média e menor nível de conhecimento os que apresentam pontuações inferiores, verifica-se que, no global, 64.0% ($n=162$) possuem maior nível de conhecimentos e 36.0% ($n=91$) apresentam menor nível de conhecimentos. Analisando as componentes em separado observamos pela tabela n.º15 que verifica-se uma maior frequência de indivíduos com maior nível de conhecimentos, 74.7% ($n=189$) na

componente contaminação/transmissão, 68.0% ($n=172$) na prevenção e 66.0% ($n=167$) nos conhecimentos gerais.

Em relação a estudos sobre conhecimentos sobre a infecção VIH em pessoas portadoras de infecção VIH, Frade (2008) realizou um estudo a 143 mulheres portadoras de infecção VIH/SIDA em que a amostra “revela que se sente informada acerca da infecção VIH/SIDA, com 68.5% de respostas positivas. Apenas 13.3% dizem não se sentirem informadas” (p.87). Das 143 mulheres questionadas, “57.3% ($n=82$) têm muito bom conhecimento acerca da infecção VIH/SIDA, sendo que apenas 7,7% ($n=11$) têm conhecimento razoável, numa classificação de conhecimento razoável, bom conhecimento e muito bom conhecimento” (p.89).

Quanto à importância do uso de preservativo nas relações sexuais, verificou-se que a amostra total refere a importância da sua utilização. No que respeita ao seu uso, tendo em conta o tipo de relação sexual foram incluídas: relações sexuais entre *dois homens*, entre *duas mulheres*, entre *homem e mulher*, *todas e nenhuma*. O uso do preservativo nas práticas sexuais incluía o *sexo oral*, *sexo anal*, *sexo vaginal*. Verificou-se que 82.6% ($n=209$) da amostra considera importante o uso do preservativo em todo o tipo de relação sexual bem como em todo o tipo de prática sexual, o que está de acordo com o preconizado por vários autores, de que o uso do preservativo tem sido a estratégia preventiva mais eficaz no caso de transmissão sexual (Machado Caetano, 2000; Carballo, 2007).

Verificamos ainda que 6.7% ($n=17$) refere que o preservativo é importante em todo o tipo de relação sexual, no entanto, não considera o seu uso importante na prática de sexo oral. Nas relações heterossexuais, o uso do preservativo é referido por 4.3% ($n=11$) dos inquiridos na prática de sexo vaginal e também 4.3% ($n=11$) refere a importância do seu uso em todas as práticas sexuais, como podemos observar pela tabela n.º16.

Tabela n.º16 – Distribuição da amostra segundo a importância do uso do preservativo nos diferentes tipos de relação sexual e práticas sexuais

| Prática Sexual Tipo de relação sexual | | Sexo anal | Sexo vaginal | Todas | Todas excepto sexo oral | Total |
|--|---|-----------|--------------|-------|-------------------------|-------|
| | | Todas | N 2 | 2 | 209 | 17 |
| | % | 0.8 | 0.8 | 82.6 | 6.7 | 90.9 |
| Relação sexual heterossexual | N | - | 11 | 11 | - | 22 |
| | % | - | 4.3 | 4.3 | - | 8.7 |
| Relação sexual entre 2 homens | N | 1 | - | - | - | 1 |
| | % | 0.4 | - | - | - | 0.4 |
| Relação sexual entre 2 mulheres | N | - | - | - | - | - |
| | % | - | - | - | - | - |
| Total | N | 3 | 13 | 220 | 17 | 253 |
| | % | 1.2 | 5.1 | 87.0 | 6.7 | 100.0 |

Quanto aos métodos de prevenção da infecção VIH e IST's, a maioria dos indivíduos (88.5%; $n=224$) refere que o preservativo é o único método eficaz na prevenção. Observamos pela tabela n.º17 que, 11.5% ($n=29$) do total da amostra considera que para além do preservativo, existem outros métodos igualmente eficazes na prevenção da infecção VIH e outras IST's. Dentre estes, 7.5% ($n=19$) apresentam a abstinência sexual como um método eficaz, o que se enquadra no pensamento de Hoffman citado por Grilo (2001) quando expressa que o risco pode existir mesmo na prática de relações sexuais seguras, pelo que alguns optam pela abstinência. Ainda, 0.4% ($n=1$) da amostra aponta as relações com um único parceiro como método eficaz na prevenção da infecção VIH e outras IST's.

Tabela n.º17 – Distribuição da amostra segundo outros métodos igualmente considerados eficazes na prevenção do VIH/SIDA e IST's, excepto o preservativo

| Métodos | N | % |
|--|------------|--------------|
| Abstinência | 19 | 7.5 |
| Pílula | 3 | 1.2 |
| Sexo virtual | 3 | 1.2 |
| Coito interrompido | 2 | 0.8 |
| Higiene cuidada após as relações sexuais | 1 | 0.4 |
| Parceiro único | 1 | 0.4 |
| Total | 29 | 11.5 |
| Preservativo | 224 | 88.5 |
| Total | 253 | 100.0 |

4.4 - COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO FACE À INFECÇÃO VIH/SIDA

Faremos em seguida a caracterização e análise descritiva das variáveis relacionadas com os comportamentos de risco que os indivíduos infectados por VIH apresentam.

4.4.1 - Comportamentos de risco Antes e Após o conhecimento da infecção VIH/SIDA

A presença de uma IST assenta no pressuposto da existência de um comportamento de risco e neste âmbito verificamos que, 38.8% ($n=98$) da amostra total, antes de ter conhecimento que se encontrava infectada por VIH apresentava outras IST's. O tempo de ocorrência de uma outra infecção que não a infecção por VIH variou entre 1 e 30 anos, com uma média de 10.32 e um desvio padrão de 6.05 anos.

Como podemos observar pela tabela n.º18, a hepatite C foi a IST mais frequente em 45.9% ($n=45$), seguida da sífilis em 18.0% ($n=18$) do total da amostra. Observa-se que 10.2% ($n=10$) possuía simultaneamente hepatite B e C. A gonorreia foi ainda mencionada por 3.1% ($N=3$) da amostra. Em 61.2% ($n=60$) do total de casos houve necessidade de tratamento.

Tabela n.º18 – Distribuição da amostra segundo a ocorrência de IST's e instituição de tratamento

| Tratamento | Sim | | Não | | Total | |
|--------------------------------|-----|------|-----|------|-------|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| IST | | | | | | |
| Hepatite C | 14 | 14.3 | 31 | 31.6 | 45 | 45.9 |
| Sífilis | 18 | 18.4 | - | - | 18 | 18.4 |
| Hepatite B e C | 6 | 6.1 | 4 | 4.1 | 10 | 10.2 |
| Hepatite B | 6 | 6.1 | 2 | 2.0 | 8 | 8.2 |
| VPH | 3 | 3.1 | 1 | 1.0 | 4 | 4.1 |
| Gonorreia | 3 | 3.1 | - | - | 3 | 3.1 |
| Herpes | 3 | 3.1 | - | - | 3 | 3.1 |
| Sífilis e Hepatite B | 2 | 2.0 | - | - | 2 | 2.0 |
| Gonorreia e Hepatite B | 2 | 2.0 | - | - | 2 | 2.0 |
| VPH e Hepatite C | 1 | 1.0 | - | - | 1 | 1.0 |
| Candidíase e Hepatite C | 1 | 1.0 | - | - | 1 | 1.0 |
| Gonorreia, herpes e Hepatite B | 1 | 1.0 | - | - | 1 | 1.0 |
| Total | 60 | 61.2 | 38 | 38.8 | 98 | 100.0 |

Actualmente, 26.1% ($n=66$) da amostra total encontra-se infectada por uma IST, que não a infecção VIH e 2.0% ($n=5$) desconhecem se são ou não portadores de outra IST, como nos indica a tabela n.º19.

A presença de IST's foi também alvo de estudo por Wei et. al. (2009) que observaram que dos “1861 homens inquiridos, “2% dos homens referiram nunca ter tido uma IST e homossexuais masculinos relataram mais frequentemente a presença de uma IST (11%) que os heterossexuais (2%)”. A presença de uma IST está associada a uma manutenção de comportamentos de risco, nomeadamente, à não utilização de preservativo.

Tabela n.º19 – Distribuição da amostra segundo a presença actual de uma IST

| IST actual | N | % |
|------------|-----|-------|
| Sim | 66 | 26.1 |
| Não | 182 | 71.9 |
| Desconhece | 5 | 2.0 |
| Total | 253 | 100.0 |

A variável sobre os comportamentos sexuais de risco antes e após o conhecimento do diagnóstico de Infecção VIH/SIDA foi transformada numa variável quantitativa, que quantifica os comportamentos de risco. Esta variável é constituída por 15 questões, sendo que a afirmação relativa à *Experiência homossexual*, não foi contabilizada como comportamento sexual de risco e deste modo, quanto mais alto for o valor obtido nas restantes 14 questões referentes ao comportamento sexual, maior é o comportamento de risco. As questões são colocadas com as hipóteses de resposta: *Sim*, *Não* e *Não se recorda*. Nas questões referentes a comportamentos sexuais seguros foi dada a pontuação de 0, nas questões referentes a comportamentos sexuais de risco foi dada uma pontuação de 1, e nas que não se recorda, foram consideradas omissas. Assim, o comportamento desta variável apresenta a distribuição de valores, observada na tabela n.º20.

Tabela n.º20 – Distribuição da amostra segundo o comportamento de risco antes e após a infecção VIH/SIDA

| Variável | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
|---|-----|--------|--------|-------|---------------|
| Comportamento <u>antes</u> do conhecimento da infecção | 253 | 2 | 14 | 9.51 | 3.27 |
| Comportamento <u>após</u> o conhecimento da infecção | 253 | 0 | 13 | 4.24 | 2.89 |

A pontuação relativa aos comportamentos de risco antes do conhecimento do diagnóstico de Infecção VIH/SIDA variou entre 2 e 14 com média de 9.51 para um desvio padrão de 3.27. Após o conhecimento da infecção, estes valores variaram entre um mínimo de 0 e um máximo de 13, para uma média de 4.24 e um desvio padrão de 2.89.

Os comportamentos sexuais de risco foram avaliados segundo itens Antes e Após o conhecimento do diagnóstico de Infecção VIH/SIDA tais como: a existência de um ou mais do que um parceiro sexual, relações sexuais com preservativo em parceiros fixos ou ocasionais, a utilização de preservativo nas diferentes práticas sexuais e relações sexuais sob o efeito de álcool ou outras substâncias.

No que refere ao parceiro sexual, e de acordo com o gráfico n.º9, observamos que 88.5% ($n=224$) do total da amostra antes de ter conhecimento da sua

seropositividade tinha tido mais do que um parceiro sexual, 11.1% ($n=28$) tinham tido um único parceiro e 0.4% ($n=1$) refere não ter tido parceiro. Após terem tido conhecimento da sua seropositividade para VIH, 8.3% ($n=21$) refere não ter tido parceiro, 36.8% ($n=93$) tiveram apenas um parceiro e 54.9% ($n=139$) tiveram mais do que um parceiro.

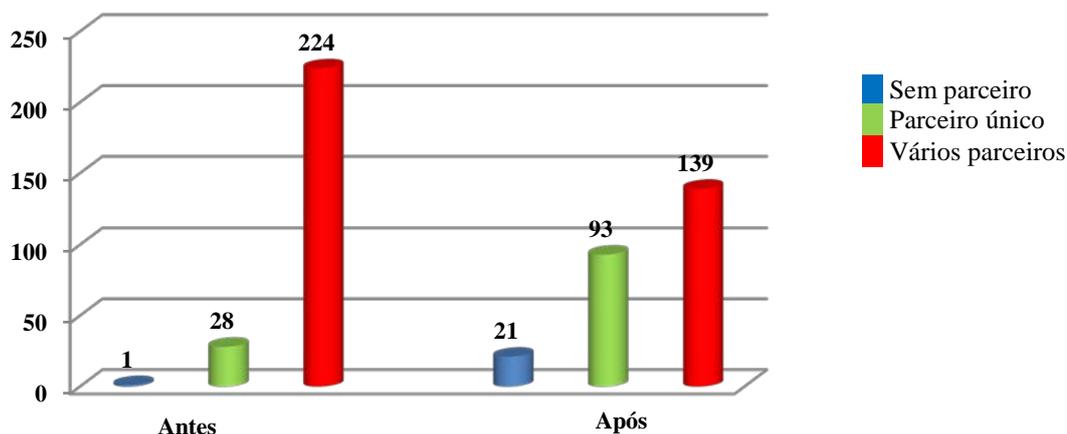


Gráfico n.º 9 – Distribuição da amostra segundo o parceiro sexual

No que diz respeito ao tipo de parceiro sexual observamos pelo gráfico n.º10 que antes do conhecimento do diagnóstico de infecção VIH/SIDA, 77.5% ($n=196$) da amostra total tinham tido parceiros ocasionais e 22.5% ($n=57$) refere não ter tido parceiros ocasionais. Após o conhecimento da sua seropositividade para VIH, 51.4% ($n=130$) da amostra total refere ter tido parceiros ocasionais e 48.6% ($n=123$) refere não ter tido parceiros ocasionais.

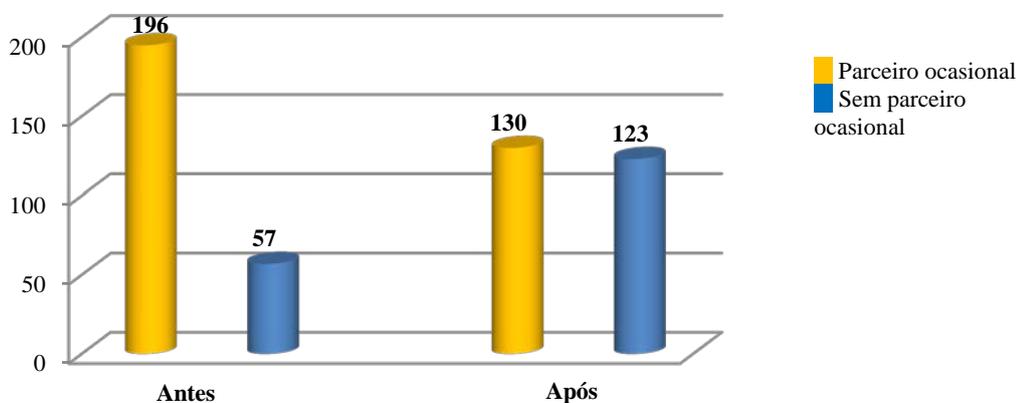


Gráfico n.º10 – Distribuição da amostra segundo a existência de parceiros ocasionais

Relativamente ao uso de preservativo em parceiros ocasionais antes e após o conhecimento do diagnóstico de infecção VIH/SIDA, verificamos que antes, 39.1% ($n=99$) da amostra total, que teve parceiros ocasionais refere ter usado preservativo e 38.0% ($n=96$) refere não ter usado preservativo. Após conhecimento da sua seropositividade para VIH, 47.4% ($n=120$) referem ter usado preservativo e 4.0% ($n=10$) referem não ter usado preservativo em parceiros ocasionais, como podemos observar pelo gráfico n.º11.

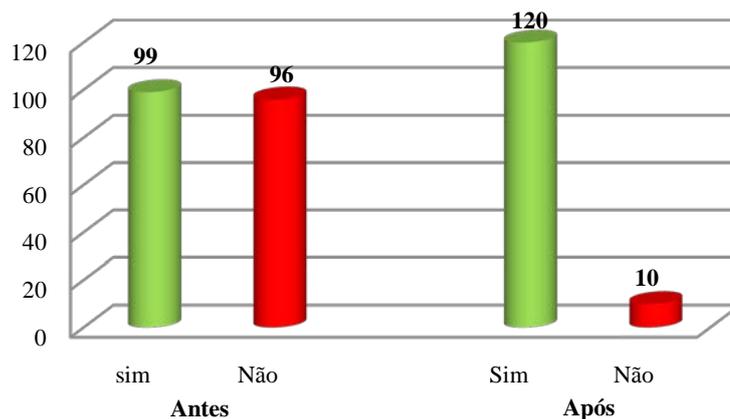


Gráfico n.º11 – Distribuição da amostra segundo o uso de preservativo em parceiros ocasionais

A maioria da amostra do nosso estudo, 98.0% ($n=248$) antes do conhecimento do diagnóstico de Infecção VIH/SIDA teve parceiros fixos e após conhecimento da seropositividade para VIH, 85.0% ($n=215$) refere ter tido parceiros fixos. Relativamente ao uso de preservativo com parceiros fixos, observamos pelo gráfico n.º12 que antes de terem conhecimento da sua seropositividade para VIH, 27.3% ($n=69$) usavam preservativo e 70.8% ($n=179$) referem não ter usado preservativo. Após conhecimento do diagnóstico de Infecção VIH/SIDA, observamos que 73.1% ($n=185$) da amostra que teve parceiros sexuais fixos usou preservativo nas relações sexuais e que 11.9% ($n=30$) refere não ter usado preservativo.

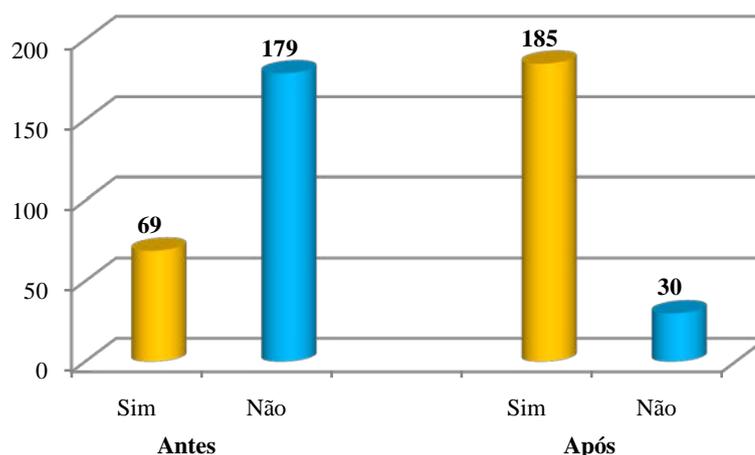


Gráfico n.º12 – Distribuição da amostra segundo a utilização de preservativo em parceiros sexuais fixos

A prática de sexo oral foi referenciada por 92.1% ($n=233$) da amostra antes e por 78.7% ($n=199$) após terem conhecimento de serem seropositivos para VIH. Relativamente ao uso de preservativo nesta prática sexual, observamos pelo gráfico n.º13 que, 19.0% ($n=48$) da amostra total que praticava sexo oral usava preservativo e 73.1% ($n=185$) não usava preservativo. Após o conhecimento da sua seropositividade para VIH, observa-se que 54.5% ($n=138$) da amostra que pratica sexo oral usa preservativo e 25.7% ($n=65$) não usa preservativo.

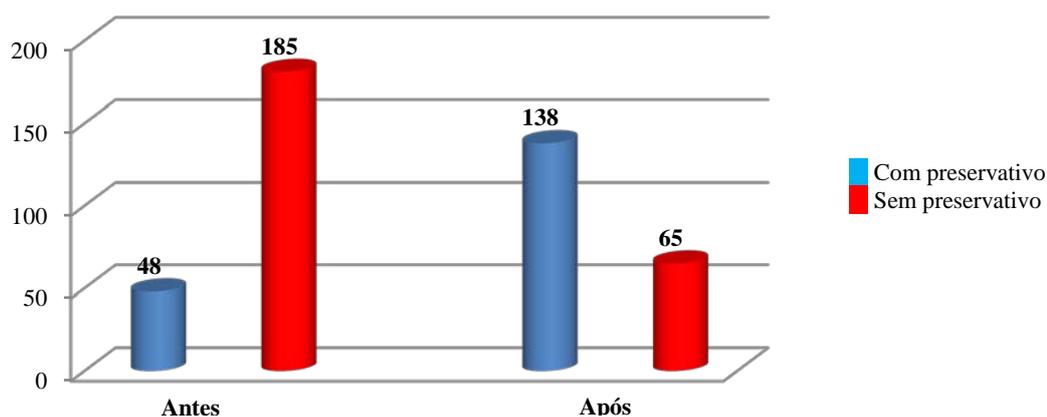


Gráfico n.º13 – Distribuição da amostra segundo a utilização de preservativo na prática de sexo oral

A prática de sexo anal foi referenciada por 88.1% ($n=223$) da amostra antes e por 79.5% ($n=201$) após conhecimento do diagnóstico de Infecção VIH/SIDA. Quanto ao uso de preservativo nesta prática sexual observamos pelo gráfico n.º14 que, antes do conhecimento da seropositividade para o VIH, 37.2% ($n=94$) da amostra que praticava

sexo anal usavam preservativo e 51.0% ($n=129$) não usava preservativo. Após conhecimento da seropositividade para o VIH, 71.5% ($n=181$) da amostra usa preservativo na prática de sexo anal e 7.9% ($n=20$) não usa preservativo.

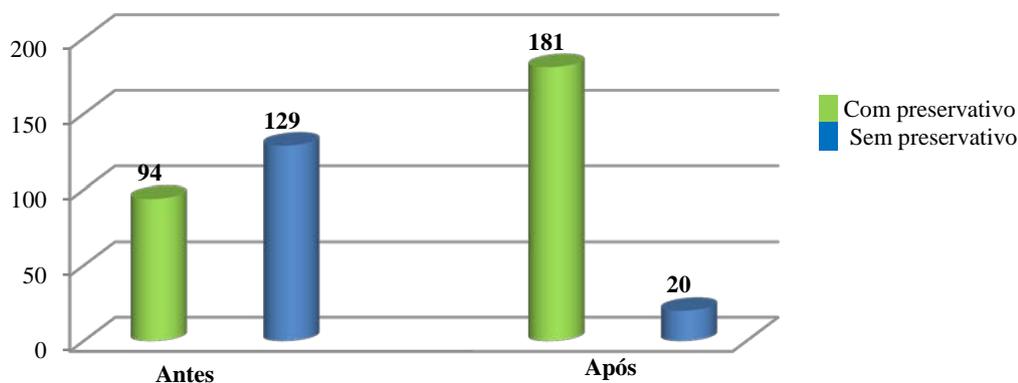


Gráfico n.º14 – Distribuição da amostra segundo a utilização de preservativo na prática de sexo anal

A prática de sexo vaginal foi referenciada por 89.3% ($n=226$) da amostra antes e por 82.2% ($n=208$) após o conhecimento do diagnóstico de infecção VIH/SIDA. Podemos observar pelo gráfico n.º15 que, 36.4% ($n=92$) da amostra total que antes do diagnóstico praticava sexo vaginal referiu usar preservativo e 53.0% ($n=134$) referiu não ter usado preservativo. Após conhecimento da seropositividade para o VIH, 72.3% ($n=183$) da amostra refere usar preservativo na prática sexo vaginal e 9.9% ($n=25$) refere não usar preservativo nesta prática sexual.

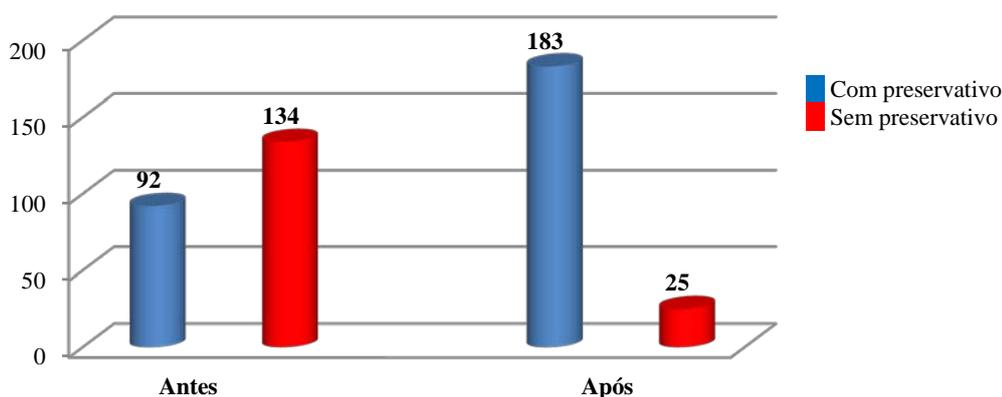


Gráfico n.º15 – Distribuição da amostra segundo a utilização de preservativo na prática de sexo vaginal

Em relação à prática de relações sexuais sob o efeito de álcool ou outras drogas/medicamentos, antes do conhecimento do diagnóstico de infecção VIH/SIDA, 64.0% ($n=162$) refere tê-lo feito. Após conhecimento da sua seropositividade para o VIH, 34.0% ($n=86$) continuam a referir ter mantido relações sexuais sob o efeito de álcool ou outras drogas/medicamentos (gráfico n.º16).

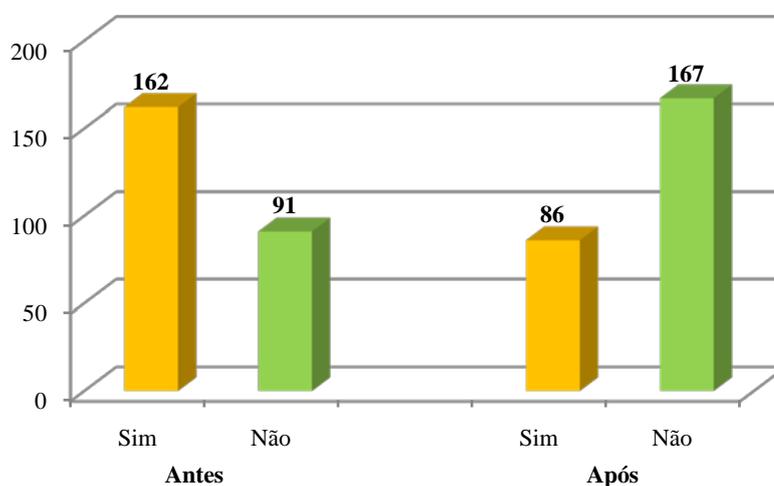


Gráfico n.º16 – Distribuição da amostra segundo a prática de relações sexuais sob o efeito de álcool ou outras drogas/medicamentos

Quanto à mudança de comportamentos sexuais de risco para comportamentos sexuais seguros, 87.7% ($n=222$) do total da amostra refere ter modificado o seu comportamento sexual para comportamentos sexuais seguros responde afirmativamente. Este facto é também comprovado ao longo do estudo, dado que houve uma redução nos comportamentos sexuais de risco, após a notificação de seropositividade para o VIH. O número de comportamentos sexuais de risco antes do conhecimento da infecção VIH variou entre 2 e 14 com média de 9.51, enquanto após o conhecimento da infecção estes valores variaram entre um mínimo de 0 e um máximo de 13, para uma média de 4.24, podendo dizer-se que houve uma mudança de comportamentos sexuais de risco para *comportamentos sexuais mais seguros* mas não para *comportamentos sexuais seguros*.

Esta modificação de comportamentos sexuais associada à notificação da seropositividade para o VIH foi também observada num estudo realizado por Sears et.al. (2008). Após o diagnóstico, houve uma redução do número de parceiros bem como uma maior referência à utilização de preservativo (72.8% dos sexualmente activos passaram a usar com maior frequência, 21.7% mantiveram a frequência).

No entanto, na nossa amostra, mediante a análise de todas as componentes relativas aos comportamentos de risco (mais do que um parceiro(a) sexual, práticas

sexuais sem preservativo e relações sexuais sob o efeito de drogas ou álcool) e mediante a análise às respostas dadas pelos indivíduos verificamos que apenas 28.9% ($n=73$) da amostra apresentaram comportamentos sexuais seguros e que 71.1% ($n=180$) mantiveram comportamentos sexuais de risco (gráfico n.º17).

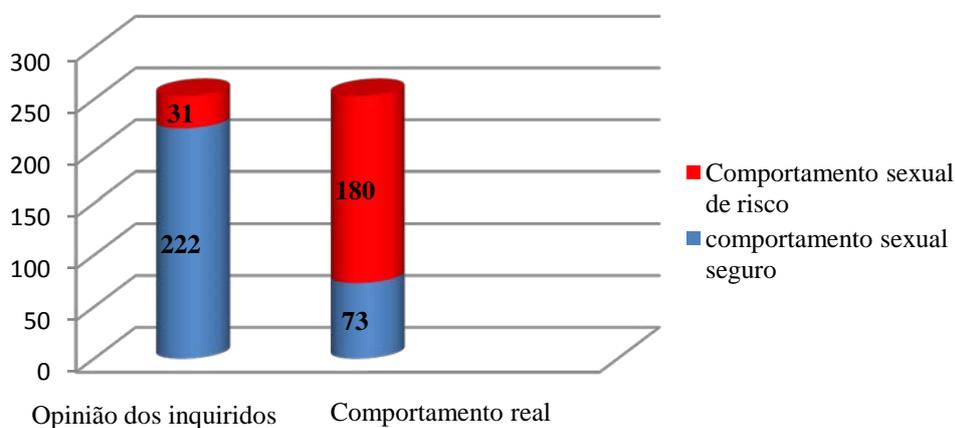


Gráfico n.º17 – Distribuição da amostra segundo a modificação dos comportamentos sexuais de risco para comportamentos sexuais seguros mediante a opinião dos inquiridos/ comportamento real

Em relação ao risco de transmissão da infecção, foi solicitado aos indivíduos que atribuíssem a si próprios um nível de risco de transmitirem a infecção, numa escala de 1 a 7 pontos. Foram obtidos os seguintes resultados: mínimo de um ponto e máximo de 7 pontos, com uma média de 2.04 e um desvio-padrão de 1.90 pontos. Podemos afirmar a partir destes dados que estes indivíduos acreditam que a possibilidade de transmitirem a infecção é baixa, segundo a escala utilizada. Para 65.2% ($n=165$) da amostra não existe mesmo nenhum risco. Há, no entanto, 8.3% ($n=21$) que considera apresentar um risco elevado na transmissão da infecção VIH/SIDA, como podemos observar pelo gráfico n.º18.

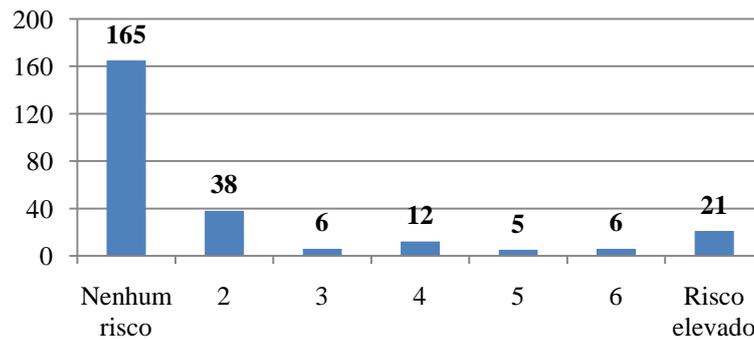


Gráfico n.º18 – Distribuição da amostra segundo a percepção do risco para a transmissão da infecção VIH

Não se encontraram estudos que revelassem a percepção de transmissão do VIH por parte dos indivíduos já infectados. No entanto, um estudo nacional, realizado por Amaro et. al. (2004) já citado, revelou que a maioria dos indivíduos “68.3%, consideravam que o risco de ser infectado com VIH em Portugal era elevado e 37% temeram, no passado, terem sido infectados pelo VIH” (p.56,57).

Neste sentido, Teixeira (2000) menciona que a informação sendo importante não é suficiente para a modificação de comportamentos de risco, existindo aspectos como “a percepção da vulnerabilidade pessoal quanto à possibilidade de poder infectar-se se tiver comportamentos de risco, a expectativa do sujeito quanto à sua capacidade para se proteger quando é necessário (usando preservativo) e a facilidade em falar ao parceiro de sexo seguros e preservativos (...) pode ter na gestão do risco sexual” (p.81,82).

Relativamente ao início da actividade sexual verificou-se que a idade da primeira relação sexual variou entre um mínimo de 10 e um máximo de 26 anos, para uma média de 15.87 e um desvio padrão de 2.58 anos de idade. Segundo O’Donnell et. al. (2001) o início da actividade sexual antes dos 15 anos começou a aumentar, durante a os anos 80 nos EUA. Embora estudos recentes refiram que essa tendência possa estar a estabilizar, a verdade é que a idade de iniciação sexual contínua em declínio.

Em relação ao número de parceiros sexuais, verificamos pela análise da tabela n.º21 que, 47.0 % ($n=119$) do total da amostra já teve mais de 10 parceiros sexuais ao longo da sua vida.

Frade (2008) no estudo realizado a 142 mulheres infectadas pelo VIH revela que “25.2% ($n=33$) das mulheres questionadas relacionaram-se sexualmente com duas pessoas ao longo da vida, enquanto 10.5% ($n=15$) das mulheres não têm ideia do

número de pessoas diferentes com quem se relacionaram sexualmente ao longo da vida” (p.83).

Num outro estudo realizado por Spikes et. al. (2009, p.1073), a 3047 homens infectados por VIH, entre os 18 e os 79 anos de idade, de raça negra, observou-se que “41.2% da amostra, relatou a existência de um único parceiro fixo no último ano, 40.0% refere ter tido apenas parceiros ocasionais e 18.9% refere ter tido parceiros fixos e ocasionais”.

O número de parceiros ao longo da vida é um factor que contribui para a transmissão da infecção pelo VIH bem como de outras IST's, na medida em que a probabilidade em se relacionar com uma pessoa infectada aumenta consideravelmente (Pombo, 2003).

Tabela n.º21 – Distribuição da amostra segundo o número de parceiros sexuais ao longo da vida

| N.º de parceiros | N | % |
|------------------|-----|-------|
| 1 | 7 | 2.8 |
| 2-4 | 62 | 24.5 |
| 5-7 | 41 | 16.2 |
| 8-10 | 24 | 9.5 |
| >10 | 119 | 47.0 |
| Total | 253 | 100.0 |

Relativamente ao número de parceiros no último ano, 56.9 % ($n=144$) do total da amostra teve um parceiro(a), 2.4% ($n=6$) teve mais do que 10 parceiros e 17.4% ($n=44$) não teve nenhum parceiro(a) (Tabela n.º 22).

Tabela n.º22 – Distribuição da amostra segundo o número de parceiros sexuais no último ano

| N.º de parceiros | N | % |
|------------------|-----|-------|
| 0 | 44 | 17.4 |
| 1 | 144 | 56.9 |
| 2-4 | 49 | 19.4 |
| 5-7 | 6 | 2.4 |
| 8-10 | 4 | 1.5 |
| >10 | 6 | 2.4 |
| Total | 253 | 100.0 |

Dos 253 participantes, 69.6% ($n=176$) têm uma vida sexualmente activa e 30.4% ($n=77$) da amostra diz não ter vida sexual activa (tabela n.º23).

O número de relações sexuais por semana variou entre um e sete, para uma média de 2.41 e desvio padrão de 1.66, por semana.

Por mês, o número de relações sexuais variou entre um mínimo de 1 e um máximo de 15, para uma média de 3.65 e um desvio padrão de 3.78.

Tabela n.º23 – Distribuição da amostra segundo o número de relações sexuais por semana e por mês e o tempo em anos de ausência de actividade sexual

| <i>Variável</i> | <i>N</i> | <i>Mínimo</i> | <i>Máximo</i> | <i>Média</i> | <i>Desvio padrão</i> |
|---|----------|---------------|---------------|--------------|----------------------|
| Número de relações por semana | 148 | 1 | 7 | 2.41 | 1.66 |
| Numero de relações por mês | 28 | 1 | 15 | 3.85 | 3.84 |
| Ausência de actividade sexual (anos) | 77 | 0.25 | 15 | 4.01 | 3.63 |

A partir deste ponto faremos uma separação entre a amostra sexualmente activa e a não sexualmente activa, dado que em termos de disseminação da infecção VIH por via sexual, parece-nos mais relevante estudar os comportamentos sexuais de risco na amostra que é sexualmente activa. Faremos ainda uma breve descrição da amostra que não é sexualmente activa.

4.4.2 – Amostra não sexualmente Activa

A amostra não sexualmente activa inclui todos os indivíduos da amostra que referiram não ter actividade sexual há pelo menos 3 meses.

Como já referido, 30.4% ($n=77$) do total da amostra refere não ter vida sexual activa. Apresentam um tempo médio de 4.01 anos de abstinência sexual, entre um mínimo de 3 meses (0.25 anos) e um máximo de 15 anos.

A abstinência sexual tem vindo a ser referida por vários autores como um meio eficaz na prevenção da transmissão da infecção VIH/SIDA, mas também como um fenómeno resultante de sentimentos de culpa, por se sentir contaminado e, deste modo, não se sentir digno de se relacionar com alguém, bem como pelo medo de rejeição (Grilo, 2001; Grimberg, 2000).

Num outro estudo, realizado por Bogart et. al. (2006, p.1080), evidenciou-se que dos “1339 participantes, 415 relataram não ser sexualmente activos” nos 6 meses prévios ao estudo, mas apenas 201 tinham deliberadamente optado pela abstinência. Do total da amostra, 18% das mulheres, 18% dos homens heterossexuais e 11% dos homossexuais/bissexuais masculinos referiram a abstinência sexual. “Homossexuais e bissexuais masculinos e heterossexuais frequentemente referiam a abstinência por medo de transmitirem o vírus, e alguns indivíduos mencionaram o medo de serem rejeitados ao revelarem o seu estado serológico” (p.1078).

A maioria da amostra não sexualmente activa 19.0% ($n=48$) é do sexo masculino e 11.5% ($n=29$) do sexo feminino. A idade variou entre os 29 e os 50 anos com uma média de 41.71 e um desvio padrão de 6.02 anos de idade.

O estado civil com maior percentagem de não sexualmente activos são os solteiros com 57.1% ($n=44$), seguidos dos separados/divorciados com 31.2% ($N=24$), dos casados com 9.1% ($n=7$) e por último dos viúvos com 2.6% ($n=2$) (gráfico n.º 19).

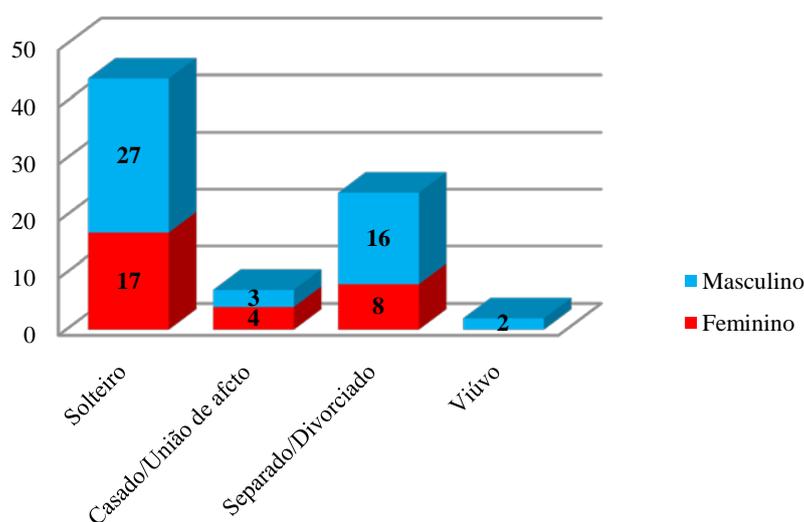


Gráfico n.º19 – Distribuição da amostra não sexualmente activa segundo o estado civil

Galvão et. al. (2004) num estudo exploratório, efectuado em mulheres com VIH, em São Paulo, observou que 71.3% das mulheres tinham idades compreendidas entre os

19 e os 39 anos, e a abstinência sexual era considerada o meio absolutamente seguro para se evitar a transmissão do VIH e a reinfecção pelo vírus, sendo referida por 28.8% ($n=21$) das mulheres. A abstinência foi mais referenciada entre as mulheres separadas, seguida das solteiras e viúvas. “Entre as casadas, a abstinência sexual foi relatada com menor frequência” (p.199).

Relativamente à amostra do nosso estudo, verificamos ainda que 19.5% ($n=15$) dos indivíduos encontram-se infectados por outra IST que não por VIH e 2.6% ($n=2$) desconhecem se são ou não portadores de outras IST'S, como nos mostra a tabela n.º24.

Tabela n.º24 – Distribuição da amostra não sexualmente activa segundo a presença actual de uma IST

| Presença actual de IST | N | % |
|-------------------------------|-----------|--------------|
| Sim | 15 | 19.5 |
| Não | 60 | 77.9 |
| Desconhece | 2 | 2.6 |
| Total | 77 | 100.0 |

A IST referida com maior frequência é a Hepatite C com 66.7% ($n=10$) do total e destes 26.7% ($n=4$) encontram-se sob tratamento (tabela n.º25).

Tabela n.º25 – Distribuição da amostra não sexualmente activa segundo a presença actual de uma IST e tratamento efectuado

| Tratamento \ IST | | Hepatite C | Hepatite B e C | Hepatite B | VPH | Total |
|-------------------------|---|-------------------|-----------------------|-------------------|------------|--------------|
| | | | | | | |
| Sim | N | 4 | 1 | - | - | 5 |
| | % | 26.7 | 6.7 | - | - | 33.3 |
| Não | N | 6 | 2 | 1 | 1 | 10 |
| | % | 40.0 | 13.3 | 6.7 | 6.7 | 66.7 |
| Total | N | 10 | 3 | 1 | 1 | 15 |
| | % | 66.7 | 20.0 | 6.7 | 6.7 | 100.0 |

4.4.3 - Amostra Sexualmente activa

Faremos agora a caracterização da amostra e descrição das variáveis relativas aos indivíduos que mantêm actividade sexual.

Na amostra sexualmente activa, 74.4% ($n=131$) dos indivíduos pertencem ao sexo masculino com idades entre os 25 e os 50 anos com uma média de 39.01 e um desvio padrão de 6.24 anos. Quanto ao estado civil, de acordo com o gráfico n.º20, a maioria (46.0%; $n=81$) são casados, 39.8% ($n=70$) são solteiros, 13.6% ($n=24$) são separados/divorciados e 0.6% ($n=1$) são viúvos.

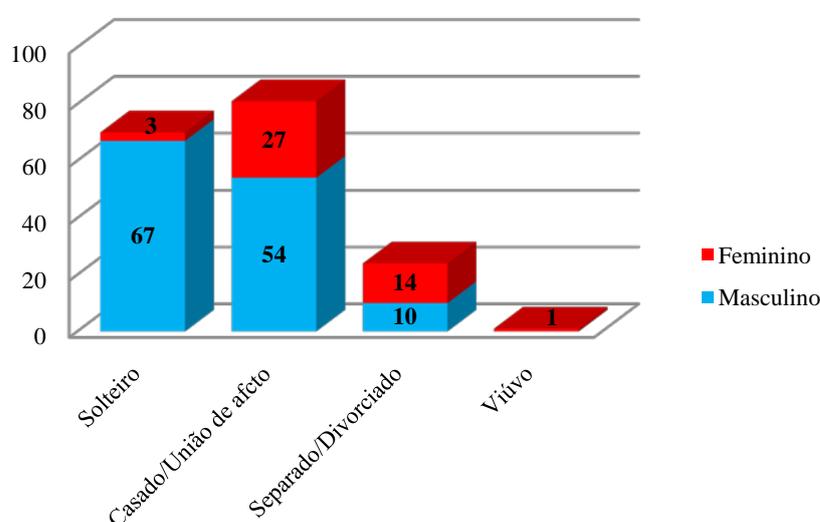


Gráfico n.º20 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o estado civil

O número de relações sexuais dos indivíduos sexualmente activos variou, por semana, entre uma e sete com uma média de 2.41 e desvio padrão de 1.66. No período de um mês, a frequência de relações sexuais variou entre uma e quinze, para uma média de 3.85 e um desvio padrão de 3.84 vezes por mês, como podemos verificar pela tabela n.º26.

Tabela n.º26 – Distribuição da amostra segundo a frequência de relações sexuais (por semana ou por mês)

| Periodicidade das relações sexuais | N | Mínimo | Máximo | Média | Desvio padrão |
|------------------------------------|-----|--------|--------|-------|---------------|
| Semana | 148 | 1.00 | 7.00 | 2.41 | 1.66 |
| Mês | 28 | 1.00 | 15.00 | 3.85 | 3.84 |

Verifica-se ainda que nos últimos três meses, 86.9% ($n=153$) dos indivíduos sexualmente activos, mantiveram relações sexuais com 1 parceiro(a), 9.1% ($n=16$) teve 2 a 4 parceiros e 2.3% ($n=4$) mantiveram relações sexuais com mais do que 10 parceiros (tabela n.º27).

Tabela n.º27 - Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o número de parceiros nos últimos três meses

| N.º de parceiros | N | % |
|------------------|-----|-------|
| 1 | 153 | 86.9 |
| 2-4 | 16 | 9.1 |
| 5-7 | 2 | 1.1 |
| 8-10 | 1 | .6 |
| >10 | 4 | 2.3 |
| Total | 176 | 100.0 |

Num dos estudos realizado por Amaro et. al. (2004), que envolveu indivíduos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 15 e 69 anos, 2.9% das mulheres teve 2 ou 3 parceiros sexuais no último ano, enquanto 22.9% dos homens referiram mais de 2 parceiros (numa variação entre 2 e 22), sendo que 39.4% de ambos os sexos referiram 2 relacionamentos simultâneos.

A existência de vários parceiros facilita a transmissão da infecção e neste sentido Pombo (2003, p.258) refere que “o relacionamento com mais de dois parceiros num período de seis meses é também um factor de risco acrescido”.

Observamos pelo gráfico n.º21 que, 79.0% ($n=139$) dos indivíduos mantêm relações sexuais com parceiro fixo, 18.8% ($n=33$) referem manter relações sexuais com parceiro ocasional e 1.1% ($n=2$) possuem parceiros múltiplos.

Uma percentagem mínima dos inquiridos (1.1%; $n=2$) não respondeu a esta questão.

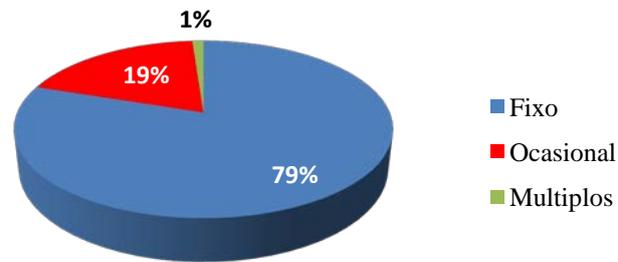


Gráfico n.º21 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o tipo de parceiro(a)

Da amostra sexualmente activa, podemos observar que, 98.1% ($n=155$) comunica ao parceiro(a) que se encontra infectado por VIH. Destes, 59.1% ($n=104$) fazem-no quando se trata de um relacionamento sério, 0.6% ($n=1$) quando é uma relação ocasional e 28.1% ($n=50$) sempre, qualquer que seja o tipo de relacionamento (gráfico n.º22).

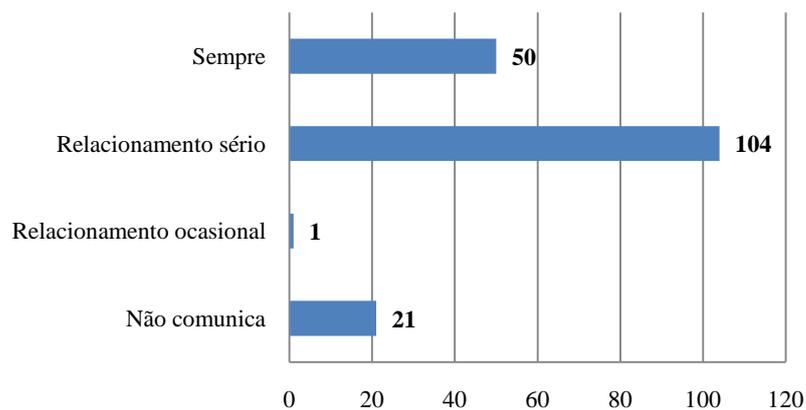


Gráfico n.º22 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo a comunicação do estado de seropositividade de acordo com o tipo de relacionamento com o(a) parceiro(a)

Observamos ainda que 1.9% ($n=21$) dos indivíduos não comunicam nunca ao parceiro(a) que se encontram infectados por VIH.

A não revelação do estado serológico em pessoas infectadas por VIH tem sido alvo de vários estudos. Por exemplo, Ciccarone et. al. (2003) concluíram que a prática de relações sexuais sem revelação da seropositividade é relativamente frequente entre pessoas que vivem com VIH. “A maioria das relações sexuais sem revelação da seropositividade decorreram com parceiros não exclusivos, enquanto as taxas de não revelação da seropositividade nas relações entre parceiros exclusivos eram

relativamente baixas”. A não revelação da seropositividade entre os heterossexuais masculinos e as mulheres tinham a mesma probabilidade de ocorrerem com parceiros exclusivos ou não exclusivos. “35% dos homossexuais e bissexuais masculinos relataram não ter relações sexuais sem revelação da seropositividade com parceiros não exclusivos, comparativamente a 9% dos homens heterossexuais e 9% das mulheres heterossexuais”. “A não revelação da seropositividade entre os heterossexuais masculinos e as mulheres tinha a mesma probabilidade de ocorrer com parceiros exclusivos ou não exclusivos” (p.951).

A comunicação do estado de seropositividade é um contributo importante para a adopção de comportamentos sexuais seguros, na medida em que face ao desconhecido e aliado a factores como o “consumo de álcool ou drogas” essa escolha fica claramente comprometida (Nadeau et. al., 2000; Pombo, 2003).

Em relação às diferenças de género quanto à revelação do diagnóstico ao parceiro, como podemos observar na tabela n.º28, 10.8% ($n=19$) dos homens ainda não partilhou o seu estado serológico com a parceira, enquanto em relação às mulheres, apenas 1.1% ($n=2$) não o fez.

Tabela n.º28 - Distribuição da amostra sexualmente activa segundo a comunicação do estado de seropositividade de acordo com o género

| Comunica o seu estado serológico | Sim | | Não | | Total | |
|----------------------------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Sexo | | | | | | |
| Feminino | 43 | 24.4 | 2 | 1.1 | 45 | 25.6 |
| Masculino | 112 | 63.6 | 19 | 10.8 | 31 | 74.4 |
| Total | 155 | 88.1 | 21 | 11.9 | 176 | 100.0 |

Pela tabela n.º29, dos 21 inquiridos (11.9%) que não comunicaram o seu estado serológico à (ao) parceira(o), 9.1% ($n=16$) são solteiros, 1.1% ($n=2$) são casados ou vivem em união de facto e 1.7% ($n=3$) encontram-se separados/divorciados.

Tabela n.º29 - Distribuição da amostra sexualmente activa segundo a comunicação do estado de seropositividade de acordo com o estado civil

| Comunica o seu estado serológico | Sim | | Não | | Total | |
|----------------------------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Estado Civil | | | | | | |
| Solteiro | 54 | 30.7 | 16 | 9.1 | 70 | 39.8 |
| Casado/União de facto | 79 | 44.9 | 2 | 1.1 | 81 | 46.0 |
| Separado/Divorciado | 21 | 11.9 | 3 | 1.7 | 24 | 13.6 |
| Viúvo | 1 | 0.6 | - | - | 1 | 0.6 |
| Total | 155 | 88.1 | 21 | 11.9 | 176 | 100.0 |

O gráfico n.º23 permite-nos observar que 65.9% ($n=116$) da amostra sexualmente activa solicita ao parceiro(a) sexual que realize um teste de detecção precoce para a infecção VIH. Destes, 98.3% ($n=114$) fazem-no por receio de ter transmitido a infecção.

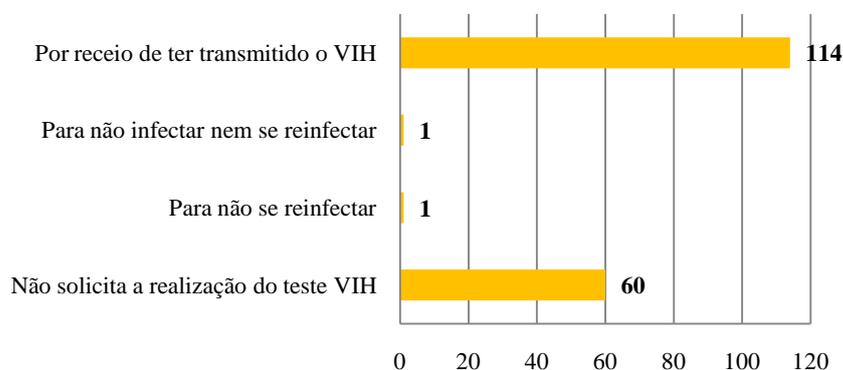


Gráfico n.º23 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o motivo pelo qual solicita ao parceiro(a) que realize um teste de despistagem da infecção VIH/SIDA

Relativamente à seropositividade do(a) parceiro(a) actual, 26.1% ($n=46$) da amostra sexualmente activa refere ter um parceiro(a) com o mesmo estado serológico, e destes, 16.5% ($n=29$) são casados ou vivem em união de facto. Como se pode observar pela tabela n.º29, 58.5% ($n=103$) refere não ter um parceiro(a) seroconcordante e destes, 29.5% ($n=52$) são casados ou vivem em união de facto enquanto 15.3% ($n=27$) não sabem o estado serológico do(a) parceiro(a) (tabela n.º30).

Tabela n.º30 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o parceiro sexual

| Parceiro(a) infectado por VIH | Sim | | Não | | Não sabe | | Total | |
|-------------------------------|-----------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|------------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Estado Civil | | | | | | | | |
| Solteiro | 11 | 6.3 | 35 | 19.9 | 24 | 13.6 | 70 | 39.8 |
| Casado/União de facto | 29 | 16.5 | 52 | 29.5 | - | - | 81 | 46.0 |
| Separado/Divorciado | 6 | 3.4 | 15 | 8.5 | 3 | 1.7 | 24 | 13.6 |
| Viúvo | - | - | 1 | 0.6 | - | - | 1 | 0.6 |
| Total | 46 | 26.1 | 103 | 58.5 | 27 | 15.3 | 176 | 100.0 |

A solução de encontrar um parceiro também ele infectado por VIH contribui para que o medo de contaminar o outro diminua. Ambos “sabem que se podem reinfectar se tiverem relações de risco, mas a responsabilização e o risco de rejeição são menores” (Grilo, 2001, p.108).

No entanto, não podemos deixar de realçar que, ainda há um número significativo de participantes que nem sequer tem conhecimento do estado serológico do parceiro, factor este que pode não só propagar a transmissão do vírus bem como facilitar a reinfeção por uma nova estirpe, colocando em risco os outros e ao próprio.

Quando questionados sobre o uso consistente do preservativo nas relações sexuais, verificamos que, 11.9% ($n=21$) da amostra sexualmente activa *nunca* utiliza preservativo. Dos 88.1% ($n=155$) da amostra que utilizam preservativo, constatamos que 80.7% ($n=142$) utilizam *sempre* preservativo e apenas 1.1% ($n=2$) referem utilizar preservativo em menos de metade das relações sexuais, como podemos observar pela tabela n.º31.

Tabela n.º31 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o uso de preservativo

| Utiliza preservativo | N | % |
|-------------------------------------|------------|--------------|
| Sim, sempre | 142 | 80.7 |
| Sim, em mais de metade das relações | 11 | 6.2 |
| Sim em menos de metade das relações | 2 | 1.1 |
| Nunca | 21 | 11.9 |
| Total | 176 | 100.0 |

Estes resultados parecem revelar que a nossa amostra tem conhecimentos sobre a forma de prevenção/protecção em relação à infecção VIH/SIDA, a novas reinfecções e mostra também que a revelação do diagnóstico de infecção VIH/SIDA influenciou as mudanças comportamentais.

Sem dúvida que para além da abstinência, a utilização do preservativo de forma correcta e sistemática nas relações sexuais traduz um comportamento protector face ao VIH. O preservativo inspira confiança enquanto medida de prevenção da infecção VIH, já que foi utilizado na última relação sexual por 84.0% ($n=148$) da amostra.

Os motivos referidos para a sua utilização reflectem sobretudo o receio de transmitir a infecção VIH ao companheiro(a) em 46.5% ($n=72$) e em 20.0% ($n=31$) por receio de se reinfectar com VIH ou outra IST. Apenas 0.6% ($n=1$) dos indivíduos dizem utilizar o preservativo a pedido do companheiro(a) e 1.3% ($n=2$) utiliza-o como método de contracepção (tabela n.º32).

Tabela n.º32 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o motivo pelo qual utiliza preservativo

| Motivo da utilização de preservativo | N | % |
|---|-----|-------|
| Receio de transmitir o VIH ao seu companheiro (a) | 72 | 46.5 |
| Receio de transmitir, reinfectar-se e infectar-se com IST | 31 | 20.0 |
| Receio de transmitir e receio de reinfecção | 24 | 15.5 |
| Receio de reinfectar-se com o VIH | 19 | 12.3 |
| Receio de infectar-se com uma IST | 5 | 3.2 |
| Evitar gravidez | 2 | 1.3 |
| Solicitação do companheiro | 1 | 0.6 |
| Receio de infectar-se com IST e reinfectar-se com VIH | 1 | 0.6 |
| Total | 155 | 100.0 |

Os motivos apresentados pelos 11.9% ($n=21$) da amostra sexualmente activa para a não utilização do preservativo são: possuem um companheiro(a) com o mesmo estado serológico, em 2.8% ($n=5$), não possuem um parceiro(a) sexual fixo, em 2.3%

($n=4$) o companheiro(a) não querer, e 1.7% ($n=3$) por considerarem reduzido o risco de transmissão da infecção, como podemos observar no gráfico n.º24.

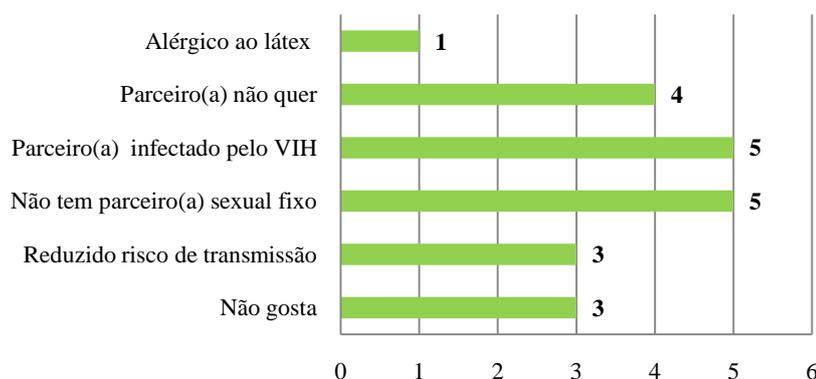


Gráfico n.º24 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo o motivo pelo qual não utiliza preservativo

Embora tenha sido dispensado por um pequeno número de inquiridos ($n=5$), por referir a existência de um parceiro(a) com o mesmo estado serológico, este não deve ser descartado e deve ser utilizado como medida de prevenção a novas infecções e à oportunidade de uma sexualidade saudável. A opção para a não utilização do preservativo por ter um parceiro com o mesmo estado serológico é também mencionada por 52.5% dos inquiridos no estudo de Sears et. al. (2008, p.194), quando estudaram os comportamentos sexuais de risco em 127 indivíduos infectados por VIH na República Dominicana.

No que refere à presença de outras IST'S, verificamos que 29.0% ($n=51$) dos indivíduos estão co-infectados com outra IST. Apenas 1.7% ($n=3$) desconhecem se são ou não portadores de outra IST. Através da tabela n.º33, observamos que 70.6% ($n=36$) estão co-infectados com vírus da Hepatite C e destes, 15.7% ($n=8$) encontram-se sob tratamento. A herpes genital foi mencionada por 5.9% ($n=3$) dos indivíduos, e a sífilis e o VPH por 2.0% ($n=1$) do total da amostra sexualmente activa.

Tabela n.º33 – Distribuição da amostra sexualmente activa segundo a presença actual de uma IST e tratamento efectuado

| Tratamento \ IST | | Hepatit e C | Hepatite B e C | Herpes genital | Hepatit e B | VPH | Sífilis | Total |
|------------------|---|-------------|----------------|----------------|-------------|------------|------------|--------------|
| Sim | N | 8 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 16 |
| | % | 15.7 | 3.9 | 3.9 | 3.9 | 2.0 | 2.0 | 31.4 |
| Não | N | 28 | 1 | 1 | 5 | - | - | 35 |
| | % | 54.9 | 2.0 | 2.0 | 9.8 | - | - | 68.6 |
| Total | N | 36 | 3 | 3 | 7 | 1 | 1 | 51 |
| | % | 70.6 | 5.9 | 5.9 | 13.7 | 2.0 | 2.0 | 100.0 |

4.5 – ANÁLISE INFERENCIAL DA RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DEPENDENTES

Passaremos agora a descrever a análise efectuada a partir das possíveis relações entre as variáveis dependentes – *conhecimentos sobre a infecção VIH/SIDA e comportamentos sexuais de risco* – e posteriormente entre estas e as variáveis sociodemográficas.

➤ **Conhecimentos sobre a infecção VIH/SIDA e Comportamentos sexuais de risco**

Primariamente foram analisadas as diferenças na medida de conhecimentos sobre a infecção em função dos comportamentos de risco, tendo concluído que não existem diferenças estatisticamente significativas, em qualquer componente da dimensão do conhecimento ($p=0.421$; $p=0.158$; $p=0.560$), como se pode verificar na tabela n.º34. Os conhecimentos acerca da infecção VIH/SIDA não interferem nos comportamentos sexuais de risco.

Em consonância com o que é referido por Hulton et al; MacPhail et al; Magnani et. al. citados por Stephenson (2009, p.102) que refere “existir estudos que demonstram uma grande disparidade entre conhecimentos e os comportamentos sexuais na medida em que, muitos jovens apesar de terem conhecimento dos riscos associados à práticas sexuais sem protecção continuam a manter esses comportamentos de risco”.

Tabela n.º34 - Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas de conhecimento relativo à infecção VIH/SIDA em função do tipo de comportamento. Teste t de Student para verificação das diferenças

| Medidas de Conhecimento | Tipo de comportamento | N | M | DP | t | P |
|-------------------------|-----------------------|-----|------|------|-------|-------|
| Conhecimento geral | Seguro | 73 | 2.09 | 0.76 | 0.807 | 0.421 |
| | Risco | 180 | 2.00 | 0.91 | | |
| Contaminação | Seguro | 73 | 4.49 | 0.56 | 1.416 | 0.158 |
| | Risco | 180 | 4.60 | 0.52 | | |
| Prevenção | Seguro | 73 | 4.45 | 0.56 | 0.584 | 0.560 |
| | Risco | 180 | 4.50 | 0.61 | | |

Para se poder estabelecer uma relação entre os comportamentos sexuais de risco ou seguros com o maior ou menor conhecimento, foi necessário calcular em primeiro lugar, os dados relativos aos conhecimentos. O conhecimento global (que integra as componentes *prevenção*, *contaminação/transmissão* e *conhecimentos gerais*) foi obtido através do somatório das cotações atribuídas às questões anteriormente referidas. O maior ou menor conhecimento foi calculado através da mediana, sendo que, o valor acima da média refere-se ao maior conhecimento e o valor abaixo da média a um menor conhecimento.

Como podemos observar pelo gráfico n.º25, os conhecimentos sobre a infecção VIH/SIDA não são preditivos em relação aos comportamentos sexuais de risco, já que dos 64.0% ($n=162$) que apresentam maiores conhecimentos sobre a infecção VIH/SIDA, 46.6% ($n=118$) adoptam comportamentos sexuais de risco. Por outro lado, dos 36.0% ($n=91$) que apresentam menores conhecimentos sobre a infecção VIH/SIDA, 24.5% ($n=62$) adoptam comportamentos sexuais de risco.

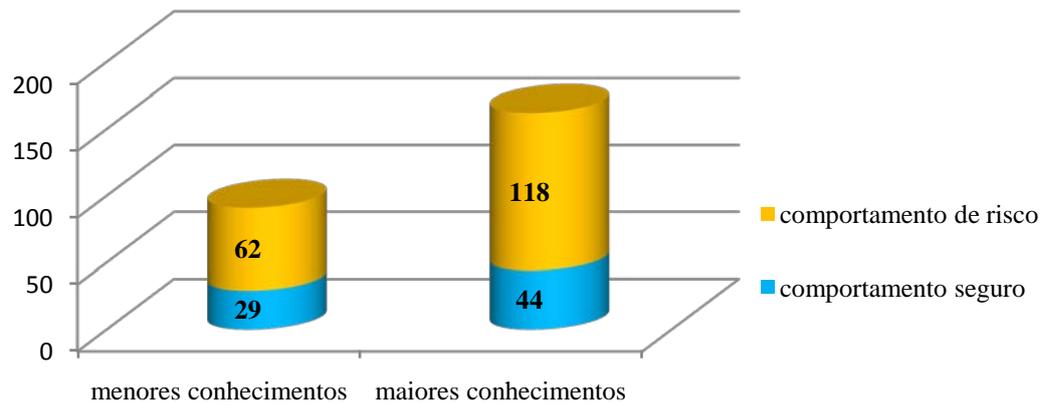


Gráfico n.º 25 – Relação entre os conhecimentos sobre a infecção VIH/SIDA e os comportamentos sexuais de risco

Embora os dados deste estudo revelem que a maioria dos indivíduos possui bons níveis de conhecimento, mesmo assim observam-se comportamentos sexuais de risco naqueles em que há maiores níveis de conhecimento. À partida, os comportamentos de risco “diminuem significativamente quando é disponibilizado apoio, informação e educação”. (Pombo, 2003, p.280). No entanto, outros autores reconhecem que, embora as pessoas se encontrem informadas sobre as formas de transmissão da infecção VIH/SIDA e demonstrem vontade de se protegerem da infecção, não praticam sexo seguro (Alvarez, 2005).

No mesmo sentido, Herlitz citado por Ouakinin (2004, p.391) refere que “o conhecimento dos riscos e dos comportamentos seguros a adoptar, não se fez acompanhar pela adesão às normas da prevenção da infecção, sendo aparentemente mais fácil modificar atitudes face a VIH, do que o comportamento sexual”.

4.6 ANÁLISE INFERENCIAL DA RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DEPENDENTES E OS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

➤ **Análise da relação entre o estado civil e os conhecimentos acerca da infecção VIH/SIDA e os comportamentos sexuais de risco**

Para melhor se proceder à análise dos conhecimentos relativos à infecção VIH/SIDA nos diferentes estados civis, retiramos o grupo dos viúvos por não serem

estatisticamente significativos. Na comparação entre os conhecimentos e o estado civil dos inquiridos, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na componente da prevenção ($p=0.000$), como observamos pela tabela n.º35, sendo os solteiros os que apresentam melhores conhecimentos ao nível da prevenção. Numa análise mais detalhada, através de um teste post-hoc, foi possível verificar que são os indivíduos divorciados ou separados que possuem médias estatisticamente inferiores aos outros dois grupos.

Tabela n.º35 - Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas de conhecimento relativo à infecção VIH/SIDA em função do estado civil. Análise da variância (ANOVA) para verificação das diferenças

| Medidas de Conhecimento | Estado civil | N | M | DP | F | P |
|-------------------------|-----------------------|-----|------|------|-------|-------|
| Conhecimento geral | Solteiro | 114 | 2.04 | 0.81 | 0.503 | 0.605 |
| | Casado/união de facto | 88 | 2.04 | 0.94 | | |
| | Divorciado/separado | 48 | 1.90 | 0.88 | | |
| Contaminação | Solteiro | 114 | 4.55 | 0.54 | 0.327 | 0.722 |
| | Casado/união de facto | 88 | 4.60 | 0.49 | | |
| | Divorciado/separado | 48 | 4.53 | 0.61 | | |
| Prevenção | Solteiro | 114 | 4.58 | 0.48 | 7.968 | 0.000 |
| | Casado/união de facto | 88 | 4.53 | 0.58 | | |
| | Divorciado/separado | 48 | 4.19 | 0.78 | | |

Não encontramos literatura que referencie o estado civil como uma variável que influencie os conhecimentos sobre a infecção VIH, no nosso estudo porém verifica-se que são os solteiros que apresentam melhores conhecimentos a nível da prevenção, não se verificando diferenças estatisticamente significativas nos restantes grupos. Os solteiros são também aqueles que possuem habilitações literárias mais elevadas e deste modo corresponder, talvez seja o motivo porque apresentam maiores níveis de conhecimento.

➤ **Análise da relação entre a co-habitação e os conhecimentos acerca da infecção VIH/SIDA e os comportamentos sexuais de risco**

Na relação entre a co-abitação e os conhecimentos e comportamentos de risco dos indivíduos com VIH, observa-se que apenas os conhecimentos acerca da prevenção foram influenciados pela coabitação apresentando os indivíduos que vivem com a/o companheira/o ($p=0.026$), maiores níveis de conhecimentos relativamente a qualquer outro grupo. Relativamente às outras dimensões e aos comportamentos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, motivadas pela coabitação, como verificamos na tabela n.º36.

Tabela n.º36: Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas de conhecimento relativo à infecção VIH/SIDA em função de com quem habita. Análise da variância (ANOVA) para verificação das diferenças

| Medidas de Conhecimento | Estado civil | N | Média | DP | F | P |
|-------------------------|---------------|-----|-------|------|-------|-------|
| Conhecimento Geral | Sozinho | 56 | 1.99 | 0.76 | | |
| | Companheiro/a | 116 | 1.95 | 0.88 | 1.022 | 0.361 |
| | Familiares | 77 | 2.01 | 0.95 | | |
| Contaminação | Sozinho | 56 | 4.64 | 0.52 | | |
| | Companheiro/a | 116 | 4.57 | 0.53 | .635 | 0.531 |
| | Familiares | 77 | 4.58 | 0.52 | | |
| Prevenção | Sozinho | 56 | 4.55 | 0.51 | | |
| | Companheiro/a | 116 | 4.55 | 0.60 | 3.703 | 0.026 |
| | Familiares | 77 | 4.33 | 0.64 | | |

➤ **Análise da relação entre as habilitações literárias e os conhecimentos acerca da infecção VIH/SIDA e os comportamentos sexuais de risco**

Na comparação das medidas de conhecimento em função das habilitações literárias verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas na componente *conhecimentos gerais* ($p=0.000$) e na componente *contaminação* ($p=0.000$), como se observa na tabela n.º37.

Tabela n.º37 - Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas de conhecimento relativo à infecção VIH/SIDA em função das habilitações literárias. Análise da variância (ANOVA) para verificação das diferenças

| Medidas de Conhecimento | Habilitações literárias | N | M | DP | F | P |
|-------------------------|--------------------------------|----|------|------|--------|-------|
| Conhecimentos gerais | 1º Ciclo do Ensino Básico | 46 | 2.80 | 0.92 | 18.679 | 0.000 |
| | 2º Ciclo do Ensino Básico | 59 | 2.17 | 0.74 | | |
| | 3º Ciclo do Ensino Básico | 58 | 1.84 | 0.81 | | |
| | Ensino Secundário | 51 | 1.65 | 0.76 | | |
| | Ensino Técnico/Ensino Superior | 39 | 1.63 | 0.55 | | |
| Contaminação | 1º Ciclo do Ensino Básico | 46 | 4.20 | 0.75 | 10.006 | 0.000 |
| | 2º Ciclo do Ensino Básico | 59 | 4.60 | 0.46 | | |
| | 3º Ciclo do Ensino Básico | 58 | 4.52 | 0.46 | | |
| | Ensino Secundário | 51 | 4.77 | 0.32 | | |
| | Ensino Técnico/Ensino Superior | 39 | 4.75 | 0.43 | | |
| Prevenção | 1º Ciclo do Ensino Básico | 46 | 4.43 | 0.56 | 1.276 | 0.280 |
| | 2º Ciclo do Ensino Básico | 59 | 4.43 | 0.65 | | |
| | 3º Ciclo do Ensino Básico | 58 | 4.46 | 0.59 | | |
| | Ensino Secundário | 51 | 4.47 | 0.68 | | |
| | Ensino Técnico/Ensino Superior | 39 | 4.48 | 0.41 | | |

Nas comparações post-hoc, no que respeita à componente de *conhecimentos gerais*, constata-se que os indivíduos que possuem o primeiro Ciclo do Ensino Básico diferem dos sujeitos dos restantes grupos de habilitações literárias por apresentarem uma pontuação mais elevada. Por outro lado, os indivíduos que possuem o segundo ciclo possuem médias de resposta estatisticamente mais elevadas que os dos dois grupos com mais habilitações literárias.

Na componente da *contaminação*, os indivíduos que possuem o primeiro Ciclo do Ensino Básico, distinguem-se de todos os outros grupos, mas desta vez, por possuírem valores médios de pontuação mais baixos.

Não foram encontradas também diferenças estatisticamente significativas entre as habilitações literárias e os comportamentos de risco antes e depois do conhecimento

do diagnóstico de infecção VIH/SIDA. De uma forma geral, podemos afirmar que os indivíduos com maior formação literária possuem maiores níveis de conhecimento nas diferentes dimensões, não sendo elas estatisticamente significativas.

➤ **Análise entre a situação profissional e os conhecimentos acerca da infecção VIH/SIDA e os comportamentos sexuais de risco**

Relativamente à situação profissional actual observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas pontuações médias dos dois primeiros factores da escala de conhecimentos (*conhecimentos gerais*: $p=0.007$; *contaminação*: $p=0.011$), como se observa na tabela n.º38.

A análise post-hoc permite afirmar que são os indivíduos empregados que possuem uma média inferior nas respostas relativas aos *conhecimentos gerais* quando comparados com os indivíduos que se encontram desempregados. Na *contaminação*, as diferenças verificam-se entre os empregados e os reformados, sendo os primeiros os que possuem pontuações mais elevadas.

Tabela n.º38 - Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas de conhecimento relativo à infecção VIH/SIDA em função da situação profissional. Análise da variância (ANOVA) para verificação das diferenças

| Medidas de Conhecimento | Situação profissional | N | M | DP | F | P |
|-------------------------|-----------------------|-----|------|------|-------|-------|
| Conhecimentos gerais | Empregado | 136 | 1.88 | 0.79 | 5.086 | 0.007 |
| | Desempregado | 77 | 2.26 | 0.98 | | |
| | Reformado | 40 | 2.06 | 0.81 | | |
| Contaminação | Empregado | 136 | 4.66 | 0.49 | 4.595 | 0.011 |
| | Desempregado | 77 | 4.49 | 0.53 | | |
| | Reformado | 40 | 4.41 | 0.63 | | |
| Prevenção | Empregado | 136 | 4.55 | 0.59 | 2.610 | 0.076 |
| | Desempregado | 77 | 4.36 | 0.56 | | |
| | Reformado | 40 | 4.48 | 0.67 | | |

A análise da relação entre a situação profissional e os comportamentos de risco não revelou diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 0.447$; $p = 0.800$), como se verifica na tabela n.º39.

Tabela n.º 39 - Distribuição do tipo de comportamento por situação profissional. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificar as diferenças

| Grupos | Comportamento seguro | | Comportamento de risco | | Total | | χ^2 | P |
|--------------|----------------------|------|------------------------|------|-------|-------|----------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Empregado | 41 | 30.1 | 95 | 69.9 | 136 | 100.0 | 0.447 | 0.800 |
| Desempregado | 20 | 26.0 | 57 | 74.0 | 77 | 100.0 | | |
| Reformado | 12 | 30.0 | 28 | 70.0 | 40 | 100.0 | | |
| Total | 73 | 28.9 | 180 | 71.1 | 253 | 100.0 | | |

➤ **Análise da relação entre o tempo de infeção e os conhecimentos acerca da infeção VIH/SIDA e os comportamentos sexuais de risco**

Na relação entre o tempo de infeção e os conhecimentos e os comportamentos sexuais de risco dos indivíduos com Infeção VIH/SIDA, observa-se que o tempo de infeção parece ter influenciado os conhecimentos gerais acerca da infeção. Verifica-se que os indivíduos a quem foi diagnosticada a infeção há menos tempo apresentam maiores níveis de conhecimentos, relativamente àqueles a quem a infeção foi diagnosticada há mais tempo. No entanto, não se encontram diferenças estatisticamente significativas nos conhecimentos gerais entre os indivíduos a quem foi diagnosticada a infeção entre o 0 e os 10 anos e aqueles a quem foi diagnosticada a infeção VIH/SIDA há mais de 20 anos. Nas restantes dimensões do conhecimento não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, como se pode observar na tabela n.º40.

Tabela n.º40 - Correlação de Pearson (r) entre as dimensões da escala de conhecimento de comportamentos de risco e os anos a que tem conhecimento que está infectado

| | Anos de conhecimento |
|----------------------|----------------------|
| Conhecimentos gerais | -0.202** |
| Contaminação | 0.032 |
| Prevenção | -0.052 |

** p<.001

O comportamento antes do conhecimento da infecção também foi sensível ao tempo da infecção, sendo que aqueles que evidenciaram maiores comportamentos de risco foram aqueles a quem a infecção foi diagnosticada há menos tempo. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o tempo da infecção e os comportamentos depois do conhecimento da infecção.

➤ **Análise da relação entre a forma de contaminação e os conhecimentos acerca da infecção VIH/SIDA e os comportamentos sexuais de risco**

Quanto à relação entre a forma como foram contaminados e os conhecimentos que possuem acerca da infecção, as diferenças não se revelaram estatisticamente significativas, como se observa pela tabela n.º41.

Tabela n.º41 - Médias (M) e desvios-padrão (DP) das medidas de conhecimento relativo à infecção VIH/SIDA em função do tipo de transmissão. Teste t de Student para verificação das diferenças

| Medidas de Conhecimento | Tipo de transmissão | N | M | DP | t | P |
|-------------------------|----------------------|-----|------|------|-------|-------|
| Conhecimentos gerais | Via Sexual | 126 | 2.00 | 0.83 | 1.252 | 0.212 |
| | Partilha de seringas | 49 | 1.82 | 0.83 | | |
| Contaminação | Via Sexual | 126 | 4.63 | 0.50 | 0.932 | 0.352 |
| | Partilha de seringas | 49 | 4.55 | 0.59 | | |
| Prevenção | Via Sexual | 126 | 4.49 | 0.56 | 0.265 | 0.791 |
| | Partilha de seringas | 49 | 4.47 | 0.68 | | |

Quanto aos comportamentos antes do diagnóstico de Infecção VIH/SIDA foram influenciados pela forma de contágio, verificando-se que os indivíduos que contraíram a doença por via sexual são os que apresentam maiores comportamentos de risco.

No entanto, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a forma como se infectaram e os comportamentos de risco que apresentam ($\chi^2 = 3.158$; $p = 0.076$), como se observa pela tabela n.º42.

Tabela n.º42 - Distribuição do tipo de comportamento por tipo de transmissão. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificar as diferenças

| Grupos | Comportamento seguro | | Comportamento de risco | | Total | | χ^2 | P |
|----------------------|----------------------|------|------------------------|------|-------|-------|----------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Via sexual | 45 | 35.7 | 81 | 64.3 | 126 | 100.0 | 3.158 | 0.076 |
| Partilha de seringas | 10 | 20.4 | 39 | 79.6 | 49 | 100.0 | | |
| Total | 55 | 31.4 | 120 | 68.6 | 175 | 100.0 | | |

➤ **Análise da relação entre a toma de terapêutica antiretroviral e os comportamentos sexuais de risco**

Da associação entre a toma da medicação antiretroviral e os comportamentos sexuais de risco dos indivíduos com VIH permite-nos concluir que apenas a toma da medicação não tem qualquer influência nos comportamentos de risco, não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($\chi^2 = 0.497$; $p = 0.481$), como se observa pela tabela n.º43.

Tabela n.º43 - Distribuição do tipo de comportamento por toma de medicação antiretroviral. Teste de qui-quadrado (χ^2) para verificar as diferenças

| Grupos | Comportamento seguro | | Comportamento de risco | | Total | | χ^2 | P |
|-------------------|----------------------|------|------------------------|------|-------|-------|----------|-------|
| | N | % | N | % | N | % | | |
| Faz medicação | 66 | 28.1 | 169 | 71.9 | 235 | 100.0 | 0.497 | 0.481 |
| Não faz medicação | 7 | 38.9 | 11 | 61.1 | 18 | 100.0 | | |
| Total | 73 | 28.9 | 180 | 71.1 | 253 | 100.0 | | |

No estudo realizado por Wilson et. al. (2007, p.151) que envolveu “1090 mulheres sexualmente activas, também “não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a crença do efeito protector da TARV na transmissão da infecção VIH e a probabilidade de um novo parceiro sexual”. De referir que “as mulheres que não assimilavam esta crença eram mais propensas a relatar o uso consistente do preservativo e menor probabilidade de múltiplos parceiros” (p.155).

No entanto, a ideia de que a TARV possui um efeito protector em indivíduos com uma carga viral indetectável pode contribuir para a adopção de comportamentos de risco, na medida em que por se “sentirem saudáveis e apresentarem uma carga viral indetectável, erradamente não se consideram infectados e portanto passíveis de transmitirem a infecção” (Do AN et. al.; Dukers NH et. al.; Scheer et. al.; Lancet citados por Rice et. al., 2006, p.162).

5 – CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Ao longo do estudo, foram estabelecidas algumas relações entre as diversas variáveis, embora nem sempre tenha sido possível explicar de forma clara e objectiva essas mesmas relações, por não ser possível fundamentar em outros estudos. Contudo, conseguiram-se atingir os objectivos propostos inicialmente. Deste modo procederemos a uma reflexão sobre as principais conclusões, assim como sobre as implicações que estes resultados poderão ter para a prática, apresentando também algumas novas propostas de investigação.

A realização deste estudo permite realçar os seguintes dados:

- A maioria dos indivíduos que constituem a amostra (70.4%), sabe qual a via de transmissão pela qual ficou infectado, dos quais, 49.8% referiram a via sexual, sobrepondo-se largamente à transmissão parentérica. Cerca de 29.6% da amostra desconhece a forma pela qual se infectou, por apresentar mais do que um comportamento de risco (via sexual e parentérica). De realçar, a crescente elevação dos casos por via heterossexual (79.4%), que vem associada ao aumento de mulheres infectadas (29.2%) por VIH, como consequência das suas inúmeras vulnerabilidades e na qual o homem pode ser a solução para uma diminuição desta tendência.
- As campanhas publicitárias têm o seu lugar enquanto divulgadores de informação, no entanto, fica claro que são sem dúvida Aos profissionais de saúde a quem estes indivíduos recorrem quando têm incertezas, demonstrando a importância de todos os profissionais de saúde no processo de educação para a saúde, nomeadamente de estilos de vida saudáveis, junto dos indivíduos infectados.
- Os indivíduos da amostra apresentam bons e muito bons conhecimentos acerca das IST's e da infecção VIH/SIDA, em todas as suas componentes, prevenção, contaminação e conhecimentos gerais acima dos 50.0%. No entanto, há uma clara evidência de que estes não se traduzem sempre em comportamentos sexuais seguros, embora tenha ocorrido uma significativa modificação nos comportamentos sexuais após a notificação de seropositividade para o VIH.
- A abstinência sexual foi um fenómeno que não ponderámos vir a encontrar com tanta frequência (30.4%), o que é bastante representativo nesta amostra,

revelador em primeiro lugar, do receio que apresentam por contaminar os parceiros e de possível rejeição, mas também do isolamento a que alguns destes indivíduos estão sujeitos.

- Os que possuem actividade sexual, comunicam na sua maioria (59.1%), ao parceiro(a) o seu estado serológico e cerca de 58.5% não tem um parceiro(a) seroconcordante, embora 15.3% desconheça qual o estado serológico do parceiro(a). No entanto, nota-se alguma preocupação em relação ao parceiro(a), na medida em que 65.9% da amostra solicita que realizem um teste de detecção precoce para VIH.
- O uso do preservativo de forma sistemática é sem dúvida o método mais eficaz na prevenção da infecção e foi verificado em 80.7% da amostra. No entanto, ainda 11.9% da amostra sexualmente activa revela nunca utilizar preservativo, referindo como principal motivo o possuir um parceiro seroconcordante. Tal facto demonstra que, muitos casais ainda não utilizam o preservativo de forma sistemática e em todas as práticas sexuais, não tendo noção do perigo das reinfecções.

Para finalizar, gostaríamos que salientar que a notificação da seropositividade para o VIH foi condição primordial para a redução dos comportamentos sexuais de risco. De um modo geral, os indivíduos da amostra mudaram os *comportamentos sexuais de risco* para *comportamentos sexuais mais seguros* mas não para *comportamentos sexuais seguros*, dado existirem ainda alguns comportamentos sexuais de risco. Os comportamentos sexuais seguros passam pela existência de um parceiro único – monogamia - (em que se conheça o seu estado serológico) e uso de preservativo em todas as práticas sexuais e de forma sistemática e deste modo ser concretizável a vivência de uma sexualidade saudável.

Ao longo do estudo, foram surgindo algumas limitações, das quais fomos tomando consciência. Antes de mais, o facto de o instrumento de colheita de dados ter sido elaborado pela investigadora baseado no *Questionário de Conhecimentos do VIH*, que é uma versão traduzida e adaptada para a língua portuguesa (Cruz, 1998), do *HIV Knowledge Questionnaire*, desenvolvido por Carey, Morrison-Beddy e Johnson (1997), e o “Questionário de Comportamentos e Atitudes de Prevenção face à SIDA”, que foi desenvolvido e adaptado para a população portuguesa (Cruz et. al., 1994). Este não se encontra adaptado para indivíduos com infecção VIH MAS apenas para a população em

geral, pelo que, as alterações efectuadas no mesmo tornaram a sua consistência interna mais lábil, e por isso de aplicação mais difícil.

No decorrer da aplicação dos questionários, foram surgindo algumas limitações. Inicialmente, o atraso nas autorizações para se proceder à colheita de dados, havendo extravio da documentação entregue em alguns hospitais, pelo que teve de ser formalizada nova autorização. A autorização cedida por um dos hospitais, foi limitada mediante as disponibilidades do serviço de Infecçiology do mesmo, uma vez que devido á permanência de outros investigadores, apenas foi concedido à investigadora beneficiar de um dia da semana, para que procedesse à respectiva recolha de dados. Estes dois factores em comum fizeram com que o período de recolha de dados tivesse de ser alargado, havendo um atraso na realização do estudo.

O facto de em todos os locais de recolha de dados, a consulta de Infecçiology se destinar a toda e qualquer pessoa portadora de uma doença infecciosa e não especificamente de pessoas infectadas por VIH, dificultava o acesso aos mesmos, uma vez que, era sempre necessária a disponibilidade de um profissional de saúde (médico ou enfermeira), para que pudesse encaminhar as pessoas. Necessitava ainda de um espaço físico, que nem sempre se encontrava disponível, de modo a que se pudesse promover e resguardar a privacidade dos mesmos.

Era nosso objectivo inicial que a amostra fosse mais numerosa, no entanto, esta ficou condicionada a determinadas limitações, sobretudo a nível de recursos humanos, materiais e temporais. Uma outra limitação do estudo foi a escassez de estudos nacionais e internacionais na área, relativamente a esta população. A existência de estudos em indivíduos infectados por VIH verifica-se sobretudo na área da terapêutica e consequentes efeitos secundários. Existem estudos em comunidades homossexuais sobre o uso de preservativo, presença de IST, vulnerabilidade da mulher face à infecção VIH/SIDA mas poucos são os realizados no âmbito dos conhecimentos sobre a infecção e os comportamentos sexuais de risco em indivíduos infectados por VIH. Deste modo, tornou-se mais difícil a comparação dos resultados obtidos neste estudo com outros estudos similares efectuados, mas fundamentou ainda mais a pertinência da realização do mesmo.

Compreender a sexualidade dos indivíduos adultos infectados por VIH é essencial para promover uma adequada e humanizada educação para a saúde. Educação para a saúde que consideramos ser essencial naqueles que se encontram infectados, de modo a evitar a disseminação da infecção e promover a vivência de uma sexualidade

segura. Consideramos primordial a realização de programas sobre a sexualidade destinados a estes indivíduos, programas dirigidos a grupos específicos quer através de campanhas publicitárias quer através de reuniões com equipas multidisciplinares intra e extra hospitalar de modo a podermos identificar factores que se tornam obstáculos à mudança dos comportamentos de risco em comportamentos sexuais seguros e estabelecer medidas de intervenção.

Paralelamente, consideramos ser necessário que sejam revistos e avaliados os programas relativos à educação sexual nas escolas. Verificamos neste estudo, que os indivíduos infectados por VIH tomaram conhecimento da infecção em média há 8-9 anos. Existindo um tempo médio de evolução natural da infecção VIH que é de 10 anos, constata-se que 40.7% ($n=103$) dos indivíduos se infectaram antes dos 18 anos de idade, ainda na adolescência, período marcado pelo inicio de novas experiências muitas vezes acrescidas de risco.

Consideramos ainda que esta não é de todo uma investigação terminada e deste modo será importante dar continuidade à realização de estudos a desenvolver nos indivíduos infectados por VIH nos quais se compreenda sobretudo os motivos/factores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo que o impedem de adoptar comportamentos sexuais seguros. Como refere Ouakinin (2000, p.28) “é importante intervir não só a nível da prevenção (...) mas também trabalhar a modificação de comportamentos e atitudes, as crenças face à doença, os sentimentos de controlo do próprio, o sentimento de responsabilidade sobre o seu próprio comportamento”.

Este foi sem dúvida um estudo que em muito contribuiu para o nosso enriquecimento pessoal e que pela sua componente prática consideramos ter contribuído para o alerta essencial da vivência da infecção por VIH, e que nos faz pensar no nosso comportamento e nas consequências dos nossos actos. *Nos seus actos está o seu destino.*

6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ◆ ALFERES, V. R.- *Encenações e comportamentos sexuais, para uma psicologia social da sexualidade*. 2ª Edição. Porto: Edições Afrontamento. 2002. ISBN 972 36 0421 3
- ◆ ALMEIDA, A. D. L. et. al. – Os adolescentes e o VIH/SIDA: estudo sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde relativos ao VIH/SIDA. *Saúde dos Adolescentes*. 2005. 23(2):105-112
- ◆ ALMEIDA, L.; FREIRE, T. – *A metodologia de investigação em psicologia de educação*. Braga: Psiquilíbrios. 2000
- ◆ ALVAREZ, M. J. – *Representações cognitivas e comportamentos sexuais de risco. O guião e as teorias implícitas da personalidade nos comportamentos de protecção sexual*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2005. ISBN 972 31 1119 5
- ◆ AMARO, F. et. al. – HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behaviour in Portugal. *International Journal of STD e AIDS*. 2004. 15:56-60
- ◆ ANTUNES, F. - Terapêutica anti-retroviral: quando e como começar? *Informação SIDA e outras doenças Infecciosas*. Lisboa: Jas Farma. 2007. 11(63) (Julho/Agosto):10
- ◆ ANUÁRIO ESTATÍSTICO DE PORTUGAL DE 2007. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. 2008 ISBN 978 972 673 953 1
- ◆ AZEVEDO, J. - Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Sexualidade e Planeamento familiar*. Lisboa. 2008. 50/51 (Julho/Dezembro):43-45
- ◆ AZEVEDO-PEREIRA, J.M; LOURENÇO, H. – *Ciclo biológico de VIH*. In Antunes F. Manual sobre SIDA. 2ª Edição. Lisboa: Permanyer Portugal. 2004. ISBN 972 733 146 7

- ◆ BACATUM, C. - A promoção da saúde na escola. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Amadora: Instituto de Formação em Enfermagem. 2005. 4 (Outubro/Novembro/Dezembro):11-14

- ◆ BAGGALEY, R. F. et. al. – Systematic review of orogenital HIV-1 transmission probabilities. *International Journal of Epidemiology*. 2008. 37:1255-65

- ◆ BAJOS, N.; MARQUET, J. - Research on HIV sexual risk: Social relations-based approach in a cross-cultural perspective. *Social Science & Medicine*. 2000. 50: 1533-1546

- ◆ BARROS, A. - Lavagem de espermatozóides diminui o risco de transmissão do vírus. *Informação SIDA e outras doenças Infeciosas*. Lisboa: Jas Farma. 2001. 5(29) (Novembro/Dezembro):30-31

- ◆ BOGART, L. M. et. al. – Patterns and correlates of deliberate abstinence among men and women with HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*. 2006. 96 (6): 1078-1984

- ◆ CANAVARRO, M. et. al. – *A Adolescência, a Mulher e a SIDA*. In: 4 HIV-AIDS Virtual Congress. Santarém: SIDAnet, Associação Lusófona. 2004. 109-122 ISBN 972 95977 3 1

- ◆ CARBALLO, M. M. – Transmisión sexual del VIH. Sexualidad y comportamientos de riesgo. *Rol: Revista de Enfermería*. Barcelona. Editora: Júlia Martínez. 2007. 30(2): 49-54

- ◆ CARDOSO, A. A. - *Prevenção primária da SIDA em jovens. Avaliação de um projecto de prevenção: conhecimentos, comportamentos e atitudes*. Porto: (s.n.), Dissertação de Mestrado apresentada á Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto. 1999

- ◆ CARVALHO, D. - Novas terapêuticas para a SIDA são “lufada de ar fresco” *Informação SIDA e outras doenças Infeciosas*. Lisboa. 2008. 67 (Março/Abril): 7-9

- ◆ CELESTE, A. - Qualquer pessoa pode ser infectada desde que não tenha os devidos cuidados. *Informação SIDA e outras doenças Infecciosas*. Lisboa. 2001 28(Setembro/Outubro): 18-20

- ◆ CENTER FOR DISEASE CONTROL - HIV and its transmission. (Acedido em 23 de Maio de 2008)disponível na Internet: <http://www.cdc.gov>

- ◆ CICCARONE, D. H. et. al. – Sex without disclosure of positive HIV Serostatus in a US Probability Sample of Persons Receiving Medical Care for HIV Infection. *American Journal of Public Health*. 2003. 93(6): 949-954

- ◆ CLÁUDIO, V.; MATEUS, M. - *SIDA: eu e os outros*. Lisboa: Climepsi Editores. 2000. ISBN 972 8449 58 5

- ◆ COLEMAN, C. L.; BALL, K. - Determinants of perceived barriers to condom use among HIV-infected middle-aged and older African-American men. *Journal of Advanced Nursing*. 2007. 60(4): 368–376

- ◆ COORDENAÇÃO NACIONAL DA LUTA CONTRA A SIDA - *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2007-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007. ISBN 978 972 8478 18 6

- ◆ COSTA, C.; LIMA, M. L. – O papel do amor na percepção da invulnerabilidade à SIDA. *Psicologia*. Lisboa. 1998. 2(1): 41-62

- ◆ CRUZ, J. F. A. – Tradução do questionário “HIV Knowledge Questionnaire” de carey, Morrison-Beddy e Johnson (1997). Manuscrito não publicado. Universidade do Minho. 1998

- ◆ CRUZ, J. F. A. et. al. – Questionário de comportamentos e atitudes preventivas face à SIDA. Manuscrito não publicado. Universidade do Minho. 1994

- ◆ DAUDEL, R.; MONTAGNIER, L. - *A SIDA*. Lisboa: Instituto Piaget. 1994. ISBN 972 8245 36 X

◆ DEPARTAMENTO DE DOENÇAS INFECCIOSAS – UNIDADE DE REFERÊNCIA E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA - *A situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2008*. Doc. 140. Abril 2009. (Acedido em 18 de Maio de 2009) disponível na internet: <http://www.insa.pt>

◆ DINIS, I. A.; ROCHA, G. – *Transmissão vertical do VIH- Infecção não detectada na grávida*. IN 4 HIV/AIDS Virtual Congress. Santarém: SIDAnet, Associação Lusófona. 2004. 243-246 ISBN 972 95977 3 1

◆ DUQUE, V. - *Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – Perspectiva epidemiológica*. Temas de Infeciologia. Coimbra. Minerva Coimbra. 2002. ISBN 972 798 056 2

◆ DUQUE, V. - *Subtipos genéticos e resistência do HIV-1*. Coimbra. Minerva Coimbra. 2005. ISBN 972 798 155 0

◆ ELWY, A. et. al. – Effectiveness of Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections and Human Immunodeficiency Virus in Heterosexual Men. *Archives of Internal Medicine*. 2002. 162(16): 1818-1830

◆ EUROHIV (European Center of the Epidemiological Monitoring of AIDS). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008 – Surveillance Report*. 2009 ISBN 978 92 9193 197 2

◆ EUROPEAN AIDS CLINICAL SOCIETY – *Guidelines for the clinical management and treatment of HIV infected adults in europe*. (Acedido em 30 de Agosto de 2009) Disponível na internet: [http:// www.europeanaidscinicalsociety.org/](http://www.europeanaidscinicalsociety.org/)

◆ FALCÃO, L. – *Imigração em Portugal – anexo ao relatório apresentado pela Delta Consultores no quadro do projecto Sócrates – Immigrant language learning*. Lisboa. 2002 (Acedido a 24 de Abril de 2009). Disponível na Internet: <http://www.dlt.pt>

◆ FERREIRA, O. – *A mulher e a infecção VIH/SIDA*. 4º HIV/AIDS Virtual Congress. Santarém: SIDAnet, Associação Lusófona. 2004a. 353-356 ISBN 972 95977

- ◆ FERREIRA, O. – *Origem do VIH*. In Antunes F. - Manual sobre SIDA. 2ª Edição. Lisboa: Permanyer Portugal. 2004b. ISBN 972 733 146 7

- ◆ FILIPE, S. – SIDA nas crianças: Terapêutica na gravidez pode reduzir transmissão vertical em cerca de 70%. *Informação SIDA e outras doenças Infecciosas*. Lisboa. 2006. 59 (Novembro/Dezembro): 16-17

- ◆ FISHER, J. D.; FISHER, A. – Changing AIDS Risk Behavior. *Psychological Bulletin*. 1992.111(3): 455-474

- ◆ FORTIN, M. F. - *O processo de Investigação: Da concepção à realização*, 1ª edição. Lisboa: Lusociência. 1999

- ◆ FOUCAULT, M. – *História da sexualidade I: vontade de saber*. Lisboa: Relógio D'Água . 1994. ISBN 972 708 240 8

- ◆ FOX, K. et. al. – Gonorreia na era do VIH: uma reviravolta na tendência entre os homens que têm relações sexuais com homens. *American Journal of Public Health* 2001. 91(6) 959-964

- ◆ FRADE, M. F. - *Conhecimentos, comportamentos e atitudes de mulheres infectadas pelo VIH-SIDA*. Coimbra: (s.n.), Dissertação de Mestrado em VIH/SIDA: da prevenção à terapêutica, apresentada á Faculdade de psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra. 2008

- ◆ GALVÃO, M. et. al. - Medidas contraceptivas e de protecção da transmissão do HIV por mulheres com HIV/AIDS. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. 2004. 38(2): 194-200

- ◆ GERALDES, M. - *Prevenção contra a SIDA/preservativo feminino*. In: 4 HIV/AIDS Virtual Congress. Santarém: SIDAnet, Associação Lusófona. 2004. 105-108 ISBN 972 95977 3 1

- ◆ GIDDENS, A. - *Transformações da Intimidade: sexualidade, amor e erotismo as sociedades modernas*. 2ª Edição. Oeiras: Celta Editora. 2001. ISBN 972 8027 46 X

- ◆ GREMEK, M. – *História da SIDA*. Lisboa: Relógio D'Água. 1994. ISBN 972 708 209 2

- ◆ GRILO, A. M. – Haverá lugar para o sexo após a notificação do teste para o VIH. *Informação SIDA e outras doenças Infecciosas*. Lisboa. 2(6) (Janeiro/Fevereiro 1998) 16-18

- ◆ GRILO, A. M. - Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/SIDA. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Portugal. 2001 2(2): 101-118

- ◆ GRIMBERG, M. - Género y VIH/SIDA. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir com VIH. *Cuadernos Medico Sociales*. 2000. (Novembro) 78: 41-54

- ◆ GUEDES, F. C. – *Virus, SIDA e Sociedade Humana*. Lisboa: Planeta Editora. 1995. ISBN 972 731 035 4

- ◆ GUERREIRO, M. – *A comunicação Social e a SIDA*. In Cláudio, V; Mateus, M. - SIDA: eu e os outros. Lisboa: Climepsi Editores. 2000. ISBN 972 8449 58 5

- ◆ HOWELL, D. - *Statistical methods for psychology* (6th ed.). USA: Thomson Wadsworth. 2006

- ◆ LEMOS, M. E. - O papel dos conhecimentos e atitudes sobre sexualidade como pré requisitos para comportamentos saudáveis. *Sexualidade e Planeamento familiar*. Lisboa. 2002. 33 (Janeiro/Abril): 43-50

- ◆ LIFSHAY, J. et. al. - Partners at risk: motivations, strategies, and challenges to HIV transmission risk reduction among HIV-infected men and women in Uganda. *AIDS Care*. 2009. 21(6): 715-724

- ◆ LOPES, M. O. - *Os meios de comunicação na prevenção da SIDA*. In: 6 HIV/AIDS Virtual Congress. Santarém: SIDAnet, Associação Lusófona. 2006. 121-128 ISBN 972 95977 5 8

- ◆ LOPES, O. S. – *As campanhas publicitárias de SIDA (spot), destinadas ao público feminino*. 4 HIV/AIDS Virtual Congress. Santarém: SIDAnet, Associação Lusófona. 2004. 169-182 ISBN 972 95977 5 8

- ◆ LÓPEZ, F.; FUERTES, A. - *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. 1999. ISBN 972 8291 04 3

- ◆ MACHADO CAETANO – *Lições de SIDA, Lições de Vida: SIDA e comportamentos de risco*. 1ª Edição. Porto: Âmbar. 2000. ISBN 972 43 0387 X

- ◆ MACHADO CAETANO – Prefácio. In: Santos-Lucas, João – *SIDA: a sexualidade desprevénida dos portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal. 1993. ISBN 972 9241 50 3

- ◆ MAGALHÃES, J. et. al. – *Uso de condom feminino por mulheres infectadas pelo VIH*. 4 HIV/AIDS Virtual Congress. Santarém: SIDAnet, Associação Lusófona. 2004. 81-91 ISBN 972 95977 3 1

- ◆ MONTAGNIER, L. - *Vírus e Homens – O combate contra a SIDA*. Lisboa: Instituto Piaget. 1994. ISBN 972 8245 51 3

- ◆ MOTA-MIRANDA, A. et. al. – *VIH SIDA – Recomendações Terapêuticas*. Algés: Abbott Virology. 2005

- ◆ MUÑIZ, J. - *Teoria clásica de los tests* (7ª ed.). Madrid: Ediciones Pirámide. 2001

- ◆ NADEAU, L. et. al. – High-risk sexual behaviors in a context of substance abuse, a focus group approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2000. 19: 319-328

- ◆ NEGREIROS, J. – *Injecção de drogas, comportamento sexual e risco de VIH*. Porto: Livpsic. 2006. ISBN 978 972 8082 77 2

- ◆ NODIN, N. Os jovens portugueses e a sexualidade em finais do século XX. *Sexualidade e Planeamento familiar*. Lisboa. 2000. (Janeiro/Junho) 25/26:10-15

- ◆ NUNNALLY, J. - *Psychometric theory* (2ª ed.). USA: McGraw Hill. 1978

- ◆ O'DONNELL, L. et. al. – Early sexual initiation and subsequent sex-related risks among urban minority youth: the reach for health study. *Family Planning Perspectives*. 2001. 33(6): 268-275

- ◆ OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA – *A evolução do fenómeno da droga na Europa*. Relatório anual de 2005. Lisboa. 2005. ISBN 92 9168 231 4

- ◆ OGDEN, J. - *Psicologia da Saúde*. 2ª edição. Lisboa: Climepsi Editores. 2004. ISBN: 972-796-092-8

- ◆ ONUSIDA - *Mudança de Comportamento Sexual em relação ao HIV: Até aonde nos levaram as teorias?* Programa conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (on line) 2001. (Acedido em 21 de Março de 2008) disponível na internet: <http://www.unaids.org>

- ◆ ONUSIDA. - AIDS epidemic updates. (on-line) Dezembro 2008. (Acedido em 21 de Março de 2009) disponível na internet: <http://www.unaids.org>

- ◆ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Expert Consultation on New and emerging evidence on the use of antiretroviral drugs for the prevention of mother-to-child transmission of HIV*. 2008a. (Acedido a 26 de Março de 2009) disponível na internet: <http://www.who.int>

- ◆ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Hepatitis B*. 2008b (Acedido a 22 de Maio de 2009) disponível na internet: <http://www.who.int>

- ◆ OSMOND, D. H. et. al. – Changes in prevalence of HIV infection and sexual risk behavior in men have sex with men in São Francisco: 1997-2002. *American Journal of Public Health*. 2007. 97(9): 1677-1683

- ◆ OUAKININ, S. – *A seropositividade e a SIDA*. In Cláudio, V; Mateus, M. - SIDA: eu e os outros. Lisboa: Climepsi Editores. 2000. ISBN 972 8449 58 5

- ◆ OUKININ, S. – *Factores de risco de transmissão sexual e intervenção na prevenção*. In Antunes F. Manual sobre SIDA. 2ª Edição. Lisboa: Permanyer Portugal. 2004. ISBN 972 733 146 7

- ◆ PAIXÃO, M. T. – *Epidemiologia da infecção VIH e SIDA: o impacto mundial*. In Antunes F. Manual sobre SIDA. 2ª Edição. Lisboa: Permanyer Portugal. 2004. ISBN 972 733 146 7

- ◆ PAIXÃO, M. T.; PÁDUA E. – *Transmissão da infecção por VIH*. In Antunes F. Manual sobre SIDA. 2ª Edição. Lisboa: Permanyer Portugal. 2004. ISBN 972 733 146 7

- ◆ PEREIRA, M.; CANAVARRO, M. – Vulnerabilidade de género e outras dimensões de influência na adaptação ao VIH/SIDA e à gravidez e maternidade. *Análise Psicológica*. 2007. 3 (XXV): 503-515

- ◆ PESTANA, M.; GAGEIRO, J. - *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Silabo. 2003

- ◆ PIAGET, J. – *Psicologia e epistemologia*. Lisboa: Edições D.Quixote; 1977

- ◆ POLIT, D.; HUNGLER B. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5ª edição. São Paulo: Artimed Editora. 2004. ISBN: 0 7817 2557 7

- ◆ POMBO, V. – *Infecções Sexualmente Transmissíveis*. In Fonseca, L., Soares, C. & Vaz, J.M. (Coords.) (2003). *A Sexologia: perspectiva multidisciplinar II*. Coimbra: Quarteto Editora. 2003. ISBN 989 558 015 0

- ◆ QUARTILHO, M. J. - *Sexualidade e Construcionismo Social: a propósito dos scripts sexuais*. In Fonseca, L., Soares, C. & Vaz, J.M. (Coords.) - *A Sexologia: perspectiva multidisciplinar II*. Coimbra: Quarteto Editora. 2003. ISBN 989 558 015 0

- ◆ REIS, E. - *Estatística multivariada aplicada (2ª ed.)*. Lisboa: Edições Silabo. 2001

- ◆ RICE, E. et. al. – Unprotect sex among youth living with HIV before and after the advent of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2006. 38(3): 162-167

- ◆ SANTOS-LUCAS, J. – *SIDA: a sexualidade desprevenida dos portugueses*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal. 1993. ISBN 972 9241 50 3

- ◆ SEARS, D. et. al. - Sexual risk behavior among HIV-positive patients at an urban clinic in Santiago, Dominican Republic. *AIDS Care*. 2008. 20(2): 11-197

- ◆ SIEGEL, K.; SCHRIMSHAW, E.W. – Reasons for the adoption of Celibacy among older men and woman living with HIV/AIDS. *The Journal of Sex Research*. 2003. 2(40): 189-200

- ◆ SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA - *Protocolo de prevenção da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana (VIH)*. In: Protocolos de Diagnóstico e Terapêutica em Infecçciologia Perinatal. Porto: Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. 2007. 73-79

- ◆ SONTAG, S. - *A doença como metáfora e a SIDA e as suas metáforas*. Lisboa: Livro Quetzal. 1998. ISBN 972 564 334 8

- ◆ SPIKES, P. S. et. al. – Sexual risk behaviors among HIV-Positive black men have sex with women, with men, or with men and women: implications for intervention development. *American Journal of Public Health*. 2009. 99(6):1072-1078

- ◆ STEPHENSON, R. – Community Influences on Young People’s Sexual Behavior in 3 African Countries. *American Journal of Public Health*. 2009. 99(1): 102-109

- ◆ STEVENS, J. - *Applied multivariate statistics for the social sciences*. New Jersey: Hillsdale. 1986

- ◆ TABACHNICK, B.; FIDELL, L. – *Using multivariate statistics*. 5.^a edição. Boston: Allyn and Bancon. 2007

- ◆ TEIXEIRA, C. – *Os técnicos de saúde e a SIDA*. In Cláudio, V; Mateus, M. - SIDA: eu e os outros. Lisboa: Climepsi Editores. 2000. 71-83 ISBN 972 8449 58 5

- ◆ TEIXEIRA, J. A. C. – *Psicologia da Saúde e SIDA*. 1.^a Edição. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 1993. ISBN 972 95486 4 1

- ◆ TOMÉ, M. – Informação precoce. Comportamentos seguros. *Informação SIDA e outras doenças Infecciosas*. Lisboa: Jas Farma. 1999. 15 (Julho/Agosto): 8-9

- ◆ VAZ, J. M. - *Sexualidade e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. In: Fonseca, L., Soares, C. & Vaz, J.M. (Coords.) - *Sexologia: perspectiva multidisciplinar II*. Coimbra: Quarteto Editora. 2003. ISBN 989 558 015 0

- ◆ VILAR, D.; FERREIRA, P.M. – Educação sexual dos jovens portugueses: conhecimentos e fontes. *Educação Sexual em Rede*. Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. 2009. 5 (Abril / Setembro): 2-53

- ◆ WEI, C. et. al. – STD Prevalence, Risky Sexual Behaviors, and Sex With Women in a National Sample of Chinese Men Who Have Sex With Men. *American Journal of Public Health*. 2009. 99(11):1978-1981

- ◆ WILSON, T. E. et. al. - Acquisition of new sexual partners among women with HIV infection: patterns of disclosure and sexual behavior within new partnerships. *AIDS Education and Prevention*. 2007. 19(2): 151–159



*faculdade de
medicina da
universidade
de coimbra*

anexos



*faculdade de
medicina da
universidade
de coimbra*

anexos I

*instrumento de recolha
de dados*

QUESTIONÁRIO

O questionário apresentado em seguida pretende ser o instrumento de colheita de dados para a realização de um estudo no âmbito do mestrado – SIDA: Da Prevenção à Terapêutica, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação e Faculdade de Medicina de Coimbra.

O estudo em causa pretende “Identificar os conhecimentos e comportamentos de risco em relação à sexualidade de pessoas com infecção VIH/SIDA”, seguidos na consulta de Infecciologia em quatro hospitais centrais da cidade de Lisboa.

A sua participação neste estudo é muito importante pelo que lhe solicitamos que responda a este questionário, que é anónimo e confidencial, sendo os dados recolhidos destinados unicamente para fins de investigação científica.

A sua participação é voluntária, tendo o direito de recusar a qualquer momento a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito algum prejuízo na assistência que lhe é prestada.

Assinale com uma cruz (X) o quadrado que melhor corresponde à sua situação ou opinião e preencha os espaços em branco quando a situação o justificar.

Obrigada pela sua colaboração

(Odete Marisa dos Santos Costa)

Parte I

DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1 – Sexo:

Feminino
Masculino

| |
|--|
| |
| |

2 – Idade: __ anos

3 – Residência (localidade)

Ex: Lisboa

3.1 – Naturalidade _____

4 – Estado civil:

Solteiro
Casado/União de facto
Separado/Divorciado
Viúvo
Outro

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

5 – Com quem Vive

Sozinho
Companheiro/a
Familiars
Outros

| |
|--|
| |
| |
| |
| |

Quem? _____

Quais? _____

6 – Habilitações Literárias

Não sabe ler nem escrever
Inferior à 4ª classe
Ensino Básico (completo) (4ª classe)
2º Ciclo (completo) (6º ano de escolaridade)
3º Ciclo (completo) (9º ano de escolaridade)
Ensino secundário (11º ou 12º ano de escolaridade)
Ensino Superior / Técnico

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

7 – Situação profissional

Estudante
Trabalhador / Estudante
Empregado
Desempregado
Reformado

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |

Ano de escolaridade / Curso _____

Em que ramo profissional? _____

Profissão _____

Há quanto tempo? _____

Há quanto tempo? _____

8 – Infecção VIH/SIDA

Tem conhecimento de estar infectado há _____ (anos/meses)

Sabe de que forma foi contaminado?

Sim
Não

| |
|--|
| |
| |

Se **sim**, Qual? _____

Faz medicação antiretroviral

Sim
Não

| |
|--|
| |
| |

Se **sim**, há quanto tempo? _____

Parte II

QUESTIONÁRIO DE CONHECIMENTOS SOBRE COMPORTAMENTOS SEXUAIS DE RISCO E INFECÇÃO VIH/SIDA

Indique, em cada uma das seguintes afirmações, qual a sua opinião, assinalando com um X no(s) quadrado(s) correspondente(s).

1 – Obteve acesso à informação sobre a infecção VIH/SIDA através de:

| | | | |
|------------------------|--|----------------------------------|--|
| Televisão | | Professores | |
| Rádio | | Familiars | |
| Jornais | | Médicos / Profissionais de Saúde | |
| Revistas | | Amigos | |
| Panfletos | | Sacerdotes | |
| Placares publicitários | | | |
| Internet | | | |

Outro. Qual? _____

2 – A quem / onde se dirige caso tenha duvidas sobre este tema

| | |
|---------------------------------|--|
| Professores | |
| Familiars | |
| Médico / Profissionais de Saúde | |
| Amigos | |
| Internet | |
| Ninguém | |

Outro. Qual? _____

3 – Considerando a informação existente acerca da infecção VIH/SIDA, na sua opinião, esta é mais facilmente apreendida, pela população em geral, se for transmitida através de:

| | | | |
|------------------------|--|----------------------------------|--|
| Televisão | | Professores | |
| Rádio | | Familiars | |
| Jornais | | Médicos / Profissionais de Saúde | |
| Revistas | | Amigos | |
| Panfletos | | Sacerdotes | |
| Placares publicitários | | | |
| Internet | | | |

Outro. Qual? _____

4 – Considera que é importante para si obter mais conhecimentos acerca da infecção VIH/SIDA e de comportamentos sexuais de risco?

Sim
Não

5 – Considera importante que a problemática da infecção VIH/SIDA seja retratada em campanhas publicitárias?

Sim
Não

6 – Tem conhecimento / Recorda-se de alguma campanha publicitária acerca da infecção VIH/SIDA?

Sim
Não

| |
|--|
| |
| |

7 - Das seguintes infecções quais são sexualmente transmissíveis.

| | Sim | Não | Não Sei |
|--|------------|------------|----------------|
| 1. Sífilis | | | |
| 2. Herpes Simplex | | | |
| 3. Gonorreia | | | |
| 4. Varicela | | | |
| 5. Hepatite B | | | |
| 6. Vírus do Papiloma Humano (HPV) | | | |
| 7. Sarcoma de Kaposi | | | |
| 8. Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH/SIDA) | | | |
| 9. Psoríase | | | |

8 – Por práticas sexuais seguras ou sexo seguro considera

| | |
|---|--|
| 1. Comportamentos sexuais que não envolvem contacto entre fluidos seminais e/ou vaginais entre os parceiros | |
| 2. Interações sexuais protegidas por preservativo | |
| 3. Interações sexuais não protegidas por preservativo entre parceiros com um estado serológico negativo face ao VIH | |
| 4. Todas as anteriores | |
| 5. Nenhuma das anteriores | |

9 - Indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações?

| | Discordo Plenamente | Discordo | Nem Concordo Nem Discordo | Concordo | Concordo Plenamente |
|--|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| 1. Ter relações sexuais com mais de um parceiro, aumenta a probabilidade de uma pessoa ser infectada pelo VIH | | | | | |
| 2. Ter outra doença de transmissão sexual, aumenta a probabilidade de ficar infectado/a também pelo VIH | | | | | |
| 3. Usar preservativo diminui a probabilidade de uma pessoa ser infectada pelo VIH | | | | | |
| 4. Uma pessoa infectada com o VIH/SIDA não precisa de se proteger utilizando o preservativo | | | | | |
| 5. Uma pessoa infectada com VIH/SIDA a tomar antiretrovíricos não precisa de se proteger utilizando o preservativo | | | | | |
| 6. Tomar banho ou lavar os órgãos genitais, logo depois de ter relações sexuais, previne a infecção VIH/SIDA | | | | | |
| 7. Ter relações sexuais apenas com uma pessoa de aspecto saudável, previne a infecção VIH/SIDA | | | | | |
| 8. O homem usar preservativo, previne a infecção VIH/SIDA | | | | | |
| 9. A mulher usar um preservativo feminino, previne a infecção VIH/SIDA | | | | | |
| 10. Se o homem retirar o pénis da vagina antes de ejacular, previne a infecção VIH/SIDA | | | | | |
| 11. Se na prática de sexo oral usar preservativo, previne a infecção VIH/SIDA | | | | | |
| 12. Se na prática de sexo anal usar preservativo, previne a infecção VIH/SIDA | | | | | |
| 13. Utilizar um espermicida nas relações coitais, previne a infecção VIH/SIDA | | | | | |
| 14. Uma forma de contaminação pelo VIH/SIDA é o contacto com secreções vaginais ou esperma de uma pessoa infectada | | | | | |
| 15. A contaminação pelo VIH/SIDA ocorre em relações sexuais entre dois homens, se UM estiver infectado | | | | | |
| 16. A contaminação pelo VIH/SIDA ocorre em relações sexuais entre duas mulheres, se UMA estiver infectada | | | | | |
| 17. Uma pessoa pode ficar contaminada com o VIH/SIDA numa única relação sexual com alguém infectado | | | | | |
| 18. Uma pessoa pode ficar contaminada com VIH/SIDA numa relação heterossexual, com penetração vaginal, se um dos parceiros estiver infectado | | | | | |
| 19. Pode-se ficar contaminado com o VIH/SIDA na prática de sexo anal | | | | | |
| 20. Pode-se ficar contaminado com o VIH/SIDA na prática de sexo oral | | | | | |

Parte III

QUESTIONÁRIO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO FACE À SEXUALIDADE

1 – Tendo em conta o seu comportamento sexual e/ou práticas sexuais, qual acha que é o seu risco pessoal de poder vir a transmitir VIH/SIDA?

NENHUM RISCO

1 2 3 4 5 6 7

RISCO MUITO ELEVADO

2 – Comportamento Sexual

2.1 - Idade da primeira relação sexual _____

2.2 - Número total de parceiros sexuais ao longo da vida

| | |
|------------|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2-4 | <input type="checkbox"/> |
| 5-7 | <input type="checkbox"/> |
| 8-10 | <input type="checkbox"/> |
| Mais de 10 | <input type="checkbox"/> |

2.3 - Número de parceiros durante o último ano

| | |
|------------|--------------------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> |
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2-4 | <input type="checkbox"/> |
| 5-7 | <input type="checkbox"/> |
| 8-10 | <input type="checkbox"/> |
| Mais de 10 | <input type="checkbox"/> |

2.4 - Número de parceiros durante os últimos três meses

| | |
|------------|--------------------------|
| 0 | <input type="checkbox"/> |
| 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2-4 | <input type="checkbox"/> |
| 5-7 | <input type="checkbox"/> |
| 8-10 | <input type="checkbox"/> |
| Mais de 10 | <input type="checkbox"/> |

2.5 – As suas práticas sexuais são

| | |
|---|--------------------------|
| Exclusivamente com pessoas do sexo oposto | <input type="checkbox"/> |
| Com pessoas de ambos os sexos | <input type="checkbox"/> |
| Exclusivamente com pessoas do mesmo sexo | <input type="checkbox"/> |

2.6 – Já teve como parceiro (a) um portador (a) de infecção VIH/SIDA?

Sim
Não
Não sabe

3 - Comunica ao seu parceiro (a) que é portador da infecção VIH/SIDA

Sim
Não

Se **sim**, quando o faz?

Quando é um relacionamento sério
Quando é uma relação ocasional
Sempre

4 – Pede ao seu parceiro (a) que realize um teste de despistagem da infecção VIH/SIDA?

Sim
Não

Se **sim**, porque o faz? _____

5 - Tem uma vida sexualmente activa?

Sim
Não

Se **Sim**, quantas vezes tem relações sexuais?

- Por semana: _____ - Por mês: _____

- Parceiro/a fixo Parceiro/a ocasional

- Múltiplos parceiros

Se **Não**, há quanto tempo? _____

5.1 Se **sim**, o seu parceiro (a) actual é portador de infecção VIH/SIDA?

Sim
Não
Não sabe

6 - Já teve alguma doença de transmissão sexual, que não seja a infecção pelo VIH/SIDA?

Sim
Não
Não sabe

Se **Sim**, Qual/Quais? _____

Há quanto tempo? _____

. Fez tratamento? Sim
Não

7 – Actualmente, tem alguma doença de transmissão sexual, que não seja a infecção pelo VIH/SIDA?

Sim

Não

Não sabe

| |
|--|
| |
| |
| |

Se **Sim**, Qual/Quais? _____

. Faz tratamento?

Sim

Não

| |
|--|
| |
| |

8 – Qual o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações, **antes** de ter conhecimento que se encontrava infectado com VIH/SIDA?

| | Sim | Não | Não sabe |
|---|------------|------------|-----------------|
| 1. Parceiro único | | | |
| 2. Múltiplos parceiros | | | |
| 3. Relações sexuais com parceiros ocasionais com preservativo | | | |
| 4. Relações sexuais com parceiros fixos com preservativo | | | |
| 5. Relações sexuais com parceiros ocasionais sem preservativo | | | |
| 6. Relações sexuais com parceiros fixos sem preservativo | | | |
| 7. Experiência de sexo oral-genital com preservativo | | | |
| 8. Experiência de sexo anal-genital com preservativo | | | |
| 9. Experiência de sexo genital-genital com preservativo | | | |
| 10. Experiência de sexo oral-genital sem preservativo | | | |
| 11. Experiência de sexo anal-genital sem preservativo | | | |
| 12. Experiência de sexo genital-genital sem preservativo | | | |
| 13. Experiência homossexual | | | |
| 14. Relações sexuais sem preservativo com parceiro (a) infectado com o vírus VIH/SIDA | | | |
| 15. Relações sexuais depois de estar embriagado ou sob efeito de outras drogas/medicamentos | | | |

9 - Qual o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações, **após** tomar conhecimento que se encontra infectado com VIH/SIDA?

| | Sim | Não | Não sabe |
|---|------------|------------|-----------------|
| 1. Parceiro único | | | |
| 2. Múltiplos parceiros | | | |
| 3. Relações sexuais com parceiros ocasionais com preservativo | | | |
| 4. Relações sexuais com parceiros fixos com preservativo | | | |
| 5. Relações sexuais com parceiros ocasionais sem preservativo | | | |
| 6. Relações sexuais com parceiros fixos sem preservativo | | | |
| 7. Experiência de sexo oral-genital com preservativo | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 8. Experiência de sexo anal-genital com preservativo | | | |
| 9. Experiência de sexo genital-genital com preservativo | | | |
| 10. Experiência de sexo oral-genital sem preservativo | | | |
| 11. Experiência de sexo anal-genital sem preservativo | | | |
| 12. Experiência de sexo genital-genital sem preservativo | | | |
| 13. Experiência homossexual | | | |
| 14. Relações sexuais sem preservativo com parceiro (a) infectado com o vírus VIH/SIDA | | | |
| 15. Relações sexuais depois de estar embriagado ou sob efeito de outras drogas/medicamentos | | | |

10 – Considera importante o uso de preservativo.

Sim
 Não

Em qual ou quais dos seguintes tipos de relação sexual

| | |
|-------------------------------------|--|
| Relação sexual entre dois homens | |
| Relação sexual entre duas mulheres | |
| Relação sexual entre homem e mulher | |
| Todas | |
| Nenhuma | |

Em que prática ou práticas sexuais

| | |
|--|--|
| Sexo oral | |
| Sexo anal | |
| Sexo vaginal | |
| Penetração digital ou com instrumentos sexuais | |
| Contacto genital-genital | |
| Todas | |
| Nenhuma | |

11 – Numa relação sexual, habitualmente, utiliza preservativo?

Sim, sempre
 Sim, em mais de metade das relações
 Sim, em menos de metade das relações
 Não, nunca

Se **Sim** utiliza-o porque

- . Tem receio de infectar-se com uma infecção sexualmente transmissível
- . Tem receio de reinfectar-se com o VIH
- . Tem receio de transmitir o VIH ao seu companheiro (a)

- . O companheiro/a pede-lhe
- . O preservativo ajuda na relação sexual (aumenta a estimulação e atrasa a ejaculação ...)
- . Para evitar uma gravidez indesejada

Se **Não**, porque

- . Não gosta
- . Considera reduzido o risco de transmissão de infeções
- . Dificulta a relação sexual
- . Reduz o prazer sexual
- . Outro: _____

12 - Utilizou preservativo na última relação sexual

| | |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> |

13 – Considera que existem outros métodos de prevenção do VIH e Infecções sexualmente transmissíveis que considere seguros?

| | |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> |

Se **Sim**, quais? _____

14 – Tendo em conta o seu comportamento sexual, considera que mudou os comportamentos de risco para comportamentos seguros?

| | |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> |

15 – As campanhas publicitárias contribuíram para mudar os seus comportamentos sexuais de risco para comportamentos seguros

| | |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> |

16 – As campanhas publicitárias podem contribuir para mudar comportamentos sexuais de risco para comportamentos seguros da população em geral

| | |
|-----|--------------------------|
| Sim | <input type="checkbox"/> |
| Não | <input type="checkbox"/> |



*faculdade de
medicina da
universidade
de coimbra*

anexos II

*pedido de autorização para a
aplicação do instrumento de
recolha de dados*



Exmª Senhora
D. Odete Marisa dos Santos Costa

N. Refª: 269/CA

Data: 01/07/2008

V. Refª: carta

Data: 14/05/08

Assunto: Aplicação de pré-teste e de questionário testado.

Na sequência do seu pedido para, no âmbito da sua tese de mestrado, realizar um estudo sobre conhecimentos e comportamentos de risco sobre a sexualidade no indivíduo com infeção VIH/SIDA, informa-se que dada a concordância do Senhor Director do Serviço de Doenças Infecciosas e da Comissão de Ética, autoriza-se a sua realização.

Com os melhores cumprimentos

O Enfermeiro Director



João Pais

Rua da Beneficência, nº 8 • 1069-166 LISBOA

Geral: Tel.: 21 792 42 00

Conselho de Administração: Tels.: 21 792 42 02/3 Fax: 21 792 43 92 • cadm@hccabral.min-saude.pt

Gestão de Doentes: Tel.: 21 792 42 86 Fax: 21 792 42 87 • gdoentes@hccabral.min-saude.pt

Serviço de Aprovisionamento: Tel.: 21 792 43 99 Fax: 21 795 92 35 • aprovisionamento@hccabral.min-saude.pt

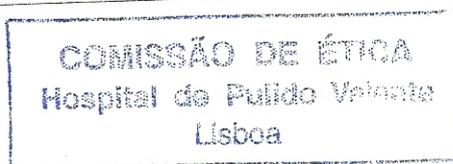


PARECER PARA

(Estudos; Projectos Investigação; Teses Mestrado; Recolha de Dados ; Doutoramentos)

| | |
|---|---|
| REFERENCIA PROJECTO | Pedido de autorização para Trabalho para Tese de Mestrado pela F.P.C.E.Coimbra e FMC – Aplicação de Questionário sobre : "Identificação dos Conhecimentos e Comportamentos de risco sobre a sexualidade dos indivíduos com infecção VIH/SIDA " |
| INVESTIGADORES | Enfa. Odete Marisa S. Costa |
| INSTITUIÇÃO: | IPOFG-LX |
| LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO : | HPV/Unidade de Imunodeficiência |
| O Estudo foi apreciado e avaliado pelos Membros da Comissão de Ética. Foi relatora a Enf ^a . Maria da Graça Martinho | |
| DECISÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA | <i>Tomámos conhecimento. Nada a opôr. Parecer favorável à realização do Trabalho</i> |
| <u>Observações</u> | |

Data : 18/07/07



Pe' A Comissão de Ética para a Saúde

Graça Maria Pereira Rebelo Mari

Enf^a Graça Martinho

COMISSÃO DE
ÉTICA

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

0005

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt



Presidente

Prof. Doutor João Lobo Antunes

Vice-Presidente

Profª. Doutora Maria Luísa Figueira

Membros

Dr. Mário Miguel Rosa

Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge

Dra. Leonor Carvalho

Dra. Graça Nogueira

Dra. Gabriela Martins Mendes

Mestre Enfª. Isabel Côte-Real

Padre Fernando Sampaio

Exma. Senhora

Enfª. Odete Marisa dos Santos Costa

Faculdade de Medicina de Coimbra

e Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Lisboa, 18 de Julho de 2008

Assunto: Projecto “*Conhecimentos e comportamentos de risco sobre a sexualidade dos indivíduos com infecção VIH/SIDA*”, no âmbito de Tese de Mestrado em Doenças Infecciosas Emergentes

Pela presente, informamos que o Projecto citado em epígrafe, obteve em Julho de 2008, por motivos de escassez de tempo para a sua realização, parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais se informa que o referido Projecto foi enviado ao Director Clínico, Dr. Correia da Cunha, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof. Doutor João Lobo Antunes

COMISSÃO DE

ÉTICA

Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patrícia Fernandes

Tel. – 21 780 54 05; Fax – 21 780 56 90

Av. Professor Egas Moniz

1649-035 LISBOA

Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

Alameda das Linhas de Torres, 117

1769-001 LISBOA

Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215



Ministério da Saúde



CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.

HOSPITAL DE SANTA CRUZ

Comissão de Ética

Exma. Senhora
Odete Marisa Santos Costa
Rua Jorge de Sena, nº 52-A
Bairro do Torrão
6300-655 Guarda

| S/ Referência | S/ Comunicação | N/ Referência | Data | Nº Páginas | Nº Anexos |
|---------------|----------------|---------------|------------|------------|-----------|
| | | 380/CE_2008 | 13-10-2008 | I | |

ASSUNTO: Projecto de Investigação: “SIDA: da prevenção à Terapêutica”

Ex.mo(a) Senhor(a),

A Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, reunida a 15 de Setembro de 2008, deliberou emitir parecer favorável ao estudo supracitado, conforme documento em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

Presidente da Comissão de Ética


Profª Doutora Maria Teresa Marques